UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

"CARACTERIZACIÓN DEL RECURSO HUMANO MÉDICO EN GUATEMALA"

Estudio realizado en el departamento de Guatemala, municipios de Fraijanes, Chinautla, San José Pinula, San José del Golfo, Palencia, San Pedro Ayampúc y Santa Catarina Pinula
Región de Salud Guatemala Nor Oriente
abril 2008

Jimmy Edgar Salas Díaz
Sandra Melina Vaides Rivera
Oscar Miguel Ruiz Enríquez
Juan Pablo Palencia Samayoa
Walter David Jáuregui Reyna
Pedro Juan Sut León
Marisa Alejandrina Xoyón Peña
Juana Jesuita Hernández Morales
Rony Alfredo Ramírez Girón
Jessika Michelle Contreras Milián
Juan Luis Aguilar Herrera
Manuel Estuardo Martínez Martínez

MÉDICO Y CIRUJANO

Guatemala, junio de 2008

Guatemala, 27 de junio 2008.

Señor Coordinador
Unidad de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente:

Señor Coordinador:

Le informamos que los estudiantes abajo firmantes,

1. Jimmy Edgar Salas Díaz
2. Sandra Melina Vaides Rivera
3. Oscar Miguel Ruiz Enríquez
4. Juan Pablo Palencia Samayoa
5. Walter David Jáuregui Reyna
6. Pedro Juan Sut León
7. Marisa Alejandrina Xoyón Peña
8. Juana Jesuita Hernández Morales
9. Rony Alfredo Ramírez Girón
10. Jessika Michelle Contreras Milián
11. Juan Luis Aguilar Herrera
12. Manuel Estuardo Martínez Martínez

Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

"CARACTERIZACIÓN DEL RECURSO HUMANO MÉDICO EN GUATEMALA"

Estudio realizado en el departamento de Guatemala
municipios de Fraijanes, Chinautla, San José Pinula,
San José del Golfo, Palencia, San Pedro Ayampúc y
Santa Catarina Pinula,
Región de Salud Nor Oriente
abril 2008

Del cual como asesor, coasesor y revisor nos responsabilizamos por la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

Edgar Rodolfo de León Barillas
M.P.H. MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado 4,040

Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas
Asesor

Dr. César Oswaldo García García
Coasesor

UNIDAD DE TESIS

Dr. Alfredo Moreno Quiñónez
Revisor

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD -CICS-
DIRECCIÓN

c.c. Archivo

Los infrascritos Director del Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud y el Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hacen constar que:

Los estudiantes:

		Carné
1.	Jimmy Edgar Salas Díaz	9480055
2.	Sandra Melina Vaides Rivera	9617656
3.	Oscar Miguel Ruiz Enríquez	9619922
4.	Juan Pablo Palencia Samayoa	9716437
5.	Walter David Jáuregui Reyna	199810336
6.	Pedro Juan Sut León	199912987
7.	Marisa Alejandrina Xoyón Peña	200011946
8.	Juana Jesuita Hernández Morales	200012595
9.	Rony Alfredo Ramírez Girón	200110458
10.	Jessika Michelle Contreras Milián	200110470
11.	Juan Luis Aguilar Herrera	200210109
12.	Manuel Estuardo Martínez Martínez	200210360

han presentado el trabajo de graduación titulado:

"CARACTERIZACIÓN DEL RECURSO HUMANO MÉDICO EN GUATEMALA"

Estudio realizado en el departamento de Guatemala
municipios de Fraijanes, Chinautla, San José Pinula,
San José del Golfo, Palencia, San Pedro Ayampúc y
Santa Catarina Pinula,
Región de Salud Nor Oriente
abril 2008

El cual ha sido **revisado y corregido**, y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se les autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, el día uno de julio de dos mil ocho.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. César Oswaldo García García
Coordinador Unidad de Trabajos de Graduación

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias Médicas
COORDINACIÓN
UNIDAD DE TESIS

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD -CICS

Vo.Bo.
Dr. César Oswaldo García García
Director a. i.
Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud

c.c. Archivo

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Los estudiantes:

		Carné
1.	Jimmy Edgar Salas Díaz	9480055
2.	Sandra Melina Vaides Rivera	9617656
3.	Oscar Miguel Ruiz Enríquez	9619922
4.	Juan Pablo Palencia Samayoa	9716437
5.	Walter David Jáuregui Reyna	199810336
6.	Pedro Juan Sut León	199912987
7.	Marisa Alejandrina Xoyón Peña	200011946
8.	Juana Jesuita Hernández Morales	200012595
9.	Rony Alfredo Ramírez Girón	200110458
10.	Jessika Michelle Contreras Milián	200110470
11.	Juan Luis Aguilar Herrera	200210109
12.	Manuel Estuardo Martínez Martínez	200210360

han cumplido con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en el grado de **Licenciatura**, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

"CARACTERIZACIÓN DEL RECURSO HUMANO MÉDICO EN GUATEMALA"

Estudio realizado en el departamento de Guatemala
municipios de Fraijanes, Chinautla, San José Pinula,
San José del Golfo, Palencia, San Pedro Ayampúc y
Santa Catarina Pinula,
Región de Salud Nor Oriente
abril 2008

Trabajo asesorado por el Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas, Coasesorado por el Dr. César Oswaldo García García y revisado por el Dr. Alfredo Moreno Quiñónez, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

Dado en la Ciudad de Guatemala, el día uno de julio de dos mil ocho.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Dr. Jesús Arnulfo Oliva Leal
DECANO
2006-2010

DR. JESUS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO

c.c. Archivo

RESUMEN

Objetivo caracterizar el recurso humano médico en los municipios de Fraijanes, Chinautla, San José Pinula, San José del Golfo, Palencia, San Pedro Ayampuc y Santa Catarina Pinula de la Región de Salud Guatemala Nororiente en las dimensiones demográficas, laborales y académicas. **Diseño Metodológico** descriptivo transversal, donde participaron los médicos activos e inactivos registrados en el Colegio de Médicos y Cirujanos que residen o laboran en los municipios de la Región de Salud Guatemala Nororiente. Se realizó una entrevista dirigida, previo consentimiento informado. La información recolectada se ingresó en un dominio en Internet, para formar una base de datos de todo el país. **Resultados** se encontró a 89 médicos. La proporción de médicos es de 1 para 4,646 habitantes, 2 por 10,000 habitantes y 0.11 por Km^2. El 38% de los entrevistados es de sexo femenino, con una razón de 2:1 hombres/mujeres. El promedio de edad es 46 años, 44% pertenece al grupo de edad de 41 a 50 años, 92% reside en área urbana, 100% labora actualmente como médico, 55% labora en más de un lugar y 32% ejerce en lo no institucional. El 93% ejerce práctica clínica, 37% posee solo licenciatura de médico y cirujano general, 63% tiene estudios de post grado **Conclusiones** en los municipios de la Región de Salud Guatemala Nororiente existe un déficit de médicos ya que la proporción de médicos no cumple con la meta recomendada (25/10,000 habitantes) por la Organización Mundial de la Salud.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN 1

2. OBJETIVOS 5

3. MARCO TEÓRICO 7

3.1 Recursos Humanos 7

3.2 Políticas sobre Recursos Humanos 19

3.3 Situación Actual de Recursos Humanos en Salud 92

3.4 Problemas que enfrentan los recursos humanos en salud 149

3.5 Desafíos a los que se enfrentan los recursos humanos en salud 165

3.6 Necesidades de la población en recursos humanos en salud 184

3.7 Indicadores de recursos humanos en salud 198

4. DISEÑO METODOLÓGICO 205

4.1 Tipo y diseño de la investigación 205

4.2 Unidad de Análisis 205

4.3 Población y muestra 205

4.4 Criterios de inclusión-exclusión 205

4.5 Definición y operacionalización de las variables 206

4.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos 209

4.7 Aspectos éticos de la investigación 210

4.8 Procesamiento y análisis de datos 211

5. RESULTADOS 217

5.1.2 Región de Salud Guatemala Nororiente 220

6. DISCUSIÓN 291

6.1 Discusión de los Municipios 294

6.2 Limitaciones del estudio 312

7. CONCLUSIONES 313

8. RECOMENDACIONES 315

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 317

10. ANEXOS 349

1. INTRODUCCCIÓN

Los recursos humanos son pilares fundamentales para generar cambios y mejorar los sistemas de salud. Según el informe sobre la Salud en el Mundo 2006, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la falta de personal, junto con las carencias de entrenamiento y preparación constituyen el principal obstáculo para que los sistemas de salud respondan eficazmente a las necesidades de la población. El estudio hizo énfasis en la temática central del Día Mundial de la Salud 2006, "los recursos humanos en Salud", al hacer un llamado sobre la necesidad de mayores inversiones para mejorar las condiciones de trabajo de los recursos humanos, revitalizar las instituciones de formación y reforzar con ello la capacidad para enfrentar desafíos futuros de salud pública. (1, 2, 3,4)

La OMS señaló que la comunidad internacional cuenta con tecnologías y recursos económicos suficientes para hacer frente a la mayoría de estos retos sanitarios, pero hoy en día muchos sistemas de salud nacionales son indiferentes a las necesidades, no equitativos e incluso inseguros. El estudio indica que la OMS ha identificado un umbral en la densidad de personal sanitario por debajo del cual es muy improbable lograr una alta cobertura de intervenciones esenciales, tales como las que se requieren para cumplir las metas fijadas por los Objetivos de Desarrollo del Milenio del año 2015. (5, 6,7)

Basándose en estas estimaciones, hay actualmente 57 países con limitaciones críticas equivalentes a un déficit mundial de 2.4 millones de médicos, enfermeras y parteras. Para la OMS, todos los países sufren, en mayor o menor grado, necesidades en personal de la salud. (7) Si bien el problema afecta en mayor o menor medida a todo el planeta, la situación es muy distinta según se trate de países ricos o pobres.

El 9.7% de la fuerza de trabajo en la Unión Europea es del sector de bienestar social. En España por ejemplo, a cada médico colegiado le corresponde de 250 a 275 habitantes. No parece pues que nos enfrentemos a un déficit absoluto, sino a distorsiones en la distribución de los profesionales, por especialidades, funciones y territorios. (8, 9, 10,11) Los problemas de escasez son un fenómeno generalizado, calculándose que sólo en África el déficit asciende a más de un millón de trabajadores sanitarios. La desigual distribución de estos trabajadores impide a muchos grupos acceder a servicios que salvan vidas, problema que se ve agravado por la aceleración

de las migraciones en un mercado laboral abierto que aleja a los trabajadores calificados de las comunidades y de los países más pobres. (11, 12, 13, 14)

La existencia de brechas en América Latina entre las necesidades de salud de la población y los recursos humanos disponibles (en adecuadas condiciones de cantidad y calidad) para responder a ellas, así como las limitaciones de los métodos que permitirían medirlas de forma cuantitativa y cualitativa, constituyen un factor clave para trabajar en el desarrollo e integración de los sistemas de salud de los países de la región y para la generación y aprovechamiento de bienes públicos globales de la salud. (6, 15,16)

En América Latina, la relación de médicos por cada mil habitantes es en promedio de 2,5 en los países ricos y de 0,1 en los pobres. Respecto a las especialidades, presenta escasez de médicos generales, aún cuando está comprobado que los médicos generales pueden diagnosticar más del 90% de los problemas vistos en la población; gran cantidad de especialistas y una pobre distribución geográfica de los médicos, por lo cual el número de médicos es muy variable de acuerdo a la región que se considere. (17,18) Mientras media Europa está en torno a los tres médicos por cada 1,000 habitantes, en los países centroamericanos este índice es considerablemente menor, llegando a ser hasta tres veces inferior. Así, el índice de desarrollo humano 2005 publicado por Naciones Unidas, refleja que Guatemala tiene 0,9 médicos por 10,000 habitantes, inferior a Nicaragua que posee 1,6. Esto coincide con el comunicado emitido por OPS en 2006, el cual reporta que en Guatemala existen 9.3 médicos por cada 10,000 habitantes. La meta recomendada es de 25 médicos por 10,000 habitantes. (8,11)

Pero el problema no es sólo de números, es también de distribución del personal. En Guatemala, en la ciudad capital hay 30 médicos por 10,000 habitantes, mientras que en el interior del país la cifra es mucho menor, especialmente en el altiplano donde existen departamentos con menos de 2 médicos por 10,000 habitantes. Además, predomina la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en las zonas ricas y urbanas, lo que supone que gran parte de la población, en especial la que vive en las zonas rurales, tenga mayores dificultades parara acceder a los servicios de salud. Se estima que un 20% de la población no cuenta con servicios de salud o su acceso a éstos es limitado, sobre todo en las comunidades más dispersas y alejadas. La OMS establece que el tiempo que debe emplear una persona para desplazarse hasta el servicio de salud debe de ser menor a 60 minutos.

Sin embargo, en Guatemala, 10,7% de la población adulta tarda menos de una hora en llegar al servicio de salud. (2, 5, 17,18)

Según la Séptima Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud en Toronto, Canadá, promovida por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la salud (OPS/OMS) en el año 2005, se establecieron las áreas críticas que deben ser solventadas en el desarrollo de los Recursos Humanos de Salud entre las que se encuentran: "Ubicar a las personas adecuadas en los lugares adecuados mediante el despliegue del personal indicado a los cargos pertinentes y en los ámbitos más apropiados de los países, de manera de lograr una distribución equitativa de la cantidad y la combinación de aptitudes del personal sanitario en las diferentes regiones para que estén al nivel de las necesidades de salud específicas de esas poblaciones." (19)

Como respuesta a esta iniciativa, en el año 2006 se realizó en Guatemala un estudio que recogió los hallazgos de un censo realizado en el 2003, pero a pesar de haberse prolongado la recolección de datos hasta el 2005, solamente se obtuvo la respuesta voluntaria de 2,335 de los 13,168 médicos colegiados y 7,612 colegiados activos que se estimaron en ese momento. (20)

El Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala estimó que al finalizar el año 2006 había un total de 12,626 médicos colegiados y 9.7 médicos y cirujanos por 10,000 habitantes, esto sin tomar en cuenta la distribución de los mismos. (20)

Según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el 53 % de la fuerza laboral se encuentra en el departamento de Guatemala. La concentración de recursos humanos en el área metropolitana y la escasez de médicos con especialidades básicas en los hospitales departamentales provocan un déficit en la capacidad de atención en los servicios de salud de la población del área rural. (21)

Para fines del estudio se formuló la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las características demográficas, laborales y académicas del recurso humano médico en la República de Guatemala?

Se encontró los siguientes resultados**:** Se encuesto 116 médicos de los cuales solamente 89 (77%) participaron con el estudio, la proporción de médicos en el área es de 1 para 4,646 habitantes, 2 por 10,000 habitantes y 0.11 por Km^2. 38% de los entrevistados son de sexo femenino, con una razón de 2:1 hombres/mujeres. El promedio de edad es de 46 años, 92% reside en el área urbana, 100% labora actualmente como médico, 55% labora en más de un lugar y 32% ejerce en lo no institucional, 93% ejerce práctica clínica, 37% posee como única licenciatura la de médico y cirujano general, 63% posee estudio de post grado. Con lo anterior descrito se llegó a la siguiente conclusión: En los municipios de la Región de Salud Guatemala Nororiente existe un déficit de médicos ya que la proporción de médicos no cumple con la meta recomendada (25/10,000 habitantes) por la Organización Mundial de la Salud.

2. OBJETIVOS

2.1 General

2.1.1 Caracterizar el Recurso Humano Médico en los municipios de Fraijanes, Chinautla, San José Pinula, San José del Golfo, Palencia, San Pedro Ayampuc y Santa Catarina Pinula de la Región de Salud Guatemala Nororiente durante el periodo comprendido entre abril y mayo de 2008.

2.2 Específicos

2.2.1 Identificar:

2.2.1.1 Características demográficas del Recurso Humano Médico.

2.2.1.2 Características laborales del Recurso Humano Médico.

2.2.1.3 Características académicas del Recurso Humano Médico.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Recursos Humanos

3.1.1 Definiciones

3.1.1.1 Recursos Humanos: se refiere al inventario de personal operativo clasificado como profesional, técnico, auxiliares, administrativos y otros. (22) Así mismo, se define como el conjunto de experiencias, habilidades, aptitudes, actitudes, conocimientos, voluntades, etc. de las personas que integran una organización. Es el derivado de las personas y no las personas. (23) Otras fuentes describen al término como una rama de las ciencias de la administración (no necesariamente empresarial) dividida en cuatro pilares fundamentales: selección, capacitación, administración y motivación. (24) Administración y utilización de personal regímenes, normas, técnicas y otros aspectos. Desarrollo de personal capacitación, evaluación del desempeño, carrera administrativa. Perfiles laborales ocupacionales, perfiles funcionales y perfiles educacionales. (25)

3.1.1.2 Capital Humano: riqueza, valor, acción, bien principal o más importante de una persona capaz de regenerarlo con energía física y mental, el cual es dinámico, surge, se desarrolla y proporciona valor por la actividad social o de producción del hombre. (26)

3.1.1.3 Administración del personal de recursos humanos: se encarga de especificar tiempos, competencias, estándares, salarios, jornadas y desempeño de las personas. (23)

3.1.1.4 Personal Médico: persona autorizada legalmente, con título profesional y licencia, que desempeñan labores relacionados con la atención médica en beneficio de los pacientes. (22)

3.1.1.5 **Médicos generales:** persona que cuenta con título y licencia profesional para ejercer la medicina mediante el diagnóstico y tratamiento de la patología más frecuente. (22)

3.1.1.6 **Médicos especialistas:** profesional de la medicina que cuenta con estudios de especialización, título, y licencia profesional de alguna especialidad de una rama de la medicina para la atención de la salud o de padecimientos referidos a un órgano, aparato o sistema. (22)

3.1.1.7 **Atención en salud**: el conjunto de servicios basado fundamentalmente en el capital humano. Los prestadores de atención a la salud personifican los valores esenciales del sistema: curan y atienden a las personas, alivian el dolor y el sufrimiento, previenen enfermedades y mitigan los riesgos; son el vínculo humano entre conocimiento y acción sanitaria. (27,28)

3.1.1.8 **Atención integral de la salud:** conjunto de intervenciones necesarias para promover, conservar y recuperar la salud, individual y colectiva, prevenir las enfermedades, realizar tratamientos y ejecutar acciones de rehabilitación, todos ellos en cantidad, calidad, oportunidad y eficiencia. (27,28)

3.1.1.9 **Fuerza de trabajo en salud:** la Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera que consiste de todos aquellos trabajadores de salud responsables por contribuir directa o indirectamente al desempeño de las funciones. (29)

El término recursos humanos se originó en el área de economía política y ciencias sociales, donde se utilizaba para identificar a uno de los tres factores de producción (recursos humanos, tierra y capital). Durante muchos años se consideró como un recurso más: predecible y poco

diferenciable. (30) Si se habla de recursos, se refiere a algo funcional, prescindible y casi desechable, en función de otros criterios u objetivos. (31) Las personas son el elemento común en todas las organizaciones, crean los objetivos, las innovaciones y realizaciones por las que se mantienen las organizaciones. Las personas son recursos, y sin ellos las organizaciones no podrían existir. (32)

Las pasadas definiciones de Recursos Humanos concebían al hombre como integrante de una organización el cual era sustituible, como un dispositivo más de la maquinaria de producción, contrario a una concepción de indispensable para la organización. Al catalogar a la persona como un recurso humano se toma a ésta como un instrumento sin considerar que es el capital principal, el cual posee habilidades y características que le dan vida, movimiento y acción a toda organización. (33)

El concepto moderno de recursos humanos surge en la década de 1920, en reacción al enfoque de "eficiencia" de Taylor. Los psicólogos y expertos en empleo iniciaron el movimiento de recursos humanos, que comenzó a ver a los trabajadores en términos de su psicología y adecuación a la organización, más que como partes intercambiables. Este movimiento creció a lo largo del siglo XX, poniendo cada día mayor énfasis en cómo el liderazgo, la cohesión y la lealtad jugaban un papel importante en el éxito de la organización. (30)

A medida que el mundo empresarial se daba cuenta que un empleado era mucho más que "trabajo", y que podía aportar más que eso a la empresa y a la sociedad, se creó el concepto de "capital humano", que engloba la complejidad de este recurso. Cuando se utiliza en singular, "el recurso humano", generalmente se refiere a las personas empleadas en una empresa u organización. Es sinónimo de "personal". (30)

Hacia finales del siglo XX y principios del XXI, el conocimiento y las habilidades del "recurso humano" han cobrado una gran importancia. De allí que el área de Recursos Humanos se haya convertido en un área vital para el éxito de la organizaciones. (30)

Las organizaciones han comenzado a considerar a los Recursos Humanos como su capital más importante ya que toma tiempo reclutar, capacitar y desarrollar al personal para conformar grupos de trabajo competitivos. (33)
Para que las organizaciones logren sus objetivos se requiere de una serie de recursos que deben ser administrados correctamente. Son tres los tipos de recursos:

a. Recursos materiales: comprenden capital, instalaciones, equipo, materias primas, etc.

b. Recursos técnicos: comprende sistemas, procedimientos, organigramas, etc.

c. Recursos humanos: comprende no sólo el esfuerzo y actividad humana, sino conocimiento, experiencia, aptitudes, habilidades, etc. (33)

El enfoque que se le debe dar a los Recursos Humanos es el de administrar el recurso más importante para toda la sociedad: los hombres y las mujeres constituyen el elemento básico para que las organizaciones alcancen sus objetivos. La dignidad humana no deberá perderse en el proceso de alcanzar dichos objetivos y solamente con una atención cuidadosa a las necesidades de las personas, cualquier organización puede crecer y prosperar. (33)

Generalmente la función de Recursos Humanos está compuesta por áreas tales como reclutamiento y selección, compensaciones y beneficios, formación y desarrollo, y operaciones. Dependiendo de la empresa o institución donde la función de Recursos Humanos opere, pueden existir otros grupos que desempeñen distintas responsabilidades que pueden tener que ver con aspectos tales como la administración de la nómina de los empleados, el manejo de las relaciones con sindicatos, etc. (34)

La dirección general de recursos humanos en salud tiene como responsabilidad primaria participar en la planificación, diseño e instrumentación de las políticas de desarrollo de recursos humanos. Entre sus principales funciones se haya intervenir en la elaboración de los concursos de los profesionales de la carrera y entender en la capacitación

permanente, tanto del personal de planta como de los sistemas de residencias, concurrencias y escuela de técnicos. (35)

Los recursos humanos en salud varían entre los países de la región de las Américas, pero hay problemas de naturaleza semejante en todos ellos, como el desequilibrio de la disponibilidad de composición y distribución de la fuerza de trabajo, combinado con el deterioro de las condiciones de trabajo, la precariedad de los incentivos y la falta de estrategias adecuadas de educación permanente. (36)

3.1.2.1 Recursos Humanos en Salud

Numerosos investigadores han definido la fuerza de trabajo del sector salud como el conjunto de personas, ya sean profesionales, técnicos o personal sin instrucción específica, vinculados con el sector ó pretensión de encontrarse vinculados con éste. (37)

En relación a la definición de recurso humano en salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera que “consiste de todos aquellos trabajadores de salud responsables por contribuir directa o indirectamente al desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud Publica (FESP), independientemente de su profesión y la institución donde ellos realmente trabajan”. (29)

El recurso humano en salud está conformado por el conjunto de profesionales, técnicos y personal sin instrucción específica que está vinculado a la gestión del sector salud, es decir médicos, enfermería, radiólogos, camilleros, trabajadores manuales, choferes de las ambulancias, etc. (38)

El concepto de recursos humanos para la salud fue redefinido por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) el 7 de abril de 2006, día mundial de la salud, dedicado a los trabajadores de salud; entendiéndose como “ los hombres

y mujeres que trabajan en el campo de la salud y no solamente médicos ó enfermeras, sino también empleados en el campo de la salud pública, creadores de políticas de ámbito sanitario; y también los educadores, los administrativos, la comunidad científica, los profesionales farmacéuticos y muchos trabajadores más." En suma, son todas las personas que trabajan en las diferentes profesiones de cuidado a la salud. (27, 28,39 y 40)

El reporte mundial de la salud del 2006 elaborado por la OMS define el concepto de recursos humanos en salud como todas las personas que se encuentran comprometidas en acciones cuyo intento es mejorar la salud. Ésta definición es una extensión de la definición de la OMS sobre los sistemas de salud, cuyas actividades tienen como principal objetivo mejorar la salud. Los trabajadores en salud tienen una importante contribución y funciones críticas en muchos de los sistemas de salud. Estrictamente hablando, esta definición incluiría a todas las madres que cuidan a sus niños enfermos y a otras personas que realizan actividades no remuneradas ya que contribuyen y son críticos en el funcionamiento de muchos sistemas de salud. Sin embargo, el dato disponible del número de trabajadores de salud, generalmente se limita a personas que realizan actividades remuneradas. Esta definición no está bien estructurada ya que en la práctica no es posible aplicarla porque los datos de los trabajadores en salud no proveen suficientes detalles para permitir la distinción entre aquellos que se encuentren directamente relacionados al sistema de salud y los que brindan ayuda para mejorar la salud. Es por ello que el enfoque que se le da incluye a los trabajadores empleados por organizaciones o instituciones cuyo objetivo primario es la mejora en salud, así como toda aquella persona cuyo objetivo sea el mismo pero trabajen en otro tipo de organizaciones. (41)

El sistema permite la distinción de dos tipos de trabajadores en salud. El primer grupo comprende a todo el personal que provee servicios de salud y se les conoce como “proveedores de servicios de salud”; el segundo grupo incluye a personas que no se encuentran relacionados directamente con proveer los servicios y se les llama “trabajadores en administración y soporte de la salud”. (41)

Los datos actuales no permiten que las personas que trabajan parcialmente para mejorar la salud, como los trabajadores sociales, voluntarios, etc., sean reconocidas como recursos humanos en salud. (41)

La Dra. América Mazariegos de Fernández de la OPS se refirió a la complejidad de los recursos humanos en el Sector Salud, que incluye no sólo a los prestadores de servicio, sino a las escuelas formadoras, las universidades, los sindicatos, los colegios profesionales, etc. (42)

3.1.2.2 Principios de los recursos humanos

En general, los recursos humanos en salud se rigen por los siguientes principios generales:

3.1.2.2.1 Equidad: La formación y el desempeño de los recursos humanos en salud deben estar orientados a proveer accesibilidad a la atención integral de la salud, y utilización de los servicios, de igual calidad, a todos los habitantes del territorio nacional, de acuerdo con sus necesidades e independiente de su capacidad de pago. (43)

3.1.2.2.2 Solidaridad:

La formación y el desempeño de los recursos humanos en salud deben estar fundamentados en una vocación de servicio que promueva el apoyo a la práctica de la mutua ayuda entre las personas,

las instituciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil. (43)

3.1.2.2.3 **Calidad:** Es un atributo que debe caracterizar la formación y el desempeño de los recursos humanos en salud, conducente al logro de los mayores beneficios posibles en la atención, dentro de la disponibilidad de recursos del sistema de servicios y con los menores riesgos para los usuarios de esos servicios. Se le reconocen dos componentes interrelacionados: el ejercicio de competencias propias de cada campo de actividad y la satisfacción de los beneficiarios del servicio. (43)

3.1.2.2.4 **Integralidad:**
Es una característica fundamental del proceso de atención de la salud, en el cual se reconocen intervenciones y actividades de promoción de la salud, de prevención y tratamiento de enfermedades, de rehabilitación y de movilización de acciones intersectoriales, que, según proceda, deben realizar los recursos humanos, en función de la salud individual y colectiva. (43)

3.1.2.2.5 **Concertación:** Se entiende por tal el proceso mediante el cual se deberán establecer espacios y mecanismos formales para propiciar acuerdos conceptuales y operativos y definir líneas compartidas de acción, por parte de los diferentes agentes y actores profesionales e institucionales que intervienen en los servicios de salud. (43)

3.1.2.2.6 **Unidad:** Debe ser una característica del accionar de los diferentes actores institucionales que intervienen en la formación y el desempeño de los

recursos humanos en salud, para buscar y concretar la articulación y la armonización de las políticas, estrategias, instrumentos legislativos, normas, procesos y procedimientos que rigen en sus respectivos campos de actuación para lograr un desarrollo equilibrado y acorde con las necesidades del país. (43)

3.1.2.2.7 **Eficiencia:** Debe ser una característica de la gestión de las instituciones para la formación y desempeño de los recursos humanos para lograr la mejor utilización, social y económica, de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles con el propósito de que los beneficios a que da derecho la seguridad social en salud sean puestos al servicio de la población en forma adecuada, oportuna y suficiente. (43)

3.1.2.2.8 **Efectividad:** Son atributos o características que se deben expresar en el desempeño de los profesionales, técnicos y auxiliares que actúan en los servicios de salud, cuyas acciones deben procurar el logro de resultados eficaces en la atención de salud individual y colectiva, mediante la utilización eficiente de los recursos disponibles y la selección del mejor curso de acción alternativo en términos de costos. (43)

La reunión regional de los observatorios de recursos humanos en salud en Toronto, Ontario, Canadá, 2005 definió los siguientes principios respecto al tema:

- Los recursos humanos son la base del sistema en salud: el desarrollo de los recursos humanos en salud conforma la base social y técnica de los sistemas en salud y de su mejoramiento. La contribución de los trabajadores de la salud es un factor esencial de la capacidad del sistema en salud

de asegurar el acceso equitativo a servicios de calidad a toda la población. (19)

- Trabajar en salud es un servicio público y una responsabilidad social: el trabajo en salud es un servicio público y un bien social de gran importancia para el desarrollo humano. Es necesario un equilibrio entre los derechos y responsabilidades sociales de los trabajadores de salud y los derechos sociales y responsabilidades de los ciudadanos que merecen la atención y el derecho a la salud. (19)

- Los trabajadores de salud son protagonistas de su desarrollo: el desarrollo de los recursos humanos en salud es un proceso social (no exclusivamente técnico), orientado a mejorar la situación de salud de la población y la equidad social, a través de una fuerza de trabajo bien distribuida, saludable, capacitada y motivada. Este proceso social tiene como uno de sus protagonistas a uno de los trabajadores de salud. (19)

- Se considera que para el desarrollo de los recursos humanos de salud (planificación, gestión y desarrollo) es preciso un planteamiento interdisciplinario, intersectorial y de múltiples servicios. Así se reconocen las funciones complementarias de los dispensadores de servicios de salud y se valora la contribución de las distintas disciplinas. Se precisan las aportaciones de los principales interesados: consumidores, dispensadores de servicios, personal docente, investigadores, empleadores, directivos, administraciones, financiadores y organizaciones de profesiones de salud. (44)

3.1.2.2 Misión de los Recursos Humanos en Salud

El 7 de abril de 2006, día mundial de la salud, dedicado a los trabajadores de salud, OPS/OMS definió la misión de la unidad de recursos humanos para la salud, la cual consiste en "aumentar la eficiencia, calidad y equidad de los servicios de salud por medio de una fuerza de trabajo bien formada, bien distribuida y bien retribuida que tenga la capacidad de satisfacer las necesidades de salud de toda la población y que esté comprometida con la entrega de los mejores servicios sanitarios." (27)

El recurso humano en salud juega un papel estratégico en todo proceso de cambio, ya que es el responsable de implementar las propuestas diseñadas por el Ministerio cabeza del sector. Por lo tanto, es necesario generar condiciones favorables y estables para contar con la participación del personal en las iniciativas desarrolladas. (45)

3.1.2.1 Importancia de los Recursos Humanos en Salud

Félix Rigoli, asesor regional para el desarrollo de Recursos Humanos de la OPS cita: "La calidad del sistema de salud de un país es en gran parte función de la capacidad de la fuerza laboral del sector. Esta requiere desarrollarse y fortalecerse con mejores políticas y más oportunidades educacionales y de capacitación." (46) La efectividad del sector salud depende en cómo los recursos humanos se desarrollan y son utilizados. (47)

Según el Sector Público de salud en México, en el gobierno y Organismos no Gubernamentales (ONG) el costo del recurso humano es, por mucho, el mayor en el que se incurre para mantenerlos operando y garantizar así un servicio de calidad al ciudadano. Los recursos humanos bien administrados mejoran la operación de los gobiernos y las instituciones en forma directa contribuyendo a establecer diferencias en los

niveles de servicio ofrecidos a los ciudadanos, a las empresas y otros gobiernos. (48)

Dada la importancia de los recursos humanos para el sistema de salud se debe llevar a cabo una planificación para asegurarse que haya suficiente personal disponible con las competencias adecuadas para así entregar una atención de salud de buena calidad a la población. (49)

El recurso humano juega un papel estratégico en todo proceso de cambio, ya que es el responsable de implementar las propuestas diseñadas por el Ministerio cabeza de sector. Por lo tanto, es necesario generar condiciones favorables y estables para contar con la participación del personal en las iniciativas desarrolladas. (38)

El trabajo de los recursos humanos que operan en el sector sanitario se traduce en mejoras reales de salud de la población por lo que se reorienta al sector hacia actividades de salud pública que den respuesta a las necesidades de salud de la población y a sus determinantes. (50)

3.1.3 Recurso Humano Médico en Salud

El trabajo médico es un trabajo individual, su función es el trato directo con el paciente. Esta relación incluye dos aspectos básicos, siendo el primero relacionado con la salud fisiológica del paciente y el segundo relacionado a la parte psicológica de la comprensión del mal y la forma en que ésta afecta al paciente. Ésta última es compatible con el trato y el respeto del médico hacia el paciente. (51) La atención médica de alta calidad y el mantenimiento y el desarrollo de las habilidades y técnicas de un médico, así como el descubrimiento de información y nuevos conocimientos están ligados inseparablemente a las oportunidades que tiene el médico de dar a tención a los pacientes y de lograr experiencia clínica. (52) Las expectativas personales del médico se basan en dos aspectos básicos: la actualización profesional y la retribución económica. (51)

La responsabilidad del médico es directa e individual con el paciente, ya que no está formado para trabajar en función institucional, por ello rara vez toma partido en el desarrollo de la organización en que labora, lo cual dificulta la identificación del mismo con dicha organización. (51)

El rol del médico como recurso humano en salud dentro de las instituciones de salud es el principal, ya que son los prestadores directos de servicio a los pacientes. (51)

La disponibilidad de recursos humanos puede enfocarse mediante el número y la tasa de profesionales sanitarios colegiados, por tipos, aunque las cifras pueden tener problemas de fiabilidad y necesitan un referente para sus valores óptimos (medidos según el grado de ajuste a las necesidades de salud presentes y futuras). (53)

En el recurso medico la especialización parece ser una tendencia creciente en el desarrollo de la carrera profesional en el mundo occidental. Este proceso, que muchas veces exige un compromiso formal y un aprendizaje guiado, debe ser analizado más allá de la perspectiva de los actores involucrados directamente en la formación. (54)

3.2 Políticas sobre Recursos Humanos

3.2.1 Definiciones

3.2.1.1 Formulación de Políticas: El proceso de decisión en el cual, individuos, grupos o instituciones establecen la políticas relativas a planes, programas y procedimientos. (55)

3.2.1.2 Política de Salud: Decisiones desenvueltas generalmente por formuladores de políticas del gobierno, para la definición de los objetivos inmediatos y futuros del sistema de salud. (55)

El estudio de las personas es el elemento básico para comprender las organizaciones y particularmente la administración de recursos humanos. El recurso humano constituye el factor clave para el buen desempeño de la misión social de toda institución de salud. Las políticas surgen en función de la racionalidad, la filosofía y cultura de los establecimientos hospitalarios en los que se desenvuelven. Estas son reglas que se establecen para dirigir funciones y asegurar que éstas se desempeñen de acuerdo con los objetivos deseados. Las políticas de recursos humanos se refieren a la manera como los hospitales aspiran a trabajar con sus miembros para alcanzar por medio de ellos los objetivos organizacionales. (56)

La modernización y fortalecimiento del sector público de salud pasa por una política de recursos humanos que garantiza el adecuado reconocimiento y materialización de la vocación de servicio de los trabajadores, así como sus valores y los de la propia institución, el uso eficiente de la infraestructura, el perfeccionamiento de los niveles tecnológicos y las oportunidades de capacitación.

El proceso de introducción de un nuevo modelo de gestión de recursos humanos implica:

- Definir políticas explícitas de recursos humanos
- Definir e incorporar a las instituciones del sistema un equipo multiprofesional de diferentes disciplinas involucradas en la gestión de recursos humanos.
- Capacitar a los equipos directivos del sistema en el manejo gerencial de los recursos humanos.

La formulación de políticas y la elaboración de planes de intervención en el área de recursos humanos de salud debe ser el resultado de un conjunto de medidas cuya aplicación tenga repercusión sobre concepciones y alcances de las propuestas en salud y sobre el desarrollo de los servicios de salud. (57)

El desarrollo en recursos humanos deberá estar orientado a asegurar la cobertura de los servicios, el impacto de las acciones y la satisfacción del usuario y del trabajador de salud. Los temas relacionados con recursos humanos representan un componente crítico para delinear las políticas

sectoriales. Actualmente hay una depresión en el nivel salarial que hace que el costo oportunidad que tienen las personas para acceder al sistema sea muy desventajoso, de tal modo que los profesionales mejor calificados en su área no tienen como prioridad el sector público. (58)

En la actualidad todavía existe una gran proporción de la población mundial que simplemente no tiene acceso a la salud o que dispone de una cobertura médica insuficiente para sus necesidades, afectando esta situación especialmente a los más pobres o a quienes presentan una mayor vulnerabilidad en su condición de salud. Desde la óptica de la cobertura de salud, en aquellos países donde existe preeminencia de seguros privados de salud, como en el caso de Estados Unidos y Suiza, hay una proporción importante de personas que queda sin cobertura de sus gasto médicos por no disponer de ingresos para pagar sus primas de seguros o por presentar características de edad o de salud que les impiden calificar para una adecuada cobertura de sus atenciones, fenómeno que es conocido en la literatura como "Descreme de Mercado" o "Selección de Riesgo". Tal situación, obliga a que opciones públicas de seguros se hagan cargo de la cobertura médica de las personas pobres y con mayores riesgos, generándose una demanda creciente por más recursos que, al no ser satisfecha, introduce restricciones de tipo cuantitativo en la provisión de servicios, como colas o listas de espera, que también se traducen en una cobertura insuficiente, de la población que presenta mayores necesidades. Este escenario no es muy distinto en aquellos países como Inglaterra y Canadá, que por los mismos problemas, han optado por un Sistema Nacional de Salud de carácter único financiado con impuestos generales. (59)

Esta situación hace que el sector público pierda poder monopólico, tanto más cuanto mayor sea la importancia del sector proveedor privado. Esto va acompañado de una creciente "dualización" de la atención de salud, coexistiendo un sector público, retrasado tecnológicamente, de menor calidad en inferiores rentas, con un sector privado en la punta de la tecnología, mejor calidad y dinámica evolutiva centrada en la obtención de rentas innovativas derivadas de la propiedad de equipos de infraestructura sofisticados. Por esta dualización, que genera incontenibles presiones sobre el sector público, también mantienen informales vasos comunicativos entre

ambos sistemas derivados de la práctica médica alternada, usualmente el mismo día. En ausencia de un adecuado marco regulatorio, alienta la migración profesional desde el sector público al privado. Al mismo tiempo hace aflorar las imperfecciones que caracterizan los mercados de salud, favoreciendo conductas que permitan a los proveedores aumentar las demandas por sus servicios, generar sobre prestación e inducir sobre consumo. (60)

Las políticas establecen el código de valores éticos de los establecimientos asistenciales y le permitirán dirigir las relaciones con sus usuarios y proveedores. A partir de dichas políticas pueden definirse los procedimientos que se implantarán, los cuales son caminos de acción predeterminados para orientar el desempeño de las operaciones y actividades, teniendo en cuenta los objetivos de la organización. (56)

a. Políticas de Obtención de Recursos Humano

- Optimizar el tamaño del estado y expansión del empleo público en salud. Desarrollo de estudios y metodologías para determinar necesidades de recursos humanos. Investigación permanente del mercado del trabajo en salud.
- Reclutamiento y selección del personal para la provisión de sus cargos.
- Inducción y orientación de personas.

b. Políticas de Utilización de Recursos Humanos

- Desarrollo de estilos de gestión orientados a resultados.
- Definición de planes de carrera para el personal para visualizar expectativas.
- Evaluación del desempeño de los trabajadores.

c. Políticas de Mantención de Recursos Humanos

- Remuneraciones ligadas al desempeño funcionario y al mérito. Cerca del 60% del presupuesto que el país destina a salud se ocupa en remuneraciones. (58)
- Información y orientación del personal.
- Comunicación para mantener un clima laboral adecuado y estable.

- Planes y sistemas de bienestar y beneficios sociales.
- Calidad del entorno laboral.

d. Políticas de Desarrollo de Recursos Humanos

- Capacitación en beneficio del progreso de las instituciones.
- Reentrenamiento y adaptación tecnológica asociada a los programas de capacitación.
- Desarrollo organizacional y adaptación a los procesos de cambio.

e. Políticas de Egreso de los Funcionarios

- Siendo enfrentada con anticipación de tal modo que permita informar y preparar al trabajador con respecto a las nuevas condiciones que le depara esta etapa de su vida.

f. Políticas de Control de Gestión de los Recursos Humanos

- Registro de profesionales y técnicos de salud para ejercer los roles técnicos del área.
- Sistemas de información para la gestión.

g. Políticas de Relaciones Laborales

- Especificidad del sector público de la salud, tomando en cuenta la distribución de trabajadores, características sociales y profesionales.
- Valoración del diálogo como método de relación laboral.
- El principio de respeto mutuo, para dar y establecer igualdad de oportunidades y de condiciones laborales. (56)

3.2.2 Políticas a nivel mundial

La planificación de los recursos humanos es una función consistente e importante en la mayoría de Ministerios de Salud. Al tiempo que el debate sobre la planificación sanitaria y de los recursos humanos se polarizaba entre planificación normativa y planificación estratégica; la prioridad de la función planificadora en las organizaciones de salud se fue diluyendo hasta casi desaparecer del lenguaje cotidiano de dirigentes y gerentes sectoriales. Sin embargo persistieron algunas prácticas derivadas de la

planificación. Es decir, aunque el discurso dominante no la incluya, en los países hay una planificación realmente existente. (61)
Un dato relevante de la realidad del campo de los recursos humanos es la persistencia o agravamiento de problemas de disponibilidad, distribución y estructura de la fuerza de trabajo en salud en casi todos los países. (62)

La compleja relación entre reformas sectoriales y el desarrollo de recursos humanos en salud está llena de paradojas. Una de ellas se refiere a que a pesar de la ausencia de las cuestiones del personal en salud en las agendas y discursos políticos de las reformas, éstas han producido importantes cambio con impactos significativos en el conjunto del campo de los recursos humanos. (63)

Para analizar el impacto de las reformas sectoriales sobre los trabajadores y su desempeño se necesita un marco de referencia que va más allá de la institucionalidad del sector de la salud. Así, cobran relevancia las reformas del estado y en la administración pública, tanto por la reducción del personal que se llevó a cabo en muchos países, como por los cambios normativos que abren paso, entre otras posibilidades, a modos flexibles de empleo (público y privado). También es importante tener en cuenta los cambios en la situación y en las normas generales de empleo de las economías nacionales, configuradas por las llamadas reformas laborales; así como las reformas de los sistemas educacionales, de manera especial las que afectan los niveles secundario y terciario. (61)

Dentro del propio sector de la salud, algunos procesos incluidos en las reformas han contribuido a cambiar las condiciones y las relaciones laborales en los servicios de salud.

3.2.2.1 Impacto de reformas sobre el desempeño del personal de Salud

Persiste la escasez de información oportuna y de calidad para la toma de decisiones en materia de personal, además de poco profesionalismo entre los responsables de la gestión de los recursos humanos, terreno restringido a

las jefaturas de personal en vez de ser función de la dirección del servicio. (61)

La educación superior y técnica de profesionales en salud también ha sido y sigue siendo objeto de cambios muy importantes en este período de reformas sectoriales. El viejo problema de la inadecuación de la formación frente a las necesidades poblacionales y de los servicios (derivado de la vigencia de un modelo educacional biomédico, recuperativo, centrado en la enfermedad y orientada a una práctica especializada) sigue siendo todavía el más importante. Modelo que es refractario tanto a cambios curriculares como a iniciativas de integración docente-asistencial y, que se traduce, entre otras situaciones, en un divorcio, y no siempre buenas relaciones, entre escuelas y servicios. Por esto, los cambios en los modelos de atención no han encontrado una respuesta adecuada y oportuna en la formación de los recursos humanos. (61)

Se asiste a una demanda general y creciente por mejorar la calidad de la formación y la capacitación del personal, que en muchos casos se asocia a procesos de regulación, específicamente de acreditación de escuelas y programas educacionales. Hay razones de peso: de un lado, ha existido un progresivo deterioro en muchas instituciones educacionales de las condiciones en las que se desarrolla la práctica educativa. De otro lado, se han promovido en algunos países procesos de desregulación de la educación superior y técnica que no han sido acompañados de los imprescindibles controles de las autoridades sanitarias o educativas. La cuestión de la calidad no se restringe a la educación de pregrado o de calificación técnica, es también un problema en el posgrado y nos remite a la compleja cuestión de las residencias, la especialización y la educación permanente y continuada, así como a la educación en Salud Pública. (63)

3.2.2.2 Planificación de Recursos Humanos en perspectiva

Tradicional y convencionalmente la planificación de recursos humanos ha sido entendida como la búsqueda de un balance de la ecuación entre oferta y demanda de personal en los sistemas de salud. (64)

La práctica real de planificación de recursos humanos se basaba en el cálculo de la disponibilidad o de la oferta usando alguno de los métodos conocidos (por lo común dependiente de la información disponible) y a partir de allí se proyectaban las necesidades futuras, en un determinado horizonte temporal, en función de una meta o parámetro internacionalmente aceptada.

A mediados de los ochenta surgió, como consecuencia de los problemas de inefectividad de la planificación de recursos humanos, e influenciada por el pensamiento estratégico aplicado a la salud, los planteos teóricos de la llamada planificación estratégica y/o situacional. El Programa de Desarrollo de Recursos Humanos promovió activamente el desarrollo de nuevas aproximaciones a la planificación del personal que consideraran las dimensiones políticas, la incertidumbre y la complejidad del campo sanitario y del campo de recursos humanos como condicionantes del proceso y de planificación y de los objetivos y componentes del plan. (64)

3.2.2.2.1 Comparación de experiencias de planificación de Recursos Humanos en Salud de ocho países

Alemania

Organización

- Contexto laboral enfatiza derechos individuales y poca intervención y regulación desde el Estado.
- Regionalización geográfica.

- Tendencia a sobreproducción de médicos.
- Recorte de presupuestos para contratos.
- Reforma de salud de 1993.
- Disminución del estándar de médicos por población.
- Asociaciones de médicos regionales y locales y fondos de aseguramiento definen las reglas de planificación usando básicamente estándares por población, que luego aprueba el Ministerio de Salud.

Metodología

- Valores estandarizados por región y por población.
- Si hay desequilibrios, el comité regional analiza el caso (actividad, productividad, edad, práctica médica, estructura y característica de la población) y toma decisiones.

Países Bajos

Organización

- Asociaciones profesionales determinan su propia política en cuanto al número y las especialidades.
- Las plazas para residencias para médicos y enfermeras se determinan por el gobierno.
- Los organismos estatales tienen la responsabilidad de contratar a los estudiantes y financian sus contratos.
- En 1999 se inicia proceso de planeación con una unidad creada por el gobierno con participación tripartita (grupos profesionales, compañías de seguros / fondos de enfermedad e instituciones de formación y entrenamiento).

Metodología

- Anualmente la unidad tripartita emite recomendaciones sobre número de doctores a ser entrenados, análisis de la demanda y oferta del sistema de salud en un horizonte de 10 y 20 años.
- Apoyo del instituto nacional de investigación en servicios de salud: investigaciones específicas sobre fuerza de trabajo.
- En 2002 se recomendó aumentar el número de estudiantes a ser admitidos a las universidades y aumentar el número de puestos para entrenamiento de médicos generales.
- Existe un fondo adicional para entrenar especialistas.

Australia

Organización

- Existe un comité de asesoría al gobierno en fuerza de trabajo médica que reporta al consejo de ministerios de salud australianos.
- Participan: Instituto de salud y bienestar especializado en datos. Comisión de aseguramiento en salud, departamento de inmigración y asuntos multiculturales, departamento de educación, entrenamiento y asuntos de juventud, departamento de educación, entrenamiento y asuntos de juventud, departamento común de salud y cuidados, autoridades estatales y territoriales de salud.

Metodología

- Se da una redefinición del foco sobre médicos a una aproximación de equipo de salud.

- El comité trabaja de acuerdo con el lugar, número de servicios y complejidad y se procede a medición de estándares de productividad y existencia de acuerdo con el escenario.
- Los requerimientos se definen por estándar médico-población, medición de necesidades, benchmarking internacional, mejores prácticas, medición económica de la demanda y su crecimiento.
- Con información sobre demanda y oferta se estiman las necesidades de grupos de atención.
- Se dicta la política y se monitorea la implementación de las decisiones cada cinco años y se hacen los ajustes.

Nueva Zelanda

Organización

- Con el objetivo de fortalecer atención primaria y equipos de trabajo se crea un comité asesor de la fuerza de trabajo 2001.

Metodología

- La solicitud formal del Gobierno para este comité es asumir una visión estratégica de la fuerza de trabajo requerida para prestar servicios en el futuro más allá de cuantos se requieren y hacer un plan para ello.

Cuba

Organización

- El gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y su unidad especializada en planificación de recursos humanos formulan un plan nacional de necesidades de personal en un período de 10 años.

- El plan que sigue las directivas emanadas de la dirección estratégica del desarrollo del país responde a las metas y directrices del desarrollo del sistema nacional de salud, y se formula participativamente con las provincias, y es de cumplimiento obligatorio por todas las instancias, jurisdicciones y organizaciones del sistema de salud y de las instituciones formadoras de recursos humanos de salud (subordinadas al Ministerio de Salud).

Metodología

- Utiliza combinación de metodologías normativas y análisis de tendencias, con uso predominante del método de balance con paneles de expertos para seleccionar las medidas y estimar el impacto de los avances tecnológicos, evidencias para decisiones en el sistema y la productividad.
- Análisis continúo de productividad de grupos de médicos de familia y de especialistas y su capacidad de resolución de problemas de salud.
- Se establece un plan para la formación agregando al cálculo la reserva de personal destinada a la colaboración internacional y las implicaciones del año sabático en función de las metas del sistema.

Estados Unidos de América

Organización

- Gobierno federal asume responsabilidad de planificar y corregir los desequilibrios en la distribución.
- Los estados planifican y financian educación, licencian y regulan la práctica.
- Controla los seguros.

- Compra los servicios y define los subsidios y programas de incentivos para profesionales según especialidad.
- Gobierno federal produce información actualizada sobre profesionales y trabajadores disponibles acreditados y trabajando, número de empleados en las instalaciones de salud, salarios, población servida, infraestructura de salud y gasto en atención de salud.

Metodología

Existe un consejo asesor para fuerza de trabajo y una unidad pequeña de información que:

- Hace investigación y genera reportes sistemáticos de datos que analizados se distribuyen periódicamente.
- Define las prioridades de la agenda en fuerza de trabajo para cada año y crea estándares, definiciones y protocolos para facilitar la comunicación análisis, realiza estudios especiales por asuntos legislativos.
- Desarrolla modelos para proyección de oferta y demanda y obtiene consensos sobre los temas álgidos. Mantiene una red electrónica con participación de organizaciones para compartir información.

Canadá

Organización

- Hace más de 20 años existe un Comité Asesor de Recursos Humanos en Salud (ACHHR). Funciona con delegados de los Vice ministerios de salud de las Provincias y Territorios y delegados del Gobierno federal. Se dedica a la planificación de la mano de obra médica y realiza estudios sobre la oferta y demanda de enfermeras.

- Posee dos comisiones especializadas: una vinculada a la previsión de escenarios futuros (forecasting) y otra que ha desarrollado un marco de objetivos, principios, guías de trabajo y directivas estratégicas que permiten planificar en forma coherente a las diferentes provincias y territorios.
- Como cada jurisdicción es independiente para fijar sus prioridades, la función de estas Comisiones es financiar estudios que luego las diferentes autoridades regionales utilizan en forma coordinada. A partir de 2001 fue reconocida la necesidad de integrar en el proceso de planificación la participación y la opinión de actores interesados.

Metodología

- Los principales esfuerzos de planificación sistemática se han hecho en relación con el número de médicos, utilizando como variables el número de ingresos en las escuelas de medicina y el número de aceptaciones de solicitudes de graduados extranjeros. Este cálculo se hace con horizontes de cinco años.
- En los últimos diez años se integró en este cálculo la tasa de población femenina en la fuerza de trabajo médico, dadas las evidencias sobre las diferencias en número de horas semanales y edad de retiro en hombres y mujeres.
- Se han desarrollado dos bases de datos para la planificación futura de médicos y enfermeras. Los componentes de información de estas bases son los siguientes: número de identificación único, base de datos de instituciones educativas,

conjunto de equivalentes de carga de trabajo, modelos matemáticos de oferta futura y datos de migración y movilidad interprovincial.

Reino Unido

Organización

- En 1999 se definió un enfoque global de la fuerza de trabajo. Las bases son: trabajo interprofesional en equipo, trabajo flexible, planificación en función del paciente, maximizar contribución del staff al paciente, modernizar educación y entrenamiento, desarrollo de carreras nuevas y flexibles, expansión de la fuerza de trabajo hacia futuras demandas.
- Se formulan planes locales y regionales que son consolidados en el Buró de Desarrollo Nacional de Fuerza de Trabajo, que asegura la integración de los puntos clave.
- Participación en educación médica, entrenamiento y sttafing, especialistas en fuerza de trabajo, comité de médicos y no médicos.

Metodología

- Se ha cambiado su enfoque en respuesta a la Unión Europea. Desde hace 7 años se aplican las regulaciones europeas para el movimiento del trabajo: promedio de especialidad con duración de 5 años según especialidad.
- Hasta 2001: grupo asesor de fuerza de trabajo especializada formada por planificadores, decanos de posgrado de medicina, representantes de los médicos generales, gerentes de hospital, la asociación

médica, médicos jóvenes y autoridad de salud.

- Analizan datos de los últimos 5 años, analizan demandas y necesidades, según razones especialidad por población.
- Comparación de la demanda con la oferta existente y los perfiles actuales. (65)

La planificación de recursos humanos tiene como propósito fundamental "asegurar que haya suficiente personal disponible con las competencias adecuadas para entregar una atención de salud de buena calidad a la población", ayuda mucho a entender la razón de ser y de estar poco comprendida y no siempre valora la intervención estratégica. (66)

3.2.2.3 Políticas en Recursos Humanos en Salud en el Continente Europeo

En los años ochenta y noventa se centró interés por la reforma de la atención en salud a nivel mundial y Europa no fue la excepción. Este interés no se limitó a la OMS; el Banco Mundial asumió un papel prominente a nivel internacional. Sin embargo, no se ha prestado atención a las repercusiones de la reforma de la atención de salud en la gestión de recursos humanos, y por ende, existe una ausencia general de investigaciones sobre las relaciones laborales de la administración pública en Europa. Esta deficiencia comienza a ser abordada por la OMS y otros organismos, partiendo del reconocimiento creciente de que la ejecución de políticas y el comportamiento del personal de salud, y las organizaciones que lo representan, tienen una relación crucial con la eficacia de la reforma de la atención de salud. El desarrollo de sistemas de salud más eficaces, como una prioridad, pasa por abordar temas tales como las remuneraciones y los incentivos en el sector público, y constituye uno de los aspectos más difíciles de la agenda internacional de salud. (67)

Los gobiernos europeos intentan resolver la demanda creciente de la atención de salud y el aumento de los costos. En los noventa, las inquietudes por el financiamiento de los servicios de salud permanecieron en primer plano. El desempleo y el aumento poblacional repercutieron en los gastos de bienestar social. La preocupación por el crecimiento del gasto público, condujo a la mayoría de gobiernos, a un escrutinio más detallado de la organización y a la gestión interna de los servicios públicos. (67)

Los cambios principales en las remuneraciones y las condiciones de trabajo en el sector salud, en la rama de proveedor-adquiridor, se centraron en cuatro tendencias hasta el año 2000:

La primera, introduciendo incentivos del mercado en los servicios públicos, dando un mayor papel al sector privado en distintos aspectos de la prestación de servicios de salud. Las modalidades en Europa, fueron:

- En los sistemas de salud anteriormente integrados, se realizó la introducción de elementos competitivos, combinando el financiamiento público de la atención en salud, con formas de competencia entre proveedores públicos y/o privados, con contratos negociados entre los proveedores de servicios de salud por separado y las autoridades adquisitivas.
- En los sistemas basados en seguros, se tomaron medidas para promover la competencia entre las aseguradoras.
- En sistemas pluralistas de atención de salud con exceso de camas de hospital se fomentó la competencia entre los sectores privado y público. (67)

La segunda, consistente en fortalecer la gestión de los servicios del sector público. Se generó un cambio, de servicio administrado a servicio gerencial. Este cambio comprende:

- Énfasis en los resultados.

- Gestión profesional y responsable.
- Normas de rendimiento explícitas que incorporan calidad del servicio.
- División de organizaciones grandes en unidades empresariales pequeñas.
- Competencia interna entre proveedores.

La tercera, mayor énfasis en la descentralización, que puede tomar diferentes formas:

- Aumento de la autonomía hospitalaria, disminución de limitaciones administrativas.
- Delegación de la planificación nacional al nivel regional, incluyendo hospitales.
- Reemplazo del financiamiento global por financiamiento relacionado con servicios prestados por hospital

La cuarta, como parte de esta evolución, mayor inclusión de los médicos y otros profesionales en el proceso de gestión:

- Abordando como actividad central de los médicos y enfermería en nuevos grupos de atención primaria.
- Proporción de nuevas instituciones de diálogo social.
- Fortalecimiento de sistemas de médicos generales simultáneamente con fortalecimiento de la atención primaria.
- Generando paridad entre la práctica general y la especializada.

En la rama de remuneraciones del personal de servicios de salud, se aplican diferentes sistemas a distintos grupos ocupacionales; en general se expresa una mala sistematización de las diversas experiencias, las cuales derivan como respuesta a crisis políticas:

- En los sistemas de determinación de las remuneraciones del personal de servicios en salud, influyen los arreglos que predominan en el sector privado, vinculadas al desempeño y son el modelo que predomina en el sector público.

- Las negociaciones colectivas son el método predominante y es poco común que los empleadores decidan unilateralmente las remuneraciones.
- En Francia, las negociaciones colectivas son inciertas, debido al alcance de la reglamentación unilateral por el gobierno central.
- Los gobiernos han tenido que enfrentar las complejidades de la determinación de las remuneraciones, considerando una fuerza laboral grande, dispersión geográfica, condiciones laborales de mercado y diversos tipos de contratos.
- También los gobiernos han sido renuentes a los aumentos salariales, por la alta proporción que representan al gasto de servicios de salud, por ende hay resistencias para aumentar las contrataciones.
- Otra respuesta ha sido descentralizar la determinación de remuneraciones al nivel regional o de empresa, dando mayor discreción a los gerentes.
- También se han introducido contratos individualizados, con determinantes en el desempeño y que forman parte del apoyo a la autoridad de los gerentes frente al personal profesional.
- Mejorando incentivos al desempeño o mérito, vinculando al trabajador a un mayor compromiso con la rendición de cuentas por el desempeño. Las bonificaciones y suplementos especiales, han sido un mecanismo generalizado en el sector público, a fin de eludir los reglamentos estrictos de las remuneraciones, para contrarrestar una escala de sueldos baja y evitar escasez de personal.
- En Inglaterra, los gerentes quedaron excluidos del sistema nacional de negociaciones colectivas, les abolieron aumentos salariales anuales y sus contratos de trabajo son de corto plazo.
- Para afianzar el desempeño, y resolver fricciones con el gremio médico que se opone a programas dominados por consideraciones financieras, se busca la generació

de una evaluación con indicadores objetivos y cuantificables de producción, lo que lleva a descuidar la parte cualitativa de la prestación de servicios. (67)

En España se realizó un estudio referido a las Políticas y Sistemas de Valoración de los Recursos Humanos en salud, en los hospitales públicos, el cual se centró principalmente en enfermeros, por el número de colectivos que forman parte del personal sanitario, realizándose comparaciones con otros colectivos, encontrando diferencias significativas. La investigación, ha recogido algunos temas que afectaban al objeto de estudio, como: la descentralización de la sanidad a las Comunidades Autónomas, la nueva Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, la creación del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, etc. (68)

La elección del tema es consecuencia de una preocupación de la sociedad: La Salud y La Sanidad Pública española. Por este motivo, se estudió a la persona como centro de interés de la sociedad, donde el Estado y la Seguridad Social son los que garantizan el derecho a salud y a quienes van dirigidas todas las acciones de los hospitales, siendo los enfermeros un colectivo que está muy en contacto con los pacientes, poniendo en práctica las teorías sanitarias. El estudio tuvo como objetivo principal: “Estudiar la aplicación de la Política Global de Recursos Humanos de los enfermeros como vía óptima para la mejora del desempeño de la profesión sanitaria en los Hospitales Públicos y por consiguiente para lograr el objetivo sanitario perseguido por la empresa, como es la garantía al derecho a la salud, a la asistencia sanitaria y a la vida de las personas". (68)

El análisis empírico, se centró en el estudio de una de las Políticas, la Formación Técnica de los Enfermeros, y que afecta al resto así como a los Sistemas de Valoración, tras ser estudiada en base a una clasificación realizada en función de variables como el momento de obtención y su objetivo,

comprobando en la realidad cómo son los distintos tipos de formación, según la perspectiva de los propios enfermeros, con el fin de realizar propuestas de mejora. (68) Entre las conclusiones a las que se llegó a lo largo de este estudio destacan las siguientes:

a. Situación actual de la Política Global de Recursos Humanos en la Enfermería:

- La planificación de las necesidades de personal no responde a criterios reales de prestación de servicios, sino a planificaciones anuales.
- La política de contratación está basada en la consolidación de empleo.
- Los procesos de selección sólo valoran aspectos técnicos.
- La carrera profesional queda limitada por la formación de pregrado.
- No existe una delimitación clara de las funciones y perfiles del enfermero.

b. La realidad de la formación técnica:

- La formación de pregrado se aleja en parte de la realidad de la profesión.
- La formación en especialidades no es una salida profesional en la actualidad. Su implantación supondría cambios en la estructura organizativa hospitalaria.
- La formación continua – continuada se concibe con el propósito de mejorar las aptitudes en el desempeño de la profesión.

c. Nuevos planteamientos estratégicos:

- Necesidad de una mayor adaptación a los cambios del entorno.
- Necesidad de aplicar estratégicamente la política global de recursos humanos propuesta en el Decágono del Dr. Sáenz.

- Emplear la formación como una vía óptima para lograr el objetivo empresarial. (68)

3.2.2.4 Políticas en Recursos Humanos en Salud en el continente Africano

Las instituciones que preparan para los recursos humanos en salud en África participan con el gobierno, la comunidad y socios en revertir la crisis actual de recursos en el continente. Estas instituciones incluyen facultades de medicina, colegios de salud pública y las facultades afiliadas a enfermería. La crisis es compleja y se relaciona con cantidad, calidad y eficiencia en la fuerza de trabajo de los servicios de salud. (69)

Tradicionalmente las instituciones han adoptado programas utilizados por países con mayor grado de desarrollo. Los profesionales graduados de dichos programas no están adaptados a las necesidades de las comunidades donde vive la mayoría de los habitantes, por lo que su práctica no es apropiada para lo que la comunidad realmente necesita. Siendo más específicos en las áreas de salud, por preparación insuficiente de los profesionales se encuentra: (69)

- Incapacidad de responder adecuadamente a las situaciones donde los recursos son insuficientes.
- Amenazas de salud relacionadas con la rápida urbanización, contaminación, entre otros.
- Relaciones conflictivas entre médicos tradicionales y médicos de otros países.
- Falta de integración entre el ámbito hospitalario, rural y ambulatorio.
- Conocimiento insuficiente de la realidad del país y del mantenimiento inadecuado del equipo médico.
- Dificultades en crear estudios demográficos y sociológicos pertinentes.

La manera de asegurar que los profesionales en salud posean el conocimiento, las habilidades y actitudes para afrontar los

problemas anteriores, es necesario basarse en la evidencia con la que se cuenta y responder a los criterios de calidad, eficacia y equidad. (69)

La crisis de recursos humanos en salud de debe a que los índices de habitantes en el continente de África se encuentran entre los peores del planeta. En dicho continente hay desigualdades que conllevan a devastación humana y económica. La situación del continente ha captado la atención internacional, por lo que se llevó a cabo una reunión en Annecy, Francia en Diciembre del 2000. Las organizaciones y talleres realizados se asocian a la oficina regional de Brazzaville, República del Congo, la Asociación de Colegios Médicos en África (AMSA) y la Confederación de Asociaciones y Asociaciones Africanas (CAMAS). (70)

Para promover entrenamientos basados en la comunidad y para promoverla, se creo una institución conocida como “Hacia la Unidad para la Salud” o “Towards Unity for Health” (TUFH). Esta es una asociación de individuos, grupos y organizaciones comprometidos a mejorar y mantener la salud en las comunidades destinadas. Actualmente se tienen miembros de más de 71 países a nivel mundial. (71)

Basándose en el hecho de que más del 65% de Africanos viven en áreas rurales y que los médicos constituyen menos del 10% de la fuerza de trabajo en salud en áreas rurales, está claro que el entrenamiento médico es ineficiente, por lo que se crearon políticas para capacitar personal en salud que atendieran dichas áreas para aumentar la cobertura. En un estudio realizado en el 2003 en el continente africano, únicamente 32 de los 56 pueblos identificados no contaban con médicos graduados. La presente evidencia indica que existe un mal manejo de los recursos humanos en salud, lo cual es perpetrado por un inadecuado acceso a la información, mal manejo y ausencia sistemática educativa. (72)

Los gobiernos a través de ministerios de salud y con la colaboración de otras instituciones tienen que llevar a cabo las políticas relacionadas con recursos humanos en salud que incluyen:

- Planteamiento de recursos humanos en salud realístico según el contexto del país.
- Mejorar la calidad del servicio de salud y tener en cuenta las poblaciones con mayor necesidad.
- Monitorizar y evaluar los resultados obtenidos y su impacto. (73)

3.2.3 Políticas a nivel regional

3.2.3.1 Políticas en Recursos Humanos en Salud en Latinoamérica

En el sector en salud de América Latina, en los últimos años se han realizado consensos en torno a la crisis actual de los recursos para la salud, y la urgencia para realizar un esfuerzo colectivo que aborden los problemas de mayor impacto. Las implicaciones de esta crisis son bien reconocidas por sus efectos negativos en la calidad de la asistencia, la capacidad de prevenir enfermedades, el desempeño de los sistemas de salud y, en definitiva, el logro de los resultados de salud deseados, como los señalados en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. (73,74)

Se han realizado diversas reuniones de los consejos directivos a nivel regional para plantear políticas las cuales tienen como propósito contribuir con los criterios para el análisis que fundamentan y facilitan los procesos de decisión político-técnico en el área en salud, a la luz de las particularidades de la reorganización sectorial en salud. (73)

Las políticas Nacionales de Recursos Humanos para el Sector Salud se han realizado mediante una acción coordinada con los Ministerios de Salud Pública y Bienestar Social, diferentes instituciones de Educación Superior de América Latina, dentro

de las cuales se han ido sumando Universidades Autónomas como las de Honduras, Ecuador, Costa Rica, Venezuela; la OPS/OMS y otras organizaciones de salud involucradas en este campo. (20,73)

Se esperan que estas políticas orienten y que ayuden a regular la planificación, gestión, formación, y capacitación de los recursos humanos para que se consolide un proceso con acciones de trascendencia política, técnica y social en este campo. (31) La importancia de que para el sector exista una política integral con estrategias que fortalezcan clara consistencia de la situación de los problemas de salud y de la voluntad colectiva de solucionarlos y, al mismo tiempo, promueva la salud, son elementos esenciales; los cuales deben ser estimulados en procesos de participación social, para que los recursos humanos se desempeñen con una visión cualitativa y transformada. Estos elementos de reflexión aportan para el establecimiento de una política de desarrollo de recursos humanos del sector salud. (73)

Se han establecido políticas de recurso humano médico, las cuales han sido analizadas y establecidas en distintas reuniones y observatorios. Como un esquema general, pueden dividirse dentro de las siguientes áreas:

- de Formación
- de Distribución
- Laborales
- Presupuesto
- Género
- Migración (75)

3.2.3.1.1 Políticas de Formación

El recurso humano médico tiene sus bases en la formación a nivel superior. Las políticas de formación del recurso humano por ende, se establecen en políticas que han contribuido a reformas y modificaciones en la calidad de este tipo de

educación. Durante la década de los años 80 se iniciaron una serie de cambios en la educación a nivel superior, que incluyeron reducción del gasto y aumento del énfasis en el uso eficiente de los recursos, que podrían llevar a un aumento en la tasa de estudiantes y aumentar el tipo y variedad de las instituciones. (75)

En lo que concierne a medicina, sabido es que por diversas razones, la demanda por estudios médicos es alta y, en muchos países, el número de médicos es insuficiente. En los países latinoamericanos en las últimas dos décadas se han multiplicado las escuelas de medicina, lo que en algunos de ellos se había iniciado varias décadas atrás. En el Directorio Mundial de Escuelas de Medicina de la OMS 2000, se registran en Brasil 82 escuelas, en México 55, en Perú 17, en Chile 16, en Argentina 14, en Bolivia 10 y en Venezuela 9. Hay que señalar que, en general, las escuelas de medicina han proliferado en menor medida que las universidades. (75)

Nos podemos dar cuenta de que a pesar de la complejidad que existe en materia de acuerdos en relación a recursos humanos en salud se han logrado grandes cambios y reestructuración, a pesar de las trabas existentes para lograr consensos básicos para las mejoras en materia de salud pública, todo esto a pesar de la pobre participación del personal que tiene relación directa con estos acuerdos. Por lo tanto podemos decir que los cambios en materia de recursos humanos han logrado establecer profundos cambios en el sector salud a nivel de la región latinoamericana. Entonces debemos entender que para lograr mantener y establecer los grandes cambios necesarios en este tema es necesaria la participación multisectorial basada en la necesidad de

participación de todos los actores relacionados al sector salud de manera directa e indirecta. Debemos también incluir a la educación como un factor muy trascendental en las reformas en materia de recursos humanos en los tres niveles de atención en salud existentes. (49)

Durante los años noventa América latina enfrentó el desafío de la globalización aunque los trabajadores enfrentaban cargas laborales iguales o más fuertes con la misma desigualdad de prestaciones y derechos laborales. Al peligrar los avances en materia de recursos humanos se plantearon cinco reformas básicas para el mejor funcionamiento del sector salud: (49)

De formales a informales: durante los últimos años el trabajo informal ha aumentado en casi todos los países de la región, llegando en algunos de ellos a constituir 85 % del empleo global. De cada 10 nuevos puestos de trabajo creados en los últimos 20 años, ocho han pertenecido al sector no estructurado de la economía.

De bienes a servicios: ochenta por ciento de los nuevos empleos se han creado en el sector de los servicios, que es el menos afectado por la competencia externa. Aunque la expansión del empleo público en el campo de la salud se ha detenido en la mayoría de los países, el Estado sigue siendo una fuente de empleo importante en América Latina.

De baja a alta calificación: a diferencia de lo observado en las últimas décadas, actualmente se aprecia una mayor demanda de mano de obra calificada. Ello obedece a la orientación de los

procesos productivos hacia el ajuste de costos y hacia una mayor eficiencia mediante el incremento de la productividad.

Hacia una mayor flexibilidad en las relaciones individuales de trabajo: se aprecia un aumento de las formas atípicas de contratación, que va de la mano con la tendencia a la inestabilidad de dichas modalidades contractuales.

Hacia la autorregulación de las relaciones colectivas: existe la tendencia a retirar de manos del Estado la regulación de los mercados de trabajo, pero como no se ha dado la esperada autorregulación, el Estado está ausente, no se regula y a la vez se generan más distorsiones e inestabilidad. (49)

También deben tenerse en cuenta las reformas educacionales promovidas en muchos países. Los cambios de regulación en torno a la apertura de escuelas y programas de educación en materia de salud, las reformas en la educación superior (en algunos casos mediante nuevas leyes universitarias), y las nuevas relaciones entre el Estado y la universidad pública (que apuntan a redefinir el financiamiento y la función de la institución en la sociedad y en la economía), han generado cambios importantes en la política educacional y en la gestión institucional que afectan a la formación profesional y técnica. (49)

Dentro del propio sector de la salud, algunos procesos incluidos en las reformas han contribuido a cambiar las condiciones y las relaciones laborales en los servicios de salud. El anexo 2 intenta ilustrar los procesos reformistas y los cambios que provocan.

Durante los últimos diez años muy pocos países de América Latina han emprendido un proceso organizado e institucionalizado de planificación de recursos humanos, a pesar los determinantes del campo de personal. (49)

En el marco de la reforma del sector en Colombia se realizaron cuatro estudios de recursos humanos que pueden ser de enorme valor para generar un proceso consistente de planificación de recursos humanos. Como una paradoja, estos estudios se han realizado y han generado información de valor cuando en el Ministerio de Salud ha sido eliminada cualquier instancia que se refiera a los recursos humanos. Es muy llamativo que esto haya sucedido en el mismo lugar que albergó durante los años sesenta a ochenta una de las mejores unidades ministeriales de desarrollo de recursos humanos. (49)

En Bolivia en años recientes se desarrolló e implantó un sistema operativo destinado a generar criterios para asignar personal de salud de manera racional, según criterios de equidad y ajustada a la política de extensión de la cobertura y el desarrollo de servicios en las zonas rurales, utilizándose para ello fórmulas matemáticas de asignación. (49)

En Chile se ha utilizado recientemente por el Ministerio de Salud la metodología de cálculo de necesidades de personal basada en el análisis de la carga de trabajo, con la finalidad de racionalizar con criterio técnico la asignación y distribución del personal. En este caso el uso de una metodología de cálculo de necesidades utilizada en planificación se usó más bien con finalidad de gestionar recursos humanos. (49)

En el gobierno de Chile se han visto obligados a:

a. Promover leyes normativas del sistema educacional.
b. Proveer estímulos para el desarrollo institucional.
c. Crear nuevas instancias de coordinación del sector.
d. Poner en marcha procesos de evaluación y acreditación de las instituciones y sus programas académicos.
e. Experimentar nuevas formas de financiamiento para las instituciones públicas.
f. Implementar sistemas de información universitaria.
g. Promover programas de postgrado acreditados.

Estas políticas gubernamentales han adquirido diversa expresión y grado de avance. (75)

En Perú, el Instituto Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos y la OPS promovieron hace unos meses un estudio de escenarios sanitarios y de desarrollo de recursos humanos, utilizando una metodología sofisticada probada en la construcción de escenarios sociales, económicos y políticos, junto a métodos similares a los usados en Colombia en la construcción del modelo de oferta y demanda. (49)

La experiencia reciente de Brasil en el marco del programa de Salud de la Familia se puede catalogar más bien como planificación estratégica en la medida que combinó la formulación de metas cuantitativas en un determinado período (20,000 equipos de salud de la familia a ser conformados en un lapso de 4 años) con la concertación de actores (municipalidades, estados, universidades) y la utilización amplia e inteligente de incentivos

económicos para sumarlos a la iniciativa y comprometerlos en el logro de las metas y en acciones de mejoría del desempeño de los servicios de salud y del personal. (49)

En el presente año el gobierno de Canadá (que tiene la intención de renovar su práctica de planificación de recursos humanos) encargó un análisis de la experiencia internacional en planificación de recursos humanos de salud. El estudio recoge la experiencia en seis países de desarrollo económico y social similar y trata de extraer lecciones útiles para la realidad canadiense. En esta parte se tratará de extraer algunos elementos esenciales del análisis y mostrar un cuadro comparativo construido a partir de los datos de los países seleccionados a los que se ha agregado Cuba y el mismo Canadá. (49)

También deben tenerse en cuenta las reformas educacionales promovidas en muchos países. Los cambios de regulación en torno a la apertura de escuelas y programas de educación en materia de salud, las reformas en la educación superior (en algunos casos mediante nuevas leyes universitarias), y las nuevas relaciones entre el Estado y la universidad pública (que apuntan a redefinir el financiamiento y la función de la institución en la sociedad y en la economía), han generado cambios importantes en la política educacional y en la gestión institucional que afectan a la formación profesional y técnica.

A nuestro parecer el problema central no reside tanto en la multiplicación de escuelas o el aumento en el número de estudiantes, sino que en el grado de estrictez de los requisitos para su creación y en el aseguramiento de la calidad de los programas que

ofrecen. Tal vez, el control de calidad en medicina y salud sea en la actualidad uno de los asuntos socialmente más relevantes para la medicina y la salud en nuestros países: asegurar a la sociedad la calidad, tanto de la formación profesional médica, como de los servicios sanitarios que dan asistencia médica a la población. (75)

3.2.3.1.2 Políticas de Distribución

Es muy importante también conocer la distribución geográfica de los recursos humanos en salud con que cuenta Latinoamérica, ya que constituye la base a partir de la cual deben programarse los nuevos profesionales y técnicos de la salud, así como su adecuada distribución en el territorio, a fin de mejorar el nivel general de salud de la población. Se padece de grandes desigualdades debido, entre otras causas, a la inequitativa distribución de los médicos. Latinoamérica se le clasifica como la región más inequitativa del mundo. Hay sectores de la población que por su ubicación y grado de desarrollo económico y social cuentan con servicios médicos cuantitativa y cualitativamente superiores a los de otros sectores, lo cual es muy común en los principales centros urbanos. En cambio, los servicios en las zonas rurales, si los hay, son precarios y en la periferia de las ciudades, dado el fenómeno de la emigración del campo, existen también grupos de personas cada vez más numerosos, marginados de este vital servicio. (76,77)

En México, en términos muy generales de zonas urbanas con las rurales, nos muestra estas disparidades. En 1970, de los 2,388 municipios de todo el país 1,121 (47 por ciento) no contaban con médico, encontrándose en estos municipios una población mayor a los cinco millones de personas,

siendo los estados de Oaxaca, Chiapas y Puebla los más afectados. (76)

Por lo anterior descrito, se señala una de las políticas más importantes que debe de estar presente en todos los ministerios de salud, es decir "sugerir la distribución de los profesionales conforme a las necesidades y exigencias de cada localidad". (76)

3.2.3.1.3 Políticas laborales

Según la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (Confemel), a través de la Comisión de Asuntos Laborales, las condiciones laborales del médico sufrieron en la mayoría de los países de Latinoamérica un progresivo deterioro, principalmente en los años ´80. Esta situación dio lugar a que se plasmaran ciertas reformas. (78)

Esas reformas estuvieron regidas por políticas neoliberales asociadas a programas de ajuste, con el objetivo primordial de la reducción del gasto, la regulación entre oferta, demanda y necesidad de servicios médicos y la mercantilización del sector salud.

Incrementar la eficiencia y calidad, imprescindibles en cualquier sistema de salud, no puede ser considerada como una ecuación que resulta de una simple reducción de costos. Por el contrario, cualquier cambio en el modelo de atención sanitaria debe, prioritariamente, implementar regímenes laborales que no afecten a los trabajadores. Lamentablemente, en Latinoamérica se obviaron estos principios generando nuevas condiciones laborales e implementando, en algunos países, legislaciones que se han orientado fundamentalmente hacia la flexibilización laboral. (78)

Si bien es importante en toda actividad, en salud adquiere un significado especial porque la pérdida de la estabilidad significa la interrupción de la relación médico-paciente. Además, trae aparejada la desconcentración de los recursos y la desreglamentación del trabajo, teniendo como signo predominante la precarización del empleo: contratos de plazo determinado (disminución de la relación de dependencia), pérdida de la protección social e individualización de las relaciones laborales, tendiendo a emplear a los trabajadores por cuenta propia. En muchos países, se da además la contratación masiva de médicos extranjeros para sustituir recursos humanos propios. (78)

En cuanto a las modalidades que se plantearon fueron:

a. Transformación del régimen de trabajo por tiempo indeterminado (estabilidad laboral) hacia otro de plazos limitados y precarios (flexibilización).
b. Nuevas estrategias de remuneración basadas en la flexibilidad, en las políticas remunerativas, cuyo objetivo vuelve a ser la reducción de costos a la vez que exigir el incremento de la productividad. Es interesante señalar que no significa un aumento de la calidad de las prestaciones, lo esencial a obtener en un sistema de salud; además está internacionalmente aceptada la imposibilidad de utilizar una metodología que mida con certeza la productividad en salud.
c. Nuevas características del tipo de empleo: precarización, trabajo en negro, retraso en el pago, etc.

d. Sindicalización: dentro del marco de la flexibilización laboral, en los ámbitos de la actividad pública, privada y de la seguridad social se intenta conculcar el derecho de ejercer la actividad gremial en plenitud.
e. Se pretende obtener el consenso de los representantes gremiales en las negociaciones colectivas, a fin de legitimar condiciones laborales perjudiciales. (78)

La Comisión de Condiciones Laborales, integrada por representantes de Argentina y Uruguay, considera que:

- El recurso humano en salud no puede ser considerado como una variable de ajuste, por sus características especiales y distintivas.
- El régimen laboral de los trabajadores de la salud no puede verse afectado por la flexibilización laboral.
- Se debe impedir la desreglamentación que conduce a la precarización del trabajo médico: contratos de plazo determinado, pérdida de la protección social, individualización de las relaciones laborales, disminución de ingresos, pluriempleo, subempleo o desempleo.
- Se deben, por el contrario, fijar claras posturas en cuanto a condiciones de trabajo médico: horarios, ambientes de trabajo, capacitación, remuneración, seguridad, etc.
- Se debe defender el derecho gremial de los médicos, impidiendo la pérdida de las conquistas genuinas, como así también trabajando para evitar mayores pérdidas en el futuro.
- Propiciar la participación de las entidades representativas de los médicos en la defensa de los derechos, y en lo referido al funcionamiento

de los servicios de salud; tema que involucra y afecta al conjunto de la población. (78)

Entonces, la postura de la CONFEMEL debe exigir que las necesidades sanitarias y las graves carencias de atención en salud de nuestros países sean abordadas por los gobiernos. Y entre las necesidades sanitarias, como parte de un sistema integral, no se debe descuidar el recurso humano, sus condiciones laborales y de seguridad y su justa remuneración. Por todo esto, la CONFEMEL recomienda continuar con manifestaciones concretas de repudio a la flexibilización laboral, a la visión economicista de la salud, a la contratación indiscriminada de médicos extranjeros y a los intentos por conculcar derechos médicos fundamentales. En cambio, sugiere apoyar y promover las contrataciones colectivas de trabajo, la formación de conciencia gremial y el estudio integral de las formas de retiro médico y seguridad social. "Porque desde nuestro lugar, creemos que es un deber para todos los profesionales médicos, que tenemos como misión principal el cuidado de la vida y la salud de las personas, continuar bregando por el digno ejercicio de la profesión" (78)

3.2.3.1.4 Políticas de presupuesto

Se presenta una nueva propuesta de política del presupuesto regional por programas que definen una nueva forma de asignar los recursos de la Organización; recordando la estrategia de gestión para el trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana durante el período 2003-2007, la cual enuncia que el presupuesto por programas debería ser estratégico y flexible para apoyar la puesta en práctica del Undécimo Programa General de Trabajo de OMS y el Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007. (79) Por lo que se

observa la necesidad de actualizar la política para la preparación del presupuesto regional a fin de definir criterios para una asignación presupuestaria más equitativa entre los países. Entre los puntos mas importantes están:

a. Velar por que las asignaciones a los países en los futuros presupuestos por programas de la OPS aprobados por el consejo se guíen, en general, por un modelo:

- Que asegure un nivel mínimo de cooperación con todos los países;
- Que distribuya las asignaciones entre los países según criterios adecuados basados en las necesidades;
- Que sea suficientemente flexible para dar cabida a las necesidades en evolución y las circunstancias especiales;
- Que sea transparente, sencillo y uniforme;
- Que pueda implantarse gradualmente a lo largo de dos bienios, o a lo sumo tres, y de tal manera que el cambio en las asignaciones proteja las prioridades esenciales de los programas de país.

b. Promover una priorización de las asignaciones entre las áreas de trabajo que sea compatible con el cumplimiento de los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas relacionadas con la salud.

c. Hacer cumplir los criterios de destinar no menos de 40% de las asignaciones del presupuesto por programas al de país, y no menos de 5% al nivel subregional.

3.2.3.1.5 Políticas de género

Durante los años comprendidos entre 1998 y 2002 el gabinete de la dirección general adoptó la política de la OMS en materia de género al comprender la urgente necesidad e importancia en esta materia. (80)

3.2.3.1.5.1 ¿Por qué se necesita una política de Género?

Existen varias las razones. En primer lugar se tiene un compromiso. Cuando se creó la OMS, en 1948, género no era una palabra que se conociera o se utilizara, y por ello no se incluyó en los principios institucionales. En Mayo de 1998 durante la asamblea general, se establece que la OMS y los Estados miembros se comprometen con los conceptos de equidad, solidaridad y justicia social y a la incorporación de la perspectiva de género en las estrategias finales: "Nos comprometemos con los conceptos de equidad, solidaridad y justicia social y a la incorporación de la perspectiva de género en nuestras estrategias". Existe un claro reconocimiento de que tanto la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres, como la mejora de la posición de las mujeres son necesarias para optimizar la salud y garantizar el desarrollo sostenible. (80)

3.2.3.1.5.2 Objetivos y mecanismos de la política de género de la OMS

Se debe entender entonces por igualdad de género a la ausencia de discriminación basada en el sexo de la persona en materia de oportunidades, asignación de recursos y beneficios o acceso a los servicios de salud.

En la política de la OMS, se añade también la equidad de género, que se refiere a la imparcialidad y a la justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades tanto para hombres como para mujeres. El concepto reconoce que hombre y mujer tienen distintas necesidades y gozan de distinto poder, pero también goza de los mismos derechos. (80, 81)

Contribuir a la mejora de la salud tanto de hombres como de mujeres, mediante investigaciones políticas y programas de salud que presten la debida atención a las cuestiones de género y promuevan la igualdad y la equidad entre el hombre y la mujer. La creación de políticas de género conlleva retos, los cuales incluyen integrar el género en todo el ciclo de vida. No considerar el género simplemente como algo relativo a la salud sexual y reproductora, sino que hay que reconocer que estamos hablando de un condicionante de salud que nos afecta desde que nacemos hasta que morimos, y que está presente en todas las sociedades y en todos los países del mundo. (80,81)

El otro reto es involucrar a los hombres en el trabajo de género. Hemos pasado por un enfoque anterior en el que los hombres, simplemente, se les consideraba como un vector de la mala o buena salud de las mujeres. (80,81)

3.2.3.1.6 Políticas de Migración

En el campo de salud nos deparamos con una crisis resultante de problemas relacionados a sus recursos humanos con respecto al contexto y al contenido del trabajo, o sea: escasez, mala distribución, condiciones inadecuadas de trabajo, conocimiento y competencias limitados, estrategias equivocadas de gestión de recursos humanos ante las realidades de los servicios y demandas de la población, redundando en estrés, infelicidad y baja autoestima del trabajador, aliados a la atención insuficiente y de calidad muy cuestionada. Está en curso una llamada de acción inmediata que dé abasto de responder a la crisis y valorizar, invertir y conferir poder a los recursos humanos del área de la salud. Ese movimiento exige participación amplia e involucramiento en su planificación y acciones estratégicas. Y, por cierto, se debe adecuarlo a contextos específicos. (82)

En esta perspectiva, la VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, realizada en Toronto en 2005, determinó que el período 2006-2015 se constituye en “Una Década de Recursos Humanos en Salud”. Tal determinación es debida a la necesidad de enfrentar los serios desafíos con relación al desarrollo de esos recursos en la región de las Américas. (82)

Entre las orientaciones estratégicas se incluyeron temas referentes a la formación y capacitación de las personas; así, se destacaron las siguientes cuestiones: fortalecimiento de los liderazgos, mayor valorización y inversión en recursos humanos, coordinación e integración de las acciones en los diversos ámbitos, manutención de políticas e intervenciones, empeño en la oferta de información

más calificada para apoyar la toma de decisiones. (82)

Los desafíos a ser superados abarcan a la adopción de políticas y programas capaces de:

- alinear a las personas con los cambios en los sistemas de salud;
- garantizar su distribución equitativa y adecuada;
- instituir mecanismos que regulen la migración de profesionales de salud;
- promover interacción entre las instituciones de enseñanza y de servicio de salud de modo que los recursos humanos en formación incorporen los valores, las actitudes y las competencias del modelo de atención universal fundamentado en la calidad y equidad. (82)

A cada país de la región de las Américas le cabe ahora concretizar las referidas orientaciones estratégicas para que se alcance las Metas de Desarrollo del Milenio y para que hasta 2015, final de esa década que prioriza los recursos humanos, toda población tenga acceso universal a los servicios calificados de salud. (82)

3.2.3.2 Políticas en Recursos Humanos en Salud en Centroamérica

Desde el año 1979, la subregión de Centroamérica contó con un Programa especial de cooperación técnica en el campo de recursos humanos en salud. El Programa de Adiestramiento en Salud que más tarde fuera extendido a República Dominicana (PASCAP), tuvo una importante repercusión en esta subregión, tanto en el debate político-técnico del tema, la formulación de acuerdos a alto nivel, así como en la formación de líderes. El mismo pasó por distintas etapas de desarrollo de las líneas y ejes de cooperación técnica del

Programa de Recursos Humanos hasta su cierre en el año 1996, lo cual contribuyó conjuntamente con las propuestas de reformas sectoriales, a la discontinuidad de este intenso debate sobre los recursos humanos en los espacios nacionales, la ausencia en los espacios de integración subregional y el deterioro de las Unidades de Recursos Humanos en los Ministerios de Salud. (83)

La idea de descentralizar los consultores de recursos humanos por subregiones desde el año 2004, ha significado una oportunidad para la Unidad de Recursos Humanos de apoyar a los países a retomar con intensidad el tema de recursos humanos, a tal nivel que el mismo fue recolocado en las agendas políticas de salud de los gobiernos luego de una década de ausencia. Desde noviembre de 2004 hasta fines de junio del 2007, se trabajó en un esquema amplio de intercambio entre los países, visitas a cada uno de ellos, definición de agendas particulares y subregionales, acompañamiento para la identificación de los problemas, datos básicos y necesidades de cooperación técnica, definición de los desafíos y de los planes decenales de recursos humanos, formulación de las iniciativas y de proyectos específicos en distintos temas del campo, consolidación de redes de trabajo y capacitación de líderes en cada uno de los países, así como publicaciones puntuales. (83)

Para la formulación de una Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud que sea coherente con la situación epidemiológica nacional; congruente con las características del Sistema Nacional de Salud y con el Modelo de Atención que se pretende establecer; que afronte los retos identificados y provea respuestas a las necesidades y demandas de la población, es necesario plantear algunas premisas para otorgarle factibilidad y viabilidad. (84)

Las diferentes iniciativas elaboradas con la participación de actores claves del sector salud y amplia participación ciudadana, coinciden en enfatizar que los recursos humanos en salud constituyen uno de los elementos críticos de la reforma para generar cambios orientados a mejorar la calidad y productividad de los servicios. (85)

De acuerdo al informe de la situación de los Recursos Humanos en salud de Centroamérica, en San José Costa Rica en febrero del 2006, del total de los países incluidos en él, solamente dos de ellos cuentan con una política nacional de recursos humanos (Nicaragua y Costa Rica) la cual forma parte, en ambos casos, de la política nacional de salud vigente. En el caso de Nicaragua, se cuenta con una Política Nacional de Salud 2004-20015, formulada por el Ministerio de Salud, en consulta con diversos actores sociales, nacionales e internacionales, vinculados con el sector salud. En el caso de Costa Rica, la política nacional de Salud fue elaborada para el período 2002-2006, con la participación de las entidades que integran el Sector Salud. (86)

En Costa Rica, el desarrollo de los recursos humanos enmarcado en un sistema de salud fragmentando, inadecuadamente financiado y con énfasis en acciones curativas, ha sido deficiente. Se ha caracterizado por el desequilibrio entre la formación del personal de salud y las necesidades de los servicios; distribución inadecuada del personal, con elevada concentración en áreas urbanas; dificultad para definir perfiles apropiados para una atención integral; falta de coordinación entre las instituciones formadoras y empleadoras de recursos y debilidad gerencial para optimizar su utilización y regular la actividad profesional. (85)

En El Salvador se establecieron líneas de Acción para enfrentar los Desafíos a los que se enfrentan los Recursos Humanos en Salud dentro de los cuales se encuentran:

- Fortalecer la institucionalidad para el desarrollo de Recursos Humanos.
- Defensa y promoción acerca de la importancia de los Recursos Humanos en Salud.
- Cooperación técnica y financiera para el desarrollo de los Recursos Humanos.
- Mejorar la capacidad técnica en el campo de los Recursos Humanos.
- Producción de información y conocimiento en Recursos Humanos.

  Se está formando institucionalmente procesos de reestructura para responder a las necesidades de salud, basadas en la aplicación de leyes de los sistemas de salud básicos:
- Formulación y validación del Plan Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos en salud familiar.
- Observatorio de recursos humanos alimenta la toma de decisiones sectoriales en salud.
- Implementación de un Proyecto de Cooperación Técnica, con apoyo técnico financiero de Canadá, para el período 2006-2009.
- Fortalecimiento a la Medicina Familiar. (87)

3.2.3.2.1 Políticas de Desarrollo

En El Salvador se han realizado varias propuestas de políticas de desarrollo de recursos humanos en salud en donde las instituciones del Sector Salud en coordinación con otros sectores en la misma área, impulsarán un conjunto de iniciativas que posibiliten realizar una planificación de Recursos Humanos en Salud de acuerdo con las necesidades de la población y en concordancia con el Modelo de Atención, definido en el nuevo Sistema Nacional de Salud, así como se impulsarán acciones estratégicas que propicien una gestión eficiente de los Recursos Humanos, teniendo en cuenta la Formación y capacitación del personal como elemento impulsor de

la calidad en los servicios, considerando también los elementos de regulación que garanticen un ejercicio profesional enmarcado en principios y normas científicas, técnicas, éticas y sociales. (84)

Para llevar a cabo las propuestas de políticas de desarrollo de salud es necesario que todos los países centroamericanos cuenten con un Sistema de Información de Recursos Humanos, completo y actualizado para apoyar las decisiones en la materia; así mismo será relevante la generación de las condiciones de trabajo apropiadas para los trabajadores del Sistema Nacional de Salud, de forma que la capacidad instalada de las instituciones posibilite el ejercicio de las labores en condiciones adecuadas para garantizar la eficiencia y eficacia en la atención en salud. (84)

En El Salvador la Propuesta de Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud ha sido elaborada por la Comisión Especial de Recursos Humanos, en atención a encomienda que le ha hecho la Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud (CNSPRIS), la cual fue creada por Decreto Ejecutivo No. 51 de fecha 24 de junio del año 2003, como un organismo multidisciplinario, intersectorial e intersectorial, para garantizar que el proceso de reforma integral de salud se desarrolle de acuerdo con el consenso contenido en la Propuesta de Reforma Integral de Salud presentada por el Consejo de Reforma del Sector Salud (CRSS) en diciembre del año 2000. (84)

En la Propuesta de Reforma Integral de Salud, el CRSS recomendó en el Lineamiento VII, invertir en el desarrollo de los recursos humanos, al expresar conceptualmente: “Los Recursos Humanos para la Salud están al centro de los esfuerzos para mejorar

la calidad, ampliar la cobertura y garantizar la equidad en la prestación de los servicios de salud, que son los objetivos centrales de la Reforma; por lo que se recomienda se busque una política de desarrollo de recursos humanos de carácter sectorial que promueva y norme su formación, regule su actividad profesional, enmarque las relaciones laborales y administre y asigne este recurso con equidad". En armonía con estas orientaciones y en cumplimiento de la misión que tiene encomendada, la Comisión Especial de Recursos Humanos, presenta la Propuesta de Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. (84)

Esta propuesta incorpora los principales aspectos sobre el tema de recursos humanos considerados por la CNSPRIS en sus planteamientos generales sobre el proceso de Reforma Integral en Salud. Agrega los productos de las propias investigaciones documentales y de una consulta territorial promovida por la Comisión Especial de Recursos Humanos, que evidencia la utilización de una estrategia participativa a nivel sectorial e intersectorial, en materia de desarrollo de recursos humanos en salud. (84)

En efecto, para la formulación de esta propuesta se ha contado con la participación de representantes de las entidades formadoras de recursos humanos en salud, de las instituciones proveedoras de servicios y de los gremios de trabajadores de la salud. (84)

Según el informe de la situación de los Recursos Humanos en salud de Centroamérica en San José Costa Rica en febrero del 2006, Nicaragua cuenta con la Política nacional de recursos humanos para el sector salud en donde se establece que el desarrollo integral de los recursos humanos para el sector salud

incluya los valores éticos en el sistema de salud y el verdadero ejercicio de los principios y ejes transversales consignados en la presente política. Dentro de las cuales se encuentran las siguientes estrategias:

- La formación, distribución, calidad y cantidad de los recursos humanos del sector salud se realiza sobre la base de un Plan Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos consensuado entre las distintas instituciones del sector, tanto formadoras como de provisión de servicios de salud, en función de las necesidades nacionales en salud, del modelo de atención y el desarrollo científico y tecnológico, para el adecuado funcionamiento del sistema de salud.
- Desarrollo del Observatorio de los recursos humanos del sector salud en el Ministerio de Salud, que permita contar con mayor información sobre la dinámica de los recursos humanos con el fin de fortalecer los procesos de planificación de su desarrollo entre los distintos subsistemas de atención que integran el sector salud.
- Fortalecimiento de los mecanismos de registros del Ministerio de Salud con el fin de contribuir al fortalecimiento de los procesos de regulación de las prácticas profesionales de la salud.
- Consolidación y adecuación del sistema de provisión de cargos en correspondencia con el reordenamiento del Sistema Nacional de Salud.
- Desarrollo de un sistema de reclutamiento y selección de recursos humanos en salud acorde con los nuevos perfiles y cargos. (86)

En Costa Rica la Política Nacional de Salud contiene en forma detallada el compromiso de la administración 2002–2006 en materia de salud, la misma está integrada por cuatro ámbitos,

Fortalecimiento y consolidación del Sistema de Salud, Equidad, universalidad, acceso y calidad; Recreación y promoción de la salud, Salud ambiental y desastres, por medio de la cual se busca mejorar las condiciones y calidad de vida de los habitantes del territorio nacional con énfasis en los más pobres (69).

Además, Costa Rica se ha comprometido junto con 189 países con las" Metas del Milenio", que traducen objetivos en el desarrollo humano a nivel mundial, las cuales constituyen un marco de referencia para los propósitos del Plan de Gobierno, el Plan Nacional de Desarrollo y las Políticas Nacionales de Salud (85).

Se realizaron políticas estratégicas en orientación de la formación del recurso humano para los servicios de salud públicos y privados, de acuerdo con necesidades en salud actuales y futuras de la población del país:

- Desarrollo de un sistema de información integrado entre entidades formadoras y empleadoras.
- Vigilancia de la formación de recursos humanos de acuerdo a perfil epidemiológico y demográfico de la población y las necesidades del sistema nacional de salud.

Según el informe de la situación de los Recursos Humanos en salud de Centroamérica en Costa Rica de acuerdo al informe Política nacional de recursos humanos para el sector salud con la política de Gestión y desarrollo del recurso humano acorde con la necesidad de la población y del sector salud, se encuentran las siguientes estrategias:

- Desarrollo de un sistema de información en cada una de las instituciones empleadoras que estén a

su vez integrados en un sistema de recursos humanos sectorial.

- Desarrollo de un sistema integrado de recertificación en los Colegios Profesionales que asegure la actualización técnica y científica del recurso humano para la calidad de los servicios de salud.
- Fortalecimiento de la desconcentración del recurso humano según necesidades de salud por regiones y establecimientos de salud.
- Fortalecimiento de un sistema de evaluación del desempeño dentro del marco de la planificación de servicios de salud, con énfasis en la productividad individual y por equipos de salud.
- Diseño e implementación de un sistema de incentivos de tipo social y económico vinculados a la productividad, rendimiento, méritos y calidad de los servicios. (86,88)

En ambas políticas se plantea la necesidad de que ésta responda a un enfoque integral y se ejecute de manera coordinada con las demás entidades vinculadas que forman parte del sector; se coincide plenamente en la importancia de contar con sistemas de información sobre los recursos humanos del sector, a efecto de poder orientar su inserción. Posiblemente, el principal desafío que enfrentan ambas propuestas, es el lograr la implementación de las estrategias propuestas, dada la falta de posicionamiento que esta temática enfrenta en prácticamente la totalidad de los países. Este es seguramente uno de los principales desafíos para el futuro inmediato: lograr posicionar el tema. (86)

Según el informe SALUD E HISTORIA EN CENTROAMÉRICA: ANÁLISIS DE LAS REUNIONES DEL SECTOR SALUD para el año 2000, solo existían

recomendaciones que los Directores Generales de Salud de los Ministerios de Salud Pública y Jefes del área médica de los Institutos de Seguridad Social, o funcionarios de nivel similar, se reúnan en sesión de Consejo técnico del PASCAP durante las reuniones previas a la RESSCAP, con el objetivo de orientar líneas de acción a nivel nacional y subregional en apoyo a los proyectos del Área de Recursos Humanos para la salud y de las otras áreas Prioritarias del PPS/CAP. (76)

3.2.3.2.2 Políticas de Formación

Dentro de las políticas elaboradas para los recursos Humanos en Salud, las políticas de formación se han orientado para mejorar en forma sostenida las capacidades técnicas y de actitud del personal de salud, en concordancia con los modelos de Atención, Gestión, Provisión y Financiamiento con participación intersectorial de los actores clave, en coherencia con las necesidades de la población.

Según la reunión de DESAFIOS DE LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD (2006-2015) realizada en San Salvador, en el 2006 se establece fortalecer el Trabajo Sectorial con el Observatorio de Recursos Humanos en Salud en El Salvador para alimentar el proceso de toma de decisiones, con la política de desarrollar convenios entre las instituciones formadoras y empleadoras para fortalecer la regulación de la formación de los trabajadores de la salud de acuerdo a las necesidades sectoriales. (83).

Se han planteado diferentes políticas con estrategias en los diferentes países que conforman el área Centroamericana dentro de los cuales se encuentran:

- En El Salvador se han establecido mecanismos efectivos de coordinación entre el sector educación y el sector salud para que los perfiles de formación estén acordes con los objetivos del Sistema Nacional de Salud e impulsar planes y programas de capacitación que contribuyan eficazmente a mejorar el potencial de los recursos humanos en salud, tanto en los aspectos técnicos como de actitud, para proporcionar una atención eficiente y de calidad a los usuarios. (37)

- En el informe de SALUD E HISTORIA EN CENTROAMERICA: ANÁLISIS DE LAS REUNIONES DEL SECTOR SALUD que comprende de 1985 al 2000 se encuentran entre las resoluciones del RESSCA la solicitud a la OPS/OMS para continuar sus esfuerzos para obtener financiamiento adicional para que los Proyectos Sub regionales de Recursos Humanos puedan desarrollarse en totalidad, particularmente los dos de prioridad: Formación en Salud Publica y Desarrollo Educacional en Salud. (88)

- En la reunión de DESAFIOS DE LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD (2006-2015) en San Salvador 2006 se plantea la política de Formular y promover la investigación de la fuerza laboral en salud vs. dotación de personal en los servicios de salud para municipios de acuerdo a priorización de riesgos epidemiológicos y de pobreza. (83).

- En la VI Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud Propuesta Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud San Salvador Mayo, 2006 se plantea diseñar e implementar un plan estratégico

nacional para la formación y capacitación de los recursos humanos en salud, de aplicación obligatoria a nivel sectorial; así como fortalecer la capacidad técnica y tecnológica del ente rector del SNS y de las diferentes instancias relacionadas con la administración, para asumir con propiedad la gestión de recursos humanos, redefiniendo los perfiles del personal dedicado a la administración de recursos humanos en las entidades del sector. (84)

- En Honduras según el informe de SALUD E HISTORIA EN CENTROAMERICA: ANÁLISIS DE LAS REUNIONES DEL SECTOR SALUD que comprende de 1985 a 2000 se encuentran las resoluciones de apoyar el desarrollo de los Recursos Humanos en el nivel local a través de la estrategia de Educación Permanente, Solicitar a las autoridades nacionales y a los organismos de cooperación que continúen facilitando la movilización de recursos humanos, tecnológicos y financieros en apoyo a los proyectos subregionales y nacionales de Recursos Humanos. Se plantea que es necesario que las actividades de cooperación técnica en el área de recursos humanos incrementen su contribución al fortalecimiento de las instituciones nacionales y subregionales, con responsabilidades en la formación, capacitación y administración de recursos humanos. Se ve la necesidad de solicitar a la OPS/OMS que gestione con otras agencias de cooperación, el financiamiento necesario para la materialización de actividades de cooperación técnica en el área de Recursos Humanos en los países de la sub-región los cuales contribuirán al fortalecimiento de instituciones nacionales encargadas de la formación, capacitación y administración de recursos humanos. (88)

- En Nicaragua según el informe de SALUD E HISTORIA EN CENTROAMERICA ANÁLISIS DE LAS REUNIONES DEL SECTOR SALUD (1985 a 2000) se plantea que el financiamiento externo subregional y nacional que existe en los países para la formación y capacitación de Recursos Humanos sea integrado y asignado para implementar las políticas definidas o en proceso de definición, con el objeto de no duplicar esfuerzos y evita la subutilización. (88)

- El INFORME SITUACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN CENTROAMÉRICA San José Costa Rica , Febrero 2006 establece el fomento de la capacitación permanente que permita el perfeccionamiento y actualización del personal en servicio, considerando el enfoque de género como enfoque transversal así como la promoción de un sistema de evaluación y acreditación de las instituciones y programas de formación de personal de salud, en conjunto con las instituciones de los subsistemas de educación técnica y superior. (86)

- En Panamá según el informe de SALUD E HISTORIA EN CENTROAMERICA: ANÁLISIS DE LAS REUNIONES DEL SECTOR SALUD (1985 a 2000) plantean la continuación e intensificar las acciones nacionales y subregionales necesarias para consolidar los procesos de Educación Permanente dentro del contexto de descentralización, desconcentración y fortalecimiento de los SILOS como eje integrador de las múltiples acciones de capacitación, facilitando así la coordinación interprogramática e interagencial (88)

- En El Salvador en la VI Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud, Propuesta Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud San Salvador Mayo 2006 se planteó promover un modelo innovador de formación de recursos humanos que aporte a los estudiantes la capacidad científica y técnica para su buen desempeño profesional y una actitud de servicio para el desarrollo de trabajo en beneficio de la comunidad; en la línea de trascender hacia una cultura de prevención de daños, promoción y educación para la salud, respeto a los derechos humanos y enfoque de género. Para lo cual establecen estrategias para cumplir dicha política de formación de recursos humanos en salud dentro de las cuales se encuentran:

  - Actualizar, adecuar y estandarizar los planes de estudio de las profesiones relacionadas con la salud, en las distintas entidades formadoras de recursos humanos en salud, mediante mecanismos de coordinación en que participen efectivamente los actores relevantes del sector salud y del sector educación.
  - Promover la investigación en salud como medio para mejorar la calidad en la prestación de los servicios y aumentar la capacidad de respuesta del personal de salud ante los retos sectoriales.
  - Promover la creación de centros de investigación técnica y científica para los trabajadores de la salud, ofreciendo incentivos fiscales para su funcionamiento.
  - Promover y desarrollar programas docente, asistenciales integrados, formulados con participación intersectorial, que respondan a las necesidades institucionales y al Modelo de

Atención en Salud e incluyan la promoción de prácticas basadas en evidencia.

- Establecer planes de intercambio nacional e internacional entre instituciones formadoras de recursos humanos en salud.
- Propiciar una formación ética del personal de salud, con énfasis en principios y valores tales como solidaridad, equidad, respeto a la vida y a la dignidad de las personas.
- Crear y desarrollar una cultura de servicio en los trabajadores del Sistema Nacional de Salud (SNS), que se refleje en la prestación eficiente del servicio y una actitud de trato referente por parte del personal de salud, que provoque la resultante de usuarios satisfechos.
- Promover la elaboración de diagnósticos institucionales de necesidades de capacitación como fundamentos para la elaboración de los planes de capacitación y educación permanente del personal de salud, en todos los niveles de la organización, tendientes a la consecución de excelencia en la prestación de los servicios de salud.
- Diseñar e implementar un programa de capacitación para el personal activo en entidades proveedoras de servicios de salud, con contenidos técnicos y de preparación para el cambio, a fin de actualizarlo y ubicarlo en condiciones acordes con las exigencias inmediatas del nuevo SNS y de su Modelo de Atención que conlleva un enfoque de salud familiar y comunitaria (88).

En Costa Rica se han implementado políticas de orientación de la formación del recurso humano para los servicios de salud públicos y privados, se plantea la necesidad de planificar, acreditar y evaluar a las entidades y programas de formación profesional, procurando garantizar la idoneidad de

los profesionales que forman, así como su correspondencia con las necesidades de salud del país, para la cuales se han establecido las siguientes estrategias:

- Fortalecimiento de los procesos de docencia, servicio, en el marco de los principios de calidad, equidad y ética de la atención y las necesidades en salud de la población.
- Establecimientos de alianzas estratégicas entre órganos nacionales responsables de garantizar la calidad de la educación superior.
- Elaboración y divulgación de perfiles de competencia de los diferentes profesionales en el ejercicio de la rectoría y en la atención integral en salud.
- Fortalecimiento de los procesos de educación permanente según las necesidades de la población y de las diferentes instituciones del sector de salud de acuerdo al avance tecnológico y con enfoque de género, equidad y calidad.
- Desarrollo de un sistema de información integrado entre entidades formadoras y empleadoras.
- Vigilancia de la formación de recursos humanos de acuerdo a perfil epidemiológico y demográfico de la población y las necesidades del sistema nacional de salud (86,87).

3.2.3.2.3 Políticas laborales

Dentro del marco de las políticas laborales en recursos humanos en salud se está estableciendo la ampliación de las capacidades del empleado, con visión organizacional de futuro; que trascienden las exigencias de su cargo actual y se le prepara para asumir funciones más complejas y nuevas responsabilidades. De esta manera, el desarrollo de recursos humanos se relaciona con los temas de

planes de carrera, que poseen un enfoque longitudinal de crecimiento y desarrollo individual de los empleados; lo mismo que planes de sucesión de cargos, que tienen el propósito de asegurar un suministro adecuado de recursos humanos para las necesidades proyectadas, de acuerdo con los planes estratégicos de las empresas o instituciones (84).

En El Salvador se está formulando un programa de incentivos no económicos para empleados del Ministerio de Salud, el cual contiene un Programa de Higiene Ocupacional, un Programa de Salud Física y Mental y un Programa Pre jubilatorio y las guarderías en las instituciones gubernamentales (Centros Ternura). Se cuenta además con un Programa de Garantía de la Calidad que permite desarrollar proyectos de mejora a los servicios de salud. (87)

Se han propuesto varias reformas que amplíen el marco laboral de los recursos humanos en salud dentro de las cuales se encuentran:

- Reiterar a los países y a la OPS/OMS intensificar sus esfuerzos para lograr una mayor integración de las otras áreas prioritarias con los proyectos de recursos humanos y una mayor coordinación de los proyectos nacionales como los sub regionales. (88)
- Refiere a ubicar a las personas adecuadas en los puestos adecuados se ha considerado dentro del plan anual 2007 del Ministerio de Salud incorporar el diseño e implementación del Sistema de Planificación de Recursos Humanos. (87)
- Modernización y aplicación de un marco jurídico que impulse el desarrollo del perfil de formación de los recursos humanos, el ejercicio profesional y el mantenimiento de relaciones laborales

armónicas, acorde con los objetivos del Sistema Nacional de Salud (SNS). (84)

- Definir los perfiles ocupacionales de los trabajadores de las diferentes disciplinas que laboran en salud, adecuados para la entrega de servicios de salud a la población, con calidad y calidez, de acuerdo al nuevo SNS.
- Procurar y facilitar la participación de los actores públicos y privados que se desempeñan como formadores y como empleadores de recursos humanos en salud, en los procesos de planificación estratégica de los mismos, a fin de encontrar equilibrio en términos cuantitativos y cualitativos entre la formación de los recursos y los requerimientos del SNS.
- Desarrollar un proceso de análisis y evaluación de puestos en el sector salud, que establezca las bases para un sistema de evaluación del desempeño y provea soporte para diseñar e implementar estructuras salariales e incentivos y planes de carrera en las instituciones que forman parte del SNS (88)

En Nicaragua según el INFORME SITUACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN CENTROAMÉRICA 2006 se pretende el Fortalecimiento del marco jurídico que regule la carrera administrativa sanitaria, a través de los mecanismos legales necesarios para regular el empleo y el salario del personal de salud del sector; así como el fortalecimiento de los mecanismos de registros del Ministerio de Salud, con el fin de contribuir al fortalecimiento de los procesos de regulación de las prácticas profesionales de la salud. Entre otras estrategias para las políticas propuestas se encuentran desarrollar un sistema de reclutamiento y selección de recursos humanos en

salud acorde con los nuevos perfiles y cargos y el desarrollo de un sistema de pago al personal de salud que considere como parte del salario la asignación de incentivos de acuerdo a su competencia técnica y profesional, así como su ubicación geográfica y nivel de desempeño.

También se pretende establecer mecanismos orientados para lograr la satisfacción, motivación y compromiso del personal de salud y que contribuyan al fomento en el personal de salud de una cultura de calidad, humanismo y calidez en la atención, y además favorezcan su participación en las decisiones, velando por las condiciones de bioseguridad del trabajo; para mejorar la eficiencia de los recursos humanos en los servicios de salud que se exprese en incremento de la productividad, calidad y el compromiso social de los trabajadores y que refuerce la defensa de los derechos ciudadanos. (86)

En Costa Rica se plantea la creación de una instancia nacional e interinstitucional de alto nivel que impulse decisiones concertadas con los actores sociales involucrados en la formación, el empleo y la regulación del recurso humano de salud. (86)

Se proponen estrategias diversas para mejorar las condiciones laborales de los (as) trabajadores (as) de la salud, entre las cuales destacan la motivación, los incentivos y la capacitación permanente. Cabe destacar que en el caso de la política de recursos humanos de Nicaragua, se plantea la necesidad de la participación del personal de salud en la toma de decisiones, así como en la protección de su bioseguridad en el trabajo. En el caso de Costa Rica, dado el carácter de ente rector que asumió el Ministerio de Salud, a raíz de la Reforma del Sector,

se señala la importancia de definir perfiles profesionales específicos para lograr ejercer esa función (rectoría), así como para poder orientar la atención integral en salud.

3.2.3.2.4 Políticas de Migración

Se ha planificado desarrollar un estudio de investigación sobre este tema denominado “Impacto de Migración interna y externa de las profesionales en salud en El Salvador 2003/2006”para fortalecer la regulación en este campo:

- Fortalecimiento del observatorio de recursos humanos
- Actualización del Core Data 2006-2007
- Formulación y validación del Manual de Organización y Funcionamiento de la Unidades de enseñanza e investigación de los Hospitales Nacionales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Formulación conjunta de convenios entre el Ministerio y universidades privadas para la formación de Especialidades Médicas y Odontológicas.
- Trabajo Sectorial con el Observatorio de Recursos Humanos en Salud en El Salvador 2000-2005
- Trabajo en conjunto con el Ministerio de Salud. (89)

En la mayoría de los países de Centroamérica se plantea en cuanto a migración realizar estudios de migraciones del personal en salud, para evaluar el impacto de la migración interna y externa, y así regular los movimientos migratorios. En Honduras se plantea realizar un estudio de caracterización de migración y análisis de la motivación de la migración. Así como reglamentar la homologación del personal extranjero. En Costa Rica se propone la creación de

un programa de incentivos para incrementar el ingreso de profesionales universitarios a carreras priorizadas. En Nicaragua plantean realizar estudio de migraciones de personal de salud en la costa hacia Belice. (89).

3.2.3.2.5 Otras políticas en Recursos Humanos en Salud

Dentro de las políticas de gestión, se presentó la estrategia de incrementar en forma sistemática y sostenida la inversión en recursos humanos para el Sistema Nacional de Salud a fin de elevar sus niveles de eficiencia, eficacia y efectividad para una atención en salud de mejor calidad para la población, equitativa y coherente con sus necesidades, estableciendo las condiciones de trabajo apropiadas y proveyendo oportunidades para el desarrollo profesional de los trabajadores de la salud. (84)

Se han propuesto varias acciones como promover el incremento gradual de los presupuestos institucionales para recursos humanos, con la finalidad de contar con recursos financieros suficientes para la contratación y sostenimiento de la cantidad y calidad de los recursos humanos para la atención en salud; identificar nuevas fuentes de financiamiento para la salud y crear los instrumentos técnicos correspondientes para su uso eficiente y el adecuado control de su manejo. Otra política incluye introducir la concepción de desarrollo del talento humano, que trasciende la consideración del uso del personal como recurso y se refiere al desarrollo de sus capacidades como protagonista en la atención en salud y sujeto de desarrollo humano y profesional. (84)

Aplicar procesos técnicos de reclutamiento, selección y contratación del personal, con equidad y

transparencia, tomando en cuenta las aptitudes y actitudes contenidas en los perfiles de recursos humanos establecidos en función de los Modelos de Atención, Provisión, Gestión y Financiamiento definidos en el marco del SNS. (84)

Desarrollar un proceso de análisis y evaluación de puestos en el sector salud, que establezca las bases para un sistema de evaluación del desempeño y provea soporte para diseñar e implementar estructuras salariales e incentivos y planes de carrera en las instituciones que forman parte del SNS. (84)

Implementar un Sistema de Remuneraciones y Compensaciones, acorde con los Planes de Desarrollo de Recursos Humanos y a la redistribución geográfica del personal de salud, considerados en el planteamiento de Reforma del Sector Salud. Modernizar los Sistemas de Supervisión, Monitoreo y Evaluación del Desempeño de los Recursos Humanos en Salud. Crear y conformar comités institucionales y locales para la evaluación del desempeño del personal, con participación conjunta de jefes y empleados. (84)

Fortalecer la capacidad técnica y tecnológica del ente rector del SNS y de las diferentes instancias relacionadas con la administración, para asumir con propiedad la gestión de recursos humanos, redefiniendo los perfiles del personal dedicado a la administración de recursos humanos en las entidades del sector. Desarrollar un proceso de descentralización de la administración del recurso humano, a fin de satisfacer los requerimientos de los modelos de gestión y provisión de servicios planteados por el SNS. (84)

Definir lineamientos para el diseño e implementación de programas institucionales sostenidos, dedicados al mejoramiento continuo de las condiciones de trabajo en las instituciones del sector, en relación con el ambiente físico, clima laboral, sistemas de remuneraciones y disponibilidad de insumos para el adecuado desempeño de su trabajo; promoviendo y facilitando la participación del personal involucrado en esos programas. (84)

Fortalecer la estrategia de complementariedad en materia de administración de recursos humanos a nivel sectorial, con el propósito de obtener mayor eficiencia en la gestión y evitar inequidades y cruce de funciones. En El Salvador se propusieron políticas de Planificación para contar con un ejercicio efectivo de planificación estratégica para alcanzar gradualmente el equilibrio entre oferta y demanda de los recursos humanos en salud y su asignación con equidad y visión de largo plazo, de acuerdo con el perfil epidemiológico del país y las necesidades de la población en materia de salud. Para lo que se propuso la estrategia de aplicar los mecanismos del Planeamiento Estratégico para orientar, asignar y distribuir los recursos humanos en salud con equidad y en coherencia con el perfil epidemiológico del país, en función de las necesidades y demandas de la población y de la conformación del Sistema Nacional de Salud y de sus Modelos de Atención, Gestión, Provisión y Financiamiento, según niveles de atención, con la finalidad de establecer un equilibrio entre la oferta y la demanda de recursos humanos. (84)

Dentro de las políticas de regulación, se busca establecer mecanismos idóneos de comunicación y

coordinación para impulsar una regulación efectiva en las siguientes líneas:

a. Con el sector educación, para la formación de profesionales en las carreras de las ciencias de la salud.
b. Con los entes reguladores del ejercicio profesional, en el campo de la salud, para garantía de la población y
c. Con todas las instituciones integrantes del SNS, para armonizar las relaciones laborales.

Los principales avances en el campo de los recursos humanos, que se han identificado, son los siguientes:

Belice

- Se acaba de iniciar un inventario de los RRHH.

Guatemala

- Interés del Ministerio de Salud e IGSS en ceder a las universidades y otras instituciones formadoras la formación técnica y la capacitación.
- Interés e inicio de procesos de Coordinación Interinstitucional y de desarrollo del Observatorio de Recursos Humanos.
- Experiencias en descentralización de acciones para el desarrollo de recursos humanos basados en educación permanente y gestión local.
- Desarrollo de un sistema de información en el Ministerio de Salud.
- Incremento de sedes de las universidades en el interior del país.
- Mayor número y tipo de escuelas formadoras de diversas disciplinas en salud.
- Iniciativas de conocer, aprender y aplicar el enfoque de formación basado en competencias.

- Incipientes intentos de incorporación de la interculturalidad en los procesos educativos, aspecto que en el país cobra mucha importancia por su composición étnica.
- Aumento de las carreras técnicas en las universidades.
- Apertura de maestrías en salud pública con diversos énfasis.
- Inicio de procesos de auto evaluación, como base para la acreditación de Facultades.

Nicaragua

- Constitución de una instancia de Planificación de Recursos Humanos, que usa como base la elaboración de una plantilla básica que permite dar seguimiento a la distribución de la fuerza de trabajo, y proveer de información a las universidades para que prioricen las necesidades que indica la plantilla.
- La implantación y seguimiento del Manual de Planificación, Programación de Recursos Humanos.
- Facilitar el desarrollo del Sistema de Información de Recursos Humanos mediante capacitación a los usuarios de las unidades de salud y suministro de equipos de computación.
- Se está coordinando con las instituciones formadoras la actualización de la currícula de los profesionales de la salud en función del modelo de atención que se está desarrollando.
- Se está implantando el sistema de gestión del desempeño en el que se tuvo un avance del 50% a nivel nacional.
- La implementación de la reorganización institucional está contribuyendo a promover el desarrollo y fortalecimiento del trabajo en equipo.

Costa Rica

- Contar con una Política marco en recursos humanos.
- Aprobación de la Comisión Técnica para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud.
- Definición y avance de un programa de trabajo de la Comisión Técnica para el desarrollo de los recursos humanos en el Sector Salud.
- Definición de una propuesta sobre un Sistema de Información de Recursos Humanos en Salud, presentada ante el Banco Internacional de Desarrollo (BID) y aprobada para su financiamiento. (89)

3.2.4 Políticas a nivel local

3.2.4.1 Determinantes Políticos

Guatemala es un Estado libre, democrático, independiente y soberano. Cada 4 años se eligen representantes del Poder Ejecutivo y Legislativo, así como alcaldes municipales. Se divide política y administrativamente en 22 departamentos y 332 municipios. Desde 1985 se estableció constitucionalmente como responsabilidad del estado promover la descentralización económica administrativa, y así lograr el adecuado desarrollo del país. En el año 1996, la firma de los Acuerdos de Paz constituyó además de un hecho histórico, un nuevo rumbo sobre la afirmación del Estado de Guatemala. Para lograr hacer efectiva la Política de Descentralización, la participación de funcionarios del organismo ejecutivo, municipalidades y sociedad así como los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural han sido herramientas vitales. A las municipalidades se les asigna el 10% del presupuesto del Estado para los proyectos de desarrollo local desde 1994. (90,91)

El responsable de coordinar y apoyar las acciones de desarrollo social a nivel nacional y regional

centroamericano es el Gabinete Social, este se conforma por los Ministerios de Salud, Educación, Agricultura, Ganadería y Alimentación, Cultura y Deportes, Trabajo, Comunicaciones y Obras Públicas, las Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente, Seguridad Alimentaria, FONAPAZ y SEGEPLAN. (92)

El ente rector de la salud en el país es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social el cual se encarga de llevar el liderazgo en todos los asuntos definidos en las políticas de salud del gobierno; siendo partícipe activo con los distintos actores y se somete a auditorias sociales basándose en los siguientes artículos: (90,92)

Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Acuerdo Gubernativo No. 115-99. Artículo 3º: Políticas, planes, programas de salud. "El Ministerio de Salud con el objeto de asegurar la salud de la población, formula, organiza, dirige, conduce, ejecuta y evalúa las políticas, planes, programas y proyectos de salud, asignando los recursos financieros, humanos, tecnológicos, físicos y materiales, tanto de origen gubernamental, como de otras fuentes, de acuerdo a las prioridades nacionales de salud". (92)

Ley del Organismo Ejecutivo y sus Reformas, Decreto No. 114-97. Artículo 23.- "Rectoría Sectorial: Los Ministerios son los rectores de las políticas públicas correspondientes a las funciones sustantivas de cada Ministerio. Ejercen un papel de coordinación y facilitación de la acción del sector o sectores bajo su responsabilidad, para lo cual deben coordinar esfuerzos y propiciar la comunicación y cooperación entre las diferentes instituciones públicas y privadas que corresponda". (92)

Articulo 39.- "Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social: Al Ministerio de Salud Publica y

Asistencia Social le corresponde formular las políticas y hacer cumplir el régimen jurídico relativo a la salud preventiva y curativa y a las acciones de protección, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud física y mental de los habitantes del país y a la preservación higiénica del medio ambiente; a la orientación y coordinación de la cooperación técnica y financiera en salud y a velar por el cumplimiento de los tratados y convenios internacionales relacionados con salud en caso de emergencias por epidemias y desastres naturales, y, a dirigir en forma descentralizada el sistema de capacitación y formación de los recursos humanos del sector salud, para ello tiene a su cargo las Políticas de Salud 2004-2008." (92)

Las responsabilidades en regulación y conducción son exclusivas del Ministerio de Salud, sin embargo comparte con otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales el aseguramiento, provisión de servicios, financiamiento y funciones esenciales de salud pública. (90)

Estructuralmente, el Despacho Ministerial es un eje concéntrico, y se apoya directamente en los vice ministerios: técnico y administrativo. Funcionalmente está formado por cuatro Direcciones Generales: Dirección General del Sistema Integral de Atención de Salud; Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud; Dirección de Recursos Humanos y la Gerencia administrativa financiera. Las asesorías técnicas de apoyo y unidades como el Sistema de Información Gerencial en Salud, dependen principalmente del Despacho Ministerial y, son dependencias técnico normativas encomendadas de regular, administrar, controlar, monitorear y valuar los programas y servicios determinados. (90)

3.2.4.2 Políticas de formación

Se ha desarrollado la oferta de formación en disciplinas y áreas prioritarias por parte de las universidades y escuelas formadoras en las que los perfiles de egreso han sido determinados por las insuficiencias de los servicios de salud y las competencias solicitadas, por lo que se presentaron cuatro iniciativas:

- Se han consolidado las formas de interacción entre las instituciones de servicios de salud, las universidades y escuelas formadoras, por medio de legalización a nivel nacional en instancias de coordinación y trabajo conjunto. (93)
- Se han creado carreras de salud principalmente a nivel técnico y profesional en sitios donde se han detallado necesidades concretas por parte de las universidades. (93)
- En respuesta a las características del sistema de salud, se han reconocido enfoques y contenidos mínimos para la formación profesional en salud, modelos de atención y competencias solicitadas por las instituciones empleadoras. (93)
- Para la formación de técnicos de salud se cuenta con escuelas legalizadas y reguladas por el Ministerio de Salud. (93)

Se procura tener un personal reclasificado de acuerdo a perfiles ocupacionales actualizados, contratación, valoración del desempeño y educación continua con base a competencias; carrera administrativa implementada sostenida en estímulos; entrega de servicios de calidad, sustentados en consensos entre la institución y los trabajadores. (93)

3.2.4.2.1 Escuelas Formadoras De Recursos En Salud

A este Programa se asigna el 1.0% del presupuesto total (Q. 18, 452,325.00). El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, encierra estrategias,

programas y recursos técnicos para formar personal técnico y profesional en salud; para lograr esto cuenta con el apoyo de universidades y otras instituciones del país, en esa instancia, se espera causar un impacto en la disminución de la mortalidad y morbilidad en todos los niveles de atención de los servicios de salud, así como también optimizar la calidad en la asistencia de los mismos y en el incremento de la cobertura. Las trece escuelas formadoras de personal técnico en salud para la formación del recurso humano comprende: enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería, técnicos en rayos x, técnicos en laboratorio clínico, cito tecnólogos, técnicos en anestesia, promotores de salud rural, fisioterapistas, técnicos en terapia respiratoria, etc. (93,94)

El Ministerio, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y las facultades de medicina de tres universidades (San Carlos de Guatemala, Rafael Landívar y Mariano Gálvez de Guatemala) pertenecen a la Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y del Sector Salud, para que con un enfoque nacional y sumando esfuerzos se aborden de forma conjunta los magnos retos para el desarrollo de los recursos humanos. Una de las acciones más importante en esta alianza es el desarrollo del Observatorio de Recursos Humanos, que es un espacio multi institucional e intersectorial de búsqueda, procesamiento y análisis conjunto de información sobre los recursos humanos (formación, empleo, incentivos, proyecciones de oferta y demanda, etc.) que sirva de base para la toma de decisiones y la formulación de políticas a mediano y largo plazo. (95)

3.2.4.3 Políticas de Distribución

El Ministerio de Salud ha descentralizado el cargo de la elaboración presupuestaria hacia las Direcciones de Área de Salud, quienes son responsables de diseñar el plan operativo anual que contiene la presupuestación de las actividades de salud de su jurisdicción, éstos se consolidan a nivel central por unidades de planificación y presupuesto. La reforma institucional organizacional y de prestación de servicio, se inició en el año de 1996, la cual ha permitido que los grupos de población con mayor postergación tengan acceso a los programas básicos de salud. Las prioridades de salud están en los Lineamientos del Plan Nacional de Salud para el período 2004-2008, que contienen políticas con respecto al fortalecimiento del papel rector del ministerio de salud; satisfacción de las necesidades de salud de la población con enfoque intercultural así como entrega de servicios de calidad y equidad en los diferentes niveles; adquisición y provisión de insumos en forma oportuna; modernización del sistema de gestión administrativo-financiero y de planificación del ministerio; promoción de acciones de apoyo al saneamiento del medio; protección a la población de los riesgos inherentes al consumo y exposición de alimentos, medicamentos y sustancia nocivas a la salud; Fortalecimiento del proceso de desconcentración y descentralización de las competencias, responsabilidades, recursos y poder de decisión a las áreas de salud y hospitales.

3.2.4.3.1 Fortalecimiento del desarrollo y administración de los Recursos humanos en salud

Desde la declaración de Alma Ata, la política de salud ha tomado en cuenta la atención primaria, pero no han sido sostenibles muchos de los intentos. Esta política se operativiza desde 1997 por medio de la estrategia de Extensión de Cobertura en donde se delimitó la canasta básica de servicios de primer nivel

y se acomodó la modalidad de instituir convenios con prestadoras y administradoras de servicios de salud, con la finalidad de conseguir disminuir las inequidades evidentes con respecto a la accesibilidad a los servicios de salud. (90, 96, 97,98)

3.2.4.4 Políticas laborales

El fortalecimiento del desarrollo y administración de los recursos humanos en salud es una de las políticas del Ministerio de Salud 2004-2008, por lo que se llevó a cabo un inventario de recursos humanos de la institución en el año 2005, revelando que el total de trabajadores del Ministerio de Salud en todas sus categorías era de 23,357. La contratación del recurso humano se efectúa por medio de diversas secciones presupuestarias que encierran personal permanente y por contratos temporales, el 80% del personal se encuentra contemplado en la sección permanente, según se reportó. Mientras que en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social reportó en su nómina un total de 12,283 trabajadores donde el 91% es permanente. El seguro social en la Política de Modernización, Sistematización, Eficiencia Integral y Calidad (2004), instituye la actualización del manual de perfiles de puestos para realzar la calidad de los procesos de clasificación, contratación, inducción, adiestramiento y valoración del desempeño. No se cuenta con información del subsector privado. La concentración de recursos humanos en el área metropolitana y la escasez de médicos con especialidades básicas en los hospitales departamentales provocan un gran déficit, sin embargo la inversión en capital humano no tiene un efecto importante de manera inmediata sobre la productividad, pero sus impactos a mediano y largo plazo pueden llegar a ser considerables, por lo que la distribución de los recursos humanos es un reflejo de un modelo asistencial centralizado e inclinado hacia la atención médica curativa. (90, 99, 100, 101,102,)

En lo referente al gasto en recursos humanos, la cantidad asciende a Q. 1, 808, 123,045.00 el cual constituye el 97% del total de gastos de la estructura global en salud, este dato corresponde al año 2005. (90, 99, 100, 101, 102, 103,104)

3.2.4.5 Otras Políticas

La migración es otro tema de importancia en donde se persigue el monitoreo permanente de las migraciones internacionales y nacionales de personal de salud por lo que se han tomado medidas de regulación por el aumento y mala disponibilidad y distribución de los recursos humanos. El sistema de detección y registro de los movimientos migratorios internos y externos de personal de salud en el país es analizado en el Observatorio de Recursos Humanos de Salud. (93)

Para cumplimiento de la década de los recursos humanos, declarada el 7 de abril de 2006, el MSPAS, desarrollo un PLAN NACIONAL DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS GUATEMALA, 2007-2015, en este apartado se describen las estrategias, políticas y metas nacionales para este periodo (ver anexos 3 y 4). (93)

Las políticas servirán para dirigir la regulación, la formación y la gestión de los recursos humanos, importantes para el trabajo efectivo del sistema de salud y sus instituciones, así como para la complacencia de los trabajadores de salud. La OMS hizo el lanzamiento de la Década de los Recursos Humanos 2006-2015 a fin de que la comunidad global, durante los diez años siguientes enfoque su atención en los retos de los recursos humanos, desarrollando y apoyando las capacidades de mujeres y hombres que trabajan en salud para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el año 2015. Los recursos humanos en salud han venido ganando visibilidad en los medios de comunicación social, especialmente los asuntos

sobre condiciones laborales, formación y migración de profesionales. Así con la promulgación de las políticas se dará inicio a un arduo proceso de desarrollo que necesita la formulación de metas y de planes operacionales que le indiquen al sector el camino para poner en práctica y dar cumplimiento a los objetivos de las políticas. (39, 105, 106)

3.3 Situación actual de Recursos Humanos en Salud

3.3.1 Situación actual mundial

La atención sanitaria está basada fundamentalmente en el capital humano. La fuerza de trabajo, elemento clave de todos los sistemas sanitarios, es fundamental para hacer progresar la salud. Abundan las pruebas de que el número y la calidad de los trabajadores sanitarios están efectivamente relacionados con la cobertura de inmunización, el alcance de la atención primaria y la supervivencia de los lactantes, los niños y las madres. Se ha comprobado que la calidad de los médicos y la densidad de su distribución se correlacionan con resultados positivos en el ámbito de las enfermedades cardiovasculares. A la inversa, la malnutrición infantil ha empeorado con los recortes de personal durante las reformas del sector sanitario. (107)

A nivel mundial, existe una discrepancia del número de médicos por habitante. La Organización Mundial para la Salud (OMS) muestra en el Reporte Mundial de Salud del 2006, que países de la región europea, como lo son Francia, Holanda, Alemania, Suiza e Inglaterra, cuentan con un promedio de 3 médicos por 1,000 habitantes. En comparación con países asiáticos que presentan un promedio de 1.5 médicos por 1,000 habitantes. Países del Caribe, como Haití y Jamaica cuentan con tan sólo 1.1 médicos por 1,000 habitantes. Países que se encuentran en el mismo continente, demuestran diferencias marcadas en cuanto a estos datos, siendo así el ejemplo de Canadá y Estados Unidos con un promedio de 2.35 médicos por 1,000 habitantes, en comparación de Guatemala

y Honduras con un promedio de 0.54 médicos por 1,000 habitantes. (Ver Anexo 5) (108)

La OMS estima que hay en el mundo un total de 59,2 millones de trabajadores sanitarios de jornada completa remunerados. Además se ha identificado un umbral en la densidad de personal sanitario por debajo del cual es muy improbable lograr una alta cobertura de intervenciones esenciales, como las necesarias para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud. Basándose en estas estimaciones, hay actualmente 57 países con carencias críticas equivalentes a un déficit mundial de 2,4 millones de médicos, enfermeras y comadronas. Paradójicamente, es frecuente que, en un mismo país, coexistan estas insuficiencias con un gran número de profesionales sanitarios desempleados. (107)

El Reporte Mundial en Salud del 2006, identificó grandes desigualdades en la distribución de los trabajadores de salud entre los distintos países. Países con una necesidad relativa menor de salud presentaba los porcentajes más altos de trabajadores en salud, mientras que los países con índices elevados de mortalidad, presentan la menor cantidad de médicos. La Región de las Américas, con una carga de morbilidad del 10%, concentra a un 37% de los trabajadores sanitarios del mundo, que absorben más del 50% de la financiación sanitaria mundial, mientras que la Región de África soporta el 24% de la carga, pero sólo cuenta con el 3% de los trabajadores sanitarios, que pueden disponer de menos del 1% del gasto mundial en salud. Este éxodo de profesionales calificados en medio de tantas necesidades sanitarias sin cubrir sitúa a África en el epicentro de la crisis mundial de personal sanitario. La región mediterránea, que presenta el 9% del índice de morbilidad global, cuenta únicamente con el 3.5% de trabajadores para salud y 1% de la financiación sanitaria mundial. El Sudeste de Asia posee el mayor índice de morbilidad, pero tiene solamente el 12% de recursos humanos para la salud. (107)

La escasez actual de los recursos humanos en el sector de la salud, principalmente en países de África sub-Saharana, amenaza las estrategias para controlar la extensión de enfermedades tales como VIH/SIDA, malaria y tuberculosis. El Informe de Desarrollo Mundial *2004* establece claramente que si no hay mejoras en la situación de los recursos humanos, el desarrollo de la salud y las Metas del Milenio no podrán ser alcanzados. El acceso a los servicios médicos de buena calidad es crucial para el mejoramiento de la salud. A menudo, los servicios no están disponibles por encontrarse a grandes distancias; y cuando están disponibles, la gente no puede acceder a ellos por razones como horas limitadas de la presencia del personal, comportamiento antipático hacia usuarios y barreras culturales. La accesibilidad de los servicios médicos esta influenciado por factores de tipo geográfico, económico, de organización y cultura (aceptabilidad) los cuales pueden facilitar u obstaculizar el uso de servicios. (109)

El recurso médico en Alemania es elevado, comparado con el de Estados Unidos de América, atribuyéndoselo al sistema educativo que existe en estos países. Si alguna persona cumple los requerimientos académicos en Alemania, la posibilidad de estudiar medicina está legalmente garantizada. Esto conlleva a una sobreproducción de médicos y el desempleo se ha vuelto un serio problema. En el 2001, el desempleo de los médicos alemanes de 2.1% condujo a muchos galenos alemanes a migrar a países como Noruega, Suecia y el Reino Unido. En el año 2003, Alemania presentó 3.4 médicos practicantes por 1000 habitantes, en comparación con los Estados Unidos de América, el cual presentó 2.3 médicos practicantes por 1000 habitantes. (110)

3.3.1.1 Las Reformas Neoliberales en Salud

En los últimos tiempos se ha gestado una reforma netamente neoliberal en lo que al sistema de salud respecta. Este modelo está fundamentado en principios económicos de rentabilidad y beneficio como los siguientes: el sector privado es más eficiente que el público y por ello la función del Estado no es producir

bienes y servicios, sino regular; un mercado libre y competitivo genera bienes y servicios de mejor calidad que un mercado monopolístico; cuanto más cerca de la base se toman las decisiones, es más fácil controlar la corrupción, se atiende mejor a las necesidades locales y más satisfechos quedan los usuarios; y para incrementar la eficiencia y productividad de los servicios es necesario contar con una fuerza laboral flexible. Sin embargo esta reforma neoliberal ha fracasado. (111)

Si bien, los objetivos de las reformas neoliberales a los sistemas de salud están dirigidos a conseguir niveles aceptables de eficiencia, calidad, y equidad en los servicios de atención médica y a aumentar la satisfacción de los usuarios, el mismo Banco Mundial, propulsor principal de este modelo ha reconocido que algunos de los postulados en los que se sustenta dicho modelo no son los más adecuados en todos los contextos. (111)

3.3.1.2 Estadísticas de los Recursos Humanos en Salud en el Mundo

Para analizar la disponibilidad de personal de salud, se agrupó a los países en función a la Densidad de recursos humanos, estableciendo tres categorías:

a. Aquéllos con una tasa superior a 50 profesionales por 10,000 habitantes;
b. aquéllos con una tasa de 25 a 50;
c. y los que tienen una tasa inferior a 25, en consonancia con lo establecido en el Informe sobre la salud en el mundo (2006).

Este agrupamiento de países permite apreciar la reducción de las tasas de mortalidad a medida que aumenta la disponibilidad de recursos humanos. (Ver anexo 6) (112)

La escasez de trabajadores de salud en algunos países se agrava por la tendencia de los profesionales a ubicarse en

áreas urbanas, lo que determina una mala distribución de los recursos humanos y una reducción del acceso a los servicios de salud de los ciudadanos que residen en las zonas rurales. Existen notables diferencias en la distribución urbana-rural de los recursos humanos en salud. En general, la disponibilidad de médicos en las zonas urbanas es entre 1,5 y 4 veces superior a la tasa general, y entre 8 y 10 veces mayor que en las zonas rurales. (112) Por ejemplo, el tamaño extenso de Indonesia y el terreno difícil presenta un obstáculo enorme para el acceso a los servicios médicos y para una distribución equilibrada del personal en salud. Los doctores y las enfermeras son renuentes a trabajar en las islas alejadas o en localidades dentro del bosque que ofrece pobre comunicación con el resto del país y poca comodidad para los profesionales de salud y sus familias. En Bangladesh las áreas metropolitanas contienen alrededor el 15% de la población del país pero el 35% de doctores y el 30% de enfermeras, trabajan para el gobierno. Puesto que no hay doctores o enfermeras en el sector privado fuera las áreas metropolitanas, la concentración geográfica en las áreas metropolitanas son incluso mayores. En Ghana en 1997, 1,087 de los 1,247 (87.2%) médicos generales trabajaban en las regiones urbanas, aunque el 66% de la población vive en las áreas rurales. El desbalance en la distribución del personal de salud contribuye a las grandes disparidades en la salud observadas entre la población rural y urbana. (109)

3.3.1.3 Factores que influyen en un trabajador en salud para laborar en el área rural

Como se mencionó anteriormente, las desproporciones en la fuerza de trabajo en salud, son una constante en casi todos los sistemas de salud, especialmente en aquellos de países en vías de desarrollo. A raíz de lo anterior un grupo de investigadores del Banco Mundial, realizaron una investigación en Etiopía, un modelo aplicable a muchos

países del tercer mundo, indagando sobre los factores que determinan que un trabajador en salud decida ubicarse en el área rural, para el desempeño de su labor. A continuación se presentan los detalles más relevantes de dicha investigación. (113)

Los servicios de salud dependen críticamente del tamaño, habilidades y compromiso de la fuerza laboral en salud. Los recursos humanos en salud son fundamentales para mejorar las condiciones de salud de la población, y también para alcanzar las “metas del milenio”. (113)

Dada la relación obvia entre el número de trabajadores de salud y la capacidad resolutiva de los servicios de salud, tanto en términos de volumen, como de calidad; la distribución de los profesionales de salud tiene implicaciones críticas en lo que a equidad y acceso a la salud corresponde. Por lo tanto estos últimos pueden ser mejorados mediante una reubicación de los recursos humanos. Se ha determinado que la decisión y las preferencias de los trabajadores de salud son de vital importancia a la hora de elegir un puesto en el área rural. Como prueba de lo anterior, podemos mencionar lo que un trabajador de salud en Etiopía mencionó al ser entrevistado por el grupo en cuestión, argumentando “que hay una diferencia obvia entre los puestos en el área rural y el área urbana. Trabajar en el área rural implica ayudar a los pobres, pero en las áreas urbanas se puede aprender más, tener más ingreso económico y mejor educación para los hijos”. (114)

Sin, embargo, distintas fuentes han determinado que si bien el factor económico es importante en esta decisión, no es el único, y existen otros que son importantes, especialmente para los trabajadores de salud, como son: las oportunidades de entrenamiento, perspectivas de desarrollo profesional, condiciones de vida, carga laboral,

seguridad social y familiar así como elementos en materia de seguridad. (109,114)

El trabajo en áreas rurales se ha asociado a oportunidades limitadas de entrenamiento médico, interacciones y relaciones profesionales limitadas, menor exposición a tecnología de vanguardia, mucha responsabilidad y carga laboral, aislamiento social, pobres servicios sociales y en algunos casos menor oportunidad de ingreso económico. Ahora bien, es importante destacar que en Indonesia, Sepowski (2004), encontró que los profesionales de salud que escogían trabajar en un área rural por propia elección o interés, tenían mayor tendencia a permanecer más tiempo en el puesto. Otro factor importante de considerar es el efecto que los incentivos extra, financieros o no financieros, en relación a estos puestos en áreas rurales pueden tener. Entre estos incentivos podemos mencionar: bonos, subsidios de vivienda, víveres, etc.; promoción, entrenamiento continuo, etc. (114)

En países como Estados Unidos (Rabinowitz, 1999); Australia (Easterbrook, 1999); Tailandia (Wibupolprasert, 2003); e Indonesia (Chomitz, 1998); se realizan esfuerzos especiales para reclutar trabajadores en salud para el área rural, y buscan exponer a los estudiantes desde etapas tempranas de su formación profesional en salud, al trabajo en áreas rurales como parte de su pensum. Además, la experiencia ha demostrado que los estudiantes que proceden de áreas rurales, son más propensos a regresar a tales dichas áreas a trabajar, y muestran una mejor respuesta a los incentivos que motivan el trabajo en el área rural; así mismo requieren un menor incentivo económico para tomar estos puestos. (114)

El gobierno y su rol como gestor en la colocación de los trabajadores de salud, también cumple un rol importante. En algunos países, donde los estudiantes son en su

mayoría patrocinados por el gobierno, estos tienen la obligación de cumplir con un tiempo de servicio profesional reglamentario, en áreas de mayor necesidad; y sólo tras haber cumplido este requisito, son autorizados para incorporarse al sector privado. (114)

Por último es importante mencionar que la motivación intrínseca y personal juega un rol determinante a la hora de escoger un puesto en el área rural. Tal es el caso de aquellas personas que tienen como convicción ayudar a los pobres, sanar a los más enfermos o bien, de jugar un papel protagónico en el fenómeno social. Aquellos que tienen un fuerte criterio sobre la justicia en la distribución de los recursos también son más anuentes a ayudar a los pobres. Así mismo factores como el lugar de procedencia, o bien, si lo padres aún viven en un área rural puede favorecer a un profesional en salud a escoger un puesto en el área rural. En el estudio realizado en Etiopía, se encontró que 26% de los estudiantes de medicina tenia altas motivaciones personales para ir a un área rural, que las mujeres tendían a tener más esta motivación, y que los estudiantes mayormente familiarizados con el área rural eran aquellos dispuestos a ocupar estos puestos. Así mismo se determinó que los estudiantes de medicina preferían menos las áreas rurales que los estudiantes de enfermería. (114)

3.3.1.4 La tendencia a preferir un puesto en el área urbana

Según estadísticas del Banco Mundial, dos tercios de los estudiantes de enfermería, y un 90% de los estudiantes de medicina, prefieren trabajar en el área urbana en vez del área rural, a largo plazo. En esto, como se mencionó anteriormente, juegan un papel importante factores como, oportunidades de promoción, acceso a otras formas de ingreso económico (otros trabajos), buena educación para los hijos, acceso a buenos servicios de salud, condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional. En un estudio llevado a cabo por investigadores del Banco Mundial, se determinó

que los tres factores más importantes eran la buena educación para los hijos, oportunidades de promoción, y continuidad del entrenamiento médico, en ese orden. (115) Así mismo este estudio, realizado en Etiopía determinó que se requeriría un aumento del 39 % en el salario base de los médicos, para que estos escogieran trabajar en un área rural. Esto implicaría un aumento del 7.9% del presupuesto anual en salud en ese país para lograr esa meta, sin embargo en una cohorte de médicos bien motivados para trabajar en el área rural, el aumento al presupuesto necesario sería solamente del 2%. Por lo tanto, se ha recomendado como propuestas de solución a la problemática en materia de recursos humanos en salud, que en vez de aumentar los salarios, se mejoren las oportunidades de poder continuar con los estudios en el área rural, así como motivar desde etapas tempranas de la formación profesional del médico, valores que permitan generar en estos un interés intrínseco que permita que se sientan más identificados con el trabajo en el área rural. (116)

3.3.1.5 Migración de la Fuerza laboral en salud. Una problemática Actual.

En años recientes, la migración, inyectada por muchos factores, ha crecido a tales proporciones que está afectando la sostenibilidad de los sistemas de salud en algunos países. Mientras tanto los países desarrollados como los en vías de desarrollo experimentan el impacto negativo de la pérdida de esta fuerza laboral, su impacto se siente más en estos últimos, que cada vez encuentran más difícil competir con recurso humano capacitado en el mundo global actual. (98) “Un trabajador inmigrante, es toda aquella persona que está, estuvo o estará involucrada en una actividad económica en un país, del cual él o ella no es originario”. (117)

El número de trabajadores inmigrantes se ha duplicado desde 1975, sin que el sector de trabajadores de salud se quede ajeno a este fenómeno. Según las Naciones Unidas el número de personas involucradas en estos movimientos han crecido sostenidamente en la segunda mitad del siglo

XX y los datos disponibles indican que las personas nacidas en un territorio diferente al que residían en 1965 eran 75 millones y que en el año 2002 esa cifra llega aproximadamente a los 175 millones. Las áreas geográficas que en su mayoría albergan a esta fuerza laboral, son la Unión Europea, Asia y los Estados Unidos. (117)

El total de migrantes representa alrededor del 2,9 % del total de los habitantes del planeta. En los países de recepción, los migrantes se encuentran particularmente concentrados en las llamadas “ciudades globales”, puntos de convergencia del poder económico y político, de la administración de la riqueza y del conocimiento. (118)

En los años 1950-1960, se comenzó a gestar un fenómeno de migración de trabajadores de salud a nivel mundial, por lo cual la Organización Mundial Para la Salud, empezó a realizar un detenido estudio al respecto, determinando que para 1972 6 % de los médicos del mundo estaban laborando en otro país que el de su nacionalidad. De este total, 86 % de los médicos se concentraba en 5 países: Australia, Canadá, República Federal de Alemania, Reino Unido y Estados Unidos. India, es el país que con más médicos ha contribuido a este fenómeno migratorio, sin embargo es en África donde el fenómeno ha generado mayor preocupación para la OMS, ya que se asume que la migración del recurso humano en salud ha contribuido a los problemas enfrentados actualmente por el sistema de salud de este continente. Entre el 25% y el 28% de los médicos que ejercen en los Estados Unidos de América, el Reino Unido, Canadá y Australia se han graduado fuera de esos países, y entre el 40% y el 75% de esos médicos provienen de países de bajos ingresos. (118)

Canadá y los EEUU han modificado su legislación creando visas temporales y expandiendo las prácticas profesionales

que estas abarcan, para aumentar sus trabajadores calificados. En la Comunidad Económica Europea los requisitos educacionales de formación universitaria para profesionales de salud, hacen que organizaciones privadas en países como Italia, movilicen la migración de personal de países latinoamericanos. (118)

Esta migración está fuertemente influenciada por las políticas de los diferentes gobiernos, en cuanto al control del reclutamiento, entrenamiento y permanencia de profesionales de la salud. Así mismo, políticamente hablando, existen una serie de tratados internacionales que han favorecido este fenómeno de flujo de profesionales. Tal es el caso de del "TRANS-TASMAN", "Nordic Passport Free Area", "North American Free Trade Agreement, NAFTA", Unión Europea, etc. El trabajo en el sector salud, se caracteriza por un intrincado sistema de interdependencia laboral, así como la proliferación de las especializaciones y subespecializaciones, lo cual puede colapsar un sistema de salud, ya que aún pequeños cambios en el número de profesionales migrantes, pueden restar recursos al sistema de salud de un país. (119)

3.3.1.5.1 Razones para migrar

a. En los países desarrollados el envejecimiento de la población, la carga de enfermedades crónicas y otros factores tienden a incrementar la demanda por servicios de salud. (26)

b. La migración de profesionales de salud está relacionada con las malas condiciones de los mercados laborales en los países pobres y tiende a extraer de éstos los profesionales más jóvenes y calificados, que son los que más fácilmente se insertan en el mercado laboral receptor. El personal emigrante se ubica en los rangos de edad de mayor productividad para los profesionales, en

los que el país acaba de invertir y aún no ha recibido el retorno esperado por dicha inversión, mediante la esperada prestación de servicios a la población. (26)

c. Muchos programas de formación de profesionales de salud, contribuyen directa e indirectamente a facilitar la migración de sus egresados. Muchas facultades y escuelas de medicina y enfermería mantienen programas no alineados con la problemática de salud de sus países, ni con sus sistemas de salud ni con la modalidad de práctica profesional imperante en el país, creando así condiciones para emigrar: desfase con el perfil de las competencias adquiridas e insatisfacción de los profesionales. (26)

d. El interés de los trabajadores de salud, sobre todo de los profesionales, de acceder a programas de formación suplementaria. Muchos profesionales jóvenes emigran temporalmente con el objetivo de obtener títulos de postgrado que de regreso a sus países les facilite una mejor inserción en el mercado de trabajo, pero muchos de ellos reciben ofertas de trabajo que los retienen en los países de mayor desarrollo. (26)

La migración del personal de salud está vinculada a la escasez, mala distribución y desequilibrios en la asignación de personal de salud, así con malas condiciones de trabajo y de salarios, falta de oportunidades de promoción y desarrollo de personal, inestabilidad laboral, falta de apoyo para los trabajadores y exclusión de las decisiones. (119)

La migración de trabajadores de salud, abre las puertas para mejores oportunidades de salario,

formación profesional y entrenamiento. Esto se refuerza con las condiciones poco atractivas de trabajo local, así como reducciones presupuestarias, al grado que muchos médicos se están re entrenando como enfermeros, ya que hay mayores oportunidades de puestos de trabajo para enfermeros en el extranjero. Para los individuos, la posibilidad de multiplicar sus ingresos es un factor que permite en gran manera explicar el fenómeno de migración, ya que la diferencia entre salarios en el país de origen y el país de destino son en mucho el principal estimulo para la migración. Sin embargo como se ha mencionado anteriormente, para trabajadores altamente calificados, como los médicos, el desarrollo profesional continuo es una parte integral de los planes de carrera y trabajo. Esto incluye la búsqueda de oportunidades para adquirir entrenamiento especializado, el cual muchas veces no está disponible en el país natal, o bien la oportunidad de utilizar tecnología no disponible en el país de origen. El ambiente y las condiciones laborales en el país de origen también son un factor que no se puede obviar. (119)

Los Estados Unidos de Norteamérica (EEUU), juega un rol importantísimo en este sentido hoy en día, siendo para el año 2000 que del total de médicos laborando en ese país, un 25% corresponde a médicos graduados fuera de EEUU. El reclutamiento de personal en salud en este país, está altamente influenciado por un sistema cambiante de inmigración, en el cual ha habido una considerable permisibilidad y disminución de las restricciones a la inmigración de personal altamente calificado. También el Reino Unido es un país con alta tasa de "importación de trabajadores en salud". (119)

Se consigna que Canadá y México son los países de mayor emigración de personal de salud, lo cual está relacionado con la proximidad a los Estados Unidos, país en el que actualmente hay 170,000 vacantes de enfermeras, número que se prevé llegará a 260,000 en 2010. Ese número corresponde al 90% de la existencia total de enfermeras en América Latina y el Caribe. En el caso de los médicos, se sabe que de las escuelas de medicina de los Estados Unidos egresan anualmente un número aproximado a 17,000 nuevos médicos, mientras la demanda de residentes anuales excede esta cifra en un 30%. Estas plazas se cubren con médicos provenientes del exterior (aproximadamente 6,000 anuales), muchos de los cuales terminan adquiriendo residencia permanente en aquel país. (120)

Se hace necesario mencionar, que el patrón de migración de la fuerza laboral de cada país refleja factores relacionados con el contexto económico-social, programas de desarrollo local así como situaciones de conflicto como guerras civiles, violencia y la pandemia VIH-SIDA, en cada país. Sin embargo algunos autores, como Portes y Rumbaut, sostienen que la mayoría de personal de salud migrante, surge de países con un nivel de desarrollo intermedio, y no necesariamente de los países más pobres. Así mismo se recalca el hecho que una vez establecidos ciertos vínculos para la migración, estos estimularán mayor migración. Por tanto las asociaciones, los intercambios culturales-académicos, las redes de trabajo, etc. son factores determinantes en este fenómeno. (119)

3.3.1.5.2 Consecuencias de la migración

El impacto de la emigración del personal de salud es mayor en los países donde la inversión en el sistema

educativo es limitada y en los que la rápida salida del personal impide reponerlo en el plazo necesario. En estos casos, la pérdida de profesionales de la salud puede ocasionar graves deficiencias en los servicios disponibles y en la capacidad de los países para avanzar sus planes de desarrollo sanitario. (121)

En el mercado de trabajo globalizado, los flujos de migración desde los países pobres hacia países ricos aumentan las desigualdades en la salud al disminuir las capacidades de sistemas sanitarios débiles e impactan negativamente en la salud de las poblaciones en momentos donde más se requiere su fortalecimiento. Son las zonas rurales las que con mayor facilidad y frecuencia se ven carentes de personal de salud, y con población con dificultad para el acceso a los servicios. (121)

Los países proveedores tienden a quedarse con personal menos calificado, generando en sus propios sistemas de salud problemas de cobertura y menor calidad de la atención. Por otro lado, la alta rotación de personal en los servicios de salud, aumenta los costos operativos y atenta contra la calidad de los servicios, en la medida que interrumpe la organización funcional, reduce la eficiencia de los equipos de salud y causa pérdidas en el conocimiento disponible en las instituciones. Una solución a la que recurren comúnmente los servicios de salud con déficit de enfermeras es establecer sobre tiempos obligatorios, con lo cual el personal que permanece en los servicios sufre las consecuencias de los vacíos dejados por los que emigraron, con extensión de sus jornadas y sobre carga de trabajo, que a su vez puede promover una mayor emigración. (121)

Otro aspecto preocupante se refiere al abuso o explotación de la fuerza de trabajo emigrante en los países receptores. La dificultad para verificar previamente las condiciones de empleo, las barreras de idioma, la falta de normas éticas que afecta a este proceso y la inexistencia de un marco que regule a las agencias contratadoras e intermediarias y a las propias instituciones de salud, dan lugar a que se engañe o se explote al trabajador de salud que emigra. El tiempo que este trabajador utiliza para lograr la acreditación que le permite ejercer en el país receptor representa por lo común años de bajos salarios en los que ocupan cargos inapropiados. (121)

Un elemento a tener en cuenta es el aporte que para las economías de los países pobres significan las remesas que los emigrantes en general, y los de salud en particular, remiten periódicamente a sus familiares en sus países de origen. No obstante, se estima que aún considerando que cada uno de estos dólares genera dos dólares en la actividad económica local, estas remesas no compensan la inversión de los gobiernos en educación y formación de trabajadores de cuidado a la salud y los servicios que ellos habrían de desarrollar de permanecer en sus propios países. (118)

A pesar de todo, debemos mencionar que no todo es negativo respecto al fenómeno de migración del recurso humano en salud. Algunos sostienen que la migración de personal calificado, es beneficioso ya que favorece la creación de comunidades transnacionales, que estimulan la inversión y el crecimiento global. Además, en los últimos años, la migración se ha vuelto más temporal que en el pasado, permitiendo a los países de origen atraer “de

vuelta" personal calificado, proveyendo una nueva dinámica para la inversión. Además los mismos trabajadores que han emigrado, justifican que entre sus motivaciones está una mejor situación económica y laboral al volver. Además no se puede obviar el beneficio de la generación de divisas que este fenómeno conlleva. (119)

3.3.2 Situación actual regional

3.3.2.1 Situación actual en Latinoamérica

Más de siete millones y medio de personas trabajan en el sector Salud en el continente americano, en condiciones que varían de país a país, pero que, en general son muy desfavorables y, en muchos casos con graves y múltiples carencias. Este escenario, que se repite con variantes en todo el mundo, afecta directamente a la calidad de las prestaciones de Salud. (107)

En la actualidad, la Región de América cuenta con 1, 872,000 médicos y 3, 580, 000 enfermeras, lo que significa unas tasas promedio de 22 y 42 profesionales por cada 10, 000 habitantes, tasas que en el último período (2000-2004) han aumentado a un ritmo anual del 0,15 en el caso de los médicos y del 0,20, en el de las enfermeras. (112)

Sólo 9 de los 28 países de la Región manifiestan estar satisfechos con la disponibilidad de información sobre distribución del personal de salud en relación a la población. Un número importante de países en el mundo no cuenta con el personal necesario para tener una cobertura mínima, la cual es de 25 profesionales por cada 10, 000 habitantes. Por su parte, otro grupo de países cuenta con una disponibilidad de personal cinco veces mayor a lo ideal. (112)

Los países de baja densidad de personal de salud deben formar, emplear y retener a 124,000 médicos y enfermeras más de los que tienen actualmente. A pesar de los importantes crecimientos en la dotación de personal (Bolivia aumentó su tasa de personal un 120%, Nicaragua, un 88%, Paraguay, un 44% Costa Rica, un 25 % y Colombia, un 24%), en 2015, algunos países no podrán contar con la tasa ideal de 25 por 10,000, ya que el ritmo actual de crecimiento (en algunos casos negativo) hace improbable que algunos países puedan alcanzar estos niveles mínimos en los próximos 10 años. Los países en los que las carencias de personal de salud son mayores tienen grandes dificultades, no sólo por lo que se refiere a formación sino también en cuanto a crear y financiar puestos de trabajo que consigan atraer y mantener a los profesionales en los lugares donde más necesarios son. (112)

Para situarnos más cerca de nuestra realidad, podemos decir que, uno de los principales problemas de salud pública que afecta a los países de Latinoamérica, en especial, a aquellos en vías de desarrollo, es la inequidad en el acceso a los servicios de salud, estando esto último directamente relacionado con la problemática del recurso humano en salud, como veremos más adelante. (111)

Las diferentes fases de desarrollo entre distintas regiones dentro de un mismo país, juegan un rol determinante en esta inequidad. Sin embargo es una prioridad en salud pública, la promoción de la equidad y el acceso universal a la salud, según la OPS. (111)

En un estudio realizado en el año 2002, se llego a un consenso en cuanto a los principales problemas que enfrenta el desarrollo de los recursos humanos en salud en la región de las América. Estos son: (111)

a. No existe una priorización del tema de recursos humanos por parte de la autoridad sanitaria.
b. Existe falta de planificación de la formación de recursos humanos en salud, por parte de los sistemas educativos, así mismo hay una falta de coordinación de las instituciones formadoras con la autoridad sanitaria y poca adecuación de los recursos formados a las necesidades de los servicios.
c. Falta de supervisión del estado en la calidad de la formación del recurso humano en salud.

Llama la atención que la escasez de personal no fue identificada como un problema por parte de los expertos involucrados en este estudio. Se prevé que en un futuro los problemas en materia de Recursos Humanos en Salud serán:

a. La tendencia a mantener formas de trabajo flexibles y precarias.
b. Sobreoferta de algunos grupos de profesionales, mientras hay carencia de otros.

3.3.2.1.1 Desafíos y Consensos para la Acción

En octubre del año 2005 se lleva a cabo en Toronto Canadá, la séptima reunión regional de los observatorios de Recursos Humanos en Salud, promovida por la OPS/OMS. Dicha reunión se denominó “El llamado a la acción de Toronto para una década Recursos Humanos en Salud” (2006-2015). (19)

“El Llamado a la Acción” busca movilizar a los actores nacionales e internacionales, del sector salud, de otros sectores relevantes y de la sociedad civil, para construir colectivamente políticas e intervenciones para el desarrollo de recursos humanos en salud, que ayuden al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de las prioridades nacionales de salud y al

acceso a servicios de salud de calidad para todos los pueblos de las Américas para el 2015. (19)

Según esta conferencia, los esfuerzos en materia de recursos humanos en salud deben guiarse por los siguientes principios:

- Los recursos humanos son la base del sistema de salud.
- Trabajar en salud es un servicio público y una responsabilidad social.
- Los trabajadores de salud son protagonistas de su desarrollo. (19)

De lo anterior se extrae que el desarrollo de los recursos humanos en salud conforma la base social y técnica de los sistemas de salud y de su mejoramiento. Además, la contribución de los trabajadores de la salud es un factor esencial de la capacidad del sistema de salud para asegurar un acceso equitativo a servicios de calidad a toda la población. Resalta también el hecho que el desarrollo de los recursos humanos en salud es un proceso social, orientado a mejorar la situación de salud de la población y la equidad social, pero a través de una fuerza de trabajo bien distribuida, saludable, capacitada y motivada. (19)

Para lograr que los acuerdos alcanzados en la Reunión de los Observatorios de recursos Humanos se hagan realidad, es necesario que el Llamado a la Acción de Toronto tenga un impacto político y social resonante en los países. Estos planes y políticas deberán promover la equidad en salud y el acceso universal a la salud, apoyando el desarrollo integrado de sistemas de salud basados en la atención primaria y los equipos multidisciplinarios. Además de estas orientaciones estratégicas, las acciones de recursos

humanos deberán promover entornos de trabajo saludables tanto para los pacientes como para los trabajadores. (19)

Así mismo se sugirieron líneas de acción tanto a nivel nacional como a nivel subregional y regional, entre las cuales podemos destacar a nivel nacional:

a. El fortalecimiento de la institucionalidad para el desarrollo de los recursos humanos en salud.
b. La defensa y promoción acerca de la importancia de los trabajadores en salud
c. El financiamiento para el desarrollo del personal en salud
d. La ampliación del espacio fiscal dedicado a servicios de salud
e. La coordinación de la cooperación internacional para incrementar el financiamiento en base a prioridades nacionales
f. El mejoramiento de la capacidad técnica para la gestión y formación de recursos humanos
g. La ampliación de la base de información y evidencias en recursos humanos. (19)

Siendo esta última la que con mayor claridad justifica la realización del presente trabajo de investigación. Todo lo anterior está dirigido a que los países logren para finales del año 2015, alcanzar avances significativos en sus objetivos de salud, a través del desarrollo de sus recursos humanos. (19)

3.3.2.1.2 Gestión de los Recursos Humanos en los servicios de Salud

En los países de la región existe una sobre posición de dos agendas en materia de gestión de los recursos humanos en salud. La primera, y más antigua, corresponde a un modelo de relaciones estables y definidas, centrado en la carrera de un puesto de

duración definida. La segunda, y más moderna, corresponde a un modelo regulatorio del trabajo caracterizado por la flexibilidad laboral. (122)

Estos nuevos modelos de gestión, ponen énfasis en la evaluación del desempeño, la estimación local de las necesidades de personal, la definición de términos de referencia para contratos, la evaluación de programas, y la supervisión. Los desafíos de dichos modelos tienen que ver con el logro de la calidad en el desempeño, con una mayor productividad y motivación, con el compromiso institucional y con mayor participación en las decisiones que afectan el trabajo en los servicios. (123)

3.3.2.1.3 Problemas Identificados Antes de la Reforma en América Latina

- En América Latina cerca de nueve millones de personas trabajan en el área de salud. 70% del recurso del sector salud, se dedica al pago de salarios de estas personas. Es imposible alcanzar los objetivos de la reforma antes mencionados, sin el apoyo y colaboración de los trabajadores. (111)
- Desproporción entre las diferentes categorías de profesionales y técnicos: No había suficientes técnicos para apoyar el trabajo de los profesionales, faltaban profesionales que no fuesen médicos y había un exceso de médicos especialistas. Esto último constituye un problema ya que el personal profesional tiene que dedicar su tiempo a llevar a cabo tareas que los técnicos pueden llevara a cabo mejor y a menor costo. Además el desequilibrio entre médicos especialistas y médicos generales conduce a prestaciones médicas más costosas y al uso innecesario de alta tecnología. Aunado a esto, si bien es cierto que los administradores,

economistas, nutricionistas, y otros profesionales de la salud se incorporan paulatinamente a los equipos de salud, el proceso de toma de decisiones sigue bajo el control de los médicos, por lo que no ha habido cambios en el énfasis curativo de la actividad sanitaria, en detrimento de las acciones de salud pública. Según Bach , la carencia de personal en disciplinas tales como la atención primaria, la economía de la salud, la comunicación, la educación, la nutrición y la ingeniería sanitaria aún dificulta en gran medida que mejore la calidad y aumente la eficiencia en el sector de la salud. (111)

- Desproporción entre el número de profesionales de centros urbanos y rurales: Se observa una concentración de personal en hospitales y centros de salud urbanos. Esto produce inequidad ya que la mayoría de los pobres tiene un acceso muy limitado a esta clase de servicios. (111)
- El pluriempleo médico: Es una realidad conocida desde hace muchos años, y una de las causas del absentismo laboral en las instituciones públicas; y de la baja productividad de los médicos en ese sector. El pluriempleo provocado por la reforma ha aumentado el estrés y el descontento entre los médicos. (111)
- Falta de control gerencial de los recursos humanos: Elementos gerenciales básicos como definición de salario, promoción, despido, carga laboral, horarios de trabajo, ubicación y transferencia de personal quedan fuera del control de los administradores de salud. Hay mucha ingerencia en la toma de decisiones por parte de otros ministerios, sindicatos, etc. Por lo anterior se hace difícil emprender negociaciones políticas entre gobierno, sindicatos y asociaciones profesionales. (111)

- Débil regulación de la práctica profesional
- Poca capacidad gerencial
- Deficiente comunicación entre los proveedores de salud y los usuarios

Frente a estas necesidades ya reconocidas y las nuevas necesidades generadas por la reforma (descentralización, autonomía hospitalaria, privatización de servicios, etc.), surgen distintos programas para mejorar la gestión de los recursos humanos. Entre los que más destacan mencionamos:

a. Entrenamiento gerencial.
b. Adiestramiento en la preparación y administración de contratos, ya que las reformas requieren de una mano de obra flexible que permita despedir a un empleado cuando el empleador lo considere necesario, pero para evitar despidos arbitrarios se requiere establecer contratos que especifiquen las razones justificadas de despido. (111)
c. Flexibilización de la mano de obra: El neoliberalismo ha promovido la flexibilización de la fuerza laboral a fin de reducir los costos e incrementar la eficiencia. Para conseguir el primer objetivo, es necesario limitar algunos derechos y beneficios conquistados por los trabajadores a lo largo de años de lucha laboral, como la seguridad en los trabajos, las jubilaciones y los salarios justos, ya que según la teoría neoliberal, el temor de los trabajadores a perder su empleo aumenta la productividad y mejora la calidad.

Lo anterior queda respaldado con el hecho de que en años recientes disminuyó el número de trabajadores en salud sindicalizados, y aumentó notablemente el

número de trabajadores contratados temporalmente sin los beneficios laborales que ofrece la administración pública. Sin embargo, el énfasis exagerado en la compensación monetaria, como lo favorece la reforma neoliberal, puede desplazar otros valores que son fuente importante de motivación para mejorar la eficiencia y calidad, como el mismo placer de hacer las cosas bien o de ayudar al paciente. Incluso la lealtad a la institución puede desaparecer cuando la compensación económica es la única fuente de satisfacción. Un buen ejemplo de lo anterior se pude tomar de Brasil, donde el establecimiento de un sistema de compensación basado en la productividad logró incrementarla en un inicio, pero no logró mantenerla durante mucho tiempo y provocó competencia entre trabajadores que debían de colaborar entre sí. (111)

La crítica a la flexibilidad laboral no es un respaldo a la inflexibilidad de los sindicatos. Hay antecedentes de que los sindicatos se han opuesto a modificaciones necesarias de los horarios, a incrementos razonables de la carga laboral, a cambios en la organización del trabajo que respondan a las nuevas tecnologías o de que han exigido privilegios costosos que la gran mayoría de la población no disfruta. Algunos sindicatos han estado controlados por cúpulas corruptas que se perpetúan en el poder sin mostrar interés en facilitar cambios y reformas necesarios para mejorar la gerencia y la calidad de los servicios y aumentar la satisfacción de los usuarios. La solución de estos problemas debe ser política y no puede contradecir derechos fundamentales universalmente reconocidos, como el derecho de los trabajadores a organizarse. (111)

De todo lo anterior se extrae que los cambios hay que buscarlos en los principios y los valores que históricamente propulsaron la organización del sector salud en Latinoamérica, es decir, la solidaridad más que la competitividad, y la ayuda más que el beneficio. Los países tendrán que invertir tiempo y recursos en recuperar el compromiso de los profesionales con la población y con el sistema y deberán abandonar su orientación mercantilista. (111)

3.3.2.1.4 Situación Actual

Así, en la actualidad no existen datos sistemáticos sobre la cantidad de profesionales, técnicos y auxiliares de salud que laboran o que pudiesen laborar en Latinoamérica. No se dispone de información sobre las dotaciones que laboran en el sector privado, ni sobre su composición o características formativas o de ejercicio. Esta falta de información obviamente dificulta las posibilidades de planificación de recursos humanos de salud, así como la capacidad que podrían tener los países para poder regular y más aún fiscalizar adecuadamente los distintos ámbitos u objetos de regulación de recursos humanos. (124)

Si bien estructurado, el sector salud puede minimizar desigualdades, establecer programas de bien estar social, promover la mejoría de las condiciones de vida de la mayoría no atendida y transformar los sistemas de atención básica con énfasis en la promoción de salud, prevención de riesgos y envolvimiento de la participación de los ciudadanos. (124)

Otro gran problema al que se ve sometido el sistema de salud de Latinoamérica es la distribución del

personal medico en cada país ya que en la gran mayoría de países, el personal de salud se concentra en las grandes ciudades y los desequilibrios entre niveles de atención han persistido y han sido renuentes a políticas e intervenciones basadas en incentivos, si bien esporádicas y de dudosa efectividad. La descentralización de los sistemas de salud, impulsadas en casi todos los países replantea el escenario y las posibilidades para las intervenciones estratégicas. (125)

En los años noventa, se produjeron transformaciones profundas en los sistemas de salud de muchos países. Esas transformaciones, en general, se focalizaron en la estructura de los sistemas de servicios de salud, con énfasis en la descentralización, en la separación de funciones y la prestación de servicios. Mientras tanto, varios problemas persisten tales como la inequidad en el acceso a los servicios, el descuido con los aspectos de salud colectiva, la dificultad de las autoridades sanitarias para conducir el sector. (122, 126)

Dentro del propio sector de la salud, algunos procesos incluidos en las reformas han contribuido a cambiar las condiciones y las relaciones laborales en los servicios de salud y pese a que actualmente se tiende a poner en tela de juicio las ideas fundamentales sobre el personal y a su trabajo, se tiende a mirar con ojos críticos los estilos de gestión del personal y educación vigentes, en muchos servicios sigue habiendo condiciones y prácticas obsoletas, rígidas y poco eficaces. Persiste la escasez de información oportuna y de calidad para la toma de decisiones en materia de personal, además de poco profesionalismo entre los responsables de la gestión de los recursos humanos, terreno restringido a las

jefaturas de personal en vez de ser función de la dirección del servicio. (127)

Los cambios en los modelos de atención tampoco han encontrado una respuesta adecuada y oportuna en la formación de los recursos humanos. Las razones tienen que ver con las malas administraciones, pero también con las resistencias de las corporaciones profesionales a trabajos con el estado, la escasez de incentivos y en la debilidad o ausencia de políticas de salud que de manera clara y efectiva definan y desarrollen un determinado modelo de atención. Hay excepciones y tal vez la más reciente, amplia y notoria en América Latina sea la de Brasil y Cuba con su política de fortalecimiento del nivel básico de atención y la expansión de la estrategia del programa de salud de la familia. En estos casos el impacto sobre la formación de recursos humanos ha sido muy significativo. (127)

Es bien sabido que en la mayoría de países latinoamericanos se han concentrado en la transformación de las reformas del sistema (descentralización), del financiamiento, en la redefinición de las responsabilidades y funciones del Estado en Salud, la separación de funciones, la apertura de mercados en salud, cambios en los modelos de gestión y la privatización de servicios de salud. Los cambios del modelo de atención, la Salud Pública y el desarrollo de recursos humanos quedaron como asignaturas pendientes, excluidas de las agendas estratégicas de quienes tomaron las decisiones acerca de estos cambios, muchos de ellos ajenos a los valores y fines del sector de la salud; de esta manera se aprecia que los cambios mencionados desaparecieron o quedaron reducidas a una expresión técnica y de política simbólica. (128)

En cuanto el campo de los recursos humanos muchas veces ha quedado fragmentado en dos dimensiones: de un lado, la de los tradicionales agentes institucionales, y de otro, la de los proyectos de apoyo a las reformas, que no siempre coincidieron. Ello explica los frecuentes conflictos entre las corporaciones profesionales y los sindicatos sectoriales (en general excluidos de las decisiones sobre los proyectos) y las dirigencias sectoriales identificadas con las reformas. Este movimiento de reestructuración del poder al interior de ministerios y secretarias afectó significativamente su legitimidad y su capacidad de intervención efectiva (la Rectoría) en este campo sectorial. Razón por la cual las dependencias estatales no pudieron sufrir cambios de orden mercantil, competitivo, descentralizado, interrelacionado o regulado, y las posibilidades y capacidades de orientar el campo de recursos humanos, fueron muy débiles o inexistentes. Por varios costosos años, el estado estuvo ausente de intervenir estratégicamente en el campo de recursos humanos, y en muchos países, aún sigue ausente. (128)

Se podría afirmar que en los últimos diez años muy pocos países de América Latina (tal vez ninguno) han emprendido un proceso organizado e institucionalizado de planificación de recursos humanos, a pesar de que los determinantes del campo de personal, generados en los procesos de reforma animaban o exigían un esfuerzo de este tipo. (128)

En el marco de la reforma del sector en Colombia se realizaron cuatro estudios de recursos humanos que pueden ser de enorme valor para generar un proceso consistente de planificación de recursos humanos.

Como una paradoja, estos estudios se han realizado y han generado información de valor cuando en el Ministerio de Salud ha sido eliminada cualquier instancia que se refiera a los recursos humanos. Es muy llamativo que esto haya sucedido en el mismo lugar que albergó durante los años sesenta a ochenta una de las mejores unidades ministeriales de desarrollo de recursos humanos. (129)

En Bolivia en años recientes se desarrolló e implantó un sistema operativo destinado a generar criterios para asignar personal de salud de manera racional, según criterios de equidad y ajustada a la política de extensión de la cobertura y el desarrollo de servicios en las zonas rurales, utilizándose para ello fórmulas matemáticas de asignación. (130)

En Chile se ha utilizado recientemente por el Ministerio de Salud la metodología de cálculo de necesidades de personal basada en el análisis de la carga de trabajo, con la finalidad de racionalizar con criterio técnico la asignación y distribución del personal. En este caso el uso de una metodología de cálculo de necesidades utilizada en planificación se usó más bien con finalidad de gestionar recursos humanos. (131)

En Perú, el Instituto Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos y la OPS promovieron hace unos meses un estudio de escenarios sanitarios y de desarrollo de recursos humanos, utilizando una metodología sofisticada probada en la construcción de escenarios sociales, económicos y políticos, junto a métodos similares a los usados en Colombia en la construcción del modelo de oferta y demanda. (116)

La experiencia reciente de Brasil en el marco del programa de Salud de la Familia se puede catalogar más bien como planificación estratégica en la medida que combinó la formulación de metas cuantitativas en un determinado período (20,000 equipos de salud de la familia a ser conformados en un lapso de 4 años) con la concertación de actores (municipalidades, estados, universidades) y la utilización amplia e inteligente de incentivos económicos para sumarlos a la iniciativa y comprometerlos en el logro de las metas y en acciones de mejoría del desempeño de los servicios de salud y del personal. (131)

En el año 2005 se promovió la realización de una encuesta a nivel regional en la cual participaron los siguientes países Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Surinam, Trinidad & Tobago y Uruguay. (131)

Finalmente todos los países que participaron de este sondeo concluyeron que la fuerza de trabajo es fundamental para la plena ejecución de las políticas del sector salud, tanto en relación a las acciones de promoción como de servicios a las personas, pero también por su papel en la formación y en las políticas que incentivan la participación ciudadana para el alcance de los objetivos de salud de todos los países de la región de las Américas; que la adaptación de la fuerza de trabajo, para que esté de acuerdo con las necesidades de salud de la población, es una actividad compleja, porque debe considerar los cambios epidemiológicos y socio demográficos de los países, y exige inversiones permanentes, además de una planificación que prevea acciones de mediano

y largo plazo; que la diversidad de los países de la Región exige la realización de acciones que consideren la especificidad de cada uno, pero que al mismo tiempo sean capaces de promover la integración y la cooperación técnica entre ellos. (126)

La visión es que, hasta 2015, cada país haya alcanzado un progreso significativo en el alcance de sus metas de salud, basado en el desarrollo de su fuerza de trabajo, que constituye el fundamento del sistema de salud. (128) Las metas regionales de recursos humanos para la salud 2007-2015 están organizadas según los cinco desafíos críticos mencionados en la Agenda de Salud para las Américas y el Llamado a la Acción de Toronto. (122)

Al favorecer y promover una efectiva interacción entre instituciones formadoras de Recursos Humanos y los propios servicios de salud, convergiendo la enseñanza hacia la realidad del trabajo en salud, los actores involucrados ejercitan e incorporan los principios de equidad, de la universalidad del acceso y de integralidad de las acciones. (116)

3.3.2.2 Situación actual en Centroamérica

3.3.2.2.1 Medio Físico

América Central, región del hemisferio occidental, un istmo largo, forma un puente entre el norte y Suramérica e incluye los países de Guatemala, Belice, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica, y Panamá. (132)

Centroamérica es mayoritariamente una región montañosa y escarpada que contiene varios niveles montañosos unidos a las estructuras de América del Norte y del Sur, y por estar dominado por dos

sistemas geológicos, es uno de los grandes ejes volcánicos de la Tierra. Cuenta con unos 60 volcanes en el interior (la mayoría inactivos) y 31 sobre la costa del Pacífico (la mayoría activos); algunos se elevan a más de 4,000 m sobre el nivel del mar. Centroamérica es una región del continente americano cuya corteza terrestre es especialmente inestable, ya que se encuentra en el borde occidental de la placa tectónica del Caribe. (132)

América Central tiene una extensión de 524,182 km^2 desde el istmo de Tehuantepec (México) hasta el valle del río Atrato, línea fronteriza que divide Panamá y Colombia. Tiene una longitud de 2.830 km en la costa del pacífico, y aproximadamente 2.740 km en la costa del mar Caribe. Tiene una población total de 32, 849,257 y una densidad poblacional de 63 habitantes por km^2 en todo el Istmo, sin embargo el país con mayor densidad poblacional es el Salvador con 321 hab/km^2 y Belice el de menor densidad con 11 hab/km^2. La tasa de natalidad mas elevada se da en Nicaragua con 36 x 1000 habitantes, y la mas baja se da en Costa Rica con 20.5 x 1000 habitantes. Costa Rica también es el país con mayor esperanza de vida (76 años). (132)

3.3.2.2.2 Hidrografía

Los ríos más largos desembocan en el Caribe, en tanto que los más numerosos, pequeños y caudalosos desaguan en el Pacífico. Entre los ríos mas largos del Istmo podemos mencionar en orden de longitud al río Usumacinta, situado entre Guatemala y México con una extensión de 1,100 km, a continuación le sigue el río Coco o Segovia, situado entre Honduras y Nicaragua que mide 680 km, y en tercer lugar esta el río Motagua también en Guatemala con una extensión de 486 km.

Los Lagos mas extensos de Centroamérica están situados dos en Nicaragua; el Lago Nicaragua y el Lago Managua con una extensión de 8,157 km^2 y 1,052 km^2 respectivamente, y el tercero situado en Guatemala el Lago de Izabal con una extensión de 389 km^2. (132)

3.3.2.2.3 Clima

En Centroamérica y las Antillas predomina un clima tropical, siendo más lluviosas las regiones del oriente en zonas de más altitud como el centro de Guatemala que es templado con lluvias en verano. El atlántico es por lo regular más lluvioso, tiene una cobertura nubosa mayor que el pacífico que tiene una estación seca y bien definida y con menos cobertura nubosa. El régimen de precipitaciones de Centroamérica es cambiante, depende de la dirección de los vientos y de la posición de las zonas de convergencia tropical e intertropical. La temperatura se caracteriza por tener variaciones bastante marcadas entre el día y la noche, la temperatura en la región se encuentra muy modulada por los índices de nubosidad, la vertiente pacífica suele ser más caliente por tener más horas de sol. Todo esto provoca los efectos del calentamiento del planeta. (133)

3.3.2.2.4 Población

La composición étnica en Centroamérica es heterogénea. En Guatemala predomina la población indígena de origen maya; en cambio en Costa Rica el porcentaje más alto de su población está constituido por blancos. En general los habitantes de América Central viven en áreas urbanas en la cara pacífica del istmo, Conformada en su mayoría por nativos-americanos o mestizos. A lo largo de la costa

caribeña estrecha, se encuentran grupos de gente de raza negra y de raza blanca mezclada. (133)

3.3.2.2.5 Modelos de Desarrollo Económico

La actividad agropecuaria en Centroamérica es la fuente de riqueza más importante desde tiempos antiguos. Cuenta con magníficos suelos y climas favorables para cultivo de productos tropicales. Los principales cultivos de la zona son: café, cacao, plátano, algodón y caña de azúcar. (132)

La ganadería se practica aunque no se ha logrado desarrollar óptimamente en la región pues no se cuenta con una infraestructura para un desarrollo agroindustrial a gran escala. La pesca no tiene importancia comercial en Centroamérica, pues es más bien de manutención o deportiva con excepción de Panamá; ello se debe a la relativa pobreza de las especies en las aguas tropicales como consecuencia de la escasez de plancton, alimento principal de los peces. (133)

En cuanto a la industria, las principales son de transformación de productos agrícolas; de especial importancia son los ingenios azucareros y las industrias derivadas por ser la caña de azúcar el cultivo más generalizado en esta zona; prueba de ello es que la zona del Caribe y Centroamérica ocupa un lugar destacado en la producción mundial (34%). La industria pesada esta representada en Nicaragua por las refinerías de petróleo. (132)

Alrededor la mitad del comercio exterior de América central está con los Estados Unidos Canadá; casi todo el resto está con Europa occidental, México, y los países de Suramérica. Las importaciones principales son productos manufacturados tales como

vehículos de motor, materiales agrícolas, textiles, y alimento procesado. Las exportaciones principales incluyen plátanos, el café, el cacao, y la carne. (133)

3.3.2.2.6 Vías de Comunicación

El único transporte superficial que conecta todos los países de la región es una sección de la carretera Panamericana, sin embargo la mayoría de los países aprovecha las salidas que tiene al mar para enviar sus productos a sus destinos de exportación, principalmente Estados Unidos y Europa. Una importante vía de comunicación es el canal de Panamá ya que permite el paso entre ambos océanos con ahorro de tiempo y costos. También cuentan con navegación aérea de líneas nacionales y extranjeras. (133)

3.3.2.2.7 Situación Sociocultural y Política de Centroamérica

Se cree que los primeros habitantes llegaron a Centroamérica luego de la llegada del los seres humanos a América, posiblemente provenientes de Asia por el estrecho de Bering o de las islas polinesias. A la llegada de los europeos, Centroamérica ya se encontraba poblada, pues muchas culturas se asentaron en Centroamérica, aunque las más desarrolladas siempre estuvieron en Mesoamérica. Muchos pueblos como los lencas, pipiles, kunos, Chortís, Jicaques, Payas, Chorotegas, Nasos y Bri Bris han habitado el subcontinente durante milenios. (134)

Los mayas son los pueblos habitantes y mayormente influyentes en los actuales territorios de Guatemala, Honduras, El Salvador, Yucatán y Chiapas, con una rica historia de unos 3.000 años. (134)

La lengua oficial y la mayoritaria en los Estados centroamericanos es el español, exceptuando Belice y algunas islas del Mar Caribe que tienen por lengua oficial el inglés u otras lenguas europeas. Aún sobreviven muchas familias de lenguas prehispánicas, y probablemente la más fuerte sea la mayenses, formadas por unas 26 lenguas emparentadas, de las cuales 21 le pertenecen a Guatemala. (134)

El promedio de pobreza en Centroamérica a nivel global es de 50.8% del total de sus habitantes. Es decir, de cada 2 centroamericanos, uno es pobre. En ese sentido, si en el 2001, la población en el Istmo era de 37 millones, entonces18.8 millones de personas se encontraban en situación de pobreza. Mientras que la pobreza extrema afectaba al 23% de los centroamericanos, equivalente a 8.5 millones.

En términos de concentración de pobres a nivel regional, Guatemala tiene (35%); Honduras (25.4%); El Salvador (15.5%); y le sigue Nicaragua (12.9%). Y más atrás, se ubican Panamá (6.3%) y Costa Rica (5.0%). (135)

En la región centroamericana, el índice de analfabetismo de la población de 15 a 64 años de edad, señala que uno de cada cinco centroamericanos con esa edad (79.5%), tiene como máximo, educación básica completa. Asimismo, el 21.7% de la población de 15 a 64 años, no tiene ninguna educación, y el número de mujeres en ésta situación (2.5 millones) supera ampliamente a la de los hombres (1.9 millones). Igualmente, de la población de 15 a 64 años de edad, el promedio de años de estudio para las mujeres centroamericanas

(52.6% de la población total), es de 5.5 años, mientras que el de los hombres es de 5.8 años. (135)

La PEA a nivel centroamericano representa el 37.9%, ocupando este porcentaje 13.7 millones de personas, a nivel regional. Respecto a la tasa por país, observamos la importancia que tiene para Costa Rica y Panamá el sector informal, al ocupar casi el 50% de la Población Económicamente Activa (PEA). Mientras que Guatemala es a la inversa, donde el sector informal se lleva la mayor parte de la población ocupada. Igual situación se repite, aunque en menor grado en Honduras y Nicaragua. En tanto que El Salvador va empujando su PEA hacia el sector formal, siendo muy significativo el 43%. (135)

En el ámbito de la política de recursos humanos pocos países han logrado plantear e implementar políticas definidas que permitan contar con un sistema integral de desarrollo de recursos humanos que sustente los cambios en los servicios orientados por Atención primaria de Salud. (136, 137)

La experiencia obtenida por el Observatorio de Recursos Humanos de Salud en la Región de Centroamérica ha resultado ser una muestra eficaz de preconizar la importancia de los asuntos de recursos humanos. Se han hecho contribuciones importantes para defender la pertinencia de los recursos humanos en el temario político amplio y está en una buena posición que le permite aprovechar la cooperación intersectorial para el logro de una fuerza laboral bien capacitada y motivada, así como saludable y sostenible-equilibrada en la composición de profesionales de salud, distribuida equitativamente y dotada para responder a las

necesidades de salud de la población y a los retos del sistema sanitario.(138, 139)

Usualmente existen diferencias en la calidad de la atención de la salud entre los diversos grupos: los hospitales y servicios médicos de las fuerzas armadas eran con frecuencia los mejores, seguidos por los del seguro social y, por último, los del ministerio de salud que atiende a la población no asegurada. Además frecuentemente los servicios y el personal mucho mejores en la capital donde se encuentran concentrados, así como las zonas urbanas y las regiones más desarrolladas, mientras que las zonas rurales y las regiones menos desarrolladas cuentan con servicios de menor calidad y personal más escaso, si es que cuentan con personal. La región centroamericana logró avances importantes en la salud, sin embargo no son iguales en todos los países, ni para todos los grupos y zonas dentro del mismo país. (138)

Las condiciones de acceso a las prestaciones de enfermedad-maternidad en la región son relativamente generosas, por ejemplo, en casi todos los países se otorga cobertura al asegurado, su cónyuge e hijos dependientes aunque con algunas excepciones y limitaciones. Los costos de este programa aumentaron debido a la liberalidad de las condiciones de acceso, la inflación, la transición epidemiológica, el aumento de la esperanza de vida, la ineficiencia administrativa, y el predominio excesivo de la costosa medicina curativa sobre la preventiva, todo lo cual tuvo un efecto adverso en la oferta y calidad de los servicios sanitarios. (140)

Costa Rica, Nicaragua y Honduras hacen frente a situaciones radicalmente diferentes, tanto desde el

punto de vista de su situación económica y de los recursos que destinan a la atención de la salud, como desde el punto de vista de su morbilidad y sus indicadores demográficos. Costa Rica es el país más próspero, con un ingreso per cápita que representa casi cinco veces el de los otros dos; el ingreso per cápita de Nicaragua ha venido aumentando en el último decenio, aunque a partir de un nivel extraordinariamente bajo, producto de la guerra. Al mayor ingreso per cápita en Costa Rica corresponde una proporción mucho más baja de la población en situación de pobreza. (140)

Es importante destacar que en la mayoría de los países no existe una política de recursos humanos diseñada como tal. Si se quiere analizar la orientación de las acciones en este campo se tiene que indagar, en algunos de los países, en los ministerios de salud, donde existe una responsabilidad a nivel sectorial. En los otros países, donde no existe ese nivel de responsabilidad de los ministerios de salud, no está claro dónde se puede obtener información de esta naturaleza. (141)

3.3.2.2.8 Organización del Sector Salud

3.3.2.2.8.1 Organización del Sector Salud en Centroamérica

En los países de Centroamérica, el sector de la salud es representada por una variada gama de instituciones y mecanismos necesarios que provean el financiamiento, el aseguramiento, la regulación y la prestación de servicios. (Ver Anexo 7)

Estas funciones son realizadas a través de un sistema público de salud, un sistema de

seguridad social y el sector privado. La forma en que se coordinan y articulan cada uno de estos tres subsectores da origen a distintas modalidades de funcionamiento del sector de la salud en los diferentes países.

El Sistema de salud se encuentra conformado por 3 subsectores:

a. Privado lucrativo
    - Compañías de seguros
    - Servicios médicos prepagados
    - Centros médicos u hospitales
    - Laboratorios y farmacias
b. Privado no lucrativo: Organizaciones no gubernamentales (ONG)
c. Público: Ministerio de Salud Pública, Instituto de Seguridad Social y Sanidad militar.

Estos sectores mencionados están presentes en su mayoría en los países de istmo centroamericano, sin embargo varios de ellos han concluido que la forma más efectiva de extender la cobertura de servicios es por la vía de contratación de terceros, nos referimos al sector privado no lucrativo, a quien pertenecen las ONG.

3.3.2.2.8.1.1 Organización del Sector Salud en Costa Rica

El sector de la salud en Costa Rica se encuentra formado por: El Ministerio de Salud , la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Instituto Nacional de Seguros, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, La

Universidad de Costa Rica y los municipios. Por su parte, la CCSS es el único organismo público que cubre el seguro de enfermedad y maternidad de toda la población del país, y para ello cuenta con una red de servicios de primero, segundo y tercer nivel de atención. (142)

3.3.2.2.8.1.2 Organización del Sector Salud en Honduras

El sector de la salud está formado por un subsector público y otro privado: El público está compuesto por la Secretaría de Salud, el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados (SANAA), el Instituto Hondureño de Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia (IHDAFA), y el Fondo Hondureño de Inversión Social (FHIS).

Por otro parte el subsector privado está constituido por 292 clínicas y 31 Hospitales, 41 de ellas sin fines de lucro. Además, 10 aseguradoras privadas, existen instituciones prestadoras sin fines de lucro, entre las que se encuentran la Cruz Roja, Iglesias de distintos credos y ONG. (143)

3.3.2.2.8.1.3 Organización del Sector Salud en El Salvador

El sector de la salud está constituido por dos subsectores: El publico integrado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), el Bienestar Magisterial, la Sanidad Militar y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS); y el privado que incluye entidades lucrativas y no lucrativas. (144)

3.3.2.2.8.1.4 Organización del Sector Salud en Nicaragua

El sector de la salud está conformado por dos subsectores: El público, integrado por el Ministerio de Salud (MINSA), Ministerio de Gobernación, Ministerio de Defensa, Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) y otras instituciones del Estado; y el sub sector privado. (145)

3.3.2.2.8.1.5 Organización del Sector Salud en Panamá

El subsector público de salud está integrado por el Ministerio de Salud (MS), la Caja de Seguro Social (CSS), el Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (IDAAN). Las estimaciones de cobertura asignan el 60% de la población a la CSS y el 40% al MS. El MS es el ente rector del Sistema Nacional de

Salud y, como tal, formula las políticas, regula la actividad y ejerce la función de autoridad sanitaria. Las dos entidades financiadoras de los servicios públicos de salud pública y atención médica en el país son el MS y la CSS, quienes ejecutan programas de promoción, prevención, curación y rehabilitación a través de sus tres niveles de atención. (145)

3.3.2.2.8.1.6 Organización del Sector Salud en Guatemala: Ver inciso 2.3.3

3.3.2.2.8.2 Cobertura de los Recursos Humanos en Salud en Centroamérica

Alrededor de un tercio de la población centroamericana, aproximadamente 12 millones de habitantes, no tenía acceso permanente a los servicios de salud en 1990, se calcula que para el año 200 otros 10 millones de habitantes se incorporaron como demandantes de servicios básicos de salud. Esta situación impuso el inmenso reto de extender la cobertura a más de 22 millones de personas en el año 2000, lo que significaba duplicar en 10 años la cobertura de atención en salud de 1990. (146).

Correlativamente a su grado de desarrollo socioeconómico y a la estrechez de sus finanzas públicas, los sistemas de salud de los países del Istmo Centroamericano presentan una alta heterogeneidad. Costa Rica, con indicadores de salud sumamente avanzados, un sistema de salud más

sofisticado y una amplia cobertura de su seguridad social, se encuentra a la cabeza; Panamá, en una posición intermedia, y los cinco países restantes, en su mayoría víctimas de prolongados conflictos armados, comparten grandes carencias, pese a los importantes avances obtenidos por todos ellos en el campo de la salud desde los años cincuenta. (146).

Los sistemas sanitarios de Costa Rica y Panamá, en especial Costa Rica, destacan de los demás sistemas sanitarios por el nivel de cobertura y de calidad de los servicios. Por el contrario las autoridades guatemaltecas reconocen que 4 millones de sus habitantes (aproximadamente 1/3 de la población) no tienen acceso a ningún tipo de servicio de salud, y es probable que otro porcentaje similar tenga difícil acceso o el servicio al que tienen acceso sea de poca calidad y poco efectivo. (147).

En la mayoría de los países centroamericanos predomina el esquema de los cuatro principales proveedores de servicios de salud:

a. Los servicios del ministerio de salud.
b. Los servicios del Seguro Social.
c. El sector privado con fines lucrativos.
d. La medicina tradicional.

En algunos países unos servicios tienen mayor peso que otros, pero en todos se aprecia un crecimiento sustancial del sector privado. (147, 148)

Existen además otras redes de proveedores de servicios de salud, pero casi siempre de titularidad pública (fuerzas armadas y otros gremios del sector público) o de financiación igualmente pública, como programas sociales de las Presidencias de las Repúblicas o de los programas de extensión de cobertura de servicios a través de la contratación con Organismos no gubernamentales (ONG), financiadas con préstamos del Banco Mundial (BM) y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). (147). Actualmente se encuentra activas 288 ONG en Guatemala, 243 en Honduras, 160 en El Salvador, 135 en Nicaragua, 344 en Costa Rica y 16 en Belice. (149).

En Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua se puede observar un patrón similar de distribución de recursos humanos, se puede observar que en las regiones más importantes del país, las regiones urbanas, la disponibilidad de médicos es muy alta, mientras que en las áreas alejadas, con alta proporción de población rural e indígena, la disponibilidad y la cobertura de los servicios médicos es muy baja. (150)

El Salvador cuenta con 1,188 habitantes por médico, Guatemala cuenta con 1,282, Honduras cuenta con 1,424 y Nicaragua cuenta con 2,249, por el contrario países como Costa Rica y Panamá cuentan con 793 y 609 habitantes por médicos, lo que traduce en una alta disponibilidad y mayor cobertura de los servicios médicos. (148)

En Panamá se estima que el 60% de la población es cubierto por el Caja de Seguridad Social y el 40% por el Ministerio de Salud. En Costa Rica la cobertura de la Caja Costarricense de Seguridad Social actualmente es entre 84% y 85% de la población a sueldo completo y más del 90% de la población total del país (beneficiarios directos y su familia). Se garantiza la atención del 100% de las personas de tercera edad e indigentes. Y la tasa de médicos por cada 10,000 habitantes ha aumentado en un índice anual de aproximadamente 2,47% en los últimos 5 años, mientras que el índice anual del aumento de la población ha sido 2,5%. (151).

3.3.2.2.8.3 Gasto y Financiamiento

El estudio de la estructura del gasto en salud facilita la comprensión del sector y a la vez refleja la variedad en los sistemas nacionales de salud de la región: en promedio, para Centroamérica, el financiamiento del gasto total de salud se concentra en el sector privado (50% del gasto, del consumidor), seguido de los sistemas públicos de seguros en salud (30%) y del gasto de los gobiernos (20%). El gasto total en salud en promedio en toda la región es de 7.5% del PIB (4% publico y 3.5 % privado). (152)

Las variaciones interregionales corresponden por un lado, como es habitual, a Panamá y Costa Rica, donde predomina el gasto publico sobre el privado y por otro lado están Guatemala, Nicaragua, El salvador y

Honduras, donde el Gasto privado es mayor que el publico, a pesar, paradójicamente o quizás causa de ello, son los países mas pobres de la región. Esto hace que la inversión que se da por parte de los gobiernos se precaria hacia la población, y sea reflejada en índices de morbimortalidad que no permitan a estos países salir del subdesarrollo en el que se encuentran sumergidos, ya que comparado con países desarrollados la inversión es salud es totalmente diferente. (152) (Ver anexo 8)

Otra de las situación relaciona las variables de la esperanza de vida en relación a la inversión de cada país en salud en donde los datos demuestran que países como Costa Rica y Panamá que son los países que mayor porcentaje invierten en salud de todo el área, ofreciendo a su población una mayor esperanza de vida, siendo éstos los únicos países que invierten por arriba del 4.5 % del PIB exclusivamente para salud. Por otra parte Guatemala es el único país de la región que en las últimas dos décadas no ha aumentado su inversión en salud pero si ofrece una mayor esperanza de vida hacia su población. (153) (ver anexo 9)

Es alarmante observar la baja inversión que se tiene por cada habitante de la región en lo que a salud se refiere, ya que esta baja inversión hace que en grupos de población en riesgo como los son los pacientes pediátricos y las mujeres embarazadas los índices de mortalidad sean tan altos, ya que el los países en donde el gobierno invierte

menor cantidad de dinero por persona, los índices de mortalidad de estos grupos aumenta. La excepción de esto se da de nuevo en los países de Costa Rica y Panamá, observándose la menor tasa de mortalidad de la región centroamericana para los grupos de riesgo antes mencionados. (153) (Ver anexo 10)

Es interesante destacar de que El Salvador tiene la más alta tasa de mortalidad materna y la segunda tasa más alta de mortalidad infantil a pesar de ser un país que invierte en la salud de cada habitante más que Guatemala y Nicaragua. Costa rica es el país que tiene estos indicados en porcentajes más bajos y Panamá es el país de la región que más invierte en este sentido. (153)

A pesar de que los países de la región centroamericana invierten muy poco de su PIB en salud, de la década anterior para esta, han tenido ligeros aumentos de inversión, esto se observa de manera mas acentuada en Honduras y Nicaragua, mientras que en El Salvador y Guatemala la inversión se a mantenido sin ningún movimiento en la ultima década. Panamá y Costa Rica se han mantenido regulares en su inversión en salud. (153)

3.3.2.2.8.4 Capacitación y Formación de Recurso Humano en Salud en Centroamérica

A principios de la década de los noventa, casi todos los países de América Latina y el Caribe habían iniciado, o consideraban iniciar, reformas del sector de la salud. Qué

se entiende por dichas reformas sigue siendo objeto de debate. En las Américas, una reunión internacional convocada al efecto en 1995 produjo los "Lineamientos metodológicos para la preparación de los perfiles de los sistemas de servicios de salud" que se han venido usando ampliamente desde entonces en la región centroamericana. El seguimiento de los procesos y la evaluación de los resultados de las reformas del sector de la salud plantean problemas conceptuales y metodológicos que distan de estar resueltos. (154)

Los proyectos de reformas de los países de la región pusieron de relieve la necesidad de contar con personal idóneo para implementarlos. La demanda de nuevas competencias y la modificación de los perfiles educacionales de grandes grupos de trabajadores sanitarios dieron lugar a programas masivos de capacitación y a la adopción de nuevos estilos de gestión de programas y proyectos educativos. Se generó así un activo mercado de capacitación. (155)

Los proyectos no mejoraron la capacidad institucional para la gestión del desarrollo de los recursos humanos, tampoco permitieron paliar los fenómenos de precarización, o la alta movilidad de los trabajadores del sector. Cabe señalar que la inversión en capacitación del personal de salud, que en la década anterior fue significativa en casi todos los países de la región, se ha visto reducida en el último periodo. (155)

La cantidad de escuelas de medicina y escuelas de enfermería a nivel público no han tenido una expansión significativa, contrario a esto en el sector privado es donde ha predominado la expansión, haciendo que las poblaciones centroamericanas tengan una amplia gama de elección para formación profesional en salud en diferentes directrices que ofrecen las diferentes escuelas. En el ámbito centroamericano, las profesiones para las que existen más programas de formación profesional son medicina y enfermería, tanto en el sector público como en el privado. (Ver anexo 11) (156)

Se observa también una clara tendencia a la privatización de la formación, ya que en total, para los países en que fue posible obtener el dato, en centros privados se ofrece mayor cantidad de carreras que en los públicos. Esto es particularmente acentuado en Costa Rica, ya que el número de programas privados más que triplica el de los públicos, tendencia que se continúa en países de centro América en una proporción más reducida. A pesar de la gran y variada oferta de carreras disponibles en los centros privados, es en los centros públicos en donde se concentra la mayor cantidad de estudiantes. (138)

Guatemala figura entre los países centroamericanos como el segundo país, donde hay más escuelas privadas que públicas, aunque las primeras sólo son un 50% más que las segundas. (157)

3.3.3 Situación Actual Local

3.3.3.1 Demografía

La República de Guatemala se encuentra ubicada en el extremo superior del istmo centroamericano, cuenta con una extensión territorial de 108.889 kilómetros cuadrados; limita al norte y noroeste con la República de México, al este con Honduras, El Salvador y Belice y, al sur y oeste con el Océano Pacífico. De acuerdo al censo nacional de población de 1994, en el año 2005 el país contaba con 12.700.611 habitantes, distribuidos en 22 departamentos y en 332 municipios, que a su vez se subdividen en aldeas, caseríos, parajes y fincas. El 65% de la población viven en el área rural, mientras que el resto se encuentran ubicadas en el área urbana. (157)

3.3.3.2 Situación Sociocultural y Política

Guatemala cuenta con cuatro grupos culturales principales: los de origen maya, los garífunas, los xincas y los mestizos., el idioma oficial es el español y cuenta con 21 lenguas mayas; contando con un 47% de analfabetismo, el 79.9% de la población se mantiene bajo la línea de pobreza y el 59.3% en situación de pobreza Extrema (SEGEPLAN 1996:9). Cuenta con un índice de desarrollo humano de 0.634. La PEA es de 4.189%; de la cual los empleados públicos representan el 6.4% correspondiente al sector publico de salud; el 0.9%, que se reduce al 0.4% al considerar únicamente al personal con alguna formación en salud, el resto se dedica a actividades administrativas, técnicas y de mantenimiento. (137, 158,159)

En Guatemala la Autoridad Sanitaria se encuentra concentrada en el Ministerio de Salud Pública (MSPAS). La Constitución Política de la República reconoce que el goce de la salud es derecho fundamental del ser humano sin discriminación alguna y obliga al Estado a velar por la misma desarrollando a través de sus instituciones acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación. En el

artículo 4 del Código de Salud (Decreto Legislativo 90-97) el Estado en cumplimiento de velar por la salud de los habitantes manteniendo los principios de equidad, solidaridad y subsidiariedad define al Ministerio de Salud Pública como el ente rector de la salud en el país, coordinando con los diferentes actores gubernamentales y no gubernamentales relacionados con la salud de la población. (88)

Entre los organismos gubernamentales estrechamente relacionados con las funciones de conducción y las regulaciones específicas en aspectos relacionados con salud se encuentran: Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación: Seguridad Alimentaria y Nutricional, Ley de Sistemas Nacionales de Seguridad Alimentaría y Nutricional (Decreto32-2005) y Política Agropecuaria y Sectorial. Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales. (88)

3.3.3.3 Organización del Sector Salud

El sector salud en Guatemala se encuentra conformado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), el Sector Privado, la Sanidad Militar y un significativo sector de medicina comunitaria tradicional, sobreviviente de la cultura Maya.(79, 158)

Las Políticas Nacionales de Salud son definidas cada cuatrienio por el gobierno democráticamente electo, tomando en cuenta los procesos de desarrollo ya establecidos y la definición de programas prioritarios. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el Rector del Sector Salud, quien tiene dentro de sus funciones, la conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones e instituciones de salud a nivel nacional; este opera por medio de sus dependencias públicas: hospitales, centros de salud y puestos de salud. Cuenta con 1,304 establecimientos fijos de atención; estos divididos en Centros de Atención Primaria, lo cuales se distribuyen en 1,244

Centros de convergencia, 926 puestos de salud, 300 unidades mínimas ubicadas en áreas rurales. En el Segundo Nivel de Atención, existen 3 centros de atención integral materno infantil (CAIMI), 32 centros de salud tipo A, 249 tipo B, 16 maternidades cantonales, 3 clínicas periféricas y 32 centros integrados. El tercer nivel lo constituyen 43 hospitales, de los cuales 2 son de referencia nacional, 7 considerados especializados, 8 hospitales regionales, 16 departamentales, 5 distritales y 5 de contingencia. (88)

El IGSS es una entidad descentralizada del Estado, su fin primordial es la seguridad social de país, su función es la atención médica destinada a los trabajadores asalariados afiliados y sus dependientes con dos programas que son el de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia y el de Accidentes, Enfermedad Común y Maternidad. Cuenta con 139 unidades medicas, 50% de estas unidades se encuentran en 6 departamentos; distribuidos en 23 hospitales, 2 centros especializados, 3 clínicas con atención de especialidades, 33 consultorios, 15 puestos de salud y 63 de atención integral. (88,158)

El Sector Privado que se puede subdividir en Sector Privado Lucrativo y Sector Privado no Lucrativo. Encontrándose dentro de este ultimo, el sector llamado de ONG de las cuales el 55% se encuentran en el área rural del país y se caracterizan por dar respuestas a problemas inmediatos y de largo plazo, bajo una óptica de participación comunitaria. (158)

3.3.3.4 Cobertura en Salud

Guatemala, al igual que muchos países de la Región de las Américas, tiene deficiencias en el número de recursos humanos. Existen 9.3 médicos por cada 10,000 habitantes, 6.3 enfermeras por 10,000 habitantes, 1.6 odontólogos por cada 10,000 habitantes. La relación de auxiliares de

enfermería y enfermeras profesionales es de 6 a 1 aproximadamente. (39)

Pero el problema no es sólo de números, es también de distribución del personal. En la ciudad capital se encuentra localizado el 80% de los médicos, lo cual muestra una razón de 30 médicos por 10,000 habitantes, 56% de los profesionales de enfermería y 50% de los auxiliares de enfermería; mientras que en el interior del país la cifra es mucho menor, especialmente en el altiplano donde existen departamentos con menos de 2 médicos por 10,000 habitantes. (39, 139)

La cobertura poblacional que brindan las instituciones a nivel nacional es la siguiente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 25%; IGSS, 17%; Sanidad Militar, 2,5%; organizaciones no gubernamentales, 4% y sector privado, 10%. Menos de 60% de la población tiene algún tipo de cobertura de servicios de salud. Esta cobertura no ha mostrado aumentos sustanciales desde 1990, cuando era de 54%. Esta fue una de las razones que impulsaron a crear el Sistema Integral de Atención de Salud (SIAS) que pretende brindar atención básica a la totalidad de la población que actualmente no tiene acceso a los servicios de salud. (139)

El MSPAS cuenta con 1,147 servicios, estos están distribuidos de la siguiente forma: 300 en sur occidente para 2, 136,753 habitantes; 171 en noroccidente para 1, 069,901; 154 en suroriente para 750,554 habitantes; 139 en la región central para 880,783; 138 en nororiente para 748,699; 111 en la región Metropolitana para 1,812411 habitantes; 90 en el norte para 698,180 y 44 en el Petén para 224,770 habitantes. Estos se encuentran divididos en Niveles de Atención.

3.3.3.5 Gasto y Financiamiento en Salud

El MSPAS funciona con un presupuesto que en su totalidad aparece asignado en el presupuesto general de la Nación y que resulta de los ingresos que obtiene el Estado por el pago de los impuestos directos e indirectos y las contribuciones que establece la ley como respaldo financiero del gobierno. Este financiamiento está condicionado por la política de recaudación de impuestos y de las demás contribuciones que deben pagar los ciudadanos y las empresas al gobierno. (158)

De acuerdo con el informe del MSPAS del 2005 sobre la situación de salud y su financiamiento, el gasto en salud ascendió a 10,6 millardos de quetzales de ese año, de los cuales un 38.2% fue canalizado por agentes financieros del sector público (18% gobierno central y 20% IGSS), 5% por agentes privados, 55% por gastos directos de los hogares y 1.5% provino de fuentes externas. (160)

La quinta parte del financiamiento se obtiene por medio de impuestos. Del total del financiamiento, el 50 % es destinado al tercer nivel de atención, distribuyendo el resto en los demás niveles. El IGSS, cubre aproximadamente un 11% de la población, gasta un 20% del total, beneficiando mayormente a los estratos medios y altos del país. (160)

Las ONG designan un recurso de $5.33/habitante/año para poblaciones asignadas de 10,000 habitantes. (88)

3.3.3.6 Formación y Capacitación de Recursos Humanos en Salud

La formación de personal profesional de salud esta a cargo de la Universidad de San Carlos de Guatemala, La Universidad Francisco Marroquín, La Universidad Mariano Gálvez, La Universidad Rafael Landívar, La Universidad Del Valle, estas últimas privadas. (160)

El personal de enfermería egresa en tres niveles académicos: licenciatura, técnicos universitarios o enfermeras(os) profesionales y auxiliares de enfermería. La formación a nivel de licenciatura es relativamente reciente (2002). Los técnicos universitarios en enfermería se forman en tres escuelas estatales ubicadas en la Ciudad Capital, en el norte y en el occidente del país, y una universidad privada en tres sedes departamentales. La formación de técnicos en diversas áreas lo efectúan escuelas del Ministerio de Salud e instituciones privadas. La formación de nutricionistas está a cargo de 4 universidades. (Ver anexo 11) (88)

Las residencias se desarrollan en la ciudad capital, en los hospitales Roosevelt, San Juan de Dios, Hospital Esperanza, Hospital Militar y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Todas estas instituciones regidas por el Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social. (88, 158)

3.3.3.7 Recursos Humanos en Salud en Guatemala

En la actualidad, Guatemala cuenta con un recurso humano en salud de 25,807 trabajadores, distribuidos en las siguientes categorías: 1,916 trabajadores a nivel central y otras dependencias, 1,898 en Hospitales Especializados, 14,009 en Hospitales Generales y 7,894 en áreas de salud. (161)

Del total del personal de trabajadores a nivel central y otras dependencias, el 3. 8% corresponden a médicos, 0.67% enfermeras graduadas, 0.1% enfermeros auxiliares, 67.59% técnico administrativo, 3.44% especializada y 24.37% a operativos. (161)

En los Hospitales Especializados, el 9% corresponden a médicos, 4.79% enfermeras graduadas, 23.7% enfermeros auxiliares, 19.6% técnico administrativo, 9.8% especializada y 33.08% a operativos. (161)

En los Hospitales Generales, el 14.52% corresponden a médicos, 6.39% enfermeras graduadas, 30.24% enfermeros auxiliares, 19.62% técnico administrativo, 4.76% especializada y 24.44% a operativos. (161)

En las Áreas de Salud, el 7.5% corresponden a médicos, 4.6% enfermeras graduadas, 31% enfermeros auxiliares, 29.2% técnico administrativo, 6% especializada y 21.4% a operativos. (161)

En general a nivel nacional, el 11.17% corresponden a médicos, 5.34% enfermeras graduadas, 27.76% enfermeros auxiliares, 26.16% técnico administrativo, 5.42% especializada y 24.14% a operativos, según los datos obtenidos por El MSPAS en la memoria de labores de noviembre de 2006. (161)

3.4 Problemas que enfrentan los Recursos Humanos en Salud

3.4.1 Clasificación de los problemas

1. Sociocultural
   - Diferencias Étnicas
     - Barrera Idiomática
   - Diferencias sociales
   - Diferencias culturales
     - Medicina Tradicional vs. farmacoterapia
     - Mal adiestramiento de colaboradores en salud
       - comadronas
       - vigilantes de salud
2. Administrativo
   - Déficit de insumos y medicamentos
   - Déficit de personal
   - Débil apoyo a la descentralización
   - Infraestructura en mal estado
3. Accesibilidad
   - Lejanía con lugar de residencia
   - Caminos

- Transporte

4. Laboral
   - Centralización del recurso humano en las urbes
   - Carencia de especialistas en áreas departamentales
5. Competitividad
   - Ausencia de Sistema Vigente para Actualización Curricular en Pre y Posgrados
   - Falta de Capacitación continua
6. Niveles subnacionales para fiscalización
7. Económico
   - Barreras financieras
   - Insuficiencia e inadecuada asignación de recursos económicos (162)

> La falta de control gerencial de los recursos humanos médicos influye en la difícil tarea de administrar reglamentos que habían sido elaborados por otras instituciones. Elementos gerenciales básicos, tales como la definición del salario, la promoción, el despido, la carga laboral, los horarios de trabajo, la ubicación y la transferencia del personal, quedaban fuera del control de los administradores de salud. Unas veces las decisiones eran el resultado de negociaciones políticas entre el Gobierno y los sindicatos, y otras veces provenían de otros ministerios, como los de finanzas, educación, trabajo o servicio civil. En aquellos casos en los que el sector de la salud o sus instituciones podía contratar personal, tanto la selección de la persona como los criterios de promoción con frecuencia no respondían a necesidades técnicas, a la capacidad o a la experiencia profesional de los candidatos, sino a favoritismos, nepotismos y dictados políticos. (163)

> Los ministerios de salud y las entidades encargadas de la seguridad social no controlaban la formación del personal profesional y técnico ni podían decidir el número de profesionales y técnicos de cada categoría que necesitaban. Un país podía tener al mismo tiempo un exceso de médicos que presionaban para conseguir plazas y una carencia de personal

de enfermería. Todo ello limitaba la capacidad gerencial. La solución de estos problemas es compleja y requiere la participación de varios ministerios, la existencia de reglamentos que se cumplan y sistemas judiciales que fallen contra la contratación y los despidos injustos. Es también necesario emprender difíciles negociaciones políticas entre el Gobierno, los sindicatos y las asociaciones profesionales. No se han percibido mejoras en este sentido como consecuencia de las reformas. (163)

La poca capacidad gerencial se observaba especialmente en los hospitales que consumían la mayor parte de los recursos destinados a la salud. Además del absentismo ya mencionado, se observaba con frecuencia una falta de control de la calidad y de los recursos básicos debido a carencia de presupuesto, incompetencia gerencial y robo. A pesar del interés demostrado por la reforma en mejorar la gerencia hospitalaria y en optimizar el uso de recursos, la eficiencia y la calidad de los servicios de un gran número de hospitales siguen siendo muy bajas (164, 165).

El pluriempleo médico es una de las causas del absentismo laboral en las instituciones públicas y de la baja productividad de los médicos en ese sector. Además, es una fuente de conflictos de intereses para los médicos que remiten a sus pacientes en el sector público a los servicios privados. Según Brito, el pluriempleo provocado por la reforma ha aumentado el estrés y el descontento entre los médicos. (166)

3.4.2 Problemas a nivel mundial

El personal de salud es la piedra angular de los sistemas de salud; sin embargo, está atravesando una crisis mundial a la que ningún país escapa por completo. (167)

Puesto que “Los trabajadores de la salud constituyen el recurso más preciado del sector. La disponibilidad de profesionales de la salud se ha convertido en un tema relevante para los países

desarrollados. Por ejemplo, si no se invierte la tendencia actual, en Estados Unidos se prevé un déficit de 20% en la fuerza laboral del personal de enfermería con diploma para 2020. En el Reino Unido, para 2010 se jubilarán 100,000 enfermeros (as). En 2000 más de la mitad de los médicos en la Unión Europea tenía más de 45 años, en Noruega la edad media de los dentistas era 62 años. Los países en desarrollo, por otro lado, luchan por formar y retener personal de atención sanitaria". (167)

La situación en que se desenvuelven los profesionales en salud varía en cada país, pero entre los retos a menudo se encuentran:

a. Distribución deficiente de prestadores de servicios de salud.
b. Planificación y gestión deficiente de los recursos humanos.
c. Infra inversión en la formación de pregrado y la capacitación en servicio.
d. Ambientes laborales insatisfactorios, que a menudo contribuyen a una baja moral y productividad.
e. Tasas problemáticas de retención de los trabajadores de la salud.
f. Desequilibrio entre las habilidades y aptitudes de los trabajadores disponibles y aquellas necesarias para cumplir los objetivos nacionales de salud.
g. Falta de administradores profesionales de recursos humanos y liderazgo organizacional.
h. Volumen de trabajo y descripciones de puestos irrealistas para las diferentes categorías de trabajadores disponibles.
i. Sistemas deficientes de administración de recursos humanos: por ejemplo, colocaciones, contratación, distribución, gestión y supervisión del desempeño en el trabajo.
j. Riesgos ocupacionales como el VIH y otras enfermedades a las que se ven expuestos. (168)

3.4.2.1 Escases de profesionales

El problema afecta en mayor o menor medida a todo el planeta; sin embargo la situación es muy distinta según se

trate de países ricos o pobres, así, por ejemplo: El 9,7% de la fuerza de trabajo en la Unión Europea es del sector de bienestar social, sanidad incluida. En España, a cada médico colegiado le corresponden de 250 a 275 habitantes. (169)

Esta escasez afecta a todo el personal en salud; pues "las estimaciones mundiales muestran que hay 57 países con escasez crítica de recursos humanos que equivale un déficit de 2,4 millones de médicos, enfermeras y parteras; es decir clasificados por debajo de la densidad umbral de 2,5 trabajadores de la salud por cada 1,000 personas". (167,168)

Según el informe sobre la Salud del Mundo 2006 se considera que hay una escasez de cuatro millones de trabajadores de la salud en el mundo hay 59,2 millones de trabajadores de la salud de jornada completa remunerados, de los cuales 2/3 partes son proveedores de servicios de salud y 1/3 parte son administrativos y auxiliares(…) en la región de las Américas se concentra la mayor parte de estos trabajadores (21, 740, 000) Y en África el menor número de éstos (1,640,000), en donde también se encuentra el 24% de las enfermedades del mundo pero se cuenta sólo con un 3% de la población activa mundial en salud. (170)

El continente Asiático también se enfrenta a graves problemas de distribución interna de los prestadores de servicios de atención sanitaria, y el Caribe, que se ve amenazado por la emigración de los profesionales de la salud hacia los Estados Unidos. (171)

3.4.2.2 Condiciones de trabajo

Como es bien sabido por todo el personal en salud, el trabajo bajo presión y la lucha constante por ofrecer servicios de salud de alta calidad y de la manera más

eficiente posible, generan en los profesionales una carga extra: “Al permanecer fieles a las tradiciones de ética, dedicación y ciencia, así como el trabajar de cerca con sus pacientes, estos médicos dedicados del mundo se han enfrentado con la adversidad y la han superado”. (170)

“Con respecto a la identificación de factores que inciden en la situación en la que los trabajadores de la salud desempeñan su trabajo, el informe 2006 señala al estrés y la inseguridad como fuerzas determinantes en el comportamiento de estos pues se enfrentan a situaciones cambiantes como las transiciones demográficas y epidemiológicas, reformas a los sistemas de salud, avances tecnológicos y las exigencias de los actuales consumidores de los servicios de salud que cada día son mas amplias e infórmales”. (170)

3.4.2.3 Migración

Como se ha venido mencionando, es común en todo el mundo el desequilibrio que hay en la distribución de los recursos humanos; pues se observa una mayor concentración en las zonas urbanas y en los países más ricos que en zonas rurales y países en vías de desarrollo. El resultado de esta migración tanto interna como externa, contribuye todavía más las inequidades en la cobertura de servicios. (171)

Los factores que inciden en la migración del personal de salud no se relacionan solamente a la búsqueda de un mejor salario y condiciones de vida, sino también a las facilidades para optar a una especialización (puesto que estas también se concentran en los países mas industrializados y zonas urbanas), y también al grado de eficacia del sistema de atención sanitaria y de las condiciones laborales; pues en los países pobres a menudo no se tiene en cuenta las necesidades familiares y no se garantiza la seguridad necesaria a las mujeres que

trabajan en un entorno aislado y potencialmente peligroso. (166)

Por esta razón, aunque algunos países como la India, Filipinas, Cuba, Indonesia y China han incrementado la formación de profesionales, a pesar de la escasez local, la mayoría de éstos se marcha a trabajar al extranjero. (169)

Según la Unión Europea, la cuestión de la movilidad de los profesionales de la salud debe incluir acciones a escala internacional, ya que los traslados de las regiones rurales a regiones urbanas, de los países pobres a los ricos y del sector público al privado, forma un círculo vicioso: estas migraciones permiten a los países ricos ahorrar mucho dinero y causan pérdidas considerables a los países pobres en concepto de costes de formación y oportunidades para las instalaciones sanitarias con escasez de personal. (171)

3.4.2.4 Remuneraciones Inadecuadas

Asociado a los problemas anteriormente mencionados, usualmente las condiciones del entorno laboral no son atractivas, hay una baja remuneración e insatisfacción debida a falta de reconocimiento social y a una reducida oportunidad de desarrollo profesional. (170)

En la Asamblea de la Asociación Médica Mundial en Venecia, el 28 de octubre de 1983, llama a todas las asociaciones médicas nacionales para que trabajen en busca de una solución a los problemas que emergen en relación con los recursos humanos médicos. (172)

Reconociendo la necesidad que todas las personas tengan acceso a la atención médica de más alta calidad y mantener los niveles en la atención médica que den como resultado la prestación de una atención médica de alta calidad, así como de proveer el desarrollo de nuevos conocimientos, destrezas y técnicas que estimulen el

progreso de la ciencia médica. La Asamblea insta a todas las asociaciones médicas nacionales a que trabajen con sus gobiernos en la promulgación de las leyes respectivas para alcanzar dichas metas. “La formación tradicional del recurso humano en salud sigue el paradigma flexneriano, enfatizando la formación biologista y sin considerar la multicausalidad del proceso salud-enfermedad, ni el importante rol que ejercen los aspectos sociales, políticos, culturales y económicos. De acuerdo al informe sobre el desarrollo mundial del Banco Mundial: Invertir en Salud, los países en general enfrentan problemas relacionados con el recurso humano en salud:

- El número de profesionales que realizan atención primaria es insuficiente, mientras que existen demasiados especialistas.
- El personal de salud se concentra en las zonas urbanas.
- La formación en salud pública, política sanitaria y gestión de la salud es pobre o inexistente.
- Se subvenciona el perfeccionamiento de los médicos, aunque éstos perciban altas remuneraciones o trabajen en el sector privado (173)

El problema más delicado que afrontan los sistemas de atención sanitaria es la escasez de personal para hacerlos funcionar. Aunque especialmente grave en los países en desarrollo, sobre todo en el África subsahariana, esta crisis afecta a todos los países. Por desgracia, tanto los gobiernos nacionales como los organismos internacionales siguen considerando que las cuestiones referentes al personal son relativamente poco importantes. Urge reforzar rápida y sustancialmente la fuerza de trabajo para sacar provecho de los fondos y los productos farmacéuticos de que ya disponemos. (174)

Los movimientos de profesionales de la salud reproducen fielmente las pautas de emigración de los profesionales en

general. Aunque los médicos y enfermeras constituyen sólo una pequeña proporción de los emigrantes profesionales, su pérdida debilita a los sistemas de salud. Los desplazamientos internos de trabajadores hacia las zonas urbanas es un fenómeno corriente en todos los países. Dentro de una misma región se dan también movimientos de los países más pobres a los más ricos, por ejemplo de Zambia a Sudáfrica, o de la República Unida de Tanzania a Botswana. La “fuga de cerebros” más polémica es la emigración internacional de profesionales de los países pobres a los países ricos. Si bien lo que más acapara la atención es la fuga de médicos, lo que puede colapsar fácilmente el sistema de salud es la fuga de enfermeras y de otros profesionales sanitarios. En los países desarrollados hay una alta demanda de enfermeras, como consecuencia sobre todo del envejecimiento de la población. (174)

Otros de los problemas a los que se enfrenta el personal de salud son: la concentración urbana, donde la mayoría de médicos se concentran en las grandes ciudades, dejando las áreas urbanas con escasa cantidad de personal principalmente de tipo especializado. (172)

Se observaba una concentración de personal en hospitales y centros de salud urbanos, al tiempo que no había suficiente personal médico y profesionales sanitarios en áreas rurales y urbanas marginales. Por una parte, era muy limitado el acceso de la población rural a todo tipo de servicios, tanto de salud pública como de atención curativa, lo que contribuía a una mayor inequidad. De otra parte, la concentración desproporcionada de recursos humanos en los hospitales también producía inequidad, porque la gran mayoría de los pobres tenían un acceso muy limitado a los mismos. Aunque esta realidad siempre ha existido y está ampliamente documentada, las reformas no han mejorado el acceso oportuno de las clases

económicamente necesitadas a los servicios de salud. En Colombia, la reforma ha incrementado significativamente el aseguramiento de los más pobres, pero no su acceso a los servicios de salud, como se discute en otro artículo de este mismo número de la Revista Panamericana de Salud Pública (175).

3.4.3 Problemas a nivel Regional

Los recursos humanos de salud (médicos, enfermeras, etcétera) son fundamentales para el funcionamiento de un sistema de salud, y en muchos países son el factor limitante para extender y proveer de mejores servicios a la población. Estados Unidos cuenta con un médico por cada 640 habitantes, y Cuba con uno por cada 170. Más allá de la disparidad en la ubicación de los médicos activos, concentrados en un 60-70 por ciento en la ciudad capital, el número total de médicos necesarios para brindar salud básica a los guatemaltecos, y producir los avances médicos que necesitamos está lejos de ser adecuado. Para 2002, Guatemala contaba con un médico por cada 1,100 habitantes, colocándose como el segundo país con menores médicos del istmo sólo superado por Nicaragua. (176)

“La Tasa de médicos para cuba es de 54,6 por 10,000 habitantes. La OMS recomienda que cualquier país debe tener el doble de personal profesional de enfermería con respecto al personal médico, dadas sus funciones de apoyo a los segundos”. (177)

El exceso de médicos en Uruguay produce una sobre prestación de los servicios. Estos factores elevan los costos para el paciente y reducen su calidad. Además esto conlleva a mayor desempleo y migración de los médicos a otras áreas. (178)

Una de las situaciones comunes es la debilidad de los sistemas de información de recursos humanos y la baja capacidad técnica del personal de las unidades responsables, tanto a nivel de los ministerios como de las entidades descentralizadas e instituciones de atención. En la esfera del trabajo propiamente dicho, se expresaron preocupaciones por parte de Chile y México debido a

problemas de alta rotatividad del personal, ausentismo y desmotivación, resaltando la necesidad de intervenir sobre las condiciones y el medio ambiente de trabajo en los servicios y sobre los problemas de salud que aquejan al personal, resultante de las mismas. (162)

En el cuadro 9 se pueden observar los principales problemas que afectan el recurso humano medico en los países latinoamericanos. El desequilibrio entre el número de profesionales y de técnicos afecta directamente a la eficiencia y a la calidad de los servicios, ya que los primeros tienen que dedicar parte de su tiempo a llevar a cabo tareas que los técnicos pueden realizar mejor y a menor costo. (179, 180) El desequilibrio entre el número de profesionales que son médicos y que no lo son tiene un impacto directo en la calidad de los servicios y en la orientación curativa de la atención sanitaria, que puede resultar más costosa que las intervenciones preventivas, las acciones de promoción de salud y los tratamientos curativos no farmacológicos. (181) El desequilibrio entre el número de médicos generales y de médicos especialistas conduce a prestaciones médicas más costosas y al uso innecesario de alta tecnología, con posibles consecuencias yatrógenas para el paciente, por lo que además de ser ineficiente puede afectar a la calidad de la atención. Si bien es cierto que los administradores, los economistas, los nutricionistas, los educadores y otros profesionales se incorporan paulatinamente a los equipos de salud, el proceso de toma de decisiones sigue bajo el control de los médicos, por lo que no ha habido cambios en el énfasis curativo de la actividad sanitaria, en detrimento de las acciones de salud pública. (182)

Según Bach, la carencia de personal en disciplinas tales como la atención primaria, la economía de la salud, la comunicación, la educación, la nutrición y la ingeniería sanitaria aún dificulta en gran medida que mejore la calidad y aumente la eficiencia en el sector de la salud. (183)

La Comisión Técnica para el desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, al realizar el informe de Recursos Humanos de Costa Rica utilizó una guía de trabajo sobre “Desafíos en Recursos Humanos” de la OPS, que considera cinco desafíos prioritarios que deben ser abordados desde diferentes ejes. Estos desafíos son los siguientes. Políticas, Información, Formación, Gestión y Empleo. Cada una de las metas de la investigación se dirigió a la manera de superar cada uno de estos desafíos. (181,183)

Dentro del rubro de políticas, está la falta de planes a largo plazo para fortalecer el desarrollo de los recursos. También que es necesaria la regularización de la oferta y la demanda de los recursos humanos en salud tanto en cantidad, calidad como en capacidad del personal. Y fomentar sistemas de ecuación permanente orientados por necesidades de salud y servicio. (181)

En la información como desafío para el recurso humano en salud, exponen la falta de sistemas de información sobre existencia, distribución y características de la fuerza laboral, también sobre la ausencia de investigaciones y desarrollo de mediciones sobre la distribución del personal de salud por unidad geográfica y en relación a la salud de la población. En formación, se toma en cuenta la poca participación de “actores” tales como Universidades en el proceso de elaboración de políticas y planificación de los recursos humanos en salud. También la falta de interacción entre los organismos de formación de profesionales de salud y los servicios de salud. La Gestión surge como una necesidad de implementación y promoción de nuevos planes y hacer notar la necesidad de un trabajo en equipo entre las instituciones de salud y otras instituciones que pueden ser de utilidad. Y por ultimo el desafío de “Empleo” enfoca el recurso humano de salud como en una situación precaria para la cual deben establecerse mecanismos para eliminar este escenario. También señala como problemas los salarios bajos. (181)

Hasta no hace mucho, la visión demográfica de los recursos humanos limitaba el análisis a los problemas de disponibilidad

cuantitativa. Hoy se viene trasladando el énfasis a la disponibilidad de capacidades (o competencias), porque en alguna medida se ha resuelto el problema clásico de la disponibilidad por 10, 000 habitantes en el área andina, por el incremento general de los recursos humanos en salud. En realidad se ha pasado de la baja disponibilidad a la sobreoferta profesional, sobre todo en las zonas urbanas, precisamente por estar aún pendiente de solución el problema de la distribución de profesionales y técnicos en cada país. En esto, la descentralización en salud es una tendencia continental y mundial, que en el caso andino viene promoviendo un avance parcial en la redistribución del personal. El nuevo desafío ya no es tanto el número de profesionales sino su distribución y sus competencias. Entre los años 1988 y 1997, el número de médicos se incrementó en 68,8 % en el área andina, pasando de 91,504 a 154,531. El mayor incremento se dio en Ecuador, donde la fuerza laboral en salud se duplicó durante el período, siguiéndole Venezuela, donde el incremento fue de 89,5%, Colombia, con 46,5 % y Perú con 36,6%. (184)

3.4.4 Problemas a nivel Local

"En Guatemala la tasa de médicos es de 9 por 10.000 por habitantes. La relación enfermera profesional/médico es de 1 a 3 y de enfermera profesional /auxiliar de enfermería de 1 a 14. Se observa una concentración en la zona urbana, en la distribución del recurso humano en salud, con una relación para los médicos de 4 a 1 urbano/rural y para las enfermeras profesionales de 3 a 2. El país cuenta con cerca de 80 especialistas en salud pública con grado de maestría". (185)

El MSPAS a través del PLAN NACIONAL DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS, el cual se realizó en Copán Honduras, busca mejorar la condición actual de nuestro país, en cuanto a la mala gestión de los recursos humanos en salud a nivel nacional, implementando un plan a cumplirse entre el año 2007-2015. Para el cual existe una política de recursos humanos en salud que responde al sistema de salud vigente y tiene expresión operativa en planes nacionales e institucionales.

La disponibilidad de personal de salud permite que todas las poblaciones de todas las regiones del país, de diferentes grupos sociales y étnicos, tengan acceso a servicios de salud de manera equitativa. (93)

La salud es una condición indispensable para el logro de los objetivos planteados en las políticas sociales diseñadas para alcanzar las metas nacionales de crecimiento económico y bienestar, incluidos el desarrollo social y de la salud. En Guatemala el abordaje de las políticas de salud que determinan las características del funcionamiento del sistema sanitario sigue siendo problemático, porque las necesidades sociales son multidimensionales, los efectos adversos tienden a ser acumulativos, los recursos son limitados y las soluciones a menudo se hallan fuera del marco del sector salud. En consecuencia, llevar a cabo transformaciones que refuercen la importancia del sistema de salud como institución social central, capaz de crear oportunidades diferenciales en el diseño y la prestación de bienes y servicios, requiere un abordaje sistémico de las políticas públicas y de su formulación. (186, 187, 188)

Los sistemas de salud son el reflejo de importantes valores sociales que también se expresan en los marcos jurídicos e institucionales en los que se encuadra la formulación de las políticas de salud. Se indican a continuación algunos de los valores, principios y propósitos que la mayoría de los países de la Región expresa para sus sistemas de salud en sus constituciones o leyes:

a. Valores: derecho a la salud, universalidad, solidaridad, equidad, dignidad, desarrollo sostenible, gobernabilidad democrática. (170,173)
b. Principios: eficiencia, eficacia, calidad, participación/control social, integralidad de la atención, interculturalidad, descentralización, transparencia.
c. Propósitos: proteger la salud de las personas y mejorar la calidad de vida, reducir las desigualdades e inequidades, orientar los servicios a las necesidades de la población, brindar protección financiera frente a los riesgos y consecuencias de

enfermar, y satisfacer las expectativas de la población respetando su dignidad y autonomía y garantizando su derecho a la confidencialidad. (186, 189)

En Guatemala, el fortalecimiento del desarrollo y administración de los recursos humanos en salud, están incluidos en los Lineamientos Básicos y las Políticas de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; entre otros, como la satisfacción de las necesidades de salud de la población; el fortalecimiento del proceso de desconcentración y descentralización; la adquisición y provisión de insumos en forma oportuna, y la modernización del sistema de gestión administrativa-financiera y de planificación. (186,190)

Sin embargo, estos lineamientos no se han ejecutado de la manera adecuada, además del corto plazo con el que cuentan para ser viables algunas situaciones establecidas por la Organización Mundial de la Salud como metas para el año 2015, causando una problemática de recursos humanos en salud, que es generalizada en varios aspectos a nivel Latinoamericano, describiéndolas a continuación: (186,190)

- Diferencias Injustas y evitables, en el acceso geográfico, económico, ambiental, funcional y cultural de los y las guatemaltecas a servicios de salud integrados efectivos y satisfactorios. (188)
- El sistema de servicios de salud en Guatemala no cumple con los principios de equidad, solidaridad y subsidiariedad. (188)
- Inefectividad en la funciones de Regulación, Financiamiento y Provisión de Servicios. (188)
- Ausencia de un marco institucional coordinado para el financiamiento de la salud, que aumente la protección social, la efectividad y la calidad de los trabajadores de la salud. (90,191,188)
- Fallas en Direccionalidad, dado que faltan establecer espacios de diálogo y concertación para la formulación, gestión y evaluación de la política nacional de recursos humanos. (188)
- Ausencia de una Programación Multianual, a modo de identificar las necesidades futuras del recurso humano e incentivar la

formación y contratación de personal de salud, en sus diferentes disciplinas. (188)

- La distribución de los recursos humanos no es equilibrada y pertinente, causando inadecuada desconcentración geográfica, no hay acceso educativo, y la pertinencia cultural e idiomática de los proveedores de salud ineficiente en las regiones menos atendidas. (188)
- Falta de Certificación y educación continua del personal de salud, tanto a nivel técnico, superior y especializado, para facilitar la armonización de los salarios y puestos de trabajo en el sistema de servicios,, además de la integración de la información sobre características y desempeño del personal. (188)
- Falta en la Dignificación y educación, de los trabajadores de la salud, ya que no se fomentan estilos y condiciones de vida saludables para todos los trabajadores del sistema de salud. (188)

3.4.5 Problemática de los Recursos Humanos

A continuación, se presenta un esquema con las dinámicas que afectan directa o indirectamente los Sistemas de Salud: (186, 188, 191)

a. Dinámicas que afectan los sistemas de salud
   - Persistencia de una burocracia patrimonialista.
   - Alto porcentaje de los gastos del Estado destinados al personal de salud.
   - Desequilibrios en la composición del stock de personal.
   - Inequidades en la distribución geográfica de los recursos.
   - Desequilibrios en la composición del equipo de salud, centrado en el médico y/o sin coherencia entre la necesidad resolutiva y el tipo de personal asignado.
   - Formación que no responde a las necesidades de la población en salud.
   - Inequidades de género.
   - Baja integración entre formación y servicios.

b. Problemas de las Reformas Sectoriales
   - Descentralización y separación de competencias.

- Tendencia creciente a la flexibilización - precarización del trabajo.
- Demandas de un nuevo tipo de regulación.
- Generación de incentivos a la productividad.
- Demandas sociales por mejor calidad.
- Aumento incontrolado de la oferta educativa en salud a expensas del sector privado, crecimiento acelerado del mercado de entrenamiento en servicio.
- Desafíos de formación de nuevas competencias para enfrentar las reformas.

c. Influencia de la Globalización

- Estructura inadecuada de las decisiones a nivel global, débil autoridad sanitaria.
- En los últimos años el reclutamiento internacional ha sido indiscriminado.
- Falta de protección a la producción nacional de recursos humanos.
- Desregulación del mercado de trabajo y desprotección del trabajador emigrante.
- Existe la necesidad de homologación de títulos y nuevas normas para el ejercicio profesional internacional.
- Emigración creciente de profesionales de enfermería.
- Debilidad de los aparatos de salud pública para la gestión de políticas publicas globales.

3.5. Desafíos a los que se enfrentan los Recursos Humanos en Salud

Los desafíos están relacionados con el logro de calidad en el desempeño, con una mayor productividad, motivación y compromiso institucional, y lograr una mayor participación en las decisiones que afectan el trabajo en los servicios. (123)

3.5.1 Desafíos a nivel Mundial

La globalización del transporte, los intercambios comerciales y la comunicación constituyen fenómenos centrales que condicionan el desarrollo y la evolución de la humanidad. Lo que produce los desequilibrios en el estado de salud mundial sin una clara tendencia correctora. Enormes desigualdades de los indicadores de

salud entre diversas áreas geográficas y grupos sociales son evidentes, tanto en Asia como en Latinoamérica donde transición demográfica está en franco avance. (192)

La OMS apoya la acción de la colaboración técnica con los países en vías de desarrollo y la necesidad de desarrollar un papel más activo en los ámbitos internacionales y de involucrar a la comunidad médica, sanitaria y científica del país en la elaboración, la ejecución y el seguimiento de la creciente contribución a los organismos internacionales. En los últimos años se ha observado un notable crecimiento de las capacidades de formación e investigación en los países. Sin embargo, mucho queda por hacer para que nuestro esfuerzo sea significativo a escala mundial. La introducción a la salud internacional debe iniciarse en la formación de pre-grado, asimismo, la formación continuada de personal en el diagnóstico, el tratamiento clínico y la prevención de enfermedades importadas, que contribuya a una mejorada red de vigilancia, prevención y referencia, comienza a ser una necesidad urgente. (192)

La salud pública internacional debe garantizar que estratos sociales, regiones enteras y continentes, especialmente África, no queden al margen de la globalización de la salud varias de las principales organizaciones internacionales y donantes bilaterales tienen ahora como objetivo primario mejorar los resultados de salud de los pobres del mundo, esto con el fin de mejorar al salud. Esto refleja una tendencia creciente de esas organizaciones a definir sus objetivos en términos de reducción de la pobreza y la interpretación cada vez más amplia que se está haciendo del término "pobreza". (192, 193)

En octubre del año 2005 se lleva a cabo en Toronto Canadá, la Séptima Reunión Regional De Los Observatorios De Recursos Humanos En Salud, promovida por la OPS/OMS. Dicha reunión se denominó “El llamado a la Acción de Toronto para una Década Recursos Humanos en Salud 2006-2015”. Este Llamado a la Acción busca movilizar a los actores nacionales e internacionales, del sector salud, de otros sectores relevantes y de la sociedad civil,

para construir colectivamente políticas e intervenciones para el desarrollo de recursos humanos en salud, que ayuden al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de las prioridades nacionales de salud y al acceso a servicios de salud de calidad para todos los pueblos de las Américas para el 2015. (19, 194)

ASPHER por sus siglas en inglés (Association of School of Public Health in the European Region) tiene como desafío, el formar y educar los recursos humanos en salud pública de todas las regiones de Europa para mantener un Estándar calificado, para la atención de salud. (195)

El primer elemento indispensable del Plan de Acción Regional es la convicción común de la dirección que deben tener los cambios esenciales en la situación de recursos humanos, requeridos para producir un impacto substancial en el desempeño general de los sistemas de salud, incluyendo el acceso a servicios de salud de calidad y las intervenciones de salud pública, para mejorar el estado de salud y bienestar de nuestras poblaciones, con una atención especial a los grupos subatendidos y en riesgo; por esto los esfuerzos en materia de recursos humanos en salud deben guiarse por los siguientes principios:

- Los recursos humanos son la base del sistema de salud.
- Trabajar en salud es un servicio público y una responsabilidad social.
- Los trabajadores de salud son protagonistas de su desarrollo. (122)

De lo anterior se extrae que el desarrollo de los recursos humanos en salud conforma la base social y técnica de los sistemas de salud y de su mejoramiento. Además, la contribución de los trabajadores de la salud es un factor esencial de la capacidad del sistema de salud para asegurar un acceso equitativo a servicios de calidad a toda la población. Resalta también el hecho que el desarrollo de los recursos humanos en salud es un proceso social, orientado a mejorar la situación de salud de la población y la equidad social,

pero a través de una fuerza de trabajo bien distribuida, saludable, capacitada y motivada. (19)

Para lograr que los acuerdos alcanzados en la reunión de los Observatorios de recursos Humanos se hagan realidad, es necesario que el Llamado a la Acción de Toronto tenga un impacto político y social resonante en los países no solo del continente si no de todo el mundo. Estos planes y políticas deberán promover la equidad en salud y el acceso universal a la salud, apoyando el desarrollo integrado de sistemas de salud basados en la atención primaria y los equipos multidisciplinarios. Además de estas orientaciones estratégicas, las acciones de recursos humanos deberán promover entornos de trabajo saludables tanto para los pacientes como para los trabajadores. (19, 194)

Sin embargo, para alcanzar el desarrollo de recursos humanos en salud, esperado por la mencionada instancia, existen desafíos y problemas que deben ser solventados. Estos últimos también fueron identificados y están organizadas según los cinco desafíos críticos mencionados en la agenda de salud para las Américas y el Llamado a la Acción de Toronto para definir obstáculos y poder alcanzar metas. (19, 122)

Se debe crear políticas para producir un número suficiente de trabajadores cualificados con competencias técnicas y cuyos orígenes idioma y atributos sociales los hagan accesibles y capaces de llegar a clientes y poblaciones diversas. Para lograrlo, es preciso planificar y gestionar activamente el sistema de producción de personal sanitario, centrándose en desarrollar instituciones docentes sólidas, fortaleciendo la reglamentación profesional y revitalizando la capacidad de contratación logrando así la entrada de nuevo y eficiente recurso humano en salud especialmente médico. (196)

a. Definir políticas y planes de largo plazo para preparar mejor a la fuerza laboral de manera tal que se adapte a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar mejor la

capacidad institucional para definir estas políticas y revisarlas periódicamente. (19, 122,197, 198, 199)

- *Meta 1*: Todos los países de la región habrán logrado una razón de densidad de recursos humanos de 25 por 10.000.
- *Meta 2:* Las proporciones regional y sub regional de médicos de atención primaria excederán el 40% de la fuerza laboral médica total.
- *Meta 3*: Todos los países habrán formado equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente a agentes comunitarios de salud para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad.
- *Meta 4:* La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países de la región.
- *Meta 5:* Todos los países de la región habrán establecido una unidad de recursos humanos para la salud responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores, niveles de gobierno e interesados directos. (122)

b. Ubicar a las personas adecuadas en los lugares adecuados mediante el despliegue del personal indicado a los cargos pertinentes y en los ámbitos más apropiados de los países, de manera de lograr una distribución equitativa de la cantidad y la combinación de aptitudes del personal sanitario en las diferentes regiones para que estén al nivel de las necesidades de salud específicas de esas poblaciones. (19, 122, 197, 198, 199)

- *Meta 6:* La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en 2015.
- *Meta 7:* Al menos el 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comprobables.
- *Meta 8:* 70% de las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los técnicos de salud y los agentes comunitarios de salud habrán perfeccionado sus capacidades y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones.

- *Meta 9:* El 30% del personal de salud en los entornos de atención primaria se habrán reclutado de sus propias comunidades. (122)

c. Promover iniciativas nacionales e internacionales para que los países en desarrollo conserven a su personal sanitario y eviten carencias en su dotación. (19, 122, 197, 198, 199)

- *Meta 10:* Todos los países de la Región habrán adoptado un código de práctica global o habrán desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de salud.
- *Meta 11:* Todos los países de la Región tendrán una política de autosuficiencia para satisfacer sus necesidades de recursos humanos para la salud.
- *Meta 12:* Todas las sub regiones habrán desarrollado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales formados en el extranjero. (122)

En la etapa laboral el desafío para mejorar el desempeño y motivación de los trabajadores para tener mayor disponibilidad del recurso humano además de la supervisión es la compensación justa y fiable para que los trabajadores reciban una remuneración aceptable y puntual, otro desafío es desarrollar instituciones docentes sólidas para lograr profesionales en número suficiente y con las cualificaciones que requiere el sistema sanitario debido a que las 1600 facultades de medicina, las 6000 escuelas de enfermería y las 375 escuelas de salud pública del mundo, en conjunto, no están produciendo bastantes titulados aunque esto varía de país en país. (196, 200)

d. Generar relaciones laborales entre el personal y las organizaciones de salud con el fin de fomentar la creación de ambientes. Definir políticas y planes de largo plazo para preparar mejor a la fuerza laboral de manera tal que se adapte a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar mejor la capacidad institucional para definir estas políticas y revisarlas periódicamente. (19, 122, 197, 198, 199)

- *Meta 13:* La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad en todos los países.
- *Meta 14:* El 80% de los países de la Región contará con una política de salud y seguridad para los trabajadores de salud, incluyendo programas para reducir las enfermedades laborales y accidentes de trabajo.
- *Meta 15:* Al menos 60% de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellas las de carácter ético.
- *Meta 16:* El 100% de los países de la Región contarán con mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, toda vez que se presenten. (122)

e. Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para que sea posible adaptar la educación de los profesionales sanitarios a un modelo universal y equitativo de prestación de atención de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población. (19, 122, 197, 198, 199)

- *Meta 17:* El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional.
- *Meta 18:* El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones sub atendidas, haciendo hincapié, cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas.
- *Meta 19:* Las tasas de abandono de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20%.
- *Meta 20:* El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida. (122)

Las salidas no planificadas o excesivas del recurso humano pueden originar pérdidas considerables de trabajadores y poner en peligro el conocimiento, la memoria y la cultura del sistema, es decir en algunas regiones, las enfermedades, los fallecimientos y la migración de los trabajadores constituyen una pérdida que supera con mucho la capacidad de formación y amenaza la estabilidad de la fuerza de trabajo. (196)

El desafío biológico para contrarrestar las pérdidas naturales de médicos es gestionar estrategias para la migración, esto supone compaginar la libertad de los individuos para trabajar donde elijan con el freno de las pérdidas excesivas por migración interna (concentración urbana y abandono rural) y desplazamientos de los países pobres a los más ricos. Algunas migraciones internacionales se planifican, como la importación de profesionales a la Región del Mediterráneo Oriental, mientras que otras no están planificadas y tienen consecuencias nefastas para la salud. En el caso de las migraciones no planificadas, adaptar la formación y la contratación a las realidades rurales, mejorar las condiciones de trabajo en general y facilitar el regreso de los migrantes son estrategias importantes para conservar al personal sanitario. Los países más ricos que reciben migrantes de países más pobres deberían adoptar políticas de contratación responsables, tratar con justicia a los trabajadores sanitarios que llegan y estudiar posibles acuerdos bilaterales. (196)

El desafío social de garantizar entornos de trabajo seguros se centra en la correcta gestión de reducción de los riesgos laborales, físicos y estrés mental además de ofrecer servicios de prevención eficaces y acceso al tratamiento a todos los trabajadores sanitarios que resulten seropositivos para el VIH.
Otro desafío social es planificar la jubilación para evitar la resección temprana del recurso humano en salud especialmente médico. (196)

En otros países europeos el desafío de que el recurso humano sea equitativo en distribución es el mismo que en otros muchos países, por ejemplo la migración del recurso humano al Reino Unido y Suiza siendo mucho menor en otros como Irlanda, Francia, Alemania, Noruega, Portugal, Italia, Austria y Polonia. (201)

3.5.2 Desafíos a nivel Regional

3.5.2.1 Retos Identificados Antes de la Reforma en América Latina

A raíz de la globalización de los recursos de salud mundial y los observatorios de los recursos humanos a nivel internacional, los países en vías de desarrollo han realizado observatorios propios de planes de acción en recursos humanos para no solo obtener conocimiento, sino también respaldo y entendimiento del proceso de planificación que les posibilite identificar una visión detallada para el desarrollo de una fuerza de trabajo efectiva, definir las actividades específicas para alcanzar dicha visión y establecer puntos de referencia e indicadores para medir su progreso y sus éxitos. La realización de este ambicioso proyecto representa un desafío más significativo para los países de América Latina debido a sus múltiples diferencias en todos los aspectos con naciones desarrolladas. (202)

En Latinoamérica, el desarrollo en recursos humanos constituye un factor de importancia en el desarrollo de la salud, lo cual constituye un gran obstáculo para las propuestas de cambio, por ello es el reto más trascendente. (203)

En el tercer encuentro Sub Regional Andino para el Desarrollo de Recursos Humanos en salud el 9 de noviembre del 2007, se mencionó que:

- Los países tengan la cantidad necesaria de profesionales de salud para lograr estándares de calidad aceptables.

- Que los profesionales en salud estén distribuidos, de tal manera, que la población pueda acceder a servicios sanitarios.
- Que la calidad de la formación y la calidad de la preparación técnica sea buena de manera que puedan resolver los problemas principales de la población.
- Otro desafió con el que nos encontramos es promover un nuevo concepto de recurso humano y de gestión de recursos humanos
- La construcción de una teoría propia del trabajo en los servicios de salud. (200, 204)

La pobreza y la mala salud están interrelacionadas: Los países pobres tienden a presentar peores resultados sanitarios que los más pudientes y, dentro de cada país, las personas pobres tienen más problemas de salud que las acomodadas. La asociación entre la pobreza y la mala salud refleja una relación de causalidad bidireccional. La enfermedad o la fecundidad excesivamente alta pueden tener un considerable efecto en los ingresos familiares y marcar incluso la diferencia entre estar por encima o por debajo de la línea de pobreza. Pero la pobreza y los bajos ingresos también son causa de mala salud. Los países pobres y las personas pobres sufren múltiples privaciones que se expresan en altos niveles de mala salud de este modo, las personas pobres se ven atrapadas en un círculo vicioso: la pobreza engendra mala salud y la mala salud mantiene la pobreza. (195)

A continuación se enlistan los principales desafíos que enfrenta América Latina:

La Equidad: El principal reto para el sistema de salud es lograr disminuir la brecha existente en el servicio de salud, y los organismos encargados de la salud publica en los países latinoamericanos deben ocupar un sitio importante

dentro del esfuerzo para abatir las desigualdades existentes en su campo de acción. (205)

La Transición Epidemiológica: la evolución de de las enfermedades con mayor incidencia se dirige hacia el predominio de las enfermedades crónicas sobre las infecciosas aunadas a la presencia de patologías emergentes como el VIH/SIDA. Por lo que se deben diseñar estrategias preventivas acordes con el contexto progresivo sociocultural latinoamericano. (205)

Asimilación de la revolución tecnológica y la globalización: las adaptaciones necesarias para aprovechar los avances biológicos, tecnológicos en informática médica, telemedicina y telecomunicaciones, que son ahora factores clave para los servicios de salud. (4, 205, 206)

Desproporción entre las diferentes categorías de profesionales de la salud: Además del desequilibrio entre médicos especialistas y médicos generales, la escasez de profesionales en muchas zonas, conduce a prestaciones médicas más costosas y al uso innecesario de alta tecnología. Esto también debido a que la demanda educativa en salud sigue rebasando a la oferta de las universidades e instituciones superiores. Aunado a esto, si bien es cierto que los administradores, economistas, nutricionistas, y otros profesionales de la salud se incorporan paulatinamente a los equipos de salud, el proceso de toma de decisiones sigue bajo el control de los médicos, por lo que no ha habido cambios en el énfasis curativo de la actividad sanitaria, en detrimento de las acciones de salud pública. (3, 4,5, 205, 207, 208)

Desproporción entre el número de profesionales de centros urbanos y rurales: Se observa una concentración de personal en hospitales y centros de salud

urbanos. Esto produce inequidad ya que la mayoría de los las personas del área rural tiene un acceso muy limitado a esta clase de servicios. Por lo que se encuentra con el desafio de los servicios de salud. (1, 111, 209, 210)

El pluriempleo médico: Es una realidad conocida desde hace muchos años, y una de las causas del absentismo laboral en las instituciones públicas; y de la baja productividad de los médicos en ese sector. El pluriempleo provocado por la reforma ha aumentado el estrés y el descontento entre los médicos. (5, 111)

Falta de control gerencial de los recursos humanos: Elementos gerenciales básicos, la planificación, la previsión, así como mejorar el acceso de los administradores a información actualizada y de gran cobertura, definición de salario, promoción, despido, carga laboral, horarios de trabajo, ubicación y transferencia de personal quedan fuera del control de los administradores de salud. Hay mucha injerencia en la toma de decisiones por parte de otros ministerios, sindicatos, etc. Por lo anterior se hace difícil emprender negociaciones políticas entre gobierno, sindicatos y asociaciones profesionales. Se debe desarrollar investigación encaminada a hacer más eficientes los actuales servicios y modelos de atención, evitar el desperdicio y facilitar a las instituciones su adaptación y cambio para que puedan enfrentar, lo mejor posible, los crecientes costos de su financiamiento. (111, 205, 208, 211)

Poca capacidad gerencial de los profesionales de la salud: La falta de garantía de la calidad en los servicios de salud son diversos: los tiempos de espera, el desabasto de medicamentos, equipamiento obsoleto, manejo deficiente de expedientes clínicos, y falta de apego a la normatividad en el manejo y control de las enfermedades, entre otros. (1, 111, 205)

Deficiente comunicación entre los proveedores de salud y los usuarios: Frente a estas necesidades ya reconocidas y las nuevas necesidades generadas por la reforma (descentralización, autonomía hospitalaria, privatización de servicios, etc.), surgen distintos programas para mejorar la gestión de los recursos humanos. (111)

Las deficiencias en la formación del personal de salud: La baja calidad de los nuevos profesionales de salud redundaría en un bajo capital humano para el desarrollo del país, pues tanto los que atienden la salud como los atendidos se verían limitados para desarrollar sus potencialidades. La educación permanente en salud debe ser la estrategia fundamental para reordenar las prácticas de formación, atención, administración, formulación de políticas y participación social en el sector salud, estableciendo acciones intersectoriales oficiales y regulares con el sector de la educación. El desafío de la recertificación profesional utilizado por algunos países de América Latina como una capacitación profesional y acreditación educativa ante las autoridades para fines de ascenso. (3, 4, 5, 206, 207, 208, 209,210, 212, 213)

Políticas a favor de la salud publica: el derecho efectivo a la salud y el acceso universal a servicios de salud de calidad se obtienen por medio de un trabajo sanitario optimo, y uno de los principales obstáculos para concretar las metas de salud en las Américas ha sido la deficiencia de las políticas públicas relativas a los trabajadores, las que proponen grandes metas gerenciales y técnicas, haciendo a un lado a los agentes objetivos de su materialización. Los desafíos más importantes son: políticas que incentiven la carrera publica sanitaria, políticas para eliminar la precarización del trabajo sanitario buscando la consolidación progresiva de relaciones de trabajo más estables, evitar una acción sectorial

fragmentada, la educación permanente en salud debe ser la estrategia fundamental para reordenar las prácticas de formación. (1, 4,5, 208, 210, 214)

Sin embargo, el énfasis exagerado en la compensación monetaria, como lo favorece la reforma neoliberal, puede desplazar otros valores que son fuente importante de motivación para mejorar la eficiencia y calidad, como el mismo placer de hacer las cosas bien o de ayudar al paciente. Incluso la lealtad a la institución puede desaparecer cuando la compensación económica es la única fuente de satisfacción. Un buen ejemplo de lo anterior se pude tomar de Brasil, donde el establecimiento de un sistema de compensación basado en la productividad logró incrementarla en un inicio, pero no logró mantenerla durante mucho tiempo y provocó competencia entre trabajadores que debían de colaborar entre sí. (111)

De todo lo anterior se extrae que los cambios hay que buscarlos en los principios y los valores que históricamente propulsaron la organización del sector salud en Latinoamérica, es decir, la solidaridad más que la competitividad, y la ayuda más que el beneficio. Los países tendrán que invertir tiempo y recursos en recuperar el compromiso de los profesionales con la población y con el sistema y deberán abandonar su orientación mercantilista. (111)

Así mismo se sugirieron líneas de acción tanto a nivel nacional como a nivel subregional y regional, entre las cuales podemos destacar a nivel nacional:

a. El fortalecimiento de la institucionalidad para el desarrollo de los recursos humanos en salud.
b. La defensa y promoción acerca de la importancia de los trabajadores en salud.
c. El financiamiento para el desarrollo del personal en salud.

d. La ampliación del espacio fiscal dedicado a servicios de salud.
e. La coordinación de la cooperación internacional para incrementar el financiamiento en base a prioridades nacionales.
f. El mejoramiento de la capacidad técnica para la gestión y formación de recursos humanos.
g. La ampliación de la base de información y evidencias en recursos humanos.

Siendo esta última la que con mayor claridad justifica la realización del presente trabajo de investigación. Todo lo anterior está dirigido a que los países logren para finales del año 2015, alcanzar avances significativos en sus objetivos de salud, a través del desarrollo de sus recursos humanos. (19)

Vale la pena hacer mención del desafío poco investigado respecto a los servicios y recursos dedicados a la salud mental. (2)

3.5.2.2 Desafíos en Centroamérica

La tendencia actual de las naciones centroamericanas ha sido la decisión de descentralizar la gestión hasta las instancias administrativas denominadas áreas de salud, muy cercanas a la población con sus problemas, a los órganos de gobierno municipal y la incorporación de otros actores importantes para desarrollar un proceso negociado y concertado, a favor de la salud, en un marco de profundización de la democracia participativa y de solidaridad social. (215)

Siguiendo con la misma línea que el resto de países del mundo, en Centroamérica se han llevado a cabo Observatorios de los Recursos Humanos de Salud, redefiniendo los mismos desafíos dentro de un contexto regional acoplado a las necesidades locales. Los desafíos

adquiridos en estas reuniones se pueden reunir de esta manera: (197, 199, 216)

a. Especificar políticas y planes para la adecuación de la fuerza de trabajo a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos de manera continua.
b. Realizar distribución ecuánime de los profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con diferentes necesidades de salud de la población.
c. Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población.
d. Generar relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones de salud que promueva ambientes de trabajo saludables y permitan el compromiso con la misión institucional de garantizar buenos servicios de salud para toda la población.
e. Desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación y los servicios de salud que permitan adecuar la formación de los trabajadores de la salud para un modelo de atención universal, equitativa y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población. (216)

En el año 2006 se celebró la VIII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, en Perú; lugar en donde se decidió debatir los diferentes puntos en grupos de trabajo. Siendo los países de Centroamérica una de las subregiones agrupadas, se definió como reto prioritario la política al acceso a los servicios de salud. (116, 215)

3.5.3 Desafíos a nivel local

En Guatemala al igual que el resto de América Latina se lleva a cabo una de las acciones más importante para el desarrollo actual de la salud, que es el Observatorio de Recursos Humanos, este es un espacio multi institucional e intersectorial de búsqueda,

procesamiento y análisis conjunto de información sobre los recursos humanos (formación, empleo, incentivos, proyecciones de oferta y demanda, etc.) que sirva de base para la toma de decisiones y la formulación de políticas a mediano y largo plazo. Este Observatorio es una iniciativa que lanzó la OPS/OMS en 1999 junto a los países de la región, para apoyar los cambios que se han experimentado en la situación de recursos humanos como consecuencia de los procesos de reforma sectorial y las diversas acciones en salud. La Comisión ha invitado a otras facultades, instituciones y sectores a formar parte de él. Por otro lado en octubre de 2005, se realizó por convocatoria de OPS/OMS en Canadá una reunión regional a la que asistieron 29 países de la región, organismos internacionales y varias universidades, en la que se identificaron los desafíos críticos de recursos humanos. (39, 217)

Como consecuencia se emitió un llamado a la acción para una Década de Recursos Humanos en Salud para las Américas, que coincide con el período para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio. OPS/OMS acompañará a los países en ese trabajo, proveerá asistencia técnica, intercambios, movilización de recursos y dará seguimiento a las acciones que se emprendan. (39, 217)

El desafío fundamental es la decisión política y la existencia de planes efectivos para movilizar a los recursos necesarios a las regiones con mayores necesidades, las cuales son generalmente las de condiciones de vida más precarias y de mayor índice de marginalidad. Deben existir incentivos que vayan más allá de lo económico, como pueden ser los de desarrollo profesional. (19)

Dentro de los desafíos que enfrenta el recurso humano esta la distribución Geográfica; ya que en la ciudad capital hay 30 médicos por 10.000 habitantes, mientras que en el interior del país la cifra es mucho menor, especialmente en el altiplano donde existen Departamentos con menos de 2 médicos por 10.000 habitantes. (39)

Según el reporte del la OMS Guatemala presenta uno de los desafíos a nivel nacional en donde la población se encuentra muy dispersa y hay problemas de comunicación ya que los habitantes son, en su mayoría indígenas. Por las características anteriores es importante que el recurso humano empleado labore en las mismas regiones de donde proviene con la idea de mejorar la atención gracias a la similitud cultural y al uso de un idioma común. (39)

Frente a estos y otros problemas, las instituciones hacen esfuerzos para mejorar las condiciones laborales de los trabajadores de salud en todo sentido. El Ministerio y el IGSS y las facultades de medicina de tres universidades (San Carlos de Guatemala, Rafael Landívar y Mariano Gálvez de Guatemala) han integrado la Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y del Sector Salud, para que con una visión nacional y sumando esfuerzos se aborden de forma conjunta los grandes desafíos para el desarrollo de los recursos humanos. (39)

Guatemala enfrenta un nuevo desafío ante la entrada de vigor de Acuerdo de Libre Comercio de América Central con los Estados Unidos al referirse a la migración externa aunque en este momento no es un problema serio, mientras que El seguimiento de la migración interna debe ser motivo de preocupación especial, tratando de adecuarla a las necesidades de la población. Esta requiere que profesionales y técnicos formados en las principales ciudades emigren donde mas se los necesita: regiones distantes del país, con carencias en muchos sentidos. Por otro lado, existen migraciones de personal en servicio del área rural para la urbana, en busca de mejores oportunidades. Esta tendencia produce mucho impacto en los servicios, ya que buena parte del país zonas rurales. (217)

El ministerio de salud publica y asistencia social se encuentra con los retos de la expansión rápida de los programas, la diversificación de los recursos humanos, la escalada de los costos, la dependencia científica y tecnológica, la calidad insuficiente y la agudización de

las desigualdades en el acceso de los diversos grupos sociales a los servicios. (212)

En la reunión sub-regional llevada a cabo en Copan, Honduras en Agosto del 2006, Guatemala trazo el Plan Nacional De Desarrollo De Recursos Humanos Para Los Años 2007 – 2015. Representando las metas a mediano plazo que se deberán cumplir, y las cuales a su vez representan los mayores desafíos de salud que enfrenta el país. Dichas metas estipulan que en general los desafíos que se encuentran son: (93)

a. Políticos

- Formular políticas que incentiven la carrera pública sanitaria, reorganizando a los trabajadores en estructuras de carrera que satisfagan los requisitos de valoración del profesional, asignación del profesional conforme a las necesidades del sistema y atención a municipios y regiones donde hay mayor carencia de personal sanitario. (52)
- Formular políticas que promuevan la calidad de vida de los trabajadores y la humanización de las relaciones de trabajo sanitario. (218)

b. Social

- Enfrentar los problemas que no han podido solucionarse, los más importantes son la escasez de profesionales en muchas zonas.
- La distribución irregular con una gran concentración en centros urbanos y regiones más desarrolladas. (218)

c. Biológicos

- La migración internacional de profesionales y técnicos en salud desde los países menos desarrollados hacia los más desarrollados, y la creciente especialización. (218)
- En medio de la reforma de servicios de salud y el advenimiento del tercer milenio, los recursos humanos continúan en el centro del qué hacer de salud. El recurso humano sigue siendo el principal recurso para emprender

cualquier cambio en las sociedades y los servicios de salud. (219)

3.6 Necesidades de la población en Recursos Humanos en Salud

La función de la salud pública consiste en organizar y administrar recursos con el objeto de promover, proteger y consolidar la salud de la población. Por esa causa, la práctica médica aplicada a comunidades y poblaciones se encuentra condicionada debido al proceso de planificación y programación de los recursos utilizados en el sector salud. (6, 7,16,220,221)

Es en este marco donde deben considerarse, principalmente, dos aspectos, uno relativo a la atención (que debe ser universal y en condiciones de equidad; universal porque no debe hacer distinción de la condición socioeconómica, ni de ninguna otra; y en condiciones de equidad, ya que todos los individuos tienen derecho a una misma calidad de atención, por ejemplo, equidad en el acceso y uso de los servicios sanitarios). (222, 223)

El segundo aspecto tiene que ver con la necesaria mediatización, puesto que la práctica médica deberá ser programada; ello implica la racionalización de los recursos económicos y, en particular, los recursos humanos, lo cual se traducirá en actividades mejor sistematizadas para cumplir con aquella finalidad. (224, 225)

En septiembre de 2000 en la denominada “Cumbre del Milenio” se fijaron un conjunto de metas de alcance mundial con el objetivo de reducir la pobreza, sus causas y manifestaciones:

a. Erradicar la pobreza extrema y el hambre;
b. lograr la enseñanza primaria universal;
c. promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer;
d. reducir la mortalidad infantil;
e. mejorar la salud materna;
f. combatir el VIH/ SIDA, el paludismo y otras enfermedades;
g. garantizar la sostenibilidad del medio ambiente;
h. fomentar una asociación mundial para el desarrollo. (8,226, 227, 228)

Estas metas plantean un escenario cuyo cumplimiento sólo podría hacerse efectivo cuando exista una confluencia entre las necesidades de la

población y las condiciones políticas, económicas, sociales, educativas y sanitarias para satisfacerlas. Dicha confluencia estaría condicionada por el ajuste entre las necesidades de salud de la población, las prestaciones de salud brindadas y los recursos humanos requeridos. (9, 10, 11, 12)

Una cuestión fundamental a considerar es la del acceso y calidad de la información con que se cuenta. Se evidencia la necesidad de actualizar permanentemente la información a través de un sistema eficiente y oportuno que tenga en cuenta datos básicos de la población (variables socioeconómicas, variables demográficas, variables epidemiológicas, morbilidad y factores de riesgo por grupo, acceso y cobertura de servicios de salud); del recurso humano del sector (número, tipo, especialidad, distribución) y del sistema de salud (servicios, complejidad, distribución, etc.). (13, 14, 229)

El proceso de planificación de los recursos humanos en salud implica considerar puntos clave propios del sector, a saber:

a. existencia de infra dotación o sobre dotación de categorías específicas de personal para las necesidades de la población;
b. distribución geográfica desigual de los recursos humanos entre países, zonas de un país y especialidades;
c. presencia de relaciones inadecuadas entre dotaciones de categorías; y
d. presencia de desajustes entre formación recibida y requerimientos del trabajo.

Desde esta perspectiva, el nuevo modelo de atención supone efectuar cambios en los procesos de trabajo y en las relaciones laborales, poner un mayor énfasis en la búsqueda de modelos de calidad/equidad en la atención de salud, así como en la productividad, eficiencia, costo-efectividad de los mismos. (221, 229)

3.6.1 Necesidades de la población en Recursos Humanos en Salud a nivel Mundial

Según el Informe sobre la Salud en el Mundo 2006 de la OMS, la falta de personal, junto con las carencias en entrenamiento y preparación, constituyen el principal obstáculo para que los sistemas de salud respondan eficazmente al tratamiento de

enfermedades crónicas, influenza aviar y otros desafíos. (1, 2, 3,4,)

El estudio hizo énfasis en la temática central del Día Mundial de la Salud 2006, “los recursos humanos en salud”, al hacer un llamado sobre la necesidad de mayores inversiones para mejorar las condiciones de trabajo de los recursos humanos, revitalizar las instituciones de formación y reforzar con ello la capacidad para enfrentar desafíos futuros de salud pública. (4, 6, 15)

La OMS señaló que la comunidad internacional cuenta con tecnologías y recursos económicos suficientes para hacer frente a la mayoría de estos retos sanitarios, pero que hoy día muchos sistemas de salud nacionales son endebles, indiferentes a las necesidades, no equitativos e incluso inseguros. El estudio indica que la OMS ha identificado un umbral en la densidad de personal sanitario por debajo del cual es muy improbable lograr una alta cobertura de intervenciones esenciales, tales como las que se requieren para cumplir las metas fijadas por los Objetivos de Desarrollo del Milenio del año 2015. (5, 6,7)

Basándose en estas estimaciones, hay actualmente 57 países con limitaciones críticas equivalentes a un déficit mundial de 2.4 millones de médicos, enfermeras y parteras. Para la OMS, todos los países sufren, en mayor o menor grado, necesidades en personal de la salud, pero que es a nivel regional donde mejor se observan estas carencias, como las Américas, con una carga de morbilidad del 10%, concentra a un 37% de trabajadores sanitarios del mundo, que absorben más del 50% de la financiación sanitaria mundial. (7, 8, 9,12)

Este año la OMS ha dedicado el día de la salud a la crisis mundial en los recursos humanos del sector. Según el subdirector general Tim Evans "... décadas de anemia inversora en la formación, remuneración, condiciones de trabajo y gestión de esos profesionales (...) han provocado una grave carencia de personal con conocimientos clave y un nivel creciente de

cambios de profesión, jubilaciones anticipadas y migraciones nacionales e internacionales". (7, 12, 223, 227)

Si bien el problema afecta en mayor o menor medida a todo el planeta, la situación es muy distinta según se trate de países ricos o pobres. El 9,7% de la fuerza de trabajo en la Unión Europea es del sector de bienestar social, sanidad incluida. En España, por ejemplo, a cada médico colegiado le corresponden de 250 a 275 habitantes. No parece pues que nos enfrentemos a un déficit absoluto, sino a distorsiones en la distribución de los profesionales, por especialidades, funciones y territorios. (8, 9, 10,11)

Los problemas de escasez son un fenómeno generalizado, calculándose que sólo en África el déficit asciende a más de un millón de trabajadores sanitarios. La desigual distribución de estos trabajadores impide a muchos grupos a acceder a servicios que salvan vidas, problema que se ve agravado por la aceleración de las migraciones en un mercado laboral abierto que aleja a los trabajadores calificados de las comunidades y de los países más pobres. (11, 12, 13, 14)

En algunas partes del África sub-sahariana las carencias son tan extremas que limitan las posibilidades de extender de forma masiva los programas destinados a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, como por ejemplo los de expansión del tratamiento contra el SIDA. Es necesario adoptar medidas con respecto a los sueldos y los incentivos, realizar inversiones en capacitación previa al servicio y durante él, introducir ajustes en las plantillas de personal y en la combinación de aptitudes, colmar las deficiencias más apremiantes en la prestación de servicios, armonizar las iniciativas promovidas por donantes, proporcionar atención y tratamiento al personal de salud afectado por el VIH/SIDA y ocuparse del problema de la migración de los profesionales de la salud. (11, 12,13,14, 229)

Una respuesta verdaderamente integral a la crisis mundial de Recursos Humanos de la Salud exige una acción concertada, coordinada y sostenida de muchos actores clave dentro de cada sector e institución, así como en todos los sectores, disciplinas, países y regiones del mundo. La Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario representa el reconocimiento colectivo por los líderes nacionales, regionales y mundiales de su responsabilidad a la hora de abordar este componente complejo, pero esencial, del desempeño del sector de la salud y del desarrollo social. (4,6,11,12,15)

3.6.2 Necesidades de la Población en Recursos Humanos en Salud Nivel Regional

3.6.2.1 Necesidades de la población en Recursos Humanos en Salud en Latinoamérica

La existencia de brechas en varios países de América Latina entre las necesidades de salud de la población y los recursos humanos disponibles (en adecuadas condiciones de cantidad y calidad) para responder a ellas, así como también las limitaciones de los métodos que permitirían mensurarlas de forma cuantitativa y cualitativa, constituyen un factor clave para trabajar en el desarrollo e integración de los sistemas de salud de los países de la región y para la generación y aprovechamiento de bienes públicos globales de la salud. (6, 15, 16)

Siendo la salud un componente básico para el bienestar de la población, se considera que el mejoramiento de los sistemas de atención, la reducción de la brecha entre necesidades de salud y recursos humanos disponibles, y el desarrollo de procesos de integración regional, constituyen estrategias imprescindibles para el acercamiento de los países en otras áreas de bienestar y desarrollo. (6, 220,221)

En América Latina, el campo de los recursos humanos para la gestión de la atención de los servicios de salud sufre desde

hace muchos años un grave deterioro por problemas como la disponibilidad, distribución y estructura de la fuerza de trabajo en salud. A éstos se les agregan los problemas típicos del contexto sanitario, que son históricos en cada país. (226, 227, 228)

En caso de la República Argentina, se detecta una relación de un médico cada 310 personas, lo cual ubica al país entre los primeros a nivel mundial. En efecto la relación de médicos por cada mil habitantes es en promedio de 2,5 en los países ricos y de 0,1 en los pobres. En nuestro país no se han tomado medidas para adecuar la cantidad de egresos universitarios a las necesidades sanitarias de la población. En efecto, en Argentina el número de médicos crece históricamente a una tasa anual superior a la de la población. Respecto a las especialidades, presenta escasez de médicos generales, aún cuando está comprobado que los médicos generales pueden diagnosticar más del 90% de los problemas vistos en la población; gran cantidad de especialistas y una pobre distribución geográfica de los médicos, por lo cual el número de médicos es muy variable de acuerdo a la región que se considere. Respecto a las necesidades de la salud de la población, disponer de indicadores precisos y actualizados, y de estadísticas sanitarias actualizadas, permite estimar correspondencias entre éstas y los recursos humanos requeridos para atenderlas. La utilización pertinente de esta información y la implementación de procedimientos que contribuyan al logro de la planificación adecuada para una determinada región o provincia, mejorarían la calidad de atención, la eficacia en el uso de los recursos y la equidad en el acceso al sistema de salud. (17, 18)

En el proceso de gestión de recursos humanos en salud convergen múltiples factores que aportan su peso relativo al balance de la ecuación entre oferta y demanda de personal en los sistemas de salud: el contexto sanitario y de las reformas sectoriales; la integración de la planificación a las

políticas; la regulación y la gestión de los recursos humanos; la viabilidad política y la participación de actores; la descentralización de los servicios y la planificación; el sujeto planificador; la cuestión de la información para las decisiones y la cuestión metodológica. (7, 230)

El desarrollo de recursos humanos y capacitación, definida como Función Esencial de la Salud Pública , presenta problemas críticos en lo que se refiere a su gestión, los cuales se sintetizan en la combinación de desequilibrios históricos y de nuevos problemas relacionados con las reformas del sector llevadas a cabo por lo países de la región. (Ver Anexo 13) (221,229)

La composición epidemiológica, demográfica y socioeconómica de la población constituyen variables críticas para la identificación de áreas y grupos poblacionales de intervención prioritaria y para la estimación de las dotaciones de trabajadores de la salud necesarios por especialidad para cada región. El otro factor clave, interviniente en el proceso de determinación y provisión de recursos humanos del sector, lo constituye la oferta de servicios de salud disponibles, su distribución geográfica y su capacidad de resolución. (Cuadro 14) (12, 16)

Los factores enumerados, sin embargo, sólo podrán confluir en un marco de viabilidad política que posibilite las intervenciones de planificación sanitaria para la determinación y distribución de los recursos humanos del sector salud y se ajuste a las necesidades sanitarias de la población, lo cual implica desarrollar consensos para alcanzar una mayor consistencia entre las políticas sanitaria y las políticas educativas, tanto a nivel regional, como nacional y provincial. Para la determinación adecuada de la dotación de los recursos humanos, resulta fundamental disponer de información y datos adecuados que permitan establecer relaciones equilibradas entre necesidad potencial de servicios

de salud, demanda revelada y oferta de prestaciones sanitarias. (223, 226)

Pese a que la información sistematizada y amplia es un requisito necesario no es suficiente para crear una base común de evidencias que permita a los actores sanitarios planificar sobre bases precisas. Si, por ejemplo, las tendencias evidenciadas muestran que el número total de médicos por habitante crece de forma desproporcionada en relación a las necesidades de salud, esto debe ser considerado como una señal clara para las instituciones formadoras de recursos humanos en salud. Si los datos del sistema de información indican que la concentración de especialistas o de enfermeras en las capitales o grandes ciudades sigue aumentando en desmedro de las zonas alejadas, los sistemas y servicios de salud se verán obligados a planificar programas de incentivos a corto y medio plazo que reviertan esta tendencia. Por esta razón, disponer de una plataforma de información acerca de los planteles de recursos humanos, capacitación recibida, niveles y distribución geográfica, cobra importancia en tanto emita señales claras para una adecuada gestión del mismo. Esta plataforma debería estar constituida por un conjunto de datos básicos, mantenidos por información de fuentes primarias regulares (registros permanentes, fuentes estadísticas), que sea al mismo tiempo alimentada y usada por los actores principales del sistema. (223,226)

La información requerida como insumo necesario para la gestión y determinación de los recursos humanos en salud consiste en el soporte necesario para identificar desajustes entre los servicios potencialmente necesitados, los efectivamente demandados y los actualmente provistos para la población bajo cobertura. La identificación de desajustes entre estos términos implica establecer prioridades y jerarquizar los siguientes objetivos:

a. la satisfacción de las necesidades de salud de los usuarios en forma integral;
b. el desarrollo de los servicios de salud para dar respuesta a esas necesidades;
c. el desarrollo de los recursos humanos de salud para el logro de una atención efectiva y de calidad.

En el proceso de desarrollo de los recursos humanos de la salud se hace necesario la integración de tres procesos: la planificación, la formación y capacitación y la gestión del recurso humano en salud. Estos tres procesos deberán estar coordinados a su vez con la satisfacción de las necesidades de salud de la población y la demanda de servicios asistenciales, y oferta disponible de servicios de salud. (12, 14)

Operativamente, los tres procesos mencionados, deberán proveer la determinación de las características y necesidades cualitativas y cuantitativas, la composición, formación y preparación del recurso humano correspondiendo estos datos con el número y tipo específico de personal necesario, según servicio y población atendida en el mismo. (17,228)

En base a lo antes mencionado, la información requerida para el desarrollo de una plataforma de soporte a la gestión, la organización y cuantificación de los recursos humanos de salud, debería establecerse sobre dos parámetros:
a. conocimiento de lo que se requiere de los egresados de las instituciones formadoras de recursos humanos en salud;
b. conocimiento y datos confiables acerca de los servicios de salud necesarios y efectivamente disponibles y su distribución en una provincia o región. (17, 229)

El desarrollo de metodologías para la determinación de los recursos humanos disponibles y necesarios constituye una herramienta objetiva para la definición de escenarios y para el establecimiento de datos que aporten fundamento sobre la relación entre las necesidades de salud, los servicios de salud

necesarios y los efectivamente disponibles y los recursos humanos requeridos. (17, 229)

El conocimiento de las tendencias de la oferta del recurso humano en salud y de las características epidemiológicas, socioeconómicas y demográficas de la población permite diseñar intervenciones tendientes al cumplimiento de objetivos de aumento de cobertura y de la eficiencia y calidad en la prestación de los servicios de atención de salud. (17, 18)

Existe consenso sobre la necesidad de que la planificación necesaria en el escenario actual requiere el uso de un amplio espectro de metodologías combinadas en la medida de las necesidades y problemas a resolver. No obstante, debido a que subsisten algunos cuestionamientos sobre la idoneidad de algunas metodologías cuantitativas usadas ampliamente en la experiencia previa, la cuestión de la pertinencia de los métodos requiere un análisis cuidadoso. (18,230)

A partir de la investigación realizada se identificaron una serie de metodologías utilizadas como herramientas para el establecimiento de dotaciones de recursos humanos de salud, las cuales presentan las características y procedimientos básicos particulares, a la vez que un proceso de complementariedad entre ellas. Una primera tipología metodológica identificada se relaciona con el tipo de fuentes de datos utilizadas y la utilización que se haga de los mismos, distinguiéndose el binomio cuantitativo-cualitativo. (18,230)

Si bien la complementariedad de ambos enfoques potencia el proceso de planificación, gestión y determinación de recursos humanos del sector, como se citó, en la práctica son pocos los países que trabajan desde la perspectiva del perfil sociocultural de la población como variable para la dotación de sus servicios. Junto con esto, los métodos cuantitativos se erigen útiles ante los vacíos de información existentes, sus

valores estandarizados y su perspectiva de generalización permiten de manera operativa estimar necesidades de personal y equipos de salud. (18,230)

La composición del personal profesional debe reflejar la diversidad de la Región. Del mismo modo, el perfil de las personas asignadas a las representaciones debe coincidir con las necesidades sanitarias, los problemas y los retos determinados y priorizados por los países mismos, y los funcionarios deben estar adecuadamente entrenados en el trabajo con los recursos humanos locales. (8,228)

3.6.2.2 Necesidades de la población en Recursos Humanos en Salud en Centroamérica

Uno de los retos para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de Naciones Unidas es incrementar el acceso a los servicios de salud en los países en vías de desarrollo, para reducir así la mortalidad infantil, el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades, así como mejorar la salud materna. Actualmente hay millones de personas en el mundo que no tienen acceso a servicios de salud: sólo en América Latina y el Caribe, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que esta circunstancia afecta a unos 250 millones de personas. "Para cambiar esta situación, es indispensable contar con un mayor número de infraestructuras y servicios de calidad, así como de profesionales sanitarios, que en muchos países están muy por debajo de lo necesario para atender las necesidades básicas de la población", subraya la ONG. (9, 10, 12, 14)

Mientras que la media europea está en torno a los tres médicos por cada 1,000 habitantes (en España es de 3,3), en los países centroamericanos este índice es considerablemente menor, llegando a ser hasta tres veces inferior. Así, el Índice de Desarrollo Humano 2005 publicado por Naciones Unidas, refleja que Guatemala tiene 0,9 médicos por cada 1.000 habitantes, Nicaragua 1,6 y El Salvador. Lo cual coincide con

el comunicado emitido por la OPS en abril 2006 la cual reporta que en Guatemala existen 9.3 médicos por cada 10.000 habitantes. (8, 9, 10, 11)

3.6.3 Necesidades de la población en Recursos Humanos en Salud a nivel Local

Según la OPS en su reporte del año 2006, en Guatemala existen 9.3 médicos por cada 10.000 habitantes. El número de enfermeras profesionales en Guatemala es de 6.3 por 10.000 habitantes. La relación de auxiliares de enfermería y enfermeras profesionales, en Guatemala es de 6 a 1 aproximadamente. Pero el problema no es sólo de números, es también de distribución del personal. En la ciudad capital hay 30 médicos por 10.000 habitantes, mientras que en el interior del país la cifra es mucho menor, especialmente en el altiplano donde existen departamentos con menos de 2 médicos por 10,000 habitantes. (2,3, 5)

Además, predomina la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en las zonas ricas y preferiblemente urbanas, lo que supone que gran parte de la población, en especial la que vive en las zonas rurales, tenga mayores dificultades para acceder a los servicios de salud. Se estima que un 20% de la población no cuenta con servicios de salud o su acceso a éstos es limitado, sobre todo en las comunidades más dispersas y alejadas. (2, 3, 5)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que el tiempo que debe emplear una persona para desplazarse hasta el servicio de salud debe de ser menor a 60 minutos. Sin embargo, en Guatemala, según los datos de la última Encuesta Nacional sobre Condiciones de Vida (2000), sólo un 10,7% de la población adulta que estaba enferma tardaba menos de una hora en llegar al servicio de salud. (17, 18)

Además de las distancias hasta los servicios de salud, acudir a ellos también tiene un coste económico que muchos habitantes tienen que asumir. Aunque la sanidad pública sea gratuita, hay que

contemplar los costes de transporte, medicamentos, alimentación y exámenes de laboratorios, entre otros, se debe sumar también el factor étnico, ya que la condición de indígena dificulta a menudo las consultas médicas debido a la barrera del idioma y a tradiciones culturales como la atención durante el parto por parteras. De hecho, en 2002, sólo el 19% de las mujeres indígenas tuvieron un parto atendido por un profesional médico. (2, 3, 5)

3.6.4 Necesidades de la población en Recursos Humanos en Salud

Hay una creciente conciencia acerca del protagonismo que tiene el trabajo sanitario para proteger el derecho efectivo a la salud y el acceso universal a servicios de salud de calidad, así como hay un creciente consenso en que uno de los principales obstáculos para concretar las metas de salud en las Américas ha sido la deficiencia de las políticas públicas relativas a los trabajadores, las que proponen grandes metas gerenciales y técnicas, haciendo a un lado a los agentes objetivos de su materialización, entre las que podemos mencionar: (15, 217,220, 221)

- Formular políticas que incentiven la carrera pública sanitaria, reorganizando a los trabajadores en estructuras de carrera que satisfagan los requisitos de valoración del profesional, asignación del profesional conforme a las necesidades del sistema y atención a municipios y regiones donde hay mayor carencia de personal sanitario. (197,217)
- Formular políticas para eliminar la precarización del trabajo sanitario buscando la consolidación progresiva de relaciones de trabajo más estables, con apropiados mecanismos de financiamiento por parte de los gobiernos y en un contexto jurídico adecuado. (197, 217)
- Formular políticas que promuevan la calidad de vida de los trabajadores y la humanización de las relaciones de trabajo sanitario (197, 217)
- Enfrentar los problemas que no han podido solucionarse y que, por el contrario, en muchos países tienden a aumentar; de estos problemas, los más importantes son la escasez de profesionales en muchas zonas, la distribución irregular con una gran concentración en centros urbanos y regiones más

desarrolladas, la migración internacional de profesionales y técnicos en salud desde los países menos desarrollados hacia los más desarrollados, y la creciente especialización (23, 50)

- Mejorar el acceso de los administradores a información actualizada y de gran cobertura. (197, 217)

Con respecto a la educación de los recursos humanos presentes y futuros se requiere:

- Evitar una acción sectorial fragmentada; es esencial encarar los problemas mediante una acción intersectorial en donde trabajen mancomunadamente los sectores salud, educación y trabajo para la formulación y puesta en práctica de políticas inductoras. (197, 217)
- La adopción impostergable de enfoques nuevos y más potentes para superar las dicotomías que aún persisten y sobre las cuales fueron construidas las iniciativas anteriores de cambio (individual frente a colectivo, medicina clínica frente a salud pública, especialidad frente a generalidad, sofisticación tecnológica frente a abordajes simplificados). (197, 217)

La educación permanente en salud debe ser la estrategia fundamental para reordenar las prácticas de formación, atención, administración, formulación de políticas y participación social en el sector salud, estableciendo acciones intersectoriales oficiales y regulares con el sector de la educación. (197, 217)

La composición del personal profesional debe reflejar la diversidad de la región. Del mismo modo, el perfil de las personas asignadas a las representaciones debe coincidir con las necesidades sanitarias, los problemas y los retos determinados y priorizados por los países mismos, y los funcionarios deben estar adecuadamente entrenados en el trabajo con los recursos humanos locales. (197, 217)

3.7 Indicadores de Recursos Humanos en Salud

3.7.1 Indicadores de Recursos Humanos en Salud a nivel Mundial

Abundan las pruebas de que el número y la calidad de los trabajadores sanitarios están efectivamente relacionados con la cobertura de inmunización, el alcance de la atención primaria y la supervivencia de los lactantes, los niños y las madres. Se ha comprobado que la calidad de los médicos y la densidad de su distribución se correlacionan con resultados positivos en el ámbito de las enfermedades cardiovasculares. A la inversa, la malnutrición infantil ha empeorado con los recortes de personal durante las reformas del sector sanitario. (39,231)

Basándose en nuevos análisis de censos nacionales, encuestas de población activa y fuentes estadísticas, la OMS estima que hay en el mundo un total de 59,2 millones de trabajadores sanitarios de jornada completa remunerados; se trata de empleados de iniciativas del sector sanitario cuya función principal es mejorar la salud (como programas sanitarios operados por organizaciones gubernamentales o no gubernamentales) y de trabajadores sanitarios de organizaciones no sanitarias, Los proveedores de servicios de salud constituyen aproximadamente las dos terceras partes del personal sanitario mundial, y el tercio restante está compuesto por personal administrativo y auxiliar. (39, 232,233)

En el anexo 15 se detalla la tabla en la cual la OMS publicó para el año 2006 los indicadores de la situación de los países de los 5 continentes en cuanto a su recurso humano, en ella puede verse, que la combinación de capacidades de los equipos sanitarios varía enormemente de unos países a otros. El número de enfermeras por cada médico va desde casi 8 en la Región de África a 1,5 en la del Pacífico Occidental. Si se comparan países, hay aproximadamente 4 enfermeras por cada médico en el Canadá y los Estados Unidos de América, frente a menos de una en Chile, el Perú, El Salvador y México. El espectro de competencias esenciales de los trabajadores se caracteriza por desequilibrios que se aprecian, por ejemplo, en la grave escasez de especialistas en salud pública y gestores sanitarios en muchos países. En general, más del 70% de los

médicos son varones, mientras que más del 70% del personal de enfermería son mujeres; es decir, existe un marcado desequilibrio entre los sexos. Aproximadamente las dos terceras partes de los trabajadores están en el sector público, y el resto, en el privado. (39, 231,232, 233, 234)

El número de enfermeras por cada 1,000 médicos para un país medio alcanza los niveles más elevados en la Región de África, debido en parte a que en ese continente el número de médicos por cada 1,000 habitantes es extremadamente reducido. En cambio, el Pacífico Occidental es la Región donde esa proporción es más baja. Existen también notables diferencias entre distintos países de una misma región. Así por ejemplo, se calcula que hay aproximadamente cuatro enfermeras por cada médico en el Canadá y los Estados Unidos de América, mientras que otros países de la Región de las Américas, como Chile, El Salvador, México y el Perú, cuentan con más médicos que enfermeras. De modo análogo, se estima que en la Región de Europa hay cerca de un médico por cada enfermera en países como Bulgaria, Portugal y Turquía, mientras que en Noruega y el Reino Unido la proporción es de aproximadamente cinco enfermeras por cada médico. (39 231, 232, 233, 234,235)

La distribución de los trabajadores sanitarios no es homogénea. Los países con las necesidades relativas más bajas son los que cuentan con el mayor número de trabajadores de la salud, mientras que los que acusan las cargas de morbilidad más elevadas tienen que contentarse con mucho menos personal. (231,232)

La Región de las Américas, que comprende el Canadá y los Estados Unidos, pese a registrar apenas un 10% de la carga mundial de morbilidad, acapara cerca del 37% de la fuerza de trabajo sanitaria mundial y más del 50% de los recursos financieros mundiales destinados a la salud. En cambio, la Región de África, que soporta más del 24% de la carga mundial de morbilidad, sólo tiene acceso a un 3% de los trabajadores sanitarios y a menos del 1% de los

recursos financieros mundiales (aun incluyendo los préstamos y subvenciones procedentes de fuera). (39, 231-235)

Dentro de las regiones y países, el acceso al personal sanitario también es desigual. En Vietnam, por ejemplo, donde el promedio de dispensadores de servicios de salud por cada 1000 habitantes es de poco más de uno, esta cifra esconde importantes variaciones. En la práctica, 37 de las 61 provincias del país se sitúan por debajo de esa media, mientras que en el otro extremo destaca una provincia en la que la proporción es de cerca de cuatro por 1000. Existen disparidades similares en otros países. (231,232)

Son muchos los factores que influyen en las variaciones geográficas observadas en la densidad de personal sanitario. Las zonas donde existen hospitales docentes y cuya población cuenta con medios suficientes para pagar servicios de salud atraen, invariablemente, a más trabajadores que aquellas que carecen de ese tipo de instituciones o apoyo financiero. En consecuencia, la densidad de personal sanitario suele registrar los niveles más elevados en los centros urbanos que cuentan con hospitales docentes y con altos niveles de ingresos. Aunque el grado de urbanización tiende a aumentar a la par que los ingresos, en todos los países, sea cual sea su nivel de renta, la proporción de profesionales sanitarios que viven en zonas urbanas es superior a la proporción de la población general que en ellas se concentra. (Ver Anexos 15, 16,17) (39,231-234)

3.7.2 Indicadores de Recursos Humanos en Salud a nivel Regional

3.7.2.1 Indicadores de Recursos Humanos en Salud en Latinoamérica

En las Américas, este sector esta compuesto por más de 7 millones de personas e incluye no sólo a los que trabajan con pacientes individuales en atención primaria o especializada sino además a los trabajadores que cuidan la salud de la población

en forma colectiva. En América latina el 70 % de este recurso humano en salud esta conformado mayoritariamente por el sexo femenino, las cuales en este caso constituyen una de las fuerzas de trabajo más fuertes en el ámbito de la salud. (227, 228)

El dinamismo en el sector público en Latinoamérica sigue siendo muy importante, las reformas que se suscitan en los cinco continentes en cuanto al recurso humano en la salud, demarcan que la meta es la Descentralización de la administración del recurso humano en salud, lo cual traerá cambios en el financiamiento, la apertura de mercados, las modalidades de gestión y atención lo cual tendrá un impacto directo en la calidad del servicio prestado. (236,237, 238, 239)

Un informe emanado de las observaciones de los observatorios nacionales en recurso humano en salud señalan la situación actual del recurso humano sanitario en Latinoamérica con los siguientes indicadores por cada 10,000 habitantes: 11.6 médicos, 7.2 odontólogos, 7.8 enfermeras profesionales, 3.8 técnicos de laboratorio, 6.6 nutricionistas y 23.6 auxiliares de enfermería todos por cada 10,000 habitantes, información al año 2005. (240-242)

Los informes también indican que los sistemas públicos de salud y las cajas de seguro social en los países de Latinoamérica tienen actualmente contratado menos personal de salud que el necesario lo cual se ve reflejado en los índices de oferta y demanda del personal médico, los cuales son los siguientes: oferta de médicos generales 28,419, demanda revelada 26,431, demanda para

cobertura al 100% de 48,992 médicos, cobertura al 80% 41,329 médicos y cobertura al 58% 31,749 médicos, por cada 5 millones de habitantes. (241,244)

Otro hallazgo importante de los observatorios de recurso humano en salud es la mala distribución regional del recurso humano, ya que la mayoría de los distritos o municipios rurales de los países de Latinoamérica, tienen indicadores de cobertura demasiado bajos en comparación con las áreas metropolitanas donde se concentra la menor proporción de población. (241,244)

Por dar algunas cifras que son alarmantes en distintos países de América latina se presentan las siguientes:

Argentina: Mientras hay 1 médico por cada 95 personas en Buenos Aires, la razón es 1 cada 962 en tierra del fuego. (242-244)

Santiago: Tiene 61 % de los médicos vs. 35 % de la población. (242-244)

Montevideo: Concerta el 80 % de los médicos vs. 45 % de la población. (243,244)

Managua: Es el lugar de trabajo del 50% del personal de salud mientras que solo vive el 20 % de la población. (242-244)

Brasil: tiene una concentración de un 65 % de las enfermedades en las regiones del sur y sudeste. Además los médicos representan el 66% de los profesionales de salud. (242-244)

Ecuador: la capital Quito registra 12 enfermeras por 10,000 habitantes, el promedio del país sin embargo es de 5.3 por 10,000 personas. (240-242)

Paraguay: en la capital, Asunción, ejerce un profesional de enfermería por cada 2,000

habitantes, sin embargo en el resto del país la razón es de 1 por cada 9,000 habitantes. (243,244)

3.7.3 Indicadores de Recursos Humanos en Salud en Guatemala

Guatemala, al igual que muchos países de la Región de las Américas, tiene deficiencias en el número de recursos humanos. Por ejemplo: existen 9.3 médicos por cada 10.000 habitantes. Cuba tiene más de 70 y Haití solo uno. El número de enfermeras profesionales en nuestro país es de 6.3 por 10.000 habitantes, la relación de auxiliares de enfermería y enfermeras profesionales, en Guatemala es de 6 a 1 aproximadamente. Y existen 1.6 odontólogos por cada 10.000 habitantes. (39, 231,232)

Pero el problema no es sólo de números, es también de distribución del personal. En la ciudad capital hay 30 médicos por 10.000 habitantes, mientras que en el interior del país la cifra es mucho menor, especialmente en el altiplano donde existen departamentos con menos de 2 médicos por 10.000 habitantes. (39, 231,244)

También preocupa las cualidades del personal, dado que por las características del país es importante que el recurso humano empleado labore en las mismas regiones de donde proviene con la idea de mejorar la atención gracias a la similitud cultural y al uso de un idioma común. Frente a estos y otros problemas, las instituciones hacen esfuerzos para mejorar las condiciones laborales de los trabajadores de salud en todo sentido. El Ministerio y el IGSS y las facultades de medicina de tres universidades (San Carlos de Guatemala, Rafael Landívar y Mariano Gálvez de Guatemala) han integrado la Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y del Sector Salud, para que con una visión nacional y sumando esfuerzos se aborden de forma conjunta los grandes desafíos para el desarrollo de los recursos humanos. (39, 231,244)

Una de las acciones más importantes en esta alianza es el desarrollo del Observatorio de Recursos Humanos, que es un espacio multi institucional e intersectorial de búsqueda, procesamiento y análisis conjunto de información sobre los recursos humanos (formación, empleo, incentivos, proyecciones de oferta y demanda, etc.) que sirva de base para la toma de decisiones y la formulación de políticas a mediano y largo plazo. El Observatorio es una iniciativa que lanzó la OPS/OMS en 1999 junto a los países de la región, para apoyar los cambios que se han experimentado en la situación de recursos humanos como consecuencia de los procesos de reforma sectorial y las diversas acciones en salud. La Comisión ha invitado a otras facultades, instituciones y sectores a formar parte de él. (39, 231,244).

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo y diseño de la investigación

Descriptivo transversal

4.2 Unidad de análisis

Información proporcionada por los médicos colegiados de los municipios de: Fraijanes, Chinautla, San José Pinula, San José del Golfo, Palencia, San Pedro Ayampuc y Santa Catarina Pinula de la Región de Salud Guatemala Nororiente.

4.3 Población y muestra

Todos los médicos registrados en el Colegio de Médicos y Cirujanos de los municipios de: Fraijanes, Chinautla, San José Pinula, San José del Golfo, Palencia, San Pedro Ayampuc y Santa Catarina Pinula de la Región de Salud Guatemala Nororiente hasta febrero 2008.

4.4 Criterios de inclusión-exclusión

4.4.1 Criterios de inclusión:

Se incluyó en el estudio a todo médico y médica registrado(a) en el Colegio de Médicos y Cirujanos residente en los municipios de: Fraijanes, Chinautla, San José Pinula, San José del Golfo, Palencia, San Pedro Ayampuc y Santa Catarina Pinula de la Región de Salud Guatemala Nororiente independientemente si se encontraba activo o no.

4.4.2 Criterios de exclusión:

No se incluyó al médico o médica que no deseó o desistió de participar en el estudio.

4.5 Definición y operacionalización de variables

Dimensiones	Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento
Demográficas	Edad	Tiempo de vida de una persona desde su nacimiento hasta un momento determinado	Dato en años cumplidos obtenido verbalmente al momento de la entrevista según su último cumpleaños.	Cuantitativa	Razón	Cuestionario
	Sexo	Características físicas y constitutivas que diferencian al hombre de la mujer.	Auto percepción del entrevistador de las características físicas que identifican al médico como masculino o femenino.	Cualitativa	Nominal	
	Estado civil	Condición de cada persona en relación al estado conyugal de pareja (derechos y obligaciones civiles).	Condición de soltero, casado, divorciado, viudo, unido o separado que responda el médico al momento de la entrevista a la pregunta de cuál es su estado civil actual.	Cualitativa	Nominal	
	Lugar de residencia	Área geográfica donde se encuentra localizada la residencia.	Espacio geográfico urbano o rural donde se encuentra localizada la residencia. Se tomará como urbano a las ciudades, cabeceras departamentales o municipales (cascos urbanos). Se tomará como rural a todo lo que se encuentre fuera de los cascos urbanos.	Cualitativa	Nominal	
	Lugar de trabajo	Área geográfica donde se encuentra localizado el lugar donde ejerce la práctica médica.	Espacio físico urbano o rural donde se encuentra localizado el lugar donde el médico realiza sus actividades laborales. Se tomará como urbano a las ciudades, cabeceras departamentales o municipales (cascos urbanos). Se tomará como rural a todo lo que se encuentre fuera de los cascos urbanos.	Cualitativa	Nominal	

Laborales	Institución en donde trabaja	Lugar en donde labora el médico y que se clasifica de acuerdo a su organización y fines que persigue.	Una institución estatal es toda aquella que depende del Estado, específicamente del Ministerio de Salud Pública como Hospitales Regionales, de Especialidades y de Referencia, Centros, Puestos de Salud y otros. Como institución autónoma se tomará a todas aquellas que no dependen del Estado, tales como: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y sus dependencias, Universidad de San Carlos de Guatemala, sus centros y extensiones universitarias y Municipalidades. Institución privada se entiende como todas las instituciones de servicio médico de tipo lucrativo (clínicas, hospitales, sanatorios). Las Organizaciones no Gubernamentales (ONG) que son entidades de carácter civil privado con fines y objetivos definidos por sus integrantes. No institucional: se tomará a todas las clínicas particulares que son propiedad de los médicos entrevistados o que éstos arrenden.	Cualitativa	Nominal	Cuestionario
	Práctica profesional a la que se dedica.	Tipo de práctica que desempeña un individuo con respecto a su profesión.	Se tomará como práctica clínica a la dedicada al ejercicio de medicina específicamente con la atención directa de pacientes (diagnóstico y tratamiento). Docencia: todo lo relativo a la enseñanza en cualquier área de conocimiento de las ciencias médicas. Investigación: práctica dedicada a la obtención de nuevos conocimientos o aplicación de los ya existentes para solución de problemas en el área médica.	Cualitativa	Nominal	

			Administración: acción de administrar una institución relacionada en el campo de la medicina.			
Características Académicas	Universidad que extendió el título de médico y cirujano	Institución educativa de nivel superior que otorga grados académicos.	Universidad nacional (Universidad de San Carlos de Guatemala, Universidad Francisco Marroquín, Universidad Mariano Gálvez) o extranjera que otorgó el grado de licenciatura de médico y cirujano.	Cualitativa	Nominal	Cuestionario
	Grado académico	Grado otorgado por escuelas o entidades educativas de nivel superior a aquellas personas que han completado satisfactoriamente un programa de estudios.	Grado académico obtenido por estudios formales en instituciones de Educación Superior a nivel nacional como extranjera • Licenciatura (medico y cirujano) • Otra licenciatura • Realizando residencia • Especialización • Sub especialización • Maestría • Doctorado • Post Doctorado	Cualitativa	Nominal	

4.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos

4.6.1 Técnica

La técnica utilizada fue la entrevista dirigida, la cual se realizó por medio de un cuestionario semi estructurado.

4.6.2 Procedimientos:

Para la realización del presente estudio se realizaron los siguientes procedimientos:

4.6.2.1 Se ubicó a los médicos según Institución de acuerdo a los listados proporcionados por el Colegio de Médicos y cirujanos y por cada Institución.

4.6.2.2 Se solicitó autorización a las autoridades respectivas de cada Institución para la realización de la investigación.

Se solicitó a cada médico una cita para entrevistarlo y explicarle la naturaleza del estudio.

Se realizó la entrevista correspondiente a cada médico previo consentimiento informado.

Al finalizar las entrevistas con los médicos que laboraban en instituciones, se identificaron, utilizando la lista del Colegio Médico, a los médicos aún no entrevistados ubicándolos y entrevistándolos.

4.6.3 Instrumento

Se diseñó un cuestionario semi estructurado el cual constó de preguntas cerradas y abiertas conteniendo los apartados siguientes: identificación del instrumento, características demográficas, laborales y académicas.

4.6.3.1 Validación del instrumento: Para la validación del instrumento se realizaron los siguientes pasos:

- Se realizó una prueba piloto, en donde se aplicó el instrumento a un grupo de médicos para identificar problemas en el proceso.
- De acuerdo a los resultados que se obtuvieron en la prueba piloto, se hicieron los cambios y correcciones necesarias al cuestionario.
- Elaboración del instrumento definitivo: el cuestionario se reestructuró y se redactó en forma definitiva y se imprimió el número necesario del mismo.
- Se realizó un taller de capacitación para estandarizar el cuestionario y resolver dudas de su aplicación.
- Se aplicó el instrumento de acuerdo a los procedimientos establecidos.

4.7 Aspectos éticos

En el estudio realizado se utilizaron técnicas observacionales, no utilizando ni realizando ninguna intervención o modificación intervencional, por lo que se considera de categoría I, sin riesgo para las personas participantes en el estudio.

Antes de solicitar la participación al médico o médica, se les informó y explicó de que la participación en el estudio era voluntaria, y que los datos proporcionados serían procesados con la mayor confidencialidad y privacidad.

A todo médico, previo a aceptar la participación, se le proporcionó el consentimiento informado para que, después de leerlo, firmara de que aceptaba participar en el estudio.

4.8 Procesamiento y análisis de datos

4.8.1 Se recolectaron todos los instrumentos aplicados para su ordenamiento, clasificación y revisión, para garantizar el llenado correcto de los mismos.

4.8.2 Se ingresó la información para el procesamiento de datos en una base de datos, en formato SQL, la cual estaba contenida en un dominio de Internet (www.observatoriomedico.org), el cual funcionó de la siguiente manera:

4.8.2.1 Los datos fueron ingresados por cada investigador según área geográfica (departamento y municipio) correspondiente.

4.8.2.2 Cada investigador ingresó a la base de datos por medio de un número de usuario y una clave de acceso personal.

4.8.2.3 Las variables estaban definidas y codificadas en la base de datos, por lo que cada investigador eligió la respuesta correspondiente seleccionándola de acuerdo a las respuestas proporcionadas por los médicos.

4.8.2.4 Al finalizar de ingresar los datos por municipio y por departamento, el programa generó informes de los datos por medio de filtros previamente establecidos.

4.8.2.5 Independientemente del ingreso de datos en el dominio de Internet, cada investigador realizó en el programa Excel una base de datos, en versión electrónica e impresa, de cada una de las variables del estudio, la cual se presentó conjuntamente con los cuestionarios utilizados.

4.8.3 Se realizó un análisis descriptivo, de tipo univariado de acuerdo a las variables estudiadas haciendo las salidas correspondientes de acuerdo a la siguiente lista:

4.8.3.1 Número Total de Médicos:

i. Total de República
   1. Distribución por Km^2
   2. Distribución por 10,000 habitantes

ii. Distribución por departamento
   1. Distribución por Km^2
   2. Distribución por 10,000 habitantes

iii. Distribución por municipio
   1. Distribución por Km^2
   2. Distribución por 10,000 habitantes

4.8.3.2 Características Demográficas:

4.8.3.2.1 EDAD

i. Promedio de edad total

ii. Promedio de edad por sexo

iii. Distribución por grupos de edad total
   1. Grupo de edad < 30 años
   2. Grupo de edad de 31-40 años
   3. Grupo de edad de 41-50 años
   4. Grupo de edad de 51-60 años
   5. Grupo de edad de 61-70 años
   6. Grupo de edad de 71-80 años
   7. Grupo de edad > 81 años

iv. Médico de menor edad

v. Médico de mayor edad

a. Distribución por grupos de edad según sexo

b. Distribución por sexo
   i. Total por sexo
   ii. Proporción (%) según sexo
   iii. Razón (masculinidad) 1 médico por *x* medicas

c. Estado conyugal
    i. Totales
    ii. Proporciones (%) totales de:
        1. Solteros
        2. Unidos
        3. Casados
        4. Divorciados
        5. Separados
        6. Viudos
    iii. Proporciones (%) según sexo de:
d. Localización de residencia:
    i. Proporción de residencia en área urbana
    ii. Proporción de residencia en área rural
    iii. Según sexo

4.8.3.3. Características laborales (Totales y según sexo)

e. No. de médicos que laboran como médicos
f. No. de médicos que no laboran como médicos
g. Otra profesión u oficio de los médicos que no laboraban como médicos.
h. Proporción de lugares en que laboran los médicos
    i. % de 1 lugar
    ii. % de 2 lugares
    iii. % de 3 lugares
    iv. % de 4 lugares
    v. % de 5 lugares
    vi. % de 6 lugares
i. Promedio de número de lugares en que laboran los médicos
j. Caracterización del **lugar prioritario** donde laboran los médicos
    i. Total urbano y rural
        1. Proporción de lugar
            a. Urbano
            b. Rural

ii. Total de instituciones
    1. Proporciones de:
        a. estatal
        b. autónoma
        c. privada
        d. ONG
        e. no institucional
iii. Total de Práctica profesional
iv. Proporciones de:
    1. clínica
    2. docencia
    3. investigación.
    4. administración
v. Total y proporción de lugar donde labora (urbano/rural) e institución (estatal, autónomo, privada, ONG, no institucional)
vi. Total y proporción de lugar donde labora (urbano/rural) y práctica profesional (clínico, docencia, investigación, administración)
vii. Total y proporción de la institución donde labora (estatal, autónomo, privada, ONG, no institucional) y práctica profesional (clínico, docencia, investigación, administración)

4.8.3.4 Características académicas

k. Totales y proporciones de: (totales y según sexo)
    i. Solo licenciatura
    ii. Universidad que extendió el título
    iii. Licenciatura de médico y cirujano más otra licenciatura.
    iv. Realizando residencia
        1. Enumerar residencias

v. Especialización
    1. Enumerar especializaciones
    2. Total y proporción de especialización y lugar donde labora (urbano/rural)
    3. Total y proporción de especialización e institución donde labora (estatal, autónomo, privada, ONG, no institucional)
    4. Total y proporción de especialización y práctica profesional (clínico, docencia, investigación, administración)

vi. Sub especialización
    1. Enumerar subespecializaciones
    2. Total y proporción de subespecialización y lugar donde labora (urbano/rural)
    3. Total y proporción de subespecialización e institución donde labora (estatal, autónomo, privada, ONG, no institucional)
    4. Total y proporción de subespecialización y práctica profesional (clínico, docencia, investigación, administración)

vii. Maestría
    1. Enumerar maestrías
    2. Total y proporción de maestrías y lugar donde labora (urbano/rural)
    3. Total y proporción de maestrías e institución donde labora (estatal, autónomo, privada, ONG, no institucional)
    4. Total y proporción de maestrías y práctica profesional (clínico, docencia, investigación, administración)

viii. Doctorado
    1. Enumerar doctorados
    2. Total y proporción de doctorado y lugar donde labora (urbano/rural)

3. Total y proporción de doctorado e institución donde labora (estatal, autónomo, privada, ONG, no institucional)
4. Total y proporción de doctorado y práctica profesional (clínico, docencia, investigación, administración)

ix. Post doctorado

1. Enumerar postdoctorado
2. Total y proporción de postdoctorado y lugar donde labora (urbano/rural)
3. Total y proporción de postdoctorado e institución donde labora (estatal, autónomo, privada, ONG, no institucional)
4. Total y proporción de postdoctorado y práctica profesional (clínico, docencia, investigación, administración)

4.8.4 Los resultados se presentan utilizando solamente cuadros.

5. RESULTADOS

5.1 DEPARTAMENTO DE GUATEMALA

5.1.1 Contextualización del área de estudio

5.1.1.1 Generalidades

El departamento de Guatemala limita al norte con Chinautla y San Pedro Ayampuc, al sur con Santa Catarina Pinula y San Miguel Petapa, al este con Palencia y al oeste con Mixco y Villa Nueva. Posee una extensión territorial de 2,253 km^2 y una población estimada de 13,677,615 habitantes. Es el departamento de la República con mayor densidad poblacional (6,070 habitantes por km^2).[1] Su cabecera departamental es el municipio de Guatemala.

Guatemala: Recibe el nombre del vocablo náhuatl *Quauhtlemallan*, que significa 'lugar de muchos árboles'.[2]

En su región predomina el idioma Español.

5.1.1.2 Antecedentes Históricos

Después de la destrucción de la ciudad de Santiago de los Caballeros, por los terremotos de Santa Marta en 1,773;[2] fue necesario el traslado de Antigua Guatemala a la Ciudad de Guatemala. La Real Cédula expedida por el rey de España Carlos III, el 21 de julio de 1775, autorizó el traslado de la ciudad de Guatemala al valle de La Virgen o de la Ermita.[1,3] Por orden real del 23 de mayo de 1776, la nueva capital recibió el nombre de Nueva Guatemala de la

[1]Proyección de Poblaciones 2007. Instituto Nacional de Estadística (INE).
[2] http://es.wikipedia.org/wiki/Guatemala
[3]Fundación de Guatemala. Disponible en: http://www.lexenesis.com/lexenesis/Paginas/historia/fundaci.htm
[4]Dirección de Planificación, Municipalidad de Guatemala. Fechas y acuerdos para nomenclatura técnica, Guatemala 1992.

Asunción.[4] Uno de los factores determinantes para escoger el asentamiento de la Ciudad en este Valle, fue la existencia de agua en abundante cantidad y relativamente cerca, para surtir a los recién trasladados habitantes y futuros moradores. También se pensó en contar con facilidades para disponer de las aguas servidas.[1]

La Nueva Guatemala de la Asunción fue construida bajo el estilo neoclásico, muy de moda en esa época. Nuestra capital fue destruida parcialmente por los terremotos de 1917-1918[1] por lo que se reconstruyó de acuerdo a nuevos modelos de construcción y urbanización. Después de la Revolución de 1944, que abrió un período de mayor crecimiento urbano en el país, no sólo en relación a la ciudad capital, sino en cuanto a otras ciudades del interior del país, la ciudad de Guatemala aumentó de tamaño e importancia de sus edificios.[1]

Al principiar el nuevo siglo (XX) la ciudad alcanza los 100,000 habitantes y empieza a mostrar los efectos del proceso de modernización iniciado con la Revolución Liberal y la aceptación de formas de vida extranjeras.[2]

Durante la revolución de 1,944, permite el surgimiento de un proceso hacia la industrialización, netamente urbano. Con la caída del Segundo Gobierno Revolucionario en 1,954 y la derogatoria de la Ley de Reforma Agraria, se incrementa notablemente el proceso migratorio a la Capital; posiblemente debido a que durante la vigencia de dicha ley, se motivó a gran cantidad de la población campesina para superar sus condiciones de trabajo.[2]

5.1.1.3 Datos Básicos en Salud

El total de nacimientos para el año 2006 fue de 15,816 niños; menor a la del año 2007 que fue de 17,417 niños. El departamento presenta una tasa de natalidad de 17.86 (x 1000), una tasa de fecundidad de 64.34 y una tasa de mortalidad general en 72, presentando una tasa de crecimiento vegetativo de 0.9%.

Datos demográficos

Demografía	Total
Población total 2008	2,934,047
Población migrante	12,109
Total de Nacimientos 2,006	15,816
Total de Nacimientos 2,007	17,417
Tasa de Natalidad	17.86
Crecimiento Vegetativo	0.9
Tasa de Fecundidad	64.34
No. de Mortinatos	600

Fuente: Memoria de informática y Vigilancia Epidemiológica. Área de Salud de Guatemala, 2007

5.1.2 REGIÓN DE SALUD GUATEMALA NORORIENTE

5.1.2.1 Contextualización del área de estudio

5.1.2.1.1 Generalidades

La Región de Salud Guatemala Nororiente cuenta con una extensión territorial de 785 Km^2, distribuidos en Cabeceras municipales, 98 Aldeas, 47 Caseríos, 43 colonias, 28 cantones, 24 fincas y 42 asentamientos; con una población de 429,276 habitantes para el año 2008, con una densidad poblacional de 585 habitantes por Km^2.

La Región de Salud Guatemala Nororiente está conformada por 7 municipios: Palencia, Fraijanes, San José del Golfo, San José Pinula, Santa Catarina Pinula y Chinautla. Al Norte limita con el municipio de Chuarrancho y San Raymundo; al Este con los departamentos de El Progreso y Jalapa; al Sur con el municipio de Villa Canales y el departamento de Santa Rosa; y al Oeste con la ciudad Capital de Guatemala.

5.1.2.1.2 Datos Básicos en Salud

El total de nacimientos para el año 2007 fue de 5,738 niños; menor a la del año 2006 que fue de 7,742 niños. El área presenta una tasa de natalidad de 13.88 (x 1000), una tasa de fecundidad de 45.54 y una tasa de mortalidad general en 3.45, presentando una tasa de crecimiento vegetativo de 1.04 %.

5.1.2.1.3 Datos demográficos

Demografía	Total
Población total 2008	424,603
Población migrante	3321
Total de Nacimientos 2,006	7744
Total de Nacimientos 2,007	5738
Tasa de Natalidad	13.88
Crecimiento Vegetativo	1.04
Tasa de Fecundidad	41.54
No. de Mortinatos	8

Fuente: Memoria de informática y Vigilancia Epidemiológica. Guatemala Región Nor-Oriente

5.1.2.1.4 Causas de Morbilidad General

Respecto a la morbilidad general, las 3 primeras causas de enfermedades transmisibles, corresponden a infecciones respiratorias agudas, diarreas y bronconeumonías, no existiendo una diferencia significativa entre sexo.

Entre las primeras causas de morbilidad en enfermedades no transmisibles encontramos a la anemia, las lesiones por accidente y a la enfermedad péptica como prevalentes en la población.

No.	Diez Primeras Causas de Morbilidad General	Masculino f	%	Femenino f	%	Total
1	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIO COMUN)	11747	19.31	15872	14.39	27613
2	AMIGDALITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	7383	12.14	11906	10.79	19289
3	INFECCION DE VIAS URINARIAS	1619	2.66	7138	6.47	8757
4	PARASITOSIS INTESTINAL	3120	5.13	4885	4.43	8005
5	GASTRITIS NO ESPECIFICADA,	1682	2.77	5523	5.01	7205
6	ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	2809	4.62	3256	2.95	6065
7	OTITIS MEDIA NO ESPECIFICADA	1673	2.75	2538	2.30	4211
8	CONJUNTIVITIS NO ESPECIFICADA	1497	2.46	2274	2.06	3771
9	AMEBIASIS NO ESPECIFICADA	1396	2.30	2244	2.03	3640
10	ANEMIA TIPO NO ESPECIFICADA	840	1.38	2710	2.46	3550
	RESTO DE CAUSAS	27038		51976		79014
	TOTAL DE CAUSAS	60798		110322		171120

Fuente: Memoria de informática y Vigilancia Epidemiológica. Guatemala Región Nor-oriente año 2007.

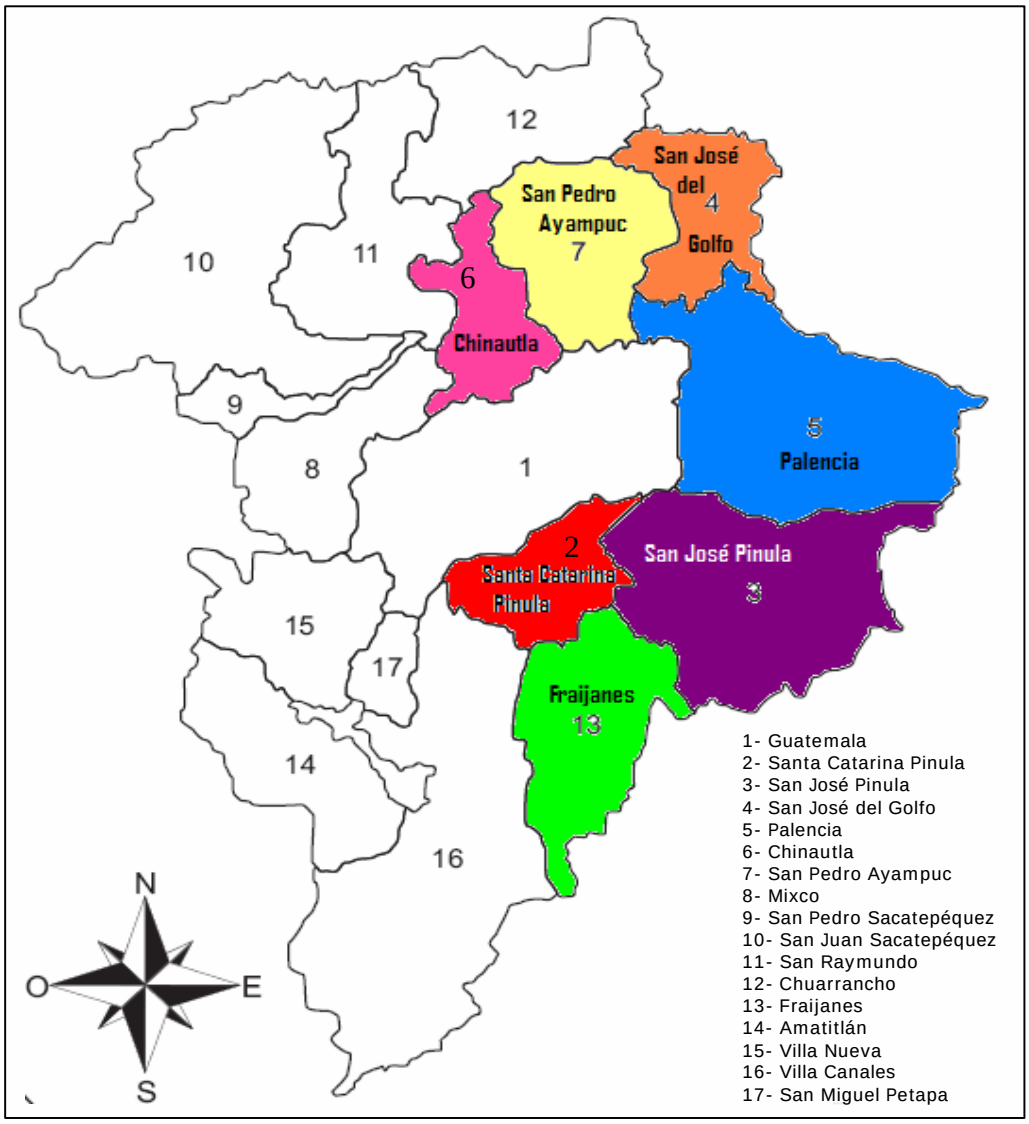
5.1.2.1.5 Causas de Mortalidad General

Las 3 primeras causas de mortalidad general son: Infarto agudo del miocardio, herida por arma de fuego y neumonía. Llama la atención que, presente como segunda causa de muerte las heridas por arma de fuego, esto puede deberse a que algunos de los municipios están considerados como área roja. Entre las causas de mortalidad infantil se encuentran las bronconeumonías, las diarreas y el shock hipovolémico como las 3 primeras causas. Probablemente el shock hipovolémico sea secundario a casos de diarrea, causa de muerte en países en vías de desarrollo pero no así en países desarrollados.

No	Diez Primeras Causas de Mortalidad General	Masculino		Femenino		Total
		f	%	f	%	
1	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	66	7.47	43	7.95	109
2	HERIDA POR ARMA DE FUEGO	72	8.14	8	1.48	80
3	NEUMONIA, BRONCONEUMONIA	47	5.32	30	5.55	77
4	SEPTICEMIA NO ESPECIFICADA. CHOQUE SEPTICO	34	3.85	35	6.47	69
5	DISPARO POR ARMA DE FUEGO, LUGAR DE OCURRE	59	6.67	6	1.11	65
6	ACCIDNETE CEREBROVASCULAR	21	2.38	26	4.81	47
7	TRAUMATISMO/POLITRAUMATISMO	37	4.19	7	1.29	44
8	PARO CARDIACO CON RESUCITACION EXITOSA	20	2.26	20	3.70	40
9	DIABETES MELLITUS	13	1.47	26	4.81	39
10	PARO CARDIACO SIN ESPECIFICACION	16	1.81	16	2.96	32
	RESTO DE CAUSAS	499	56.45	324	54.89	823
	TOTAL DE CAUSAS	884		541		1425

Fuente: Memoria de informática y Vigilancia Epidemiológica. Guatemala Región Nor-Oriente 2007.

5.1.2.1.6 Croquis de la Región de Salud Guatemala Nororiente



Fuente: Municipalidad de Guatemala, elaborado por el Servicio de Información Municipal SIM de Inforpress Centroamericana. http://www.inforpressca.com/municipal

5.1.3 Municipio de Santa Catarina Pinula

5.1.3.1 Contextualización del área de estudio

5.1.3.1.1 Generalidades

El municipio de Santa Catarina Pinula se encuentra ubicado en el área nororiente del departamento de Guatemala, a 12 kilómetros de distancia. Limita al Norte con Guatemala, al Sur con Fraijanes y con Villa Canales y al Este con Palencia y San José Pinula. Posee una extensión territorial de 48 km^2 y una población para el 2008 de 80,781 habitantes.[4]

5.1.3.1.2 Antecedentes Históricos

Santa Catarina Pinula era llamada por los antiguos cronistas como Pankaj o Pinola, igual a Pinula, cuyo significado es “agua de harina” en lengua pipil, la cual influyó sobre la cultura poqomam después de la Conquista.

Cronistas afirman la existencia de la parroquia desde 1660. Siguiendo la costumbre española de usar nombres de santos para identificar a los pueblos, se dispuso, no se sabe en qué fecha, ponerle Santa Catarina Mártir de Alejandría. Existen documentos que datan de 1629, y en algunos de ellos se detalla que el primer templo católico en este municipio se empezó a construir en 1626 y fue destruido por los terremotos de 1773.

5.1.3.1.3 Datos Básicos en Salud

El municipio presenta una tasa de natalidad de 24.45 (x 1000), una tasa de crecimiento vegetativo de 2.22 y una tasa de mortalidad general en 3.35.

[4] Proyección de Poblaciones 2008. Instituto Nacional de Estadística (INE).

5.1.3.1.4 Datos demográficos

Demografía	Total
Población total 2008	80,781
Población migrante	0
Población urbana	44,974
Población rural	18,793
Tasa de Natalidad	24.45
Crecimiento Vegetativo	2.22

Fuente: Memoria de informática y Vigilancia Epidemiológica. Santa Catarina Pinula, año 2006

Respecto a la morbilidad general, las 3 primeras causas de enfermedades transmisibles, corresponden a infecciones respiratorias agudas, diarreas y bronconeumonías.

5.1.3.1.5 Causas de Morbilidad de las Enfermedades Transmisibles

No	Diez Primeras Causas de Morbilidad General de las Enfermedades Transmisibles
1	Amigdalitis aguda
2	Resfrío común
3	Diarreas
4	Neumonía
5	Anemia
6	Infección de vías urinarias
7	Amebiasis
8	Lesiones por accidentes
9	Micosis
10	Dermatosis

Fuente: Memoria de informática y Vigilancia Epidemiológica.
Santa Catarina Pinula, año 2006

Entre las primeras causas de morbilidad en enfermedades no transmisibles encontramos a las lesiones por accidente, obesidad y a la enfermedad péptica como prevalentes en la población.

Las 3 primeras causas de mortalidad general son: bronconeumonías, trauma de cráneo y heridas por arma de fuego. Entre las causas de mortalidad infantil se encuentran las bronconeumonías, las diarreas y el shock hipovolémico como las 3 primeras causas. Probablemente el shock hipovolémico sea secundario a casos de diarrea, causa de muerte en países en vías de desarrollo pero no así en países desarrollados.

No.	Diez Primeras Causas de Mortalidad General
1	Heridas por arma de fuego
2	Infarto Agudo de Miocardio
3	Eventos cerebrovasculares
4	Diabetes Mellitas
5	Insuficiencia Cardíaca Congestiva
6	Cancer Gástrico
7	Heridas por arma blanca
8	Shock séptico
9	Politraumatismo
10	Senilidad

Fuente: Memoria de informática y Vigilancia Epidemiológica.
Santa Catarina Pinula, año 2006.

5.1.4 Municipio de San José Pinula

5.1.4.1 Contextualización del Área de Estudio

5.1.4.1.1 Generalidades

El municipio de San José Pinula se encuentra ubicado en el área nororiente del departamento de Guatemala. A 22 kilómetros de la ciudad capital. Tiene una extensión territorial de 220 $km^{2.}$ Los límites territoriales de la región son: Al Norte con los Municipios de Palencia y Guatemala, Departamento de Guatemala, al Este con el Municipio de Mataquescuintla, Departamento de Jalapa, al Sur con el Municipio de Santa Rosa de Lima, Departamento de Santa Rosa, al Oeste con los Municipios de Fraijanes y Santa Catarina Pinula, Departamento de Guatemala.

El municipio está conformado por 20 Aldeas: Santa Inés Pinula, Cienaga Grande, El Platanar, Las Anonas, El Pino, San Luis, Santa Rita, Contreras, Concepción Pinula, El Sombrerito, La Primavera, El Zapote, El Colorado I y II, Joya de los Cedros, El Socorro San Shin, El Carmen, Río Frío, Cruz Alta y Las Nubes. Todos cuentan con los servicios básicos. Existen además 6 caseríos siendo ellos: el Cedrito, el Tablón, las Flores, los Laureles, Letran y Puerta Negra.

La población total de San José Pinula es de 63, 448 habitantes, tiene una densidad demográfica de 288 habitantes/km^2 y un crecimiento vegetativo de 2.22.

5.1.4.1.2 Antecedentes Históricos

El 27 de marzo de 1552 el prelado Don Francisco Marroquín escribió una carta al emperador de España solicitándole la asistencia de la Compañía de Jesús para la educación de los hijos de españoles nacidos en tierras guatemaltecas. Con la llegada de los Jesuitas a Guatemala, las familias de mayor poder económico otorgaron donativos, los que fueron usados para adquirir propiedades donde asentarse.

El Valle de San José Pinula fue adquirido por los Jesuitas, quienes construyeron tres monasterios; el primero y mayor de éstos es lo que ahora se conoce como *Hacienda Nueva,* donde aún se conservan imágenes religiosas de aquel entonces. Otro monasterio es el de la finca *Las Mercedes* y el tercero estaba ubicado en la parte alta de San José Pinula.

Estas tierras eran cultivadas con legumbres y granos básicos, además la elaboración de productos lácteos por los Jesuitas, para la distribución y mantenimiento de los monasterios establecidos.

En 1767 Carlos II de España exilió al grupo de Jesuitas que radicaban en Guatemala y el Valle de San José Pinula pasó a ser propiedad del Estado y de allí a manos de personas particulares quienes fueron comprando y fraccionando terrenos, formando fincas que aún existen.

Durante el gobierno del Presidente, General Manuel Lisandro Barillas (1885-1892), se firmó el acuerdo gubernativo donde se reconoce como municipio a San José Pinula, ubicándose la cabecera municipal a 22 kilómetros de la Plaza Mayor de la capital guatemalteca, estando a 2800 msnm. (Información Proporcionada en la Municipalidad de San José Pinula.

5.1.4.1.3 Datos Básicos en Salud

El total de nacimientos para el año 2007 fue de 1590 niños; mayor a la del año 2006 que fue de 1550 niños. El municipio presenta una tasa de natalidad de 25.87 (x 1000), una tasa de fecundidad de 97.79 y una tasa de mortalidad general en 3.62, presentando una tasa de crecimiento vegetativo de 2.22 %.

5.1.4.1.4 Datos demográficos

Demografía	Total
Población total 2008	63,448
Población migrante	0
Total de Nacimientos 2,006	1550
Total de Nacimientos 2,007	1590
Tasa de Natalidad	25.87
Crecimiento Vegetativo	2.22
Tasa de Fecundidad	97.79
No. de Mortinatos	3

Fuente: Memoria de informática y Vigilancia Epidemiológica. Municipio de San José Pinula año 2007

Entre las primeras causas de morbilidad general se encuentran el Resfriado Común, las infecciones del tracto urinario y la amigdalitis aguda, estas causas son muy similares a las que prevalecen en todo el país.

5.1.4.1.5 Causas de morbilidad general

Primeras 10 causas de Morbilidad General En El Municipio de San José Pinula Durante los Meses de Enero a Diciembre del año 2007

Enfermedad	No. Casos	%
Resfriado Común	1814	14.21
Infección del Tracto Urinario	825	6.46
Amigdalitis aguda	796	6.24
Enfermedad Péptica	557	4.36
Parasitismo Intestinal	504	3.95
Lesiones por Accidente	462	3.62
Vaginitis	454	3.56
Amebiasis	425	3.33
Trastorno de Depresión y Ansiedad	355	2.78
Otitis Media	301	2.36
Resto de Causas	6269	
TOTAL	12762	100

Fuente: Reporte Anual del Centro de Salud de San José Pinula Enero - Diciembre 2007

Entre las principales causas de mortalidad general se encuentra el infarto agudo al miocardio, heridas por arma de fuego y cirrosis hepática, llama la atención que como segunda causa de mortalidad se encuentran las heridas por arma de fuego esto puede deberse a que llegan maras de otras comunidades y producen enfrentamientos armados dentro de la comunidad.

5.1.4.1.6 Causas de mortalidad general

Primeras 10 causas de Mortalidad General En El Municipio de San José Pinula Durante los Meses de Enero a Diciembre del año 2007

Causa	No. Casos	%
Infarto Agudo al Miocardio	22	22.92
Heridas Por Arma de Fuego	21	21.88
Cirrosis Hepática	12	12.50
Accidente Cerebrovascular	7	7.29
Senilidad	7	7.29
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	6	6.25
Shock Séptico	6	6.25
Cáncer Gástrico	5	5.21
Diabetes Mellitus	5	5.21
Insuficiencia Cardíaca Congestiva	5	5.21
Resto de Causas	127	
TOTAL	223	100

Fuente: Reporte Anual del Centro de Salud de San José Pinula Enero - Diciembre 2007

5.1.5 Municipio de San José del Golfo

5.1.5.1 Contextualización del área de estudio

5.1.5.1.1 Generalidades

El municipio de San José del Golfo se encuentra ubicado en el área nororiente del departamento de Guatemala. A 28 kilómetros de la Ciudad capital. Limites**:** San José del Golfo, limita al norte con el municipio de Sanarate; al este con San Antonio La Paz (ambos municipios del Departamento de El Progreso); al sur con Palencia y al oeste con Chuarrancho y San Pedro Ayampuc. Posee una extensión territorial de 84 km^2 y una población estimada para el 2008 de 5,596 habitantes. Con una densidad poblacional de (67 habitantes por km^2).[5]

El nombre de San José del Golfo se debe a que, este lugar fue durante mucho tiempo en la época Colonial, ruta obligada de tránsito y escala de descenso en el viaje hacia el Golfo de Izabal y el Castillo de San Felipe, cuya comunicación era necesaria con el Reino de Guatemala y San José, debido a que este lugar se fundó una Iglesia asignada al señor San José.

5.1.5.1.2 Antecedentes Históricos

El Municipio de San José del Golfo, fue creado durante el Gobierno del General Justo Rufino Barrios, por Decreto No. 683 del 17 de Marzo de 1,882; por problemas Jurisdiccionales San José del Golfo, fue anexado al Departamento de El Progreso el 13 de Abril de 1,908, sin embargo años mas tarde por decreto No. 756 el 9 de Junio de 1,920 paso a formas parte del Departamento de Guatemala. Durante el período hispánico era una hacienda que primero perteneció a la Compañía de Jesús y luego al Convento de Santo Domingo de la actual Ciudad de Guatemala.

[5] Proyección de Poblaciones 2007. Instituto Nacional de Estadística (INE).

Fue destruido casi en su totalidad por el terremoto del 4 de febrero de 1976. Su nombre proviene del hecho que durante mucho tiempo el lugar fue paso obligado de tránsito y descanso en el viaje hacia el Golfo de Izabal y el Castillo de San Felipe.

5.1.5.1.3 Datos Básicos en Salud

El municipio presenta una tasa de natalidad de 23 (x 1000), una tasa de fecundidad de 77.5 y una tasa de mortalidad general en 7.7, presentando una tasa de crecimiento vegetativo de 2.16 %.

5.1.5.1.4 Datos demográficos

Demografía	Total
Población total 2008	5,596
Población migrante	0
Total de Nacimientos 2,005	59
Total de Nacimientos 2,006	63
Tasa de Natalidad	23
Crecimiento Vegetativo	2.16
Tasa de Fecundidad	77.54
No. de Mortinatos	2

Fuente: Memoria de informática y Vigilancia Epidemiológica. Municipio de San José del Golfo, año 2006

Respecto a la morbilidad general, las 3 primeras causas de enfermedades transmisibles, corresponden a infecciones respiratorias agudas, seguido de las enfermedades de la Piel.

5.1.5.1.5 Causas de Morbilidad General

	Diez Primeras Causas de Morbilidad General	Frecuencia	%
1	Amigdalitis	3940	18
2	Resfrío común	2624	12
3	Enfermedad Péptica	1261	6
4	Infección del Tracto Urinario	1148	5
5	Parasitismo	1136	5
6	Asma	931	4
7	Otitis Media	898	4
8	Amebiasis	711	3
9	Dermatitis	672	3
10	Hipertensión	528	2
	TOTAL DE CAUSAS	13849	100

Fuente: Memoria de informática y Vigilancia Epidemiológica. Municipio de San José del Golfo, año 2006

Las 3 primeras causas de mortalidad general son: ECV, Septicemia y desnutrición. Llama la atención que siendo San José del Golfo un municipio cercano a Guatemala y accesible, presente como Tercer causa de muerte la desnutrición. Entre las causas de mortalidad infantil se encuentran las Septicemias.

	Diez Primeras Causas de Mortalidad General	No. Muertes Total	%
1	Enfermedad Cerebrovascular	5	12
2	Septicemia	4	10
3	Desnutrición	4	10
4	Infarto Agudo al Miocardio	3	7
5	Diabetes	3	7
6	Neumonías	3	7
7	Insuficiencia Cardíaca Congestiva	2	5
8	Insuficiencia Renal	2	5
9	Hipertensión	2	5
10	EPOC	1	2
TOTAL DE CAUSAS		29	100

Fuente: Memoria de informática y Vigilancia Epidemiológica. Municipio de San José del Golfo, año 2006

5.1.6 Municipio de San Pedro Ayampuc

5.1.6.1 Contextualización del área de estudio

5.1.6.1.1 Generalidades

El municipio de San Pedro Ayampuc se encuentra ubicado en el área nororiente del departamento de Guatemala. A 23 kilómetros de la Ciudad capital. El cual colinda al norte con Chuarrancho al este con San José del Golfo y Palencia, y al oeste con Chinautla. Posee una extensión territorial de 73 km2 y una población estimada para el 2008 de 62,963 habitantes. Cuenta con 17 fincas, 16 colonias, 15 cantones, 14 aldeas y 5 caseríos. Tiene una elevación de 1,160 a 1,600 metros sobre el nivel del mar.

5.1.6.1.2 Antecedentes Históricos

El origen del pueblo de Ayampuc, se remota antes de la época colonial, como producto de algunas controversias entre Quichés y Cakchiqueles, denominándose inicialmente como YAMPUC, posteriormente se originó en gran insurrección debido a algunas diferencias de liderazgo y sectarismo, comandada por el líder indígena CAY-JUNAJUP, (protector de los plebeyos o gente común), pero este fue derrotado y muerto. Junto con un gran número de guerreros, esto dio como resultado el aparecimiento de un nuevo reino, el REINO DE AYAMPUC, el cual abarca gran parte de los actuales municipios de Chimaltenango Sácate peques y Guatemala, cuya corte principal estaba asentada allí, en cuyo frente estaría el jefe principal o ACHI-CALEY (señor principal), a quienes hallo el conquistador Pedro de Alvarado envueltos en guerras internas y ya sin fuerzas para seguir luchando y ante la superioridad de las armas de sus adversarios optaron por rendirse, no obstante, los naturales de Ayampuc presentaron férrea resistencia a la denominación española, según escritos y referencias históricas del cronista español Fray Francisco Ximenes en su obra Historia de la provincia de San Vicente de Chiapas y

Guatemala. Una vez pacificados los pueblos, se ordenó la formación de pueblos organizados y urbanizados al estilo europeo, contraviniendo la voluntad de los indígenas acostumbrados a vivir en forma dispersa, sin embargo, los conquistadores se maravillaron de encontrar a su llegada hermosas ciudades muy pobladas y fortificadas; fue donde Pedro Ramírez Quiñones en 1540, el encomendado a convencer a lo Caciques para la organización de sus pueblos, con las características que aun, hoy en día se conservan, nombrándolo según el Santo de las fecha de fundación; así surgió en 1549 conservando aun su nombre indígena original, con la diferencia de agregarle la letra "A", como una adaptación al idioma español. (Según algunos naturales, YAMPUC, en idioma Cakchiquel significa, LUGAR O PUEBLO ENTRE CERROS), ya que, efectivamente el actual municipio de San Pedro Ayampuc está rodeado de cerros y cubiertos de hermosos árboles de diferentes especies.

5.1.6.1.3 Datos Básicos en Salud

El municipio presenta una tasa de natalidad de 18.65 (x 1000), una tasa de fecundidad de 52.22 y una tasa de mortalidad general en 3.49, presentando una tasa de crecimiento vegetativo de 2.90.

5.1.6.1.4 Datos demográficos

Demografía	Total
Población total 2008	62,963
Población migrante	0
Total de Nacimientos 2,006	1,133
Total de Nacimientos 2,007	830
Tasa de Natalidad	18.65
Crecimiento Vegetativo	2.90
Tasa de Fecundidad	52.22
No. de Mortinatos	2

Fuente: Memoria de informática y Vigilancia Epidemiológica. Municipio de San Pedro Ayampuc, año 2007

Respecto a la morbilidad general, las 3 primeras causas de enfermedades transmisibles, corresponden a infecciones respiratorias agudas, esto similar al resto de la población.

5.1.6.1.5 Causas de Morbilidad General

	Diez Primeras Causas de Morbilidad General	Frecuencia	%
1	Resfriado común	1847	22
2	Amigdalitis	1659	20
3	Faringitis	1050	13
4	Gastritis	705	8
5	Bronquitis	583	7
6	Infección Urinaria	576	7
7	Parasitismo	505	6
8	Enteritis	477	6
9	Amebiasis	466	6
10	Micosis	462	6
	TOTAL DE CAUSAS	8330	100

Fuente: Memoria de informática y Vigilancia Epidemiológica. Municipio de San Pedro Ayampuc, año 2007

Las 3 primeras causas de mortalidad general son: Heridas por arma de fuego, bronconeumonía y causas Maldefinidas.

	Diez Primeras Causas de Mortalidad General	No. Muertes Total	%
1	Heridas por arma de fuego	22	19
2	Bronconeumonía	17	15
3	Maldefinidas	13	12
4	Accidente cerebrovascular	12	11
5	Cirrosis hepática	10	9
6	Trauma craneoencefálico	10	9
7	Tumor maligno	9	8
8	Infarto Agudo al Miocardio	8	7
9	Senilidad	7	6
10	Hipertensión Arterial	5	4
TOTAL DE CAUSAS		113	100

Fuente: Memoria de informática y Vigilancia Epidemiológica. Municipio de San Pedro Ayampuc, año 2007

5.1.7 Municipio de Chinautla

5.1.7.1 Contextualización del área de estudio

5.1.7.1.1 Generalidades

El municipio de Chinautla se encuentra ubicado en el área nororiente del departamento de Guatemala. El cual colinda al norte con Chuarrancho al este con San Pedro Ayampuc, al sur con Guatemala y al oeste con los municipios de Mixco, San Pedro Sacatepéquez y Guatemala. Posee una extensión territorial de 80 km2 y una población estimada para el 2008 de 115,843 habitantes. Tiene una elevación de 1,220 metros sobre el nivel del mar.

5.1.7.1.2 Antecedentes Históricos

Cuando los Pokomanes ocupaban la región comprendida entre el Río Pixcaya y el Río Motagua, en lo que hoy es Chimaltenango allá por el año 1,526. Pedro de Alvarado fundó la población de Chinautla, en el peaje conocido con el nombre de la Cruz, en un área llena de hondonadas y bordeada de cerros, situado en la parte norte del actual departamento de Guatemala. Al llegar la Real Cédula de rey de España al Cabildo de Guatemala en 1,629, ésta exigía la recaudación de los Derechos Reales sobre Tierras. Las tierras pertenecientes a la población de Chinautla fueron medidas, otorgándoles por mandato del Oidor y Juez Privativo de tierras, don Tomás Ignacio de Arana, el 21 de mayo de 1,722 un Primer Título con una extensión de dos caballerías. Dicho título fue confirmado por Felipe Quinto, luego en 1,753 el 16 de mayo fue extendido a Chinautla, un segundo titulo, dándole cuarenta caballerías por el Oidor y Alcalde de la Corte don Jacobo Huertas; fue así como Chinautla obtuvo treinta y ocho caballerías más.
Su nombre se deriva del Poqoman Xina= Agua caliente Jutla= jute o caracol de agua lo que diría jute de agua caliente. También se dice que proviene del náhuatl Chicunauh-tla plural del numeral chicunauj, que significa nueve, otra de las acepciones es

Chicunauh-tla que también significa “confinado por cercas” esto porque en el pasado existían grandes extensiones divididas por cercas elaboradas con árboles de izote. (Información recabada en la Municipalidad de Chinautla)

5.1.7.1.3 Datos Básicos en Salud

El municipio presenta una tasa de natalidad de 8.05 (x 1000), y una tasa de mortalidad general de 6.5, presentando una tasa de crecimiento vegetativo de 2.2

5.1.7.1.4 Datos demográficos

Demografía	Total
Población total 2008	115,843
Población migrante	0
Total de Nacimientos 2,006	1,133
Total de Nacimientos 2,007	830
Tasa de Natalidad	8.05
Crecimiento Vegetativo	2.2
No. de Mortinatos	2

Fuente: Memoria de informática y Vigilancia Epidemiológica. Municipio de Chinautla año 2007

Respecto a la morbilidad general, las 3 primeras causas son las enfermedades de vías superiores, enfermedad diarreica liquida aguda y como tercer causa parasitismo.

5.1.7.1.5 Causas de Morbilidad General

	Diez Primeras Causas de Morbilidad General	Frecuencia	%
1	Enfermedad de vías superiores	1100	15
2	Enfermedades diarreicas liquidas agudas	931	13
3	Parasitosis	880	12
4	Dermatomicosis	853	12
5	Anemia	792	11
6	Hipertensión arterial	671	9
7	Enfermedad péptica	649	9
8	Cefalea	467	7
9	Infección del Tracto Urinario	406	5
10	Sarcoptiosis	288	4
	TOTAL DE CAUSAS	7037	100

Fuente: Memoria de informática y Vigilancia Epidemiológica. Municipio de Chinautla, año 2007

Las 3 primeras causas de mortalidad general son: Heridas por arma de fuego, septicemia y paro cardiaco. Llama la atención que predomine como primera causa de muerte las heridas por arma de fuego, esto puede deberse a que el municipio esta considerado como área roja.

	Diez Primeras Causas de Mortalidad General	No. Muertes Total	%
1	Disparo de arma de fuego	41	54
2	Septicemia no especificada	7	9
3	Paro cardiaco con resucitación exitosa	6	8
4	Infarto agudo del miocardio sin otra especificación	5	7
5	Choque hipovolemico	4	5
6	Neumonía y bronconeumonía	3	4
7	Asfixia por ahorcamiento	3	4
8	Pancreatitis aguda	3	4
9	Infarto agudo del miocardio	2	3
10	Trombocitopenia no especificada	2	3
TOTAL DE CAUSAS		76	100

Fuente: Memoria de informática y Vigilancia Epidemiológica. Municipio de Chinautla, año 2007

5.1.8 Municipio de Fraijanes

5.1.8.1 Contextualización del área de estudio

5.1.8.1.1 Generalidades

El municipio de Fraijanes se encuentra ubicado en el área nororiente del país. A 29 kilómetros de la Ciudad capital. Limita al noreste con el municipio de Santa Catarina Pinula, al sur con el municipio de Santa Elena Barillas, y al oeste con el municipio de Villa Canales. Posee una extensión territorial de 92 km^2 y una población para el 2008 de 40,114 habitantes.

5.1.8.1.2 Antecedentes Históricos

Fraijanes tiene su origen en el año 1770, cuando un grupo de Frailes Juanes llegaron al pueblo con la tarea de velar por el bien espiritual de la población, ganando con ellos el respeto y aprecio de cada uno de sus vecinos. Es por ello que la misma historia se encargó de bautizarla con el nombre titular FRAIJANES.

El Municipio de Fraijanes fue creado el 12 de Junio de 1924, pues Fraijanes era hasta ese entonces, una Aldea que pertenecía al Municipio de Villa Canales; al momento de su creación perteneció al Departamento de Amatitlán (Hoy Municipio de Amatitlán).

A menos de un año de su creación Fraijanes fue anexado al Departamento de Guatemala el 23 de abril de 1925 y el 15 de Julio de 1925 durante el Gobierno del Presidente José María Orellana se establecieron nuevos linderos del Municipio.

5.1.8.1.3 Datos Básicos en Salud

El total de nacimientos para el año 2007 fue de 1,080 niños; menor a la del año 2006 que fue de 2,125 niños. El municipio presenta una tasa de natalidad de 22 (x 1000), una tasa de fecundidad de 65.4 y una tasa de mortalidad general de 3, presentando una tasa de crecimiento vegetativo de 2.1 %.

5.1.8.1.4 Datos demográficos

Demografía	Total
Población total 2008	40,114
Población migrante	10
Total de Nacimientos 2,006	2,125
Total de Nacimientos 2,007	1,080
Tasa de Natalidad	22
Crecimiento Vegetativo	2.1
No. de Mortinatos	0

Fuente: Memoria de informática y Vigilancia Epidemiológica. Municipio de Fraijanes, año 2007

Respecto a la morbilidad general, las 3 primeras causas de enfermedades transmisibles, corresponden a infecciones respiratorias agudas, diarreas y bronconeumonías, no existiendo una diferencia significativa entre sexo.

5.1.8.1.5 Causas de Morbilidad General

No	Primeras Causas de Morbilidad General	Frecuencia Masculinos	%	Frecuencia Femeninos	%	Total
1	Neumonías	6200	44	1266	56	38303
2	Diarreas	431	49	383	51	8614
3	IRAS	797	50	812	50	4009
4	ITU	771	39	998	61	3269
5	Enfermedades Pépticas	121	45	239	55	1160
6	Lumbago	105	40	227	60	262
7	Enfermedades de la Piel	52	43	85	57	220

Fuente: Memoria de Labores y Vigilancia Epidemiológica. Municipio de Fraijanes, año 2007.

Las 3 primeras causas de mortalidad general son: neumonías, enfermedad cerebrovascular y diabetes. Entre las causas de mortalidad infantil se encuentran las bronconeumonías, las diarreas y el shock hipovolémico como las 3 primeras causas.

No.	Primeras Causas de Mortalidad General	No. Muertes Masculinas	%	No. Muertes Femeninas	%	Total
1	Neumonías	31	50	7	50	38
2	Enfermedad Cerebrovascular	4	54	2	46	6
3	Diabetes Mellitus	3	47	2	53	5
4	Hemorragia Gastrointestinal Superior	9	44	2	56	11
5	Septicemia	4	40	1	60	5
6	Hipertensión Arterial	3	36	1	64	4
7	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	2	77	1	23	3
RESTO DE CAUSAS		56	59	16	41	72
TOTAL DE CAUSAS		112	56	32	44	144

Fuente: Memoria de labores 2007 y Vigilancia Epidemiológica. Municipio de Fraijanes, año 2007.

5.1.9 Municipio de Palencia

5.1.9.1 Contextualización del área de estudio

5.1.9.1.1 Generalidades

El municipio de Palencia se encuentra ubicado en el área nororiente del departamento de Guatemala, a 30 kilómetros de distancia. Limita al norte con San José del Golfo y San Antonio la Paz; al este con Sanarate y San José Pinula; al sur con este último y Santa Catarina Pinula; y al oeste con Santa Rosita, Canalitos y Las Vacas. Posee una extensión territorial de 256 km^2 y una población para el 2008 de 55,558 habitantes.[6]

5.1.9.1.2 Antecedentes Históricos

Fue a su principio una hacienda bautizada con el nombre de San José, de población escasa. Comprada en 1624 por Mathías de Palencia, a los pocos años no se le conocía sino por el nombre de "HACIENDA DE PALENCIA" y luego, sólo por PALENCIA que conserva hasta hoy. Mathías de Palencia era seguramente un hacendado rico que poseía 115 caballerías llamadas "Agua Caliente" compro el 26 de octubre de 1674 la gran hacienda de 144 caballerías ubicadas en su vecindad y que tenía por nombre San José, en la cantidad de 13,000 pesos de 8 reales.

5.1.9.1.3 Datos Básicos en Salud

El municipio presenta una tasa de natalidad de 28.76 (x 1000), una tasa de crecimiento vegetativo de 2.3 y una tasa de mortalidad general en 4.56.

[6] Proyección de Poblaciones 2008. Instituto Nacional de Estadística (INE).

5.1.9.1.4 Datos demográficos

Demografía	Total
Población total 2008	55,858
Población migrante	0
Población urbana	39,500
Población rural	15,337
Tasa de Natalidad	28.76
Crecimiento Vegetativo	2.3

Fuente: Memoria de informática y Vigilancia Epidemiológica. Palencia, año 2007.

Respecto a la morbilidad general, las 3 primeras causas de enfermedades transmisibles, corresponden a infecciones respiratorias agudas, diarreas y bronconeumonías.

5.1.9.1.5 Causas de Morbilidad de las Enfermedades Transmisibles

No	Diez Primeras Causas de Morbilidad General de las Enfermedades Transmisibles
1	Amigdalitis aguda
2	Resfrío común
3	Diarreas
4	Neumonía
5	Anemia
6	Infección de vías urinarias
7	Amebiasis
8	Lesiones por accidentes
9	Micosis
10	Dermatosis

Fuente: Memoria de informática y Vigilancia Epidemiológica Palencia, año 2007.

Las 3 primeras causas de mortalidad general son: Heridas por arma de fuego, infarto agudo de miocardio y eventos cerebrovasculares. Entre las causas de mortalidad infantil se encuentran las bronconeumonías, las diarreas y el shock hipovolémico como las 3 primeras causas.

No.	Diez Primeras Causas de Mortalidad General
1	Heridas por arma de fuego
2	Infarto Agudo de Miocardio
3	Eventos cerebrovasculares
4	Diabetes Mellitus
5	Insuficiencia Cardíaca Congestiva
6	Cáncer Gástrico
7	Heridas por arma blanca
8	Shock séptico
9	Politraumatismo
10	Senilidad

Fuente: Memoria de informática y Vigilancia Epidemiológica. Palencia, año 2007.

5.2 Presentación de Resultados

La recolección de datos en la Región de Salud Guatemala Nororiente se realizó durante dos semanas. Los Municipios más grandes en extensión territorial son Palencia y San José Pinula (en donde también se encontró el mayor número de médicos). Fue necesario la realización de varias visitas, en ocasiones hasta 3 para un médico. La forma de recolección de datos fue realizando búsqueda activa, primero por las avenidas y luego por las calles de los municipios. Todos los municipios cuentan con médicos, pero donde se hizo más difícil recolectar datos fue en Fraijanes, ya que de los médicos encontrados, 7 no colaboraron; en Chinautla se habían reportado 3 médicos, según información proporcionada por el Colegio de Médicos, pero al realizar la búsqueda se encontró 38 médicos, de los cuáles se logró encuestar a 18; en el Hospital de especialidades INDERMA (Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel) se reportaron 22, pero sólo se encontró a 6. En San José Pinula se reportó 35 médicos, pero solamente 31 se encuentran laborando en la región y 27 (87%) colaboraron. En Santa Catarina Pinula se encontró 13 médicos de los que únicamente 9 (69%) proporcionaron datos. En San Pedro Ayampuc se encuestó a 8 médicos, de los cuales dos laboran en el Centro de Salud y uno de ellos posee subespecialidad en cirugía oncológica, también se encuestó a una medica que labora en una ONG en la comunidad La Lagunilla. En el municipio de Palencia se encontró 8 médicos y en San José del Golfo a 5 médicos, los cuales laboran en el Centro de Salud localizado en la cabecera municipal.

En total se ubicó a 116 médicos de los que únicamente 89 (77%) proporcionaron datos.

A continuación se presentan los cuadros de los datos obtenidos en los municipios de Fraijanes, Chinautla, San José Pinula, San José del Golfo, Palencia, San Pedro Ayampuc y Santa Catarina Pinula de la Región de Salud Guatemala Nororiente organizados con base en las dimensiones demográficas, laborales y académicas.

Cuadro 1

Distribución de los médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente según edad y sexo, abril 2008

junio 2008

Grupos de Edad	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
< 30	1	1	4	5	5	6
31-40	8	9	11	12	19	21
41-50	22	25	17	19	39	44
51-60	17	19	2	2	19	21
61-70	5	6	0	0	5	6
71-80	2	2	0	0	2	2
> 81	0	0	0	0	0	0
Total	55	62	34	38	89	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 2

Distribución de los médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente según estado conyugal y sexo, abril 2008

junio 2008

Grupos de Edad	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
solteros	3	3	10	11	13	14
unidos	0	0	4	4	4	4
casados	48	54	19	21	67	75
divorciados	1	2	1	2	2	4
separados	3	3	0	0	3	3
viudos	0	0	0	0	0	0
Total	55	62	34	38	89	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 3

Distribución de los médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente según la localización de residencia y sexo, abril 2008

junio 2008

Localización de Residencia	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Urbano	49	55	33	37	82	92
Rural	6	7	1	1	7	8
Total	55	62	34	36	89	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 4

Distribución de los médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente que laboran o no laboran como médicos según sexo, abril 2008

junio 2008

Tipo de labor	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Laboran como médicos	55	62	34	38	89	100
No Laboran como médicos	0	0	0	0	0	0
Total	55	62	34	38	89	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 5

Distribución de médicos con otra profesión u oficio según sexo de la Región de Salud Guatemala Nororiente, abril 2008

junio 2008.

NO SE ENCONTRARON DATOS

Cuadro 6

Distribución de los médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente según sexo y número de lugares en los que laboran, abril 2008

junio 2008

Lugares de labor	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
1 lugar	23	26	17	19	40	45
2 lugares	24	27	13	15	37	42
3 lugares	7	8	3	3	10	11
4 lugares	1	1	1	1	2	2
5 lugares	0	0	0	0	0	0
6 lugares	0	0	0	0	0	0
Total	55	62	34	38	89	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 7

Distribución de los médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente según lugar, Institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, abril 2008

junio 2008

MASCULINO																					
LUGAR				INTITUCION										PRACTICA PROFESIONAL							
Urbano		Rural		Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Clínica		Docencia		Investigación		Administración	
f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
51	93	4	7	14	25	5	9	13	24	1	2	22	40	50	91	0	0	0	0	5	9

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 8

Distribución de las médicas de la Región de Salud Guatemala Nororiente según lugar, Institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, abril 2008

junio 2008

FEMENINO																					
LUGAR				INTITUCION										PRACTICA PROFESIONAL							
Urbano		Rural		Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Clínica		Docencia		Investigación		Administración	
f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
32	94	2	6	8	24	8	24	9	26	2	6	7	20	33	97	0	0	0	0	1	3

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 9

Distribución del total de médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente según lugar, Institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, abril 2008

junio 2008

Total																					
LUGAR				INTITUCION										PRACTICA PROFESIONAL							
Urbano		Rural		Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Clínica		Docencia		Investigación		Administración	
f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
83	97	6	3	22	25	13	15	22	25	3	3	29	32	83	93	0	0	0	0	6	7

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 10

Distribución de los médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente según lugar e institución donde laboran, abril 2008

junio 2008

Tipo de Institución	Masculino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Estatal	12	22	2	4	14	26
Autónoma	5	9	0	0	5	9
Privado	13	23	0	0	13	23
ONG	1	2	0	0	1	2
No Institucional	20	36	2	4	22	40
Total	51	92	4	8	55	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 11

Distribución de las médicas de la Región de Salud Guatemala Nororiente según lugar e institución donde laboran, abril 2008

junio 2008

Tipo de Institución	Femenino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Estatal	7	21	1	3	8	24
Autónoma	8	23	0	0	8	23
Privado	9	26	0	0	9	26
ONG	1	3	1	3	2	6
No Institucional	7	21	0	0	7	21
Total	32	94	2	6	34	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 12

Distribución del total de médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente según lugar e institución donde laboran, abril 2008

junio 2008

Tipo de Institución	Total					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Estatal	19	21	3	4	22	25
Autónoma	13	15	0	0	13	15
Privado	22	25	0	0	22	25
ONG	2	2	1	1	3	3
No Institucional	27	30	2	2	29	32
Total	83	93	6	7	89	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 13

Distribución de los médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente según lugar y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio 2008

Tipo de Práctica Profesional	Masculino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Clínico	47	85	3	5	50	90
Docencia	0	0	0	0	0	0
Investigación	0	0	0	0	0	0
Administración	4	8	1	2	5	10
Total	51	93	4	7	55	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 14

Distribución de las médicas de la Región de Salud Guatemala Nororiente según lugar y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio 2008

Tipo de Práctica Profesional	Femenino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Clínico	31	91	2	6	33	97
Docencia	0	0	0	0	0	0
Investigación	0	0	0	0	0	0
Administración	1	3	0	0	1	3
Total	32	94	2	6	34	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 15

Distribución del total de médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente según lugar y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio 2008

Tipo de Práctica Profesional	Total					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Clínico	78	87	5	6	83	93
Docencia	0	0	0	0	0	0
Investigación	0	0	0	0	0	0
Administración	5	6	1	1	6	7
Total	83	93	6	7	89	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 16

Distribución de los médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente según institución donde laboran y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio 2008

Tipo de Institución	Masculino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Estatal	10	18	0	0	0	0	4	7	14	25
Autónoma	5	9	0	0	0	0	0	0	5	9
Privado	12	22	0	0	0	0	1	2	13	24
ONG	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2
No Institucional	22	40	0	0	0	0	0	0	22	40
Total	50	91	0	0	0	0	5	9	55	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 17

Distribución de las médicas de la Región de Salud Guatemala Nororiente según institución donde laboran y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio 2008

Tipo de Institución	Femenino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Estatal	8	24	0	0	0	0	0	0	8	24
Autónoma	7	21	0	0	0	0	1	3	8	24
Privado	9	26	0	0	0	0	0	0	9	26
ONG	2	6	0	0	0	0	0	0	2	6
No Institucional	7	20	0	0	0	0	0	0	7	20
Total	33	97	0	0	0	0	1	3	34	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 18

Distribución del total de médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente según institución donde laboran y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio 2008

Tipo de Institución	Total									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Estatal	18	20	0	0	0	0	4	5	22	25
Autónoma	12	14	0	0	0	0	1	1	13	15
Privado	21	24	0	0	0	0	1	1	22	25
ONG	3	3	0	0	0	0	0	0	3	3
No Institucional	29	32	0	0	0	0	0	0	29	32
Total	83	93	0	0	0	0	6	7	89	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 19

Distribución de los médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente

según grado académico y sexo, abril 2008

junio 2008

Grado Académico	Masculino		Femenino		Total	
	fF	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Sólo Licenciatura	31	22	21	15	52	37
Licenciatura de medico y cirujano mas otro grado académico	24	17	13	9	37	26
Realizando Residencia	1	1	4	3	5	4
Especialización	22	16	7	5	29	21
Sub especialización	6	4	0	0	6	4
Maestría	7	5	3	2	10	7
Doctorado	0	0	0	0	0	0
Pos Doctorado	0	0	0	0	0	0
Total	91	65	48	35	139	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 20

Distribución de los médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente según Universidad que extendió el título de médico y cirujano y sexo, abril 2008

junio 2008

Universidad	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
USAC	54	61	33	37	87	98
UFM	0	0	0	0	0	0
UMG	0	0	0	0	0	0
EXTRANJERA	1	1	1	1	2	2
Total	55	62	34	38	89	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 21

Distribución de los médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente según residencias y sexo, abril 2008

junio 2008

Residencia	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Dermatología	1	20	3	60	4	80
Ginecología y Obstetricia	0	0	1	20	1	20
Total	1	20	4	80	5	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 22

Distribución de los médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente según especializaciones y sexo, abril 2008

junio 2008

Especialización	Masculino		Femenino		Total	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Cirugía General	3	11	0	0	3	11
Dermatología	0	0	2	7	2	7
Ginecología y Obstetricia	3	11	2	7	5	18
Medicina Familiar	1	3	0	0	1	3
Medicina Interna	6	22	0	0	6	22
Oftalmología	1	3	0	0	1	3
Otros	1	3	0	0	1	3
Patología	1	3	0	0	1	3
Pediatría	4	14	2	7	6	21
Perinatología	1	3	0	0	1	3
Radiología	0	0	1	3	1	3
Traumatología y Ortopedia	1	3	0	0	1	3
Total	22	76	7	24	29	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 23

Distribución de los médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente según especializaciones y lugar donde laboran, abril 2008

junio 2008

Especialización	Masculino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Cirugía General	2	8	1	5	3	13
Dermatología	0	0	0	0	0	0
Ginecología y Obstetricia	3	13	0	0	3	13
Medicina Familiar	1	5	0	0	1	5
Medicina Interna	5	22	1	5	6	27
Oftalmología	1	5	0	0	1	5
Otros	1	5	0	0	1	5
Patología	1	5	0	0	1	5
Pediatría	4	17	0	0	4	17
Perinatología	1	5	0	0	1	5
Radiología	0	0	0	0	0	0
Traumatología y Ortopedia	1	5	0	0	1	5
Total	20	90	2	10	22	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 24

Distribución de las médicas de la Región de Salud Guatemala Nororiente según especializaciones y lugar donde laboran, abril 2008 junio 2008

Especialización	Femenino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Cirugía General	0	0	0	0	0	0
Dermatología	2	29	0	0	2	29
Ginecología y Obstetricia	2	29	0	0	2	29
Medicina Familiar	0	0	0	0	0	0
Medicina Interna	0	0	0	0	0	0
Oftalmología	0	0	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0	0	0
Patología	0	0	0	0	0	0
Pediatría	2	29	0	0	2	29
Perinatología	0	0	0	0	0	0
Radiología	1	13	0	0	1	13
Traumatología y Ortopedia	0	0	0	0	0	0
Total	7	100	0	0	7	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 25

Distribución del total de médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente según especializaciones y lugar donde labora, abril 2008

junio 2008

Especialización	Total					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Cirugía General	2	7	1	3	3	10
Dermatología	2	7	0	0	2	7
Ginecología y Obstetricia	5	18	0	0	5	18
Medicina Familiar	1	3	0	0	1	3
Medicina Interna	5	18	1	3	6	21
Oftalmología	1	3	0	0	1	3
Otros	1	3	0	0	1	3
Patología	1	3	0	0	1	3
Pediatría	6	23	0	0	6	23
Perinatología	1	3	0	0	1	3
Radiología	1	3	0	0	1	3
Traumatología y Ortopedia	1	3	0	0	1	3
Total	27	94	2	6	29	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 26

Distribución de los médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente según especializaciones e instituciones donde laboran, abril 2008

junio 2008

Especialización	Masculino											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Cirugía General	2	8	0	0	1	5	0	0	0	0	3	13
Dermatología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ginecología y Obstetricia	0	0	0	0	3	13	0	0	0	0	3	13
Medicina Familiar	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	1	5
Medicina Interna	1	5	0	0	2	8	0	0	3	13	6	26
Oftalmología	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	1	5
Otros	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5
Patología	0	0	0	0	1	5	0	0	0	0	1	5
Pediatría	0	0	1	5	1	5	0	0	2	8	4	18
Perinatología	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5
Radiología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Traumatología y Ortopedia	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0	1	5
Total	5	23	2	10	8	36	0	0	7	31	22	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 27

Distribución de las médicas de la Región de Salud Guatemala Nororiente

según especializaciones e instituciones donde laboran, abril 2008

junio 2008

Especialización	Femenino											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Cirugía General	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dermatología	0	0	1	14	0	0	0	0	1	14	2	28
Ginecología y Obstetricia	1	14	0	0	1	14	0	0	0	0	2	28
Medicina Familiar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Medicina Interna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oftalmología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Patología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pediatría	0	0	0	0	1	14	0	0	1	14	2	28
Perinatología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Radiología	0	0	0	0	1	14	0	0	0	0	1	14
Traumatología y Ortopedia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	1	14	1	14	3	42	0	0	2	28	7	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 28

Distribución del total de médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente según especializaciones e instituciones donde labora, abril 2008

junio 2008

Especialización	Total											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Cirugía General	2	7	0	0	1	3	0	0	0	0	3	10
Dermatología	0	0	1	3	0	0	0	0	1	3	2	7
Ginecología y Obstetricia	1	3	0	0	4	14	0	0	0	0	5	17
Medicina Familiar	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	3
Medicina Interna	1	3	0	0	2	7	0	0	3	10	6	21
Oftalmología	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	3
Otros	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
Patología	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	1	3
Pediatría	0	0	1	3	2	7	0	0	3	10	6	21
Perinatología	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
Radiología	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	1	3
Traumatología y Ortopedia	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	1	3
Total	6	19	3	9	11	37	0	0	9	29	29	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 29

Distribución los médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente

según especialización y práctica profesional, abril 2008

junio 2008

Especialización	Masculino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Cirugía General	2	9	0	0	0	0	1	5	3	14
Dermatología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ginecología y Obstetricia	3	14	0	0	0	0	0	0	3	14
Medicina Familiar	1	5	0	0	0	0	0	0	1	5
Medicina Interna	6	27	0	0	0	0	0	0	6	27
Oftalmología	1	5	0	0	0	0	0	0	1	5
Otros	0	0	0	0	0	0	1	5	1	5
Patología	1	5	0	0	0	0	0	0	1	5
Pediatría	4	18	0	0	0	0	0	0	4	18
Perinatología	1	5	0	0	0	0	0	0	1	5
Radiología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Traumatología y Ortopedia	1	5	0	0	0	0	0	0	1	5
Total	20	90	0	0	0	0	2	10	22	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 30

Distribución de las médicas de la Región de Salud Guatemala Nororiente

según especialización y práctica profesional, abril 2008

junio 2008

Especialización	Femenino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Cirugía General	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dermatología	2	29	0	0	0	0	0	0	2	29
Ginecología y Obstetricia	2	29	0	0	0	0	0	0	2	29
Medicina Familiar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Medicina Interna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oftalmología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Patología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pediatría	2	29	0	0	0	0	0	0	2	29
Perinatología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Radiología	1	14	0	0	0	0	0	0	1	14
Traumatología y Ortopedia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	7	100	0	0	0	0	0	0	7	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 31

Distribución del total de médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente según especialización y práctica profesional, abril 2008

junio 2008

	Total									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Cirugía General	2	7	0	0	0	0	1	3	3	10
Dermatología	2	7	0	0	0	0	0	0	2	7
Ginecología y Obstetricia	5	17	0	0	0	0	0	0	5	17
Medicina Familiar	1	3	0	0	0	0	0	0	1	3
Medicina Interna	6	21	0	0	0	0	0	0	6	21
Oftalmología	1	3	0	0	0	0	0	0	1	3
Otros	0	0	0	0	0	0	1	3	1	3
Patología	1	3	0	0	0	0	0	0	1	3
Pediatría	6	21	0	0	0	0	0	0	6	21
Perinatología	1	3	0	0	0	0	0	0	1	3
Radiología	1	3	0	0	0	0	0	0	1	3
Traumatología y Ortopedia	1	3	0	0	0	0	0	0	1	3
Total	27	91	0	0	0	0	2	6	29	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 32

Distribución de los médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente según subespecialización y sexo, abril 2008

junio 2008

Subespecialización	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Cirugía Oncológica	1	17	0	0	1	17
Endocrinología	1	17	0	0	1	17
otros	3	50	0	0	3	50
Psiquiatría	1	17	0	0	1	17
Total	6	100	0	0	6	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 33

Distribución de los médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente según subespecialización y lugar donde laboran, abril 2008

junio 2008

Subespecialización	Masculino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Cirugía Oncológica	0	0	1	17	1	17
Endocrinología	1	17	0	0	1	17
otros	3	50	0	0	3	50
Psiquiatría	0	0	1	17	1	17
Total	4	67	2	34	6	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 34

Distribución de las médicas de la Región de Salud Guatemala Nororiente según subespecialización y lugar donde laboran, abril 2008

junio 2008

NO SE ENCONTRARON DATOS

Cuadro 35

Distribución del total de médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente según subespecialización y lugar donde laboran, abril 2008

junio 2008

Subespecialización	Total					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Cirugía Oncológica	0	0	1	17	1	17
Endocrinología	1	17	0	0	1	17
Otros	3	50	0	0	3	50
Psiquiatría	0	0	1	17	1	17
Total	4	67	2	34	6	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 36

Distribución de los médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente

según subespecialización e institución donde laboran, abril 2008

junio 2008

Subespecialización	Masculino											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Cirugía Oncológica	1	17	0	0	0	0	0	0	0	0	1	17
Endocrinología	0	0	0	0	0	0	0	0	1	17	1	17
otros	0	0	1	17	1	17	0	0	1	17	3	50
Psiquiatría	0	0	0	0	0	0	0	0	1	17	1	17
Total	1	17	1	17	1	17	0	0	3	51	6	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 37

Distribución de las médicas de la Región de Salud Guatemala Nororiente según subespecialización

e institución donde laboran, abril 2008

junio 2008

NO SE ENCONTRARON DATOS

Cuadro 38

Distribución del total de médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente

según subespecialización e institución donde laboran, abril 2008

junio 2008

Subespecialización	Total											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Cirugía Oncológica	1	17	0	0	0	0	0	0	0	0	1	17
Endocrinología	0	0	0	0	0	0	0	0	1	17	1	17
otros	0	0	1	17	1	17	0	0	1	17	3	50
Psiquiatría	0	0	0	0	0	0	0	0	1	17	1	17
Total	1	17	1	17	1	17	0	0	3	51	6	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 39

Distribución de los médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente

según subespecialización y práctica profesional, abril 2008

junio 2008

Subespecialización	Masculino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Cirugía Oncológica	1	17	0	0	0	0	0	0	1	17
Endocrinología	1	17	0	0	0	0	0	0	1	17
otros	3	50	0	0	0	0	0	0	3	50
Psiquiatría	1	17	0	0	0	0	0	0	1	17
Total	6	100	0	0	0	0	0	0	6	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 40

Distribución de las médicas de la Región de Salud Guatemala Nororiente según subespecialización y práctica profesional, abril 2008

junio 2008

NO SE ENCONTRARON DATOS

Cuadro 41

Distribución del total de médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente según subespecialización y práctica profesional, abril 2008

junio 2008

Subespecialización	TOTAL									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Cirugía Oncológica	1	17	0	0	0	0	0	0	1	17
Endocrinología	1	17	0	0	0	0	0	0	1	17
otros	3	50	0	0	0	0	0	0	3	50
Psiquiatría	1	17	0	0	0	0	0	0	1	17
Total	6	100	0	0	0	0	0	0	6	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 42

Distribución de los médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente según maestrías y sexo, abril 2008

junio 2008

Maestría	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Administración de Hospitales	0	0	1	10	1	10
Alimentación y Nutrición	0	0	1	10	1	10
Epidemiología y Salud Pública	1	10	0	0	1	10
Formulación de Proyectos	0	0	1	10	1	10
Gestión y Admon. De Recursos Médicos	1	10	0	0	1	10
Docencia Universitaria	1	10	0	0	1	10
Medicina del ejercicio aplicada al deporte	1	10	0	0	1	10
Medicina Deportiva	1	10	0	0	1	10
Salud Pública y Enf. Tropicales	1	10	0	0	1	10
Seguridad Social	1	10	0	0	1	10
Total	7	70	3	30	10	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 43

Distribución de los médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente según maestrías y lugar donde laboran, abril 2008

junio 2008

Maestría	Masculino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Administración de Hospitales	0	0	0	0	0	0
Alimentación y Nutrición	0	0	0	0	0	0
Epidemiología y Salud Pública	1	14	0	0	1	14
Formulación de Proyectos	0	0	0	0	0	0
Gestión y Admon. De Recursos Médicos	1	14	0	0	1	14
Docencia Universitaria	1	14	0	0	1	14
Medicina del ejercicio aplicada al deporte	1	14	0	0	1	14
Medicina Deportiva	1	14	0	0	1	14
Salud Pública y Enf. Tropicales	1	14	0	0	1	14
Seguridad Social	1	14	0	0	1	14
Total	7	100	0	0	7	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 44

Distribución de las médicas de la Región de Salud Guatemala Nororiente según maestrías y lugar donde laboran, abril 2008

junio 2008

Maestría	Femenino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Administración de Hospitales	1	33	0	0	1	33
Alimentación y Nutrición	1	33	0	0	1	33
Epidemiología y Salud Pública	0	0	0	0	0	0
Formulación de Proyectos	1	33	0	0	1	33
Gestión y Admon. De Recursos Médicos	0	0	0	0	0	0
Docencia Universitaria	0	0	0	0	0	0
Medicina del ejercicio aplicada al deporte	0	0	0	0	0	0
Medicina Deportiva	0	0	0	0	0	0
Salud Pública y Enf. Tropicales	0	0	0	0	0	0
Seguridad Social	0	0	0	0	0	0
Total	3	100	0	0	3	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 45

Distribución del total de médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente según maestrías y lugar donde laboran, abril 2008

junio 2008

Maestría	Total					
	Urbano		Rural		Total	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Administración de Hospitales	1	10	0	0	1	10
Alimentación y Nutrición	1	10	0	0	1	10
Epidemiología y Salud Pública	1	10	0	0	1	10
Formulación de Proyectos	1	10	0	0	1	10
Gestión y Admon. De Recursos Médicos	1	10	0	0	1	10
Docencia Universitaria	1	10	0	0	1	10
Medicina del ejercicio aplicada al deporte	1	10	0	0	1	10
Medicina Deportiva	1	10	0	0	1	10
Salud Pública y Enf. Tropicales	1	10	0	0	1	10
Seguridad Social	1	10	0	0	1	10
Total	10	100	0	0	10	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 46

Distribución de los médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente

según maestrías e institución donde laboran, abril 2008

junio 2008

Maestría	Masculino											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Administración de Hospitales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alimentación y Nutrición	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Epidemiología y Salud Pública	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14	1	14
Formulación de Proyectos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gestión y Admon. De Recursos Médicos	1	14	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14
Docencia Universitaria	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14	1	14
Medicina del ejercicio aplicada al deporte	1	14	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14
Medicina Deportiva	0	0	1	14	0	0	0	0	0	0	1	14
Salud Pública y Enf. Tropicales	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14	1	14
Seguridad Social	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14	1	14
Total	2	28	1	14	0	0	0	0	4	56	7	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal

Cuadro 47

Distribución de las médicas de la Región de Salud Guatemala Nororiente

según maestrías e institución donde laboran, abril 2008

junio 2008

Maestría	Femenino											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Administración de Hospitales	1	33	0	0	0	0	0	0	0	0	1	33
Alimentación y Nutrición	0	0	0	0	1	33	0	0	0	0	1	33
Epidemiología y Salud Pública	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Formulación de Proyectos	0	0	0	0	0	0	1	33	0	0	1	33
Gestión y Admon. De Recursos Médicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Docencia Universitaria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Medicina del ejercicio aplicada al deporte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Medicina Deportiva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salud Pública y Enf. Tropicales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Seguridad Social	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	1	33	0	0	1	33	1	33	0	0	3	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal

Cuadro 48

Distribución del total de médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente

según maestrías e institución donde labora, abril 2008

junio 2008

Maestría	Total											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Administración de Hospitales	1	10	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10
Alimentación y Nutrición	0	0	0	0	1	10	0	0	0	0	1	10
Epidemiología y Salud Pública	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10	1	10
Formulación de Proyectos	0	0	0	0	0	0	1	10	0	0	1	10
Gestión y Admon. De Recursos Médicos	1	10	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10
Docencia Universitaria	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10	1	10
Medicina del ejercicio aplicada al deporte	1	10	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10
Medicina Deportiva	0	0	1	10	0	0	0	0	0	0	1	10
Salud Pública y Enf. Tropicales	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10	1	10
Seguridad Social	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10	1	10
Total	3	30	1	10	1	10	1	10	4	40	10	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal

Cuadro 49

Distribución de los médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente

según maestrías y práctica profesional, abril 2008

junio 2008

Maestría	Masculino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Administración de Hospitales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alimentación y Nutrición	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Epidemiología y Salud Pública	1	14	0	0	0	0	0	0	1	14
Formulación de Proyectos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gestión y Admon. De Recursos Médicos	1	14	0	0	0	0	0	0	1	14
Docencia Universitaria	1	14	0	0	0	0	0	0	1	14
Medicina del ejercicio aplicada al deporte	1	14	0	0	0	0	0	0	1	14
Medicina Deportiva	1	14	0	0	0	0	0	0	1	14
Salud Pública y Enf. Tropicales	1	14	0	0	0	0	0	0	1	14
Seguridad Social	1	14	0	0	0	0	0	0	1	14
Total	7	100	0	0	0	0	0	0	7	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal

Cuadro 50

Distribución de las médicas de la Región de Salud Guatemala Nororiente

según maestrías y práctica, abril 2008

junio 2008

Maestría	Femenino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Administración de Hospitales	1	33	0	0	0	0	0	0	1	33
Alimentación y Nutrición	1	33	0	0	0	0	0	0	1	33
Epidemiología y Salud Pública	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Formulación de Proyectos	1	33	0	0	0	0	0	0	1	33
Gestión y Admon. De Recursos Médicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Docencia Universitaria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Medicina del ejercicio aplicada al deporte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Medicina Deportiva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salud Pública y Enf. Tropicales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Seguridad Social	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	3	100	0	0	0	0	0	0	3	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal

Cuadro 51

Distribución del total de médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente

según maestrías y práctica profesional, abril 2008

junio 2008

Maestría	Total									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Administración de Hospitales	1	10	0	0	0	0	0	0	1	10
Alimentación y Nutrición	1	10	0	0	0	0	0	0	1	10
Epidemiología y Salud Pública	1	10	0	0	0	0	0	0	1	10
Formulación de Proyectos	1	10	0	0	0	0	0	0	1	10
Gestión y Admon. De Recursos Médicos	1	10	0	0	0	0	0	0	1	10
Docencia Universitaria	1	10	0	0	0	0	0	0	1	10
Medicina del ejercicio aplicada al deporte	1	10	0	0	0	0	0	0	1	10
Medicina Deportiva	1	10	0	0	0	0	0	0	1	10
Salud Pública y Enf. Tropicales	1	10	0	0	0	0	0	0	1	10
Seguridad Social	1	10	0	0	0	0	0	0	1	10
Total	10	100	0	0	0	0	0	0	10	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal

Cuadro 52
Distribución de médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente según doctorados y sexo, abril 2008
junio 2008.

NO SE ENCONTRARON DATOS

Cuadro 53
Distribución de los médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente según doctorados y lugar donde laboran, abril 2008
junio 2008.

NO SE ENCONTRARON DATOS

Cuadro 54
Distribución de las médicas de la Región de Salud Guatemala Nororiente según doctorados y lugar donde laboran, abril 2008
junio 2008.

NO SE ENCONTRARON DATOS

Cuadro 55
Distribución del total de médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente según doctorados y lugar donde laboran, abril 2008
junio 2008

NO SE ENCONTRARON DATOS

Cuadro 56
Distribución de los médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente según doctorados e institución donde laboran, abril 2008
junio 2008

NO SE ENCONTRARON DATOS

Cuadro 57
Distribución de las médicas de la Región de Salud Guatemala Nororiente según doctorados e institución donde laboran, abril 2008
junio 2008

NO SE ENCONTRARON DATOS

Cuadro 58
Distribución del el total de médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente según doctorados e institución donde labora, abril 2008
junio 2008

NO SE ENCONTRARON DATOS

Cuadro 59
Distribución de los médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente según doctorados y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

NO SE ENCONTRARON DATOS

Cuadro 60
Distribución de las médicas de la Región de Salud Guatemala Nororiente
según doctorados y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

NO SE ENCONTRARON DATOS

Cuadro 61
Distribución del total de médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente
según doctorados y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

NO SE ENCONTRARON DATOS

Cuadro 62
Distribución de los médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente
según postdoctorados y sexo, abril 2008
junio 2008

NO SE ENCONTRARON DATOS

Cuadro 63
Distribución de los médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente
según postdoctorados y lugar donde laboran, abril 2008
junio 2008

NO SE ENCONTRARON DATOS

Cuadro 64
Distribución de las médicas de la Región de Salud Guatemala Nororiente
según postdoctorados y lugar donde laboran, abril 2008
junio 2008

NO SE ENCONTRARON DATOS

Cuadro 65
Distribución del total de médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente
según postdoctorados y lugar donde labora abril 2008
junio 2008

NO SE ENCONTRARON DATOS

Cuadro 66
Distribución de los médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente
según postdoctorados e institución donde laboran, abril 2008
junio 2008

NO SE ENCONTRARON DATOS

Cuadro 67
Distribución de las médicas de la Región de Salud Guatemala Nororiente según postdoctorados e institución donde laboran, abril 2008
junio 2008

NO SE ENCONTRARON DATOS

Cuadro 68
Distribución del total de médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente según postdoctorados e institución donde labora, abril 2008
junio 2008

NO SE ENCONTRARON DATOS

Cuadro 69
Distribución de de los médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente según postdoctorados y práctica profesional, abril 2008. Junio 2008.

NO SE ENCONTRARON DATOS

Cuadro 70
Distribución de de las médicas de la Región de Salud Guatemala Nororiente
según postdoctorados y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

NO SE ENCONTRARON DATOS

Cuadro 71
Distribución del total de médicos de la Región de Salud Guatemala Nororiente
según postdoctorados y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

NO SE ENCONTRARON DATOS

6. DISCUSIÓN

Para el presente estudio se entrevisto 116 médicos, de los cuales a 89 (77%) proporcionaron información, 11 (10%) no se encontraron, 10 (9%) no colaboraron por falta de tiempo y 5 (4%) ya habían sido encuestados en otro lugar.

La densidad de médicos para el área es de 0.11 por $km^{2,}$ la proporción por habitante es de 2 por 10,000, y 1 para 4,646 habitantes.

Según los datos proporcionados por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, la Región de Salud Guatemala Nororiente cuenta con 61 médicos. [7] Este dato no concuerda con los datos encontrados en este estudio, ya que se encontraron 116.

Se observa un déficit de 234 médicos en el área, ya que de acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud OMS (148), se estima que en Guatemala para el año 2006, había 9.3 médicos por 10,000 habitantes y lo mínimo recomendado es de 25 médicos por 10,000 habitantes. (150)

De los médicos entrevistados, 62% pertenece al sexo masculino. La edad promedio de los médicos en ambos sexos es de 46 años, para los masculinos es de 50 y para los femeninos de 40. (Ver cuadro 1), 25% de los médicos masculinos se encuentran ubicados en el grupo de edad de 41 a 50 años. En el caso de los médicos de sexo femenino, 12% se encuentra entre 31 a 40 años y otro 19% entre los 41 y 50 años de edad. La razón por la que se observa una mayor cantidad de médicos de este ultimo rango laborando en la región puede deberse a que, en las últimas dos décadas, se ha incrementado el número de escuelas de medicina y la cantidad de médicos egresados en países latinoamericanos, dato que incluye a Guatemala. (75)

[7] Listado Oficial del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala

Existe una relación de masculinidad de 2:1, lo que indica una exclusión de las mujeres en la formación del recurso humano médico en el área; probablemente por falta de oportunidades y posiciones laborales específico. (81) (Ver cuadro 1) En materia de oportunidades la política de la OMS toma en cuenta la equidad de género con una distribución de beneficios y responsabilidades tanto para hombres como para mujeres. (80-82) Pareciera que esto no se cumple en el área ya que se observa una inequitativa distribución por sexo.

En relación al estado civil de los médicos del área, 75% de los entrevistados están casados, ocupando el mayor porcentaje los médicos masculinos con 54%; 14% de los médicos son solteros, de los cuales 11% son de sexo femenino. (Ver cuadro 2) Esto podría indicar que los médicos constituyen en alto porcentaje familias funcionales.

El 92% de los médicos entrevistados residen en área urbana (Ver cuadro 3) y 97% labora en área urbana y únicamente 38% corresponde a médicos de sexo femenino. (Ver cuadro 7, 8 y 9). Guatemala, al igual que el resto de países de Latinoamérica, se clasifica como una de las regiones más inequitativas del mundo en relación a la distribución geográfica de los recursos humanos en salud. Esta desproporción entre número de profesionales de centros urbanos y rurales, puede ser consecuencia de políticas de salud, ya que existe una elevada concentración de infraestructura, servicios y centros de atención en las áreas urbanas. (116)

En relación a las instituciones en las que laboran los médicos; 25% labora en instituciones estatales, 15% en autónomas, 25% en privadas, 3% en ONG´s y 32% en no institucional. (Ver cuadro 10, 11 y 12) Se observa que el sector con mayor concentración de médicos es el área no institucional seguida del privado. Este fenómeno puede deberse a que la remuneración y disponibilidad de plazas laborales a nivel de estado o autónoma no son suficientes.

El 93% de los médicos realiza práctica clínica y 7% labores administrativas en sus lugares prioritarios de trabajo. (Ver cuadro 13, 14 y 15) Esta última es ejercida en su mayoría por médicos masculinos (10%). La práctica clínica es la más común en nuestro medio, debido a la menor oportunidad de desarrollarse en otras áreas profesionales y porque el énfasis de la medicina en nuestro país es de tipo curativo.

Debido a las necesidades y exigencias de la localidad donde los médicos laboran, así mismo por la falta de profesionales y campo suficiente para desarrollarse, 100% labora como médico y cirujano. (Ver cuadro 4 y 5)

El 55% de los médicos trabaja en más de un lugar, de los cuales 36% lo ocupan los médicos masculinos. (Ver cuadro 6) Es posible que la situación económica actual sea la causa que predispone a laborar en más de un lugar.

El 98% de los entrevistados son egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Esto puede explicarse por el tiempo que lleva egresando profesionales la facultad de ciencias medicas de dicha universidad, así como por el perfil y orientación de médicos que ésta egresa; 2% es egresado de una universidad extranjera. (Ver cuadro 20)

De médicos 89 (77%) entrevistados 63% posee estudios de postgrado. Este fenómeno puede explicarse por la creciente demanda de la población hacia servicios de salud más especializados. (Ver cuadro 19)

Se encontró 5 médicos realizando estudios de especialización, 4 son del sexo femenino y 1 masculino (Ver cuadro 21).

Los médicos especialistas 21% entrevistados el 76% del sexo masculino y 24% del sexo femenino, 94% labora en área urbana y 6% área rural, 91% ejerciendo práctica clínica y 6% práctica administrativa. Las especialidades con mayor número de médicos son las del área materno-infantil, representando 39% de los especialistas. (Ver cuadros 22 a 31) Esto puede deberse a las características demográficas de Guatemala, en donde la población materno-infantil es la predominante, existiendo

mayor demanda para este tipo de especialistas, aunque a pesar de ello existe alta morbimortalidad materno – infantil.

Del total de médicos, 4% posee subespecialidad, las cuales son Cirugía Oncológica, Endocrinología, y Psiquiatría. (Ver cuadro No. 32 a 41) Posiblemente la escasa cantidad de médicos con subespecialidad se deba a la poca demanda de este tipo de postgrado en el país.

El 7% de los médicos posee estudios de maestría, 70% de los médicos que lo poseen son de sexo masculino (Ver cuadro 42 a 51)

No se encontró médicos con estudios de doctorado ni postdoctorado en los municipios. (Ver cuadro 52 a 71) Estos puede deberse a que en Guatemala existen pocas facultades que imparten doctorados o postdoctorados, limitando las oportunidades de los médicos de llevar a cabo dichos estudios.

Entre las limitantes encontradas al momento de la realización del trabajo fue la falta de tiempo por parte de los médicos. Al finalizar con los barridos en cada uno de los municipios se procedió a revisar la lista de los médicos de cada lugar, proporcionada por el colegio de médicos y cirujanos, para poder identificar a médicos que no se hubiesen podido captar y proceder a entrevistarlos

6.1.1 Discusión de resultados de los Municipios del Área de Guatemala Nororiente

6.1.1.1 Municipio de Fraijanes

El municipio de Fraijanes cuenta con 15 médicos para una población de 40,114 habitantes en el 2008, siendo la proporción de 3 médicos por cada 10,000 habitantes. De acuerdo a la meta de OMS que por cada 10,000 habitantes debe haber 25 médicos, se observa que el municipio presenta déficit de médicos.

De los médicos entrevistados, 50% pertenecen al sexo masculino. La edad promedio de los médicos en ambos sexos es

de 40 años. Para los médicos masculinos es de 38 años y para los femeninos de 41. El 38% de los médicos masculinos se encuentran ubicados en el grupo de edad de 41 a 50 años. En el caso de los médicos de sexo femenino, 25% se encuentran entre 31 a 40 años y otro 38% entre los 41 y 50 años de edad. La razón por la que se observa una mayor cantidad de médicos jóvenes laborando en el departamento puede deberse a que durante la década de los años 80 se inició una serie de cambios en la educación a nivel superior, que incluyó reducción del gasto y aumento del énfasis en el uso eficiente de los recursos, llevando a un aumento en la tasa de estudiantes.

Existe una relación de masculinidad de 4:4, lo que indica una igualdad de los médicos de sexo femenino y masculino en el municipio; En materia de oportunidades la política de la OMS toma en cuenta la equidad de género con una distribución de beneficios y responsabilidades tanto para hombres como para mujeres. Pareciera que esto si se cumple en el municipio ya que se observa una equitativa distribución por sexo. En relación al estado civil de los médicos del municipio, 50% de los encuestados están casados, ocupando el mayor porcentaje los médicos masculinos con un 38%; 25% de los médicos son solteros, de los cuales 25% son de sexo femenino. Esto podría indicar que los médicos constituyen en alto porcentaje familias funcionales.

El 88% de los médicos entrevistados residen en el área urbana. Se observa la tendencia a preferir vivir en el área urbana, fenómeno observable incluso a nivel mundial de acuerdo a los datos presentados por OPS.

El 100% laboran en el área urbana al igual que el resto de países de Latinoamérica, se clasifica como una de las regiones más inequitativas del mundo en relación a la distribución geográfica de los recursos humanos en salud.

En relación a las instituciones en las que laboran los médicos; 50% labora en instituciones estatales y 50% en privadas. Se observa que el subsector con mayor concentración de médicos son las áreas estatales y privadas. Este fenómeno puede deberse a que la remuneración y disponibilidad de plazas laborales a nivel de no institucional o autónoma no son suficientes.

El 88% de los médicos labora en práctica clínica y de éstos, 75% son de sexo masculino. Ninguno se dedica a práctica docente y 13% realiza labores administrativas. Esta última es ejercida solamente por médicos masculinos. La práctica clínica sigue siendo la predilección, esto puede ser debido a la insuficiente oportunidad de desarrollarse en otras áreas profesionales.

La profesión y labor que desempeñan los médicos del municipio parece satisfacer sus necesidades tanto personales como profesionales, ya que únicamente se dedican a esta profesión.

Del total de entrevistados 50% trabajan en más de un lugar, de los cuales 25% lo ocupan los médicos masculinos. Es posible que la situación económica actual sea la causa que predispone a laborar en más de un lugar.

El 99% son egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Esto puede explicarse por el tiempo que lleva egresando profesionales la universidad, así como por el perfil y orientación de médicos que ésta egresa.

El 38% posee únicamente licenciatura de médico y cirujano. Este fenómeno puede explicarse por la creciente demanda de la población hacia servicios de salud más especializados. Ningún médico se encuentra realizando residencia. La escasa presencia de médicos realizando residencia puede deberse a que muchos de los médicos del municipio realizan trabajo clínico y no tienen el recurso ni el tiempo disponible para el mismo.

El 38% de médicos posee una especialización. Del total de médicos ninguno posee subespecialidad, ni estudios de maestría. Posiblemente la escasa cantidad de médicos con subespecialidad se deba a la poca oferta de este tipo de postgrado en el país. No se encontró médicos con estudios de doctorado ni postdoctorado en el municipio. Estos puede deberse a que en Guatemala no existe universidad que imparta doctorados o post doctorados, limitando las oportunidades de los médicos de llevar a cabo dichos estudios.

6.1.1.2 Municipio de Santa Catarina Pinula

El municipio de Santa Catarina Pinula cuenta con 13 médicos para una población de 80,781 habitantes, siendo la proporción de 2 médicos por cada 10,000 habitantes. De acuerdo a la meta de OMS que por cada 10,000 habitantes debe haber 25 médicos, se observa que el municipio presenta déficit de médicos.

De los médicos entrevistados, 66% pertenecen al sexo masculino. La edad promedio de los médicos en ambos sexos es de 49 años. Para los médicos masculinos es de 55 años y para los femeninos de 39. El 22% de los médicos se encuentra ubicado en el grupo de edad de 41 a 50 años. En el caso de los médicos de sexo femenino, 11% se encuentra entre 31 a 40 años. La razón por la que se observa una mayor cantidad de médicos jóvenes laborando en el municipio puede deberse a que durante la década de los años 80 se inició una serie de cambios en la educación a nivel superior, que incluyó reducción del gasto y aumento del énfasis en el uso eficiente de los recursos, llevando a un aumento en la tasa de estudiantes.

Existe una relación de masculinidad de 2:1, lo que indica una exclusión de los médicos de sexo femenino en el área; probablemente por falta de oportunidades y posiciones laborales específicas. En materia de oportunidades la política de la OMS toma en cuenta la equidad de género con una distribución de

beneficios y responsabilidades tanto para hombres como para mujeres. Pareciera que esto no se cumple en el área ya que se observa una inequitativa distribución por sexo. En relación al estado civil de los médicos del área, 88% de los entrevistados están casados, ocupando el mayor porcentaje los médicos masculinos con un 66%; 11% de los médicos son solteros, y de sexo femenino. Esto podría indicar que los médicos constituyen en alto porcentaje familias funcionales.

El 88% de los médicos entrevistados residen en el área urbana. En la República de Guatemala, la distribución de los recursos humanos no es equilibrada ni pertinente, causando inadecuada desconcentración geográfica. La desigualdad en la distribución de médicos en el territorio puede depender del grado de desarrollo económico y social superior de los centros urbanos, en detrimento del área rural.

Del total de entrevistados, 88% de médicos labora en el área urbana; Guatemala, al igual que el resto de países de Latinoamérica, se clasifica como una de las regiones más inequitativas del mundo en relación a la distribución geográfica de los recursos humanos en salud. Esta desproporción entre número de profesionales de centros urbanos y rurales, puede ser consecuencia de políticas de salud, ya que existe una elevada concentración de infraestructura, servicios y centros de atención en las áreas urbanas. En relación a las instituciones en las que laboran los médicos; 22% labora en instituciones estatales, 22% en autónomas y 55% en privadas. Se observa que el subsector con mayor concentración de médicos es el área privada. Este fenómeno puede deberse a que la remuneración y disponibilidad de plazas laborales a nivel de estado o autónoma no son suficientes. 100% de los médicos labora en práctica clínica. Esto puede ser debido a la insuficiente oportunidad de desarrollarse en otras áreas profesionales.

Debido a las necesidades y exigencias de la localidad donde los médicos laboran, así mismo por la falta de profesionales y campo suficiente para desarrollarse, 100% labora como médico y cirujano sin tener la necesidad de laborar en otra profesión. 66% de los médicos trabaja en más de un lugar, de los cuales 44% lo ocupan los médicos masculinos. Es posible que la situación económica actual sea la causa que predispone a laborar en más de un lugar.

El total de los entrevistados son egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Esto puede explicarse por el tiempo que lleva egresando profesionales la universidad, así como por el perfil y orientación de médicos que ésta egresa. 33% posee únicamente licenciatura de médico y cirujano. Este fenómeno puede explicarse por la creciente demanda de la población hacia servicios de salud más especializados. De los médicos que se encuentran realizando residencia (11%), 100% son del sexo femenino.

Todos los médicos especialistas entrevistados son de sexo masculino, laboran en área urbana y su práctica profesional es de tipo clínico. Las especializaciones que poseen los médicos entrevistados corresponden a Medicina Interna, Traumatología y Ortopedia, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Perinatología cada una con un 11% del total de médicos entrevistados. Las especialidades con mayor número de médicos son las del área materno-infantil, representando 44% de los especialistas. Esto puede deberse a las características demográficas de Guatemala, en donde la población materno-infantil es la predominante, existiendo mayor demanda para este tipo de especialistas. Del total de médicos, 22% posee subespecialidad. Posiblemente la escasa cantidad de médicos con subespecialidad se deba a la poca oferta de este tipo de postgrado en el país, 11% de los médicos posee estudios de maestría.

La escasa disponibilidad de maestrías en el país puede explicar la escasez de médicos con este tipo de postgrado. No se encontró médicos con estudios de doctorado ni postdoctorado en el municipio. Estos puede deberse a que en Guatemala no existe universidad que imparta doctorados o post doctorados, limitando las oportunidades de los médicos de llevar a cabo dichos estudios.

6.1.1.3 Municipio de San José Pinula

El municipio de San José Pinula cuenta 31 médicos para una población de 63,448 habitantes, siendo la proporción de 5 médicos por cada 10,000 habitantes. De acuerdo a la meta de OMS que por cada 10,000 habitantes debe haber 25 médicos, se observa que el municipio presenta déficit de médicos.

De los médicos entrevistados, 74% pertenecen al sexo masculino. La edad promedio de los médicos en ambos sexos es de 46 años. Para los médicos masculinos es de 52 años y para los femeninos de 45. El 6% de los médicos masculinos se encuentran ubicados en el grupo de edad de 41 a 50 años. En el caso de los médicos de sexo femenino, 3% se encuentran entre 31 a 40 años y otro 35% entre los 41 y 50 años de edad. La razón por la que se observa una mayor cantidad de médicos jóvenes laborando en el departamento puede deberse a que durante la década de los años 80 se inició una serie de cambios en la educación a nivel superior, que incluyó reducción del gasto y aumento del énfasis en el uso eficiente de los recursos, llevando a un aumento en la tasa de estudiantes. Así mismo, en los países latinoamericanos en las últimas dos décadas se han multiplicado las escuelas de medicina y cantidad de egresados.

Existe una relación de masculinidad de 3:1, lo que indica una exclusión de los médicos de sexo femenino en el área; probablemente por falta de oportunidades y posiciones laborales específicas.

En materia de oportunidades la política de la OMS toma en cuenta la equidad de género con una distribución de beneficios y responsabilidades tanto para hombres como para mujeres. Pareciera que esto no se cumple en el área ya que se observa una inequitativa distribución por sexo. En relación al estado civil de los médicos del área, 94% de los encuestados están casados, ocupando el mayor porcentaje los médicos masculinos con un 71%; 6% de los médicos son solteros, de los cuales 3% son de sexo femenino. Esto podría indicar que los médicos constituyen en alto porcentaje familias funcionales.

El 84% de los médicos entrevistados residen en el área urbana. En la República de Guatemala, la distribución de los recursos humanos no es equilibrada ni pertinente, causando inadecuada desconcentración geográfica. La desigualdad en la distribución de médicos en el territorio puede depender del grado de desarrollo económico y social superior de los centros urbanos, en detrimento del área rural. Del total de médicos entrevistados en el municipio 2 son de nacionalidad salvadoreña que residen y trabajan en san José pínula, como dice la literatura que el motivo principal por el cual existe escasez de Recurso Humano Médico a nivel mundial es la migración vinculada a la mala distribución y desequilibrios en la asignación de personal de salud, así como malas condiciones de trabajo y de salarios.

En cuanto al lugar de trabajo este municipio está considerado como un área urbana y el 100% labora en dicha área. Según las estadísticas del Banco Mundial de Desarrollo, 90% de los médicos prefieren trabajar en el área urbana. La falta de médicos en el área rural puede deberse a la falta de oportunidades de promoción, difícil acceso a otras formas de ingreso económico, falta de educación para los hijos, falta de acceso a servicios básicos, mala condiciones físicas del lugar de trabajo y escaso acceso a continuar la formación profesional.

En relación a las instituciones en las que laboran los médicos; 9% labora en instituciones estatales, 15% en autónomas, 19% en privadas, y 65% en el área no institucional. Se observa que el subsector con mayor concentración de médicos es el área no institucional seguida del privado. Este fenómeno puede deberse a que la remuneración y disponibilidad de plazas laborales a nivel de estado o autónoma no son suficientes, 95% de los médicos labora en práctica clínica y 5% en labores administrativas. Esta última es ejercida en su mayoría por médicos masculinos. Una vez más se pone en evidencia la inequidad de género al no permitir que médicos femeninos lleven a cabo labores de esta índole. La práctica clínica sigue siendo la predilección, esto puede ser debido a la insuficiente oportunidad de desarrollarse en otras áreas profesionales. Debido a las necesidades y exigencias de la localidad donde los médicos laboran, así mismo por la falta de profesionales y campo suficiente para desarrollarse, 100% labora como médico y cirujano sin tener la necesidad de laborar en otra profesión. El 87% de los médicos trabaja en más de un lugar, de los cuales 61% lo ocupan los médicos masculinos. Es posible que la situación económica actual sea la causa que predispone a laborar en más de un lugar.

De los entrevistados, 97% son egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Esto puede explicarse por el tiempo que lleva egresando profesionales la universidad, así como por el perfil y orientación de médicos que ésta egresa; 3% son egresados de una universidad extranjera.

El 61% posee únicamente licenciatura de médico y cirujano, 35% posee especialización y el resto posee alguna maestría.

Del total de médicos entrevistados 73% que posee una especialidad pertenece al sexo masculino, mientras que 27% son de sexo femenino.

En cuanto a los que poseen una especialidad, la distribución es homogénea predominando ligeramente Pediatría y el resto está distribuido en especialidades como Cirugía, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia y Oftalmología. Sólo 6% posee una subespecialización. En cuanto a Maestrías sólo 7% tiene una. Es importante destacar que la especialidad de Ginecología y Obstetricia predomina en el sexo femenino de los médicos. Ningún médico tiene un doctorado ni post doctorado. Todos los médicos especialistas entrevistados son 62% sexo masculino y 38% de sexo femenino, 100% laboran en el área urbana, 91% ejerciendo práctica clínica y 6% en práctica administrativa. Con relación a las subespecialidades de los médicos encuestados, sólo 2 (6%) del total poseen una. Uno es Endocrinólogo y el otro es oftalmólogo con estudios en segmento anterior ocular. Ambos son de sexo masculino y laboran en el área urbana desempeñando labor clínica en lugares no institucionales.

Los médicos que tienen maestrías son 2, uno de sexo masculino posee una maestría en seguridad social, y la otra de sexo femenino posee una en administración hospitalaria. Ambos trabajan en el área urbana realizando funciones clínicas, y con relación al área de trabajo, el médico trabaja en un lugar no institucional y la médica en lo estatal. No se encontró ningún médico con estudios de doctorado y postdoctorado.

6.1.1.4 Municipio de Chinautla

El municipio de Chinautla cuenta con 37 médicos para una población de 115,843 habitantes, siendo la proporción de 3 médicos por cada 10,000 habitantes. De acuerdo a la meta de OMS que por cada 10,000 habitantes debe haber 25 médicos, se observa que el municipio presenta déficit de médicos.

Del los médicos entrevistados, 58% son de sexo masculino, mientras 42% corresponden al sexo femenino.

El promedio de edad total es de 44 años; 21% de los médicos del sexo masculino se encuentran ubicados en el grupo de edad de 51 - 60 años. De los médicos del sexo femenino, 32% se encuentra entre 41 – 50 años. La razón de masculinidad es de 1:1, existiendo relación equitativa entre géneros; el 58% de los médicos encuestados refirió como estado civil casado.

El 100% de los médicos reside en área urbana. Esto puede deberse a oportunidades de promoción, acceso a otras formas de ingreso económico, buena educación para los hijos, acceso a servicios básicos, condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional.

La profesión que desempeñan los médicos del municipio satisface sus necesidades tanto personales como profesionales, ya que se dedican solamente a ella sin recurrir a otras fuentes de trabajo, aunque esta misma no cubre sus necesidades diarias ya que ellos deben tener más de un lugar para trabajar.

El 42% labora en un solo lugar, 42% labora en dos lugares, 11% en tres lugares y 5% en cuatro lugares.

En la reunión llevada a cabo en el 2006 por OPS/OMS se definió que debe existir una misión de aumentar la eficiencia, calidad y equidad en los servicios de salud por medio de fuerzas de trabajo bien formadas, bien distribuidas, y bien retribuidas que tengan la capacidad de satisfacer las necesidades de salud en la población.

El 100% de médicos, laboran en el área urbana. Respecto a la distribución sobre instituciones, ejercen sus funciones principalmente en su clínica privada (no institucional) representado con 37%, en práctica clínica.

El 95% son egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Esto puede explicarse por el tiempo que lleva egresando profesionales la universidad, así como por el perfil y

orientación de médicos que ésta egresa; 5% son egresados de una universidad extranjera.

El 19% posee únicamente licenciatura de médico y cirujano. Este fenómeno puede explicarse por la creciente demanda de la población hacia servicios de salud más especializados, 11% de los médicos se encuentra realizando residencia, 8% son del sexo femenino. Esto es porque en el área se encuentra el INDERMA.

Todos los médicos especialistas entrevistados son 8% sexo masculino y 8% de sexo femenino, realizando subespecialización se encuentra 6% y maestría 14%.

El 100% labora en el área urbana, 91% ejerciendo práctica clínica y 6% en práctica administrativa.

Las especializaciones que poseen los médicos entrevistados corresponden a Medicina Interna, medicina familiar y patología los del sexo masculino. Dermatología y pediatría en el sexo femenino. De los médicos entrevistados ninguno posee sub especialización.

La Distribución de maestrías de los médicos del municipio de Chinautla es la siguiente: Alimentación y nutrición, epidemiologia, formulación de proyectos, maestría en docencia universitaria y salud publica con un 20% cada una, teniendo la urgencia en nuestro país de capacitar a mas médicos ya que en la actualidad la licenciatura únicamente ya no llena las necesidades de lograr mejorar la calidad de vida relacionado en salud, debido a falta de interés, motivación económica, académica y personal para tomar o decidir capacitarse.

No se identificaron médicos con doctorado o pos doctorado. Estos puede deberse a que en Guatemala no existe universidad que imparta doctorados o postdoctorados, limitando las oportunidades de los médicos de llevar a cabo dichos estudios.

6.1.1.5 Municipio de San Pedro Ayampuc

El municipio de San Pedro Ayampuc cuenta con 8 médicos para una población de 62,963 habitantes, siendo la proporción de 1 médico por cada 10,000 habitantes. De acuerdo a la meta de OMS que por cada 10,000 habitantes debe haber 25 médicos, se observa que el municipio presenta déficit de médicos.

De los médicos entrevistados, 62% pertenecen al sexo masculino. La edad promedio de los médicos en ambos sexos es de 49 años. Para los médicos masculinos es de 50 años y para los femeninos de 40; el 50% de los médicos masculinos se encuentra ubicado en el grupo de edad de 51 a 60 años. En el caso de los médicos de sexo femenino, 25% se encuentra entre 41 a 50 años y otro 12% entre los 31 y 40 años de edad.

Existe una relación de masculinidad de 2:1, lo que indica una exclusión de los médicos de sexo femenino en el área; probablemente por falta de oportunidades y posiciones laborales específicas. En materia de oportunidades la política de la OMS toma en cuenta la equidad de género con una distribución de beneficios y responsabilidades tanto para hombres como para mujeres. Pareciera que esto no se cumple en el área ya que se observa una inequitativa distribución por sexo. En relación al estado civil de los médicos del área, 75% de los encuestados están casados, ocupando el mayor porcentaje los médicos masculinos con 62%. No hay médicos solteros. Esto podría indicar que los médicos constituyen en alto porcentaje familias funcionales; 87% de los médicos entrevistados residen en el área urbana. En la República de Guatemala, la distribución de los recursos humanos no es equilibrada ni pertinente, causando inadecuada desconcentración geográfica.

Del total de entrevistados, 87% laboran en el área urbana y únicamente 38% corresponde a médicos de sexo femenino. Guatemala, al igual que el resto de países de Latinoamérica, se clasifica como una de las regiones más inequitativas del mundo en relación a la distribución geográfica de los recursos humanos en salud. Esta desproporción entre número de profesionales de centros urbanos y rurales, puede ser consecuencia de políticas de salud, ya que existe una elevada concentración de infraestructura, servicios y centros de atención en las áreas urbanas.

En relación a las instituciones en las que laboran los médicos; 37% labora en instituciones estatales, 13% en ONG´s y 50% en el área no institucional. Se observa que el subsector con mayor concentración de médicos es el área no institucional seguida del privado. Este fenómeno puede deberse a que la remuneración y disponibilidad de plazas laborales a nivel de estado o autónoma no son suficientes. El 87% de los médicos labora en práctica clínica y 13% en labores administrativas. Esta última es ejercida por médicos masculinos. Una vez más se pone en evidencia la inequidad de género al no permitir que médicos femeninos lleven a cabo labores de esta índole. La práctica clínica sigue siendo la predilección, esto puede ser debido a la insuficiente oportunidad de desarrollarse en otras áreas profesionales.

Debido a las necesidades y exigencias de la localidad donde los médicos laboran, así mismo por la falta de profesionales y campo suficiente para desarrollarse, el 100% labora como médico y cirujano sin tener la necesidad de laborar en otra profesión, 38% de los médicos trabaja en más de un lugar, de los cuales 25% lo ocupan los médicos masculinos. Es posible que la situación económica actual sea la causa que predispone a laborar en más de un lugar.

El 100% de los entrevistados son egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Esto puede explicarse por el tiempo que lleva egresando profesionales la universidad, así como por el perfil y orientación de médicos que ésta egresa, 75% posee únicamente licenciatura de médico y cirujano. Todos los médicos especialistas entrevistados son 100% sexo masculino y laboran en área rural su práctica profesional es de tipo clínico. Las especialidades con mayor número de médicos son las del área Medicina Interna y Cirujano general, representando el 50% de cada especialista. Del total de médicos, 25% posee subespecialidad, las cuales son Cirugía Oncológica, y Psiquiatría. Posiblemente la escasa cantidad de médicos con subespecialidad se deba a la poca oferta de este tipo de postgrado en el país.

No se encontró Médicos con maestría en esta área. La escasa disponibilidad de maestrías en el país puede explicar la escasez de médicos con este tipo de postgrado. No se encontró médicos con estudios de doctorado ni postdoctorado en el departamento. Estos puede deberse a que en Guatemala no existe universidad que imparta doctorados o postdoctorados, limitando las oportunidades de los médicos de llevar a cabo dichos estudios.

La escasez de médicos en el municipio de San Pedro Ayampuc puede deberse a la falta de oportunidades laborales y el bajo ingreso económico entre otros, factores que influyen en los médicos al momento de establecerse en un lugar determinado.

6.1.1.6 Municipio de San José del Golfo

El municipio de San José del Golfo cuenta con 5 médicos para una población de 5,596 habitantes, siendo la proporción de 9 médicos por cada 10,000 habitantes. De acuerdo a la meta de OMS que por cada 10,000 habitantes debe haber 25 médicos, se observa que el municipio presenta déficit de médicos.

Del total de médicos entrevistados, 80% son de sexo masculino, mientras 20% corresponden al sexo femenino. El promedio de edades es de 41 años y la razón de masculinidad es de 4:1. Uno de los retos de la OMS que es el de la política de género evidentemente no se cumple en el municipio, ya que la distribución de médicos de sexo masculino y femenino no es equitativa.

El 80% de los médicos entrevistados refirió como estado civil casado y 20% pertenece al grupo de solteros. La cual nos refleja una estabilidad emocional.

El 100% de los médicos encuestados habitan en residencia ubicada en región urbana, esto se debe a la falta de vías de acceso, centralización de cursos económicos, sociales, culturales, educativos y de superación personal y las mismas limitaciones que conlleva vivir en un área rural. Según el Ministerio de Salud, el 53 % de la fuerza laboral se encuentra en el departamento de Guatemala. La concentración de recursos humanos en el área metropolitana y la escasez de médicos con especialidades básicas en los hospitales departamentales provocan un gran déficit en la capacidad resolutiva a nivel ambulatorio y hospitalario creando una reducción a los servicios de salud de la población del área rural.

El 100% labora actualmente como médicos y no tienen otra profesión. El 60% de los médicos tienen más de un trabajo esto es debido a que existe una demanda real del servicio de salud, pero lastimosamente esta se centra en el área urbana, ya que no existe un incentivo para que los médicos trabajen en el área rural, otras de las causas de que el medico tenga múltiples empleos es el factor económico así como el constante aprendizaje que no se realiza en las áreas rurales por falta de insumos, personal, comunidades inaccesibles, el medio ambiente, medios geográficos, infraestructura física.

El 100% de los médicos entrevistados refiere que su lugar de trabajo prioritario se encuentra localizado en región urbana, en la cabecera municipal de San José del Golfo, pero ninguno trabajo en aldeas, caseríos. De los lugares prioritarios de trabajo el total trabaja para el estado, ya que el 100% se localizó en el centro de salud, no se encontró ningún Sanatorio o Clínica Privada en todo el municipio.

El 88% de los médicos realiza práctica clínica en su lugar de trabajo prioritario y 13% realiza práctica administrativa. Ningún médico entrevistado realiza práctica de docencia o investigación.

El 60% de los médicos posee como única licenciatura la de médico y cirujano general, 20% posee una especialización y 20% posee una maestría. Ningún médico entrevistado posee doctorado o pos doctorado.

El 100% de los entrevistados obtuvo su licenciatura de médico y cirujano en la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Todos los médicos especialistas entrevistados son de sexo masculino, laboran en área urbana y su práctica profesional es de tipo clínico. Las especializaciones que poseen los médicos corresponden a Medicina Interna, Cirugía General. Del total de médicos especialistas, 100% labora en instituciones estatales y 20% de los especialistas realizan práctica profesional de tipo clínico, en sus lugares prioritarios de trabajo.

Ninguno posee una subespecialización y solamente dos médicos de sexo masculino, que equivale al 20 % posee una maestría. La maestría corresponde Medicina del Ejercicio aplicada al deporte, Gestión y Administración en Recurso Humano a medicina deportiva, su práctica profesional es clínica, la realiza en área urbana y en una institución Estatal. Ningún médico entrevistado posee doctorado o postdoctorado

6.1.1.7 Municipio de Palencia

El municipio de Palencia cuenta con 9 médicos para una población de 55,858 habitantes, siendo la proporción de 1 médico por cada 10,000 habitantes. De acuerdo a la meta de OMS que por cada 10,000 habitantes debe haber 25 médicos, se observa que el municipio presenta déficit de médicos.

De los médicos entrevistados, 55% pertenecen al sexo masculino y 45% al sexo femenino; esto da una razón de masculinidad de 1:1. La edad promedio de los médicos en ambos sexos es de 44 años. Para los médicos masculinos es de 42 años y para los femeninos de 45, en cuanto al estado civil el 94% son casados y 6% son solteros, no habiendo ningún médico separado, unido o viudo y en cuanto al lugar de vivienda 84% vive en el área urbana y 16% vive en área rural.

El 100% de los profesionales entrevistados laboran como médicos. En la distribución del número de lugares que laboran los médicos el 56% labora en 1 lugar y en más de uno 44%.

En cuanto al lugar de trabajo el 100% labora en el área urbana. La falta de médicos en el área rural puede verse reflejado a la falta de oportunidades de promoción, difícil acceso a otras formas de ingreso económico, falta de educación para los hijos, falta de acceso a servicios básicos, mala condiciones físicas del lugar de trabajo y sin oportunidad acceso a continuar la formación profesional.

La población del área rural del municipio queda descubierta por el sector privado ya que sólo una ONG y el SIAS tienen a su cargo programas de extensión de cobertura una vez al mes. En cuanto a la distribución de lugar, institución y práctica profesional 38% de los médicos labora en área clínica privada, y en instituciones estatales 38%.

El 100% de los médicos posee sólo la Licenciatura de Médico y Cirujano, y son egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala, ninguno se encuentra realizando residencia.

No se encontraron médicos que tuvieran especialización, subespecialización, ni estudios de doctorado o postdoctorado.

6.2 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

6.2.1 Base de datos existente, previo a la realización del trabajo de campo.

Para la ubicación de los médicos, se solicitó al Colegio de Médicos y Cirujanos, la lista de dichos médicos, la cual fue proporcionada por correo electrónico. Dicha lista se encontró desactualizada al momento de realizar el trabajo de campo, ya que la cantidad de médicos encontrados superó lo registrado. Igualmente, las direcciones de algunos profesionales no eran correctas o actuales. Se encontró profesionales que habían fallecido previo a la realización del trabajo de campo.

6.2.2 Accesibilidad a los municipios durante el trabajo de campo.

Todos los municipios tienen un acceso por vía terrestre adecuado, ya que se encuentran cerca a la ciudad capital. El tiempo aproximado para llegar a estos municipios, fue de 30 a 45 minutos, lo que limitó el tiempo con el que se contaba para entrevistar a los médicos. El municipio de Chinautla es considerado como área roja, por lo cual se hizo un poco difícil el acceso, pero al final se recolectó la información.

6.2.3 Participación de los profesionales.

Del total de médicos visitados, 23% (27) no participó en el estudio por diversas razones. Once no se encontraron, diez no quisieron colaborar por falta de tiempo, cinco ya habían respondido la encuesta en la ciudad capital y un médico ya había fallecido.

Para la entrevista de algunos de los médicos, fue necesario regresar en más de una ocasión a los lugares de trabajo, por disponibilidad de tiempo, horario de trabajo y presencia de los médicos al momento de la visita.

7. CONCLUSIONES

7.1 Características Demográficas:

Se encontró a 89 médicos, dando una proporción de 2 médicos por 10,000 habitantes y 0.11 médicos por km^2; 62% de los médicos entrevistados son de sexo masculino, la proporción de masculinidad es de 2:1. El promedio de edad encontrado entre los médicos es de 46 años y 44% pertenece al grupo de edad comprendido entre 41 a 50 años. El estado civil que predomina es casado. El 92% de los médicos entrevistados residen en área urbana.

7.2 Características Laborales:

El 100% de los médicos que labora en los municipios de la Región de Salud Guatemala Nororiente ejerce como médicos y cirujanos; 55% labora en más de un lugar, únicamente 3% de los médicos entrevistados labora en área rural. De los lugares prioritarios de trabajo 32% de los médicos ejerce en área no institucional, 25% en instituciones privadas, 15% en instituciones autónomas y 25% en instituciones estatales, mientras que en ONG sólo labora 3%. El 93% ejerce la práctica clínica, 67% de ellos poseen estudios de postgrado.

7.3 Características Académicas:

El 26% de los médicos posee estudios de postgrado, 4% se encuentra realizando residencia actualmente. Los estudios de postgrado más frecuentes son los de especialización, seguidos por maestría y subespecialización. No existen médicos con grado académico de doctorado o postdoctorado. El 97% de los médicos son egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Las tres especialidades con mayor número de médicos son: Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia y Pediatría. Las subespecialidades encontradas son Endocrinología, Psiquiatría y Cirugía Oncológica.

8. RECOMENDACIONES

8.1 Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:

8.1.1 Que para abordar la problemática actual y así reducir el impacto que provoca la escasez de médicos en los municipios de Fraijanes, Chinautla, San José Pinula, San José del Golfo, Palencia, San Pedro Ayampuc y Santa Catarina Pinula de la Región de Salud Guatemala Nororiente, se implementen a la mayor brevedad posible las políticas regionales de la OMS en conjunto con los demás ministerios para favorecer el desarrollo integral. En relación a las políticas laborales y de presupuesto: incentivar por medio de una mayor inversión en el área rural a que el recurso humano médico existente se establezca en las comunidades con mayor déficit de médicos.

8.1.2 En relación a las políticas formativas: fortalecer y extender el programa de residencias a todos los departamentos del país, en conjunto con la Universidad de San Carlos de Guatemala, para contar con médicos especialistas que brinden una atención de calidad a toda la población.

8.1.3 En relación a las políticas de distribución: descentralizar el número de médicos y cirujanos en ciertas zonas del Departamento de Guatemala con el fin de ayudar a la población a disponer de médicos y cirujanos cerca de las zonas en que residen.

8.1.4 En relación a las políticas de género: Promover por medio de campañas los conceptos de equidad, solidaridad y justicia social y a la incorporación de la perspectiva de género.

8.1.5 En relación a las políticas de migración: Aumentar la oferta de oportunidades laborales en todas las aéreas del país.

8.2 A la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala se recomienda:

8.2.1 Continuar formando profesionales médicos que den respuesta a las necesidades de salud de la población ubicada tanto en el área rural como en el área urbana.

8.2.2 Proponer al sector estatal estrategias para incrementar la presencia de médicos en la red de servicios del Ministerio de Salud.

8.2.3 Contar con un observatorio permanente para la vigilancia de la situación del recurso humano médico en el país.

8.2.4 Implementar en conjunto con el Ministerio de Salud y el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, subespecialidades, maestrías, doctorados y post doctorados que respondan a las necesidades de salud de la población guatemalteca ya que actualmente sólo la Licenciatura de Médico y Cirujano no satisface las mismas.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Flores J. Desafíos de la Prevención. [monografía en línea]. México: La Jornada, Academia Nacional de Medicina; 2006 [accesado febrero 20 de 2008] Disponible en: www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n26/swaisbord.

2. Ehrenberg J. Contribuciones y Desafíos de los Recursos Humanos en el Éxito de los Programas Prioritarios de Salud. [monografía en línea]. Mexico: Salud mental OPS; 2006 [accesado febrero 20 2008]. Disponible en: http://www.observatoriorh.org/Presentaciones/JohnEhrenberg.pdf

3. Guzmán-Pizarro L, Rodríguez-Roa G. La Función de la Tutoría Grupal en la Formación de Recursos Humanos en Salud Pública. Salud Pública Mex, México Mayo- Junio 1994; [articulo en línea]. 36 No 3: 328-333. [accesado el 21 febrero de 2008] Disponible en: http://www.insp.mx/rsp /artículos/articulo. php?id=001722

4. Vidal-Ledo M. Modelo educativo para la formación de recursos humanos de la salud pública cubana en la gestión de información en salud. Escuela Nacional de Salud Pública. Educ Med Super 2007;vol 21(No. 4) Octubre-Noviembre 2007 [accesado el 21 febrero de 2008] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol21_4_07/ems07407.html

5. Cioffi J, Lichtveld M, Thielen L, Miner K. Credentialing the Public Health Workforce: An Idea Whose Time Has Come. Public Health Manag Pract. 2003 Nov-Dec; 9(6):451-8. [accesado el 21 febrero de 2008] Disponible en: http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=19&hid=13&sid=7e572dd9-5ecc-444a-a819-debcab3c4696%40sessionmgr9.

6. Organización Panamericana de Salúd. Programa de las actividades de reforma del sector salud. (Disco Compacto) 39/13. 39.ª Reunión del Consejo Directivo, Washington, D.C. Septiembre 1996.

7. UNFPA [sede web]. Proyecto del Milenio, de la Naciones Unidas; 2005 [Acceso 20 de Febrero del 2008]. Estado de la población Mundial 2005: un panorama general. [17 pantallas] Disponible en: http://www.unfpa.org /swp/2005/espanol/ch1/index.htm

8. Robinson R, Dixon A. Health Care Systems in Transition: United Kingdom, European Observatory on Health Care Systems. 6 ed. Copenhague: WHO Regional Office for Europe, 1999. V.1.p. 322-367

9. Health Care Systems in Transition [sede Web]. Den Exter A, Hermans B. Netherlands: European Observatory on Health Care Systems, Copenhague; Forthcoming: WHO Regional Office for Europe; 2001- [actualizaciòn 2004; [accesado 20 de febrero del 2008] Disponible en http://www.euro.who.int/Document/E84949.pdf

10. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. [sede Web] México:2000. European health care reform: Analysis of current strategies. Copenhague: World Health Organization Regional Office for Europe, 1997- [actualizaciòn 2000; [accesado 20 de febrero del 2008] Disponible en http://www.paho.org/Spanish/HPP/5thGlobalConfSp5.doc

11. Science Direct [sede Web]. Netherlands: The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries¬: Journal of Health Economics; 1999; 18: 291-313. [revisión Junio 1999; accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en http://dx.doi.org/10.1016/S0167-6296(98)00043-5

12. Scielo España [sede Web]. Mossialos E, Le Grand J. España: J. Health care and cost containment in the European Union. Londres: The London School of Economics and Political Science; 1999- [actualización 2002; accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112002000100003&script=sci_arttext&tlng=e

13. European Observatory on Health Systems and Policies Series [sede Web]. New York: Pressures for Change. En: McKee M, Healy J. Hospitals in a changing Europe: Forthcoming: European Observatory Series/Open University Press; 2001. [actualizaciòn 2005; accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en http://www.euro.who.int/Document/E86300.pdf

14. Gaceta Sanitaria [sede Web]. España: PFI in the NHS: Is there an economic case? BMJ 1999; 319: 116-119. [actualización 2006; accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en www.scielosp.org/scielo.php?script= sci_arttext&pid =S0213-91112002000100003&lng=&nrm=iso&tlng

15. Organización Mundial para la Salúd, Organización Panamericana de Salúd. 128.ª Sesión del Comité Ejecutivo. C 128/12 (Esp.) Washington, D.C., U.S.A. Abril 2001.

16. González B., Barber P. Los recursos humanos y sus desequilibrios mitigables. Informe SESPAS. [Sede web]. Barcelona España, [publicado el 25 de abril 2006, accesado el 21 febrero de 2008] disponible en: http://www.losrecursoshumanos.com/rrhh-salud-crisis.htm

17. Gaceta Sanitaria [sede Web]. España: The hospital and the external environment. En: McKee M, Healy J. Hospitals in a changing Europe. Forthcoming: European Observatory Series/Open University Press, 2001. [accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000100003&lng=&nrm=iso&tlng=

18. Scielo España [sede Web]. España: Cambiando el Sistema Hospitalario; editores. Retos Críticos en la Salud Europea. Buckingham: Open University Press, 1998. [actualización 2002; accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112002000100003&script =sci_arttext&tlng=e

19. Science Direct [sede Web]. Netherlands: The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries¬: Journal of Health Economics; 1999; 18: 291-313. [revisión Junio 1999; accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en http://dx.doi.org/10.1016/S0167-6296(98)00043-5

20. Castillo M. Sistema de información del colegio de médicos y cirujanos de Guatemala [Tesis de Maestría] Guatemala: Universidad Mariano Gálvez, Facultad de Ciencias Medicas. 2006.

21. Partnerships for Health Reform Project. Cuentas Nacionales de Salud: Guatemala: informe sobre iniciativas especiales. [Sitio Web]. Estados Unidos: Partnerships for Health Reform Project; Septiembre 1998. [accesado 17 de febrero 2008] Disponible en: www.phrplus.org/Pubs/Sir10s.pdfUSAID.

22. Castillo A. El desarrollo de Recursos Humanos en salud: un Hito en construcción. [sede Web] San José, Costa Rica: Suplemento No. 2; 2006. p.1-11. [acceso 20 de febrero 2008] Disponible en: www.cendeisss.sa.cr /seguridadsocial/index_archivos/alciraCastillo.pdf.

23. DeGerencia.com, Recursos Humanos y Organización. [sede web]. Venezuela: DeGerencia.com; 2003. [accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en: http://www.degerencia.com/tema/recursoshumanos

24. LosRecursosHumanos.com. El valor humano [sede web] Argentina: LosRecursosHumanos.com; 2001. [accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en: http://www.losrecursoshumanos.com/revistagratuitaderecursos-humanos.htm.

25. Sistemas.com [sede web] Propósitos y objetivos de la administración de recursos humanos. [Internet] [s.l.] México, 2003. [accesado 19 de febrero del 2008] Disponible en: http://sistemas.itlp.edu.mx/tutoriales/rechum 1 /index .htm

26. Gómez J. Administración de Recursos Humanos en Salud. [Internet] [s.l] 2001. [accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en: http://www.monografias.com/trabajos15/administracionrecursos/administracion-recursos.shtml?monosearch

27. Wikipedia Enciclopedia libre [sede Web]. Estados Unidos: wikipedia; 2008, [actualizada 10 febrero 2008; acceso 21 de febrero 2008]. Recursos Humanos, Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/recursos_humanos

28. Lemus J. Recurso Humano en Salud [sede Web]. Buenos Aires, Argentina: bsasjoven.gov.ar; 2005 [acceso 23 de febrero 2008] Disponible en: http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/rrhh/aestructura.php?menu_id=10903

29. Dos Santos P. Observatorio de Recursos Humanos en salud en Brasil [sede Web]. Brasil: OPAS.Org; 2007 [acceso 23 de febrero 2008] Disponible en: www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/ACF398.pdf

30. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) [sede web]. México: Dirección General de Información en Salud, Secretaria de Salud, México; 2003 [accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en: http://sinais.salud.gob.mx/glosario/rechum2.htm.

31. Mitecnologico.com, Concepto Propósito de Recursos Humanos [sede Web]. Mexico: mitecnologico.com; 2000 [accesado 19 de febrero del 2008]. Disponible en: http://www.mitecnologico.com/Main/ConceptoProposito RecursosHumanos.

32. Zurita A. Los Recursos Humanos en Salud desde la Perspectiva de un estudiante de pregrado. [sede Web] España: Universidad de Cordoba; 2007 [acceso 20 de febrero 2008]. Disponible en: http://unporoto.blogspot.com/ 2007/11/los-recursos-humanos-en-salud-desde-la.html

33. Barquin M. Dirección de Hospitales. 7 Ed. Mexico: McGraw Hill, 2003. p. 165-167.

34. Lazcano C. Capital Humano, En busca de un contexto. [Internet] La Habana, Cuba: Facultad de Economía; 2001. [accesado 19 de febrero del 2008]. Disponible en: www.CapitalHumano-AdministracióndeEmpresasyNegocios.html

35. Unidad de Recursos Humanos para la Salud (HRH) de la OPS. Día Mundial de la Salud. Abril 2006. [sede web]. Washington: OPS; abril 2006. [accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish /DD /PIN/Whd06_HumanResources_Spa.doc

36. OPS-OMS. Métodos Regionales en materia de Recursos Humanos para la Salud. Conferencia Sanitaria Panamericana del Comité regional. [Internet]. Washington: OPS; 2002. [accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp26index-s.htm

37. Moreno S. Análisis del Recurso Humano en Salud. [Internet]. [s.l] 2004. [accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en: file://G:\ Análisis delrecursohumanoensalud.htm

38. Rodríguez M. Reflexiones sobre el recurso Humano en salud. [sede Web] Estados Unidos: foro Latinoamericano; 2007 [acceso 23 de febrero 2008] Disponible en: http://www.accessmylibrary.com/coms2/summary_0286-319 39400_ITM

39. Boelen C. Guatemala celebra el Día Mundial de la Salud 2006. [Internet]. Guatemala: OPS; 5 de abril 2006. [Accesado 20 Febrero 2008] Disponible en: http://www.ops.org.gt/diamundialensalud.06

40. OPS-OMS. Día Internacional de la Salud, Conmemora a los Trabajadores en Salud. [sede Web]. Nicaragua: Centro de Salud Sanitaria; 2006 [acceso 20 de febrero 2008] Disponible en: http://www.ops.org.ni/index.php? Itemid =2&id=25&option=com_content&task=view

41. The World Health Report. Working Together for Health. [Internet] Washington: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2006. [accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en: http://www.who.int/whr /2006 /en /index.html

42. Fernández A. Alimentación y Nutrición, Jornada de Aprendizaje. [sede Web]. Guatemala: OPS; 2006 [acceso 21 de febrero 2008] Disponible en: www.democraticdialoguenetwork.org/file.pl?files_id=594;folder=attachment

43. Quiroga R. Regulación de recursos humanos de salud en Chile. [sede Web] Chile: OPS/OMS MINSAL; 1999. [acceso 21 de febrero 2008] Disponible en: http://observatorio_rh.tripod.com/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/regulacion-rrhh-en-chile.pdf

44. CIE. Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud. [sede Web] Suiza: Posición del CIE; 2008. [acceso 23 de febrero 2008]. Disponible en: http://www.icn.ch/pshhrdsp.htm

45. Esquivel A. Reflexiones sobre el Recurso Humano del Sector Salud en Bolivia. [Internet] Bolivia: [s.n.]; julio 2006. [accesado 19 de febrero del 2008]. Disponible en: http://www.udape.gob.bo/Documentos %20de%20 trabajo/ DocTrabajo/2006/DT-0602.pdf

46. OPS. Personas, el recurso más preciado en salud. Día Mundial de la Salud. [Internet] Washington: OPS; 2006. [accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora10_ago06.htm

47. Wrpo.com. Human resources for heath. [Internet]. [s.l.]: World health organization; 2006. [accesado 20 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.wpro.who.int/sites/hrh/overview.htm

48. Meza R. Administración del Recurso Humano. [sede web]. México: [s.n.]; 2006. [acceso 21 de febrero 2008]. Disponible en: http/h20247. www2.hp.com/publicsector/cache/107932-0-0-140-470.html

49. Brito P. Planificación de Recursos Humanos y Reformas del Sector Salud. [Revista en línea]. Cuba: Revista Cubana Educación Medica Superior; 2002 [accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en: http://bvs.sld.cu /revistas/ems/vol16_4_02/ems09402.htm

50. Hidalgo A. Recursos Humanos para la Salud. Madrid, España: Editorial Masson, 2006. p. 1-2.

51. Dante R. Administración de Recursos Humanos en Clínicas y Hospitales. [Internet] [s.l] [s.n.] 2002 [accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en: http://www.monografias.com/trabajos15/rrhh-hospitales/rrhh-hospitales.shtml?monosearch

52. Asociación Médica Mundial.com. Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre recursos humanos médicos. [internet]. Navarra, España: Universidad de Navarra; 2002. [accesado 19 de febrero 2008]. Disponible en: http://www.unav .es/cdb/ammvenecia3.html

53. López B. Desarrollar Recursos Humanos. Informe SESPAS. [Internet]. Sevilla: SESPAS; 1999. [accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en: www.sespas.es/informe2000/d5_36pdf

54. Colegio de Médicos de Chile. Distribución del Recurso Medico en Chile [sede Web]. Chile: Unidad de Estudios, Colegio de Medicos; 1999 [acceso 23 de febrero 2008] Disponible en: www. Colegiomedico .cl/Portals/0 /files /biblioteca /publicaciones/pub_tecnicas/13.pdf

55. INFOCOM. Informe por país. [Sede Web]. [s.l.] Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD); 1995 [Actualizado 2007; accesado 20/2/08] Disponible en: http://72.249.12.200/drupal/?q=node/96

56. Ortiz P. Política de Recursos Humanos en el Sistema Nacional de Servicios de Salud. Revista Administración en Salud. 1996. Dic. (Año X, Vol. 30):34-40.

57. López D. Planificación de Recursos Humanos en la Reforma Sectorial en Salud. [Internet]. Washington: OPS; 2002. [acceso 20 de febrero 2008] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems09402. htm

58. OPS. Política de Recursos Humanos, Ministerio de Salud, División de Planificación Estratégica, Depto. Desarrollo de Recursos Humanos, Julio 1996. [internet]. Chile: OPS; 1996. [acceso 20 de febrero 2008] Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/SHA/chirstp.htm

59. La Reforma de la Seguridad Social en Salud: Una visión conceptual y experiencias comparadas. Rev. Administración en Salud. Año X. Chile. 1996. May. 5(96). P.3-4.

60. Problemas en el Sector Salud. Rev. Administración en Salud. Año IX. Chile. 1995. 3(95). P.5.

61. Brito P. Planificación de Recursos Humanos y Reformas del Sector Salud en Cuba. [sede web] Cuba: Rev. Cubana Educ. Med. Super; 2002. [acceso 22 de febrero 2008] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_ 4_02 /ems09402.htm

62. OPS-OMS. Desarrollo y fortalecimiento de la gestión de los recursos humanos en el sector Salud. Documento Oficial CD43-9. Washington. 2001. Ene. v.43.

63. Brito P. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. [internet]. [s.l.] Rev Panam Salud Púb; 2000. vol 8:43-54. [acceso 22 de febrero 2008] Disponible en: http:// www.Paho .org/spanish/dbi/es/ART-Brito.pdf

64. Rovere M. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Washington DC.1993. OPS. Rev Serie desarrollo de recursos humanos. Nº 96 p. 27.

65. Mable A. Elaboración basada en Steady State. Finding a Sustainable Balance Point. International Review of Health Workforce Planning. [sede web] Ottawa, Canada: Health Care System; 2002. [acceso 19 de febrero 2008] Disponible en: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/hhrhs/2002-steadystate-etatstable /index_e.html

66. NHS. Working Together. Securing a Quality Workforce for the NHS. [internet] Inglaterra: Department of Health; 1998. [acceso 19 de febrero 2008] Disponible en: http://www.open.gov.uk.doh/newnhs/hustrat.html

67. Bach S. Tendencias De Las Reformas Sectoriales de Salud en Europa y sus Repercusiones en la Gestión de Recursos Humanos. [sede web] Inglaterra: Escuela de Administración de Empresas Warwick, Universidad de Warwick; 2002. p. 71-122. [acceso 19 de febrero 2008] Disponible en: http:// www.paho.org/Spanish/HSP/HSR/HSR01/libro1-obsrrhh.pdf

68. Rubio M. Políticas y sistemas de valoración de recursos humanos en los hospitales públicos: una aplicación de la formación técnica de los enfermeros. [internet]. España: Universidad San Pablo; 2003. [acceso 19 de febrero 2008]. Disponible en: http://www.madrimasd.org/revista/revista19 /investigación/tesis2.asp

69. Navarro S. The political context of social inequities and health. [Internet]. España: International Journal of Health Services; 2003. p. 1-21. [Acceso 19 de febrero 2008]. Disponible en: http://www.baywood.com/hs/hs341.pdf

70. World Health Organization. Alma Ata 1978: Primary health care. [Internet]. Geneva: 1978 Health for All; 2000. Series, No. 1. [acceso 21 de febrero 2008]. Disponible en: http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/40d00990 1358b0e2c1256915005090be?Opendocument

71. Gupta N, Zurn P, Diallo K, and Dal Poz MR. Uses of population census data for monitoring geographical imbalance in the health workforce: snapshots from three developing countries. [Internet] Suiza: International Journal for Equity in Health; 2003 [acceso 21 de febrero 2008]. Disponible en: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid =14697099

72. Gupta N, Zurn P, Diallo K, and Dal Poz MR . Uses of population census data for monitoring geographical imbalance in the health workforce: snapshots from three developing countries. [internet] Suiza: International Journal for Equity in Health; 2003 [acceso 21 de febrero 2008]. Disponible en: www. Networ .unimaas.nl

73. Ministerio de salud pública y bienestar social, universidad nacional de asunción, organización panamericana de la salud, organización mundial de la salud (ops/oms). Politica nacional de recursos humanos en salud 1999-2003 republica del Paraguay. [documento en línea] Asuncion, Paraguay; [s.n.] 1999 [accesado el 20/2/08]. Disponible en: http://www.ins. gov.py /Documentos/ POLITICA %20DE%20RR.HH.doc

74. OPS, OMS. 27.a Conferencia sanitaria panamericana. 59.a sesión del comité regional. Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015 [Documento en línea] Washington: [s.n.] 1-5 de octubre del 2007

[accesado el 15/2/08]. Disponible en: www.paho.org/spanish/gov/csp /csp27.r7-s.pdf

75. Goic A. Proliferación de escuelas de medicina en Latinoamérica: causas y consecuencias. Rev. méd. Chile. [Revista en línea]. Agosto 2002, [accesado 20 Febrero 2008] vol.(130): no.8, p.[917-924]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872002000800013&script=sci_arttext

76. Ríos H. El analisis de los recursos humanos en la medicina. [Documento en línea]. México: [s.n.]; 2004. [Accesado el 22/2/08] Disponible en: www.anuies.mx/servicios/p_anuies/publicaciones/revsup/res036/txt3.htm - 45

77. Arango Y. Referentes socio-históricos latinoamericanos: contribución a los fundamentos políticos de la promoción de salud. RevCubana Salud Pública. [Revista en línea]. Enero 2008, [Accesado el 22/2/08]; vol.(34): no.1, Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100017&lng=pt&nrm=iso

78. Nieto H. Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (Confemel). Trabajo medico: cambios y consecuencias. Boletín de Temas de Salud. [Documento en línea]. Mexico: www.medicos-municipales.org.ar; Abril 2003 - Año XII Nº 97 [Accesado el 20/2/08] Disponible en: http://www.medicos-municipales.org.ar/informe0403.htm

79. OPS, OMS. 45.o Consejo directivo, 56.a sesión del comité regional. política del presupuesto regional por programas de la ops corrigendum [Documento en línea] Washington: OPS, OMS; 27 de septiembre-1 de octubre 2004 [Accesado el 22/2/08] Disponible en: www.ops-oms.org/spanish/gov/ce/ce134.r10-s.pdf

80. Yordi I. La política de la OMS en materia de género. [Artículo en línea]. [s.l.]: OMS; Marzo del 2002. [Accesado el 21/2/08]. Disponible en: http://www. prbb.org/quark/27/027024.htm

81. OMS. Política de la OMS en materia de género. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. [Internet] Washington: OMS; 2002. [Accesado el 22/2/08]. Disponible en: http://www.who.int/gender /mainstreaming /ESPwhole.pdf

82. Ávila L. Reflexiones sobre la migración de recursos humanos calificados: la "fuga de cerebros chile" [Internet]. Chile: [s.n.]; 2003 [Accesado el 17/2/2008]. Disponible en: http://alhim.revues.org/document700.htm"

83. InfoCom. Información y Comunicación en Salud para Centroamérica y República Dominicana [Sede Web]. Centro América: Recursos Humanos de la Salud de Centro America; 2007. [Actualizado 28/12/2007, Accesado el 17/2/2008]. Disponible en: http://72.249.12.200/drupal/?q=node/83.

84. Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud. Propuesta Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. [internet]. El Salvador: [s.n.]; mayo 2006. [Accesado el 17/2/2008]. Disponible en: http://www.lachealthsys.org/documents/events/ steering _role07/El_Salvador-Politica_Desarrollo_Rec_Humanos_Salud.pdf

85. Sáenz M. Política Nacional de Salud 2002 – 2006. [Internet]. San José: [s.n.]; Marzo 2003. [accesado el 20 de febrero 2007] Disponible en: http: //www.ministeriodesalud.go.cr/politicasdesalud/politica%20nacional%20de%20salud%2020022006.pdf

86. OPS. Informe Situación de los Recursos Humanos en Salud en Centroamérica. [Internet]. San José: [s.n.]; Febrero 2006. [Accesado el 17/2/2008]. Disponible en: http:// 72.249.12.200 /drupal /files/ perfil %20de %20RRHH %20CA.doc

87. Ministerio de Salud de EL Salvador. Desafíos de la gestión de los recursos humanos en salud (2006-2015). [Internet]. San Salvador: Ministerio de Salud de El Salvador; 22 de agosto de 2006. [Accesado el 20/2/2008]. Disponible en: http://www.observatoriorh.org/Lima/docs/ElSalvadorDesafiosdeGestiondeRRHH.pdf

88. Cruz M. Salud e historia en Centroamerica análisis de las reuniones del sector salud de Centroamerica y Republica Dominicana 1985-2000. Programa de formación en salud internacional oficina de la subdirección. [internet]. Nicaragua: [s.n.] 2001. [Accesado el 20/2/2008]. Disponible en: http: //72.249.12.200/drupal/files/INFORME_FINAL_XVII_RESSCAD_NIC-01.pdf

89. Observatorio de Recursos Humanos. Desafios Nacionales, Taller Plan Decenal RRHH, 23- 25 agosto/2006. [internet]. Lima, Peru: [s.n.]; 2006. Disponible

en: http://www.observatoriorh.org/Lima/docs/SubregionCentroAmerican PlanesDecenalesRHS.pdf

90. OPS. Perfil de los Sistemas de Salud de Guatemala: Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma. [En línea]. Washington D.C.: [s.n.]; 2007. [Accesado el 20 de febrero de 2008]. Disponible en: http_/www.lachealthsys.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=133

91. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Reforma del Sector Salud en Guatemala 1996-2000. [en línea] Guatemala: [s.n.]; 1998. [Accesado el 20 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.lahealthsys.org /documents /events/puertorrico05/mr1-gut-pur05.pdf

92. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Situación De La Función Rectora De La Autoridad Sanitaria Nacional. [En línea]. Guatemala: [s.n.]; 2000. [Accesado el 20 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www. achealthsys.orgdocumentseventselsalvador05edo-frasn-guatemala. pdf

93. Ministerio De Salud Pública Y Asistencia Social. Plan Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos Guatemala, 2007-2015: Reunión Subregional, Copán, Honduras Agosto 2006. [En línea]. Guatemala: Dirección General De Recursos Humanos, Departamento De Formación; 2006. [Accesado el 19 de febrero de 2008]. Disponible en: http:// www.observatoriorh.orgLimadocsGuatemala PlanNacional.pdf

94. Estrada R. Enviarán propuesta a Cuba para crear escuelas de medicina rural. El Periódico Guatemala, miércoles 6 de febrero de 2008; País. [En línea]. Guatemala 2008. [Accesado el 20 de febrero de 2008.]. Disponible en: http://www.elperiodico.com.gt./es/20080206/pais/48313/

95. Ministerio de Salud. Calidad y Funciones de Salud Pública. Foro regional: La nueva agenda de la reforma del sector de la salud: Fortaleciendo las Funciones Esenciales de la Salud Pública y los Sistemas de Salud: Perspectivas del país sobre calidad y su relación con las funciones esenciales de salud pública. [En línea]. Antigua, Guatemala: [s.n.]; 2004. [Accesado el 19 de febrero de 2008]. Disponible en: http:// www.pos.org.gtInfteccomunicCP/20guatemala

96. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad de Planificación Estratégica. Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud. Lineamientos Básicos y Políticas Año 2004-2008. Guatemala. 2004. publicación Científica.

97. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General de Servicios de Salud. División de Recursos Humanos. Propuesta de Políticas y Estrategias del Área de Recursos Humanos. Guatemala 1991. Publicación Científica.

98. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 009: Proyecto de Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado Ejercicio Fiscal 2004. [En línea]. Guatemala: [s.n.]; 2004. [Accesado el 20 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.minfin.gob.gt/archivos/presu2004/doc14.pdf

99. United States Agency Internacional Development. Sinergias entre educación, salud y nutrición en Guatemala. [En línea]. Estados Unidos de América: [s.n.]; 2003. [Accesado el 20 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.usaid.govgtdocssinergias_versionfinal12.pdf

100. Palma C. Voto 2007: El Sistema Hospitalario está en Emergencia. El Periódico Guatemala. [En línea]. Guatemala: [s.n.]; 2007. [Accesado el 21 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.elecciones. elperiodico.comgt /look /diagnostico/salud_curativa.php

101. Palma C. Voto 2007: Cumplimiento de metas y prioridades en medio de obstáculos. El Periódico Guatemala. [En línea]. Guatemala: 2007. [Accesado el 21 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.elecciones. elperiodico.comgt/look/diagnostico/salud_curativa.1php

102. Hurtado P. Voto 2007: Logros a Medias de la Extensión de Cobertura. El Periódico Guatemala. [En línea]. Guatemala: 2007. [Accesado el 21 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.elecciones.elperiodico.comgt /look/diagnostico/salud_publica.php

103. Ayapán S. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: Estructura Organizacional Y Funcionamiento [internet] Guatemala: MSPAS; 2006. Documento Científico.

104. United Status Agency Internacional Development. ¿Qué compra el Gobierno de Guatemala con su Inversión en Salud?. [En línea] Guatemala: 2006.

Accesado el 20 de febrero de 2008]. Disponible en: www.usaid.gov/gt/docs/policy_inversion.pdf

105. Peña M. Ceremonia de Lanzamiento de las políticas de Recursos Humanos de Salud y las políticas de Inversiones en Salud; 26 de enero 2006; Perú. [En línea] Perú: 2006. [Accesado el 20 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.per.ops-oms.org/discurso/LanzamientoPolíticasRRHH.pdf

106. Pan American Health Organization, Regional Office of the World Health Organization. Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud Pública: Factor Crítico de la Reforma del Sector Salud. [En línea]. Guatemala: 2004. [Accesado el 20 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.lachealthsys.org/documents/events/guatemala04/CharlesGodue.pdf

107. OMS. 7 de Abril Dia Mundial de la Salud, Crisis de Recursos Humanos de la Salud. REV. Medicos Hoy, Revista de la Confederacion Medica de la Republica de Argentina [Revista en linea] 2004 [accesada el 21 de febrero de 2008]; vol (4) [pantalla 1]. Disponible en: http://www.comra. health.org.ar/ medicoshoy /abril06/04_dia.htm)

108. WHO. Cuadro Health Systems [internet]. [s.l.] [s.n.]; 2006. [accesada el 21 de febrero 21 de 2008]. Disponible en: http://www.who. int/whr/2006/annex/en)

109. Dussaul G, Franceschini M. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. [internet] [s.l.]: Human Resources for Health; 27 Mayo 2006. [Accesado el 22 de Febrero de 2008]. Disponible en: http://www.human-resources-health.com/content/4/1/12)

110. Kabene S, et.al. The importante of human resources management in health care: a global context. [internet] [s.l.] [s.n.]; 27 julio 2006. [accesado el 21 de febrero 2008]. Disponible en http://www.human-resources-health.com/content/4/1/20)

111. Ugalde A, Homedes N. Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. Rev Panam Salud Publica [periódico en la Internet]. 2005 Mar [citado 2008 Feb 21];

17(3): 202-209. Disponible en: http://www.scielosp.org /scielo. php?script =sci_arttext&pid=S1020-49892005000300011&lng=es&nrm=iso.

112. OPS. Los Recursos Humanos de Salud, “Retos Fundamentales para la Region de las Americas” [internet] Washington DC: [s.n.]; Septiembre 2006. [Accesado el 17 de Febrero de 2008]. Disponible en: http://www.paho. org/spanish /gov/cd/CD47-19-s.pdf)

113. USAID. The Health Sector Human Resource Crisis in Africa: An Issues Paper. [internet] Washington: USAID; 2003. [Accesado 24 feb 2008]. Disponible en www.eldis.org/go/topics/dossiers/human-resources-for-health/africa

114. Serneels P. For Public Service or Money, Understanding Geographical Imbalances in the Health Workforce. [internet] [s.l.]: World Bank Policy Research Working Paper 3686; Agosto 2006. [accesado 24feb2008] Disponible en: www.wds.worldbank.org/.../IW3P/IB/2005/08/19/000016406 _20050819124104/Rendered/PDF/wps3686.pdf

115. Staying in or leaving rural practice. Outcome of rural doctors. [Internet]. [s.l.] [s.n.]; 1999. [Accesado 24 feb 2008]. Disponible en www.mja.com. au/public/issues/sep21/kamien/kamien.html,

116. VIII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud. Planes Decenales de los países de la Región, Sub Región de Centro América y República Dominicana. [internet]. Lima, Perú: Plan Decenal de RRHH Centroamérica; 2006. [Accesado 24 feb 2008]. Disponible en http: //www.observatoriorh.Org/Lima/docs/SubregionCentroAmericanPlanDecenalPP T.pdf

117. United Nations International Convention on the Protection of the Rights of all Migrant Workers and their families. [internet] [s.l.]: [s.n.]; 1990. [Accesado 24 feb 2008] Disponible en: www.unhchr.ch/html/menu3/b/m_mwctoc.htm

118. OPS. La Migración del Personal en Salud en la Region de las Americas, Situación, Perspectivas y Sugerencias para la Accion. VII Conferencia Iberoamericana de Ministros y Ministras de Salud. [internet] Colonia del Sacramento Uruguay: [s.n.]; Octubre 2006. [Accesado el: 17 de Febrero 2008]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/ HR/7conf_ iberoamer_migracion.pdf

119. Bach S. Labour and social issues. Internacional Labour Office. [internet] Geneva: International migration of Health Workers; july 2003. [accesado 24 feb 2008] Disponible en: www.equinetafrica.org/bibl/docs/BAChres300108.pdf

120. Lincoln C, Chen M, Jo I. Fatal Flows" Doctors on the Move". Rev. New England Journal of Medicine [revista en linea], octubre de 2005. vol(353):[p1810-1818]. Disponible en: www.nejm.org.

121. OMS. Migración Internacional, Salud y Derechos Humanos. Serie de Publicaciones sobre Salud y Derechos Humanos. [internet] Washington: Organización Mundial de la Salud; Diciembre 2003. [accesado 24 feb 2008] Disponible en: www.who.int/hhr/activities/2005%20PRT%2016325%20ADD%201%20Migr_HHR-Spanish%20edition.pdf

122. OPS. Metas Regionales en Materia de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015. 27a Conferencia sanitaria panamericana. [internet] Washington: OPS; 2007. [accesado 21 feb 2008] Disponible en: http://www.paho.org /spanish/gov/csp/csp27.r7-s.pdf

123. Brito P. Desafíos y Problemas de la gestión de recursos humanos de salud en las reformas sectoriales. [internet] [s.l.]: OPS. Programa de Recursos Humanos, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud; 2003. [accesado 24 feb 2008]. Disponible en: www.opas.org. br/rh/ admin /documentos/plg02010.pdf

124. Facultad de Medicina Universidad de la Republica de Uruguay. Programa de Reforma de la Formación de Recursos Humanos en Salud. [sitio web] Uruguay: Fac. Med. Un. De la Rep. Uruguay; 1998. [accesado el 21 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.iadb. org/ exr /doc98/pro/uur0120.htm

125. OPS. Regulación de Recursos Humanos de Salud en Chile. Ministerio de Salud de Chile OPS, 2005. [sitio web]. Chile: OPS; 2005. [accesado el 21 de febrero de 2008]. Disponible en: http://pwr-chi.bvsalud.org/dol/docsonline/get.php?id=166

126. Recursos Humanos en Salud. Médicos Hoy. [revista en línea]. Argentina. Rev. de la Confederación Medica de la Rep. de Argentina. 2005. [accesado el 21 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.comra.health.org.ar /medicoshoy/agosto04/pagina_indice.htm

127. Planificación en recursos humanos y reformas del sector salud. [revista en línea]. Cuba. Rev Cubana Educ Med Super. 2002. 16(4) [accesado el 20 de febrero de 2008]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16 4 02/ems09402.htm

128. Sistemas de salud en búsqueda de excelencia: los recursos humanos en foco. [revista en línea]. Brazil. Rev Latino-am Enfermagem. 2006. may-jun. 14(3). P.307-8. [accesado el 20 de febrero de 2008]. Disponible en: http //www.scielo.br/ pdf/rlae/ v14n3/es v14n3a01.pdf

129. RevistaeSalud.com. Fortalecimiento de Servicios Esenciales de Salud en Latinoamérica mediante el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación. Proyecto de demostración basado en Plataforma para la e-Salud en Código. [revista en línea]. [s.l.] RevistaeSalud.com; 2007. Dic. 3(7). [accesado el 20 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/viewArticle/19 0/ 486 E&

130. Rigoli F. Los Observatorios de Recursos Humanos en América Latina, Asesor Regional Programa de Desarrollo de Recursos Humanos OPS-OMS [sitio web]. Washington: OPS; 2001. [accesado el 22 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www. observatoriorh. Org/esp/pdfs/Observatorio_AL_Livro.pdf

131. OPS. Regulación de Recursos Humanos de Salud en Chile. Ministerio de Salud de Chile OPS, 2005. [sitio web] Chile: OPS; 2005. [accesado el 22 de febrero de 2008]. Disponible en: http:// pwr-chi.bvsalud.org /dol/docsonline/get. Php?id=166

132. Arandi J. Geografía Visualizada de Centroamérica. Guatemala. Piedra Santa. 2007.

133. Manske M, et al. Informe Demográfico de Centroamérica. 2001-2008. [sitio web] [s.l.] [s.n.] 2001-2008. [accesado el 21 de febrero de 2008]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/centroamerica

134. Wikipedia la Enciclopedia Libre. América Central. [sitio web] [s.l.] [s.n.] 2008. [accesado el 21 de febrero de 2008]. Disponible en: http//es. Wikipedia .org/wiki/America_Central

135. INCEP. Centroamérica: Balance de escenarios económicos, sociales y políticos, así como las perspectivas 2005 – 2006. [sitio web] [s.l.] INCEP; 2005. [accesado el 19 de febrero de 2008]. Disponible en: http:/www.incep.org/images/content/Balance.pdf

136. Godve C. Unidad de recursos Humanos para la Salud (HRH) de la Organización Panamericana de la Salud. [sitio web] Washington: OPS; 2006. [accesado el 21 de febrero de 2008]. Disponible en: www.paho.org/spanish/dd/pin/ps060320.

137. Bach S. Human resources and new approaches to public sector management. [Presentación en taller]. En: Global Health Workforce Strategy. Annecy, Francia. 2000. dic. P. 9-12 de diciembre, 2000.

138. OPS. Observatorio de Recursos Humanos en Salud en las Américas 1999-2004: Lecciones aprendidas y expectativas para el futuro. Unidad de Recursos Humanos, OPS-OMS. [sitio web] Washington: OPS; 2004. [accesado el 21 de febrero de 2008]. Disponible en: http: //www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/introdutorio_e.pdf

139. Cottom H. Análisis Crítico del Sistema Nacional de Salud en Guatemala. [Internet]. Guatemala. [s.n.] Julio 2004. [accesado 20 de febrero 2008]. Disponible en: www.url.edu.gt/.../ Archivos/Analisis %20Critico% 20del%20Sistema%20Nacional%20de%20Salud%20en%20Guatemala.

140. Mesa C. Las Reformas de Salud en América Latina y el Caribe: su Impacto en los Principios de la Seguridad Social. CEPAL. [sitio web] Chile: CEPAL; 2005. [accesado el 21 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/8/24058/LCW63_ReformasSalud_ALC_ cap.3.pdf

141. Rodríguez A. Financiamiento del Desarrollo: Reformas de salud y nuevos modelos de atención primaria en América Central. CEPAL. [sitio web] Chile: CEPAL; 2006. [accesado el 18 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.cepal.cl/cgi-bin

142. OPS. Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica. [sitio web] Costa Rica: OPS; 2004 [accesado el 20 de febrero de 2008]. Disponible en: www.lachealthsys.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=127

143. OPS. Perfil de los Sistemas de Salud en Honduras. [sitio web] Honduras: OPS; 2001. [actualizado el 26 de noviembre del 2001; accesado el 20 de febrero del 2008]. Disponible en: www.lachealthsys.org /index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=136

144. OPS. Perfil de los Sistemas de Salud en El Salvador. [sitio web] El Salvador: OPS; Diciembre 2006. [Accesado el 20 de febrero del 2008]. Disponible en: www.lachealthsys.org/index.php?option=com_docman&task= doc_download&gid=130

145. OPS. Perfil del Sistema de Servicios de Salud en Nicaragua. [sitio web] Nicaragua: OPS; Febrero 2002. [accesado el 20 de febrero del 2008]. Disponible en: www.lachealthsys.org /index.php ?option=com_docman &task=doc_download&gid=140

146. CEPAL. Comisión económica para América latina y el Caribe. Salud, equidad y capital humano en el Istmo Centroamericano. [sitio web] México: CEPAL; 1994. [Accesado el 29 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.eclac.org/cgibin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/7/8577/P8577.xml&xsl= /mexico/tpl/p9f.xsl&base= /mexico/tpl/top-bottom.xsl

147. Ministerio Español de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Plan de Acción de Salud - Diagnóstico y Líneas Generales de Acción: Descripción del Sector de la Salud en Centroamérica. Marzo 2006. La Antigua Guatemala. [sitio web] Guatemala: Ministerio Español de Asuntos Exteriores y de Cooperación; 2006. [Accesado el 29 de febrero de 2008]. Disponible en: http://ceccsica.org/programas-accion/salud/situacion1d.html

148. OPS/PASCAP. Caracterización de la Situación en Recursos Humanos en Salud. Costa Rica: OPS; Febrero 1995. Publicación científica.

149. Red de Cajas de Herramientas, MiPYME. Política Nacional para el desarrollo de las micro, pequeñas y medianas empresas. [Internet]. Guatemala: MiPYME; 2007 [Accesado el 20 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.infomipyme.com/Docs/GT/Offline/tecnicos/Pmipyme.pdf

150. Organización Panamericana de la Salud. Reunión del Comité Regional Asesor en Estadísticas de Salud. [Internet]. Washington: OPS; 2000. [accesado el 20 de febrero de 2008] Disponible en: http:www.amro.who.int /spanish/sha/be_v21n2-CRAESspa.htm

151. Elizondo F. Universidad Estatal a Distancia. [Internet] Costa Rica: [s.n.] 2000. [Accesado el 21 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.uned.ac.Cr/globalNet/global/administracion/gobierno/articulos/fernandoelizondo918.htm

152. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación La Antigua Guatemala. Plan de acción en salud 2006. [internet]. Guatemala: [s.n.] 2006. [Accesado el 21 de febrero de 2008]. Disponible en: http://ceccsica.org/programas-accion/salud/situacion1d.html

153. Instituto centroamericano de estudios fiscales, Finanzas Públicas en Centro América, Guatemala 2006. [internet]. Guatemala: [s.n.] 2006. [Accesado el 21 de febrero de 2008]. Disponible en: www.icefi.com

154. Infante A, Mata I, López D. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. Revista Panamericana Salud Pública. 2000. Jul-Ago. vol. (8) p.1-2.

155. OPS. Salud en las Américas, 2007, volumen I-Regional. [sitio web]. Washington: OPS; 2007. [Accesado el 20 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.paho.org/hia/home.html

156. OPS. Informe Situación de los recursos humanos en Salud en Centroamérica. San José, Costa Rica: OPS; Feb. 2006. Publicación Científica.

157. Instituto Nacional de Estadística. Perfil Socioeconómico de Guatemala: XI censo nacional de población y VI de habitación año 2002. [Internet]. Guatemala: Instituto Nacional de Estadística; 2006. [accesado 20 de febrero 2008]. Disponible en: www.infoiarna.org.gt/media/file /PERFAM2006/ CAP2/2.1%20PERFIL%20SOCIOECONOMICO.pdf

158. Cottom H. Análisis Crítico del Sistema Nacional de Salud en Guatemala. [Internet]. Guatemala. [s.n.] Julio 2004. [accesado 20 de febrero 2008]. Disponible en: www.url.edu.gt/.../ Archivos/Analisis %20Critico% 20del%20Sistema%20Nacional%20de%20Salud%20en%20Guatemala

159. Asociación Iberoamericana de Cámaras de Comercio. Monografía de Guatemala. [sitio web]. Guatemala. [s.n.] 2000. [accesado 20 de febrero 2008].Disponible en:www.aico.org$$/... /Monografías /Monografia Guatemala /tabid/1696/ctl/Login/Default.aspx - 20k

160. MSPAS. Situación y Tendencias del Financiamiento de la Salud en Guatemala. [Sede Web]. Guatemala: MSPAS; 2006. [accesado 20 de febrero 2008]. Disponible en: www.mspas.gob.gt/menu/ financiamiento_gastos /USAID_ Situacion_financiamiento_2006

161. MSPAS. Informe de Rendicion de Cuentas año 2006. Consolidado Personal del MSPAS. [Sede Web]. Guatemala: MSPAS; 2006. [Accesado 21 Febrero del 2008]. Disponible en: http://www.mspas.gob.gt/menu /financiamiento_gastos /Rendicion_de_cuentasMSPAS_2006.pdf

162. Brito P. Desafíos y problemas de la gestión de recursos humanos de Salud en las reformas sectoriales Programa de Desarrollo de Recursos. [internet] Brasil. [s.n.] 2006. [Accesado el 15 de Febrero del 2008]. Disponible en: http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/plg02010.pdf

163. Biscoe G. Human resources: the political and policy context. [Presentación en taller]. En: The Global Workforce Strategy Group. Geneva: WHO; 2001.

164. Sánchez Viesca A. La práctica de la reforma del sector salud en Guatemala: lecciones para el futuro. Guatemala: Centro para el Desarrollo Estratégico en Salud. 2000. (Publicación Científica No.1).

165. La Forgia G. In search of excellence. Strengthening hospital performance in Brazil. Concept paper. Washington, D.C. 2003. World Bank. Publicación científica

166. Brito P. Impacto de las reformas del sector salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. Rev Panam Salud Publica. Panamá. 2000; 8(1/2):43-54.

167. Médicos municipales. Informe Especial. [sitio web]. Buenos Aires, Argentina. [s.n.] 2004. [accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en: www.medicos-municipales.org.ar/informe.htm

168. McCaffery J. Cómo combatir la crisis de recursos humanos para la salud. [sitio web]. [s.l.] The INFO Project at the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs. 2008. [accesado el 20 de febrero del 2008]. Disponible en www.maqweb.org /techbriefs/ spanish /stb37capacity.pdf –

169. Segura A et al. Crisis mundial de los recursos humanos del sector salud. [sitio web]. Barcelona, España: [s.n.] 2006. [accesado el 20 de febrero del 2008]. Disponible en: http://www.losrecursoshumanos.com/rrhh-salud-crisis.htm

170. Jiménez J. Recursos humanos para la salud, tema central en el informe de la OMS 2006. [sitio web]. Mexico: OMS; 2006. [accesado el 22 de febrero del 2008]. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2006/eim062a.pdf

171. Europa SCADPlus. Escasez de Recursos Humanos en el Sector Sanitario. [monografía en linea]. Brussels: Europa SCADPlus; 2005. [Última actualización 28.6.2006; accesado el 23 de febrero del 2008]. Disponible en: http://europa.eu/scadplus/leg/es/lvb/r12550.htm

172. Asociación Médica Mundial. Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre recursos humanos médicos – I 30 de abril de 2002 [sitio web] España: [s.n.] 2002. [Accesado 17 de Febrero del 2008]. Disponible en: www.unav.es/cdb/ammvenecia3.html

173. Puertas B. Maestría en Salud Pública. Información general del Posgrado de la Universidad de Illinois, Chicago. [sitio web] Chicago, Ill. [s.n.] 2008. [Accesado el 20 de febrero del 2008]. Disponible en: http: // www.usfq.edu.ec/POSTGRADOS/Salud/Maestria_SP.html

174. OPS. Informe sobre la salud en el mundo 2003. Capitulo 7 sistemas de salud. [Sede Web]. Washington: OPS; 2003. [Accesado el 18 de Febrero del 2008]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2003/chapter7/es/index.html

175. Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. Rev Panam Salud Publica. Panamá. 2005. 17(3):210-20.

176. Asturias E. Crisis de recurso humano en medicina. El periódico. Guatemala 2005. Martes 20 de septiembre de 2005. [accesado el 20 de febrero de 2008] Disponible en: http://www.elperiodico.com.gt/es/20050920/opinion/20158/

177. Monzón, M. Diagnostico Situacional: Enfermeras para el Mundo. Provincia de Manabi, Ecuador. [sitio web]. Manabi, Ecuador: [s.n.] 2004. [Accesado el 20 de febrero del 2008]. Disponible en: http://www.ong. enfermundi.com/proyectos/pdf/informemanabi.pdf

178. ANMM. Acceso universal al cuidado medico. [sitio web]. México: ANMM; 2001 [Accesado el 20 de febrero del 2008]. Disponible en: www.anmm.org.mx/descargas/anmm/ACCESO-UNIVERSAL-AL-CUIDADO-MEDICO .pdf

179. OMS. Respuestas a las Necesidades Sanitarias Urgentes. Informe sobre la Salud en el Mundo. Washington. Jun. 2006. Publicación científica.

180. Rodríguez J. Contribuciones y desafíos de los Recursos Humanos Prioritarios. [sitio web]. Washington: PAHO; 2000. [Accesado el 20 de febrero del 2008]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be_v25n2-mdgs.htm

181. Vásquez C, Borrell R. Recursos humanos en salud en Costa Rica: Situación actual y desafíos para una década. 1 ed. Costa Rica: OPS, 2006.

182. Nino A. Percepción de los problemas de salud por parte de las autoridades sanitarias: Condición para América Latina y el Caribe, 2005. [s.n.] [s.l.] 2005.

183. Vargas W. Desarrollo y características de los servicios de salud y nutrición pare las comunidades urbanas y rurales de Costa Rica. [sitio web]. Costa Rica: [s.n.] 1999. [accesado 18 de febrero 2008]. Disponible en: http://www.unu.edu/unupress/food2/UIN06S/uin06s09.htm

184. Bach S. Human resources and new approaches to public sector management. [Presentación en taller]. En: Global Health Workforce Strategy. Annecy, Francia. 2000. dic. P. 9-12 de diciembre, 2000.

185. OPS. Boletín Epidemiológico: Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en las Américas. OPS: 100 años de Salud. [sitio web]. Washington: OPS; 2004. [Accesado el 20 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be_v25n2-mdgs.htm

186. Condiciones de Salud en Guatemala. El periódico Guatemala. Martes 20 de septiembre de 2005. [accesado el 20 de febrero de 2008] Disponible en: http://www.elperiodico.com.gt/es/20050920/opinion/20158/ Guatemala

187. European Union. Communication from the Comission to the Council and the European Parliament. EU strategy for action on the crisis in human resources for health in developing countries. [sitio web]. Brussels: European union; 2005. [accesado el 23 de febrero del 2008]. Disponible en http://europa.eu/scadplus/leg/es/lvb/r12550.htm

188. Padilla M. Marco para la formulación de Políticas Nacionales de Salud Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud Area. Desarrollo Estratégico de la Salud OPS/OMS. [sitio web] Washington: OPS; 2004. [accesado el 20 de febrero de 2008] Disponible en: http://www.paho.org /english /dpm/shd/hp /Events_04_Antigua_Guatemala.htm

189. OPS. Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud, Publicación Científica y Técnica No. 622. Salud en las Américas 2007. 1 (4) p.314 – 317.

190. MSPAS. Lineamentos estratégicos de la Agenda Nacional de Salud. Documento preliminar. Guatemala. May. 2006. Publicación científica.

191. IGSS. Informe Anual de Labores 2004. [sitio web] Guatemala: IGSS; 2004. [accesado el 21 de febrero del 2008]. Disponible en: http://www. igssgt.org/downloads/Informe%20de%20Labores%202004%20- %20IMPROBADO.pdf. Acceso febrero 2008.

192. Alonso P. Tendencias de la salud internacional: retos y oportunidades para nuestra sociedad. Gac Sanit. Jun. 2003. p.175-178. [accesado el 23 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.scielosp.org/ scielo.php ?script= sci_arttext&pid=S0213-91112003000300001&lng=es&nrm=iso.

193. Wagstaff A. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. Rev Panam Salud Publica [serial de Internet]. 2002 Jun. [accesado 20 Febrero 2008] ; 11(5): 316-326. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo .php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500007&lng= en&nrm=iso.

194. Pan American Health Organization, Health Human Resources Trends in The Americas: Evidence for Action. [Sede Web]. Toronto, Ontario, Canada: Cameron R.; 2006; [Accesado el 20 de febrero 2008] Disponible en: http://www.observatoriorh.org/Lima/docs/HRHA%20Strengthening%20_eng.p d

195. Normand C. Strengthening Public Health Human Resources in Europe: Meeting the Training Challenge. 12th Annual EUPHA Meeting: Plenary Sessions, Oslo7-9 Octubre 2004. Oxford University Press Diciembre 2004. European Journal of Public Health, Volume 14, Supplement 1, pp. 11-11(1) Disponible en : http://openurl.ingenta.com/content?genre=article&issn =1101-

196. Chen L, et al. Colaboremos por la Salud Informe sobre la salud en el Mundo. [monografía en línea]. Francia: Asociación Panamericana de la Salud; 2006 [Accesado 21 Febrero 2008]. Disponible en: http://books. google.com.gt/books?hl=es&id=KFQwGi0rx98C&dq=Colaboremos+por+la+Salud+Informe+sobre+la+salud+en+el+Mundo&printsec=frontcover&source=web&ots=wNw328Q89-&sig=o4KJMF8TifxPgouvUZ_u3u4y4YE#PPR 1,M1

197. Observatorio de Recursos Humanos [sede web]. San Salvador, Salvador: Ministerio de Salud del Salvador; Agosto 2006 [Acceso 20 de febrero del 2006] Desafíos de la Gestión de los Recursos Humanos en Salud (2006-2015) Avances [9 páginas]. Disponible en: http://www.observatoriorh.org/Lima/docs /ElSalvadorDesafiosdeGestiondeRRHH.pdf

198. López D. Desafíos en materia de Recursos Humanos en Salud en las Americas para la próxima década. [Sede Web]. Toronto [Canada]:2005 [Accesado 20 Febrero 2008] Disponible en: http://www.paho.org

199. Costa Rica. Ministerio de Salud de Costa Rica: Información actual y desafíos para una década [Sede Web]. Costa Rica: OPS, OMS; 2006 [Accesado 20 Febrero 2008]. Disponible en: http://www.cendeisss.sa.cr/ seguridadsocial /index_archivos/AlciraCastillo.pdf

200. Arrollo J. Situación y desafíos en el campo de los recursos humanos en salud en el área Andina, en los albores de los 2000. Revista Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú: 2002. Feb. 63(3). P. 212-222.

201. García M. Movilidad de médicos en Europa y gestión de los servicios sanitarios BMC Health Services Research. [revista en línea] 2007 [Accesado 21 Febrero 2008]. Disponible en: www.smacor.com/Movilidad%20de%20medicos %20en%20Europa%20y%20gestion%20de%20los%20servicios%20sanitarios .pdf.

202. VIII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos: Desafíos de la gestión de los recursos humanos en salud (2006-2015) [Sede Web] Avances; Guatemala. Plan nacional de desarrollo de recursos humanos: 2007-2015, [accesado el 20 de febrero de 2008] disponible en: http:// www.observatoriorh.org/Lima/esp/index_es.html.

203. Purcallas D. Recursos Humanos en Salud: Promoviendo la Excelencia en la Gestión de Recursos Humanos: Transformación estratégica de recursos humanos en salud. San José, [Costa Rica] [sede Web] OPS, OMS; 1992 Pag. 3, [accesado el 20 de febrero de 2008] disponible en: http://www.esap.edu.co/editor2/images/archivos/Ponencia%20Rocio%20Saenz.pdf.

204. Organización Panamericana de Salud, Organización Mundial de la Salud. El Encuentro Sub Regional Andino para el Desarrollo de Recursos Humanos en Salud culminó exitosamente [sede Web]. La Paz [Bolivia]: OMS/OPS; 17 de noviembre de 2007 [accesado 20 Febrero 2008]. Disponible en: http://www.ops.org.bo/

205. México. Instituto Nacional de Salud Publica: Retos y desafíos: importante demanda de recursos humanos especializados: Fortalecer el capital humano en salud pública. [sede Web]. México 2005-2006 [accesado el 21 de febrero de 2008]. Disponible en http://www.insp.mx/Portal/Espm/pdf/retos.pdf .

206. Mi Tecnológico [sede web]. Tijuana, BC, México: Soto L.; [Accesado 20 de febrero de 2008]. Desafíos Competitivos en Recursos Humanos. [4 pantallas] Disponible en: http://www.mitecnologico.com/Main/DesafiosCompetitivosRecursosHumanos

207. Arroyo J. Los sistemas descentrados de recursos humanos en salud: el caso del Perú, 1990-2005. Ciênc. saúde coletiva [periódico en la Internet]. 2006 Dic [citado 2008 febrero 20] 11(4): 1063-1072. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400027&lng=es&nrm=iso.

208. Ministerio de la Protección Social-República de Colombia [sede web]. Bogotá Colombia: Landaño J, López J, Gajigas B, Robayo G, Castellanos J, Barragán M; Octubre 2002 [Accesado 20 de febrero del 2008]. Desafíos para los recursos humanos en el sistema general de seguridad social en salud [183 páginas]. Disponible en: http://www.minproteccionsocial.gov.co/ Observatorio/ library/documents/DocNewsNo14544DocumentNo1061.PDF

209. Universidad Nacional Mayor de San Marcos [sede web]. Perú: Sistema de Bibliotecas de la UNMSM; 2002 [Actualizado 2002; Accesado 20 de febrero de 2008]. Situación y desafíos en el campo de los Recursos Humanos en salud en

el área Andina, de los Albores de los 2000 [3 pantallas] Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe

210. Del Corral M, et al. Escenario Cubano Hacia una Decada de Recursos Humanos en Salúd. [monografía en línea]. Cuba: Revista Salúd; 2007. [accesado 20 febrero 2008] Disponible en: http://www.who.int/csr/sars /country/2003_08_15/en/index.html

211. Recursos Humanos Norte. Los desafíos de los Recursos Humanos a mitad del 2007 – Parte III. [sede web]. Argentina. [s.n]. 2006 [accesada en 16 Feb 2008]. Disponible en http://rhnorte.com.ar/Desafios%20III.doc.

212. La salud de la población. Hacia una nueva salud pública [sede web]. México D.F.: Frenk J.; 1997 [Accesado 20 de febrero del 2007]. Introducción: La salud como punto de encuentro [7 pantallas]. Disponible en: http://omega.ilce.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/133/htm/sec _7.htm

213. Organización Panamericana de la Salud [sede web]. Carnevali J.; 2006 [Accesado 20 de febrero del 2008]. Trabajadores de Salud: Héroes de todos los días [5 pantallas]. Disponible en: www.paho.org/spanish /dd/pin/whd2006_godue.htm

214. Eumed [sede Web]. Cartagena, Colombia: Orozco J.; 2006 [Accesado 20 de febrero del 2008]. Desafíos en Salud Pública [2 pantallas]. Disponible en: http://www.eumed.net/libros/2006c/199/1l.htm

215. Oficina Regional de la OPS en Honduras [sede web]. Tegucigalpa, Honduras C.A: OPS/PAHO; 1999 [Accesado 20 de febrero del 2008]. Las Condiciones de Salud en las Américas 1998 [45 pantallas]. Disponible en: www.paho-who.hn/salud98.htm

216. Ministerio de Salud. Desafíos de la gestión de los recursos humanos en salud (2006-2015) Avances. San Salvador: 22 agosto 2006 [Accesado 20 Febrero 2008] Disponible en: www.observatoriorh.org/Lima/docs/ElSalvador DesafiosdeGestiondeRRHH.pdf

217. Rigoli F, Rocha C, Foster A. Desafíos críticos de los recursos humanos en salud: una visión regional. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [periódico en la Internet]. 2006 Feb [citado 20 febrero 2008]; 14(1): 7-16. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000100002&lng=es&nrm=iso.

218. Orozco A. Desafíos en Salud Pública [Sede Web]. Cartagena [Colombia]: EMVI; Año probable 2005 [accesado 20 Febrero de 2008]. Disponible en: www.eumed.net/libros/2006c/199/0B.htm

219. Guatemala, APRESAL. La Reforma del Sector Salud. Guatemala: Imaginación: APRESAL; 1999: pag 253.

220. Rodríguez M. Los servicios de salud en Guatemala. ONG Inservida. Guatemala, 15 de septiembre de 2006. [publicado15 de septiembre de 2006; accesado el 21 febrero de 2008] disponible en: http://www.consumer.es/web/es/solidaridad/proyectos_y_campanas/2006/09/15/155577.php

221. Comunicado de la Organización Panamericana de la Salud. El recurso más valioso: las personas que trabajan para la salud. [Sede web]. Guatemala, OPS 2006 [publicado 5 de abril de 2006; accesado el 21 febrero de 2008] disponible en: http://www.ops.org.gt/Inftec/comunic/CP%20Guatemala%20celebra%20el%20D%C3%ADa%20Mundial%20de%20la%20Salud%202006.pdfd

222. Organización Mundial de la Salud [sede web]. Ginebra, Suiza: OMS; 2000 [Acceso 21 de febrero del 2008]. Informe sobre la salud en el mundo 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. [23 páginas] Disponible en: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_dgmessage_es.pdf

223. Yazbeck A, Tan J, Tanzi V. Public Spending on Health in the 1980s: the impact of adjustment lending programs. Background paper for the World Bank. [Monografía en línea] World Development Report 1993: Investing in Health. Washington: Banco Mundial, 1993. [accesado 21 de febrero de 2008]; Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000100003&lng=&nrm=iso&tlng=

224. Domínguez U. Health Financing in Brazil in the Context of Macroeconomic Adjustment. 2000, 15-18 de junio. Atenas, Grecia; National School of Public Health. 2000. Reunion of the Federation for International Cooperation of Health Services and Systems Research Centers (FICOSSER).

225. Popline [sede web]. Estados Unidos de America: Musgrove P.: 1984 [Acceso 21 de febrero del 2008]. Care and Economic Hardship [1 pantalla]. Disponible en: http://www.popline.org/docs/028153

226. Musgrove P. Economic crisis and health policy response. En: Tapinos G, Mason A, Bravo J, editores. Demographic responses to economic adjustment in Latin America. Lille. 3 ed. Estados Unidos: International Union for the Scientific Study of Population, 1997: v.1. p.112-127.

227. Ministerio de Salud de Chile, División de Salud de las Personas, Diseño e Implementación de las Prioridades de Salud. Santiago: Ministerio de Salud, 1997; 45 suplemento 3: 6-13.

228. Ministerio de Salud de Costa Rica y Organización Panamericana de la Salud. La Salud como Producto Social en el Estado Moderno años 1992-1993. Rev salud (San José de Costa Rica), 1993; 11(1):2-5

229. European Observatory on Health Care Systems Series [sede Web]. Philadelphia: Financing operating costs for acute hospital services. En: Saltman R, Figueras J, Sakellarides C. Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham: Open University Press; 1998. [actualización 2002; accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en http://www.mcgraw-hill.co.uk/openup/chapters/0335209289.pdf

230. World Health Organitation, Regional Office. . Organización Mundial de la Salud. Health 21, Europa 2000. Informe de la Oficina Regional 2000: Recursos humanos en salud. España: OMS; 2000. http://www.who.int /whr/2000/es/

231. Chen L, Evans D, Evans T et al. Colaboremos por la Salud Informe sobre la salud en el Mundo. [monografía en línea]. Francia: Asociación Panamericana de la Salud; 2006 [Accesado 21 Febrero 2008]. Disponible en: http://books.google.com.gt/books?hl=es&id=KFQwGi0rx98C&dq=Colaboremos+por+la+Salud+Informe+sobre+la+salud+en+el+Mundo&printsec=frontcover&source=web&ots=wNw328Q89-&sig= o4KJMF8Tifx PgouvUZ_u3u 4y4YE#PPR1,M1

232. Montoya C. Recursos humanos de salud: otro asunto por resolver. [monografía en línea] [s.n] El Pulso, Sección Generales, Agosto del año 2002. [Accesado 15

Feb 2008]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid= S0213-9111200200a010&script=sci_arttext&tlng=e

233. Cuadros J. EL mundo pobre se queda sin médicos. [en línea]. Madrid: ciudad redonda-tablón, solidaridad.net ; 2008 [accesado 20 febrero del 2,008]. Disponible en: www.ciudadredonda.org/spip/article.php3?id_article=531.

234. Bastías G, Marshall R, Zuñiga D, Mena C. Número de médicos en Chile: estimaciones, proyecciones y comparación internacional. Revista médica de chile [revista en línea] 2000 Oct [accesado 20 febrero del 2,008]; 128 (10): [13 páginas]. Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872000001000014&script=sci_arttext.

235. Cherjovsky R. Universidad abierta interamericana. Buenos Aires: universidad abierta interamericana; 2008- [actualizada el 3 de enero 2008; accesado 20 febrero del 2,008]. Disponible en: www.uai.edu.ar/.

236. González B, et al. Mesa Redonda: ¿Faltan médicos? ¿Cuestión cuantitativa o cualitativa?. Revista Educ Med; [Revista en línea]; Barcelona 2007 septiembre; 10(3) [accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132007000400003&lng=pt&nrm=

237. Soteras L, Fernández B, Serrano M, Antúnez P, Castro D. Planificación de los recursos humanos para la salud. Educ Méd Salud. [Revista en línea] Cuba 2002; 16(4) [accesado 20 de febrero del 2008] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems09402.htm

238. Organización Mundial de la Salud. Working Together, Securing a Quality Workforce for the NHS. Unidad de recursos humanos para la salud. [Sede web]; 2006 abril; [accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/DD/PIN/Whd06_HumanResources_Spa.doc.

239. Periódico El Pulso [sede web] Indicadores de demanda de profesionales y auxiliares en salud. [s.l] 2002. [accesado 20 de febrero del 2008] Disponible en: www.periodicoelpulso.com/html /ago02/general/general-09.htm

240. Universidad de Antioquia [Sede web] Convenio 0059 Fonade. Colombia; 2006. Indicadores existentes de recurso humano, en Colombia y otros países de

Latinoamérica en la década de los 60's [accesado 20 de febrero del 2008] Disponible en: http://guajiros.udea.edu.co/wwwrh/modelo.htm

241. Asociación de Médicos Municipales de la ciudad de Buenos Aires. [Sede web] Buenos Aires 2006. Análisis detallado del perfil del recurso humano, de nuestro país Argentina. [Accesado 20 de febrero del 2008] Disponible en: www.medicos-municipales.org.ar/prax0304.htlm

242. Abud R. Actualidad Política de Venezuela, Recurso Humano en Salud [revista en línea],Caracas febrero 2008 [accesado 20 de febrero del 2008] Disponible en: http://chamosaurio.wordpress.com/2007/08/28/la-salud-descentralizada

243. Leal A. Canarias Paraíso de la Corrupción, Recurso Humano en Salud, [sede web] Canarias noviembre 2007. [accesado 20 de febrero del 2008] Disponible en:http://estoesnada.blogcindario.com/2007/11/02186-la-sanidad-kanarya. html

244. Rojas F. Situación, Sistema y Recursos Humanos en Salud para el desarrollo en Cuba. Revista Cubana de Salud Pública; [Revista en línea] junio 2003. 20(4). [accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662003000200011&script=sci_ artext.

Anexo 1
Instrumento: Hoja No. 1 Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN

CARACTERIZACIÓN DEL RECURSO HUMANO MÉDICO EN LA REPÚBLICA DE GUATEMALA -2008-

Número: _____

Consentimiento Informado:

La siguiente encuesta corresponde al trabajo de graduación "Caracterización del Recurso Humano Médico en la República de Guatemala" a realizarse por estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala previo a obtener el Título de Médico y Cirujano, que será realizada en todo el país durante los meses de abril y mayo del presente año.

El propósito de dicha investigación es el de caracterizar el recurso humano médico en las dimensiones demográficas, laborales y académicas.

Los datos obtenidos en esta encuesta serán utilizados únicamente con fines académicos y científicos, los cuales no serán divulgados o compartidos con otras instituciones ajenas sin previa autorización de los autores y de las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Dicha encuesta es de carácter voluntario y únicamente le tomará 5 minutos de su tiempo.

Yo _____

Con número de colegiado _____

Consiento que se me realice la siguiente encuesta ya que la información que yo brinde puede ser de utilidad científica y autorizo a que sea utilizada exclusivamente para los fines anteriormente expuestos siempre y cuando se me garantice el más absoluto respeto a mi intimidad y anonimato.

Firma del encuestado _____

Continuación de Anexo 1
Instrumento: Hoja No. 2 Cuestionario

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD UNIDAD DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN
CARACTERIZACIÓN DEL RECURSO HUMANO MÉDICO EN LA REPÚBLICA DE GUATEMALA
-2008-

NO. DE COLEGIADO:			Numero de Boleta:
NOMBRE DEL ENCUESTADOR:			
LUGAR DE LA ENCUESTA:	DEPARTAMENTO		
	MUNICIPIO		
INSTITUCIÓN O CLINICA PARTICULAR DONDE SE REALIZA LA ENTREVISTA			FECHA:

1. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	1.1 ¿Cuantos años cumplidos tiene? _____	1.2 Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐	1.3 Cual es su estado civil actual? Soltero ☐ Divorciado ☐ Unido ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Separado ☐	1.4 ¿En que área se encuentra localizada su residencia? Urbano ☐ Rural ☐
2. CARACTERISTICAS LABORALES	2.1 ¿Labora usted como médico y cirujano? Sí ☐ No ☐ Si su respuesta es **NO** especifique profesión u oficio actual:_____		2.2 ¿Labora usted en más de un lugar que tenga relación con su profesión de médico y cirujano? Sí ☐ No ☐ ¿En cuántos?_____ si su respuesta fue si pregunte: Según sus prioridades y de acuerdo al número de lugares en donde labore como médico y cirujano, indique el lugar donde se ubican, tipo de institución y el tipo de práctica profesional a la que se dedica en cada una de ellas.	

No.	Lugar		Institución					Práctica Profesional			
	Urbano	Rural	Estatal	Autónoma	Privada	ONG	No institucional	Clínica	Docencia	Investigación	Administración
1											
2											
3											
4											
5											
6											

3. CARACTERISTICAS ACADEMICAS	3.1 Grado académico que posee: (marque todas las que correspondan)	
	Sólo Licenciatura de médico y cirujano ☐	Otra Licenciatura ☐ ¿Cuál?
	Universidad que extendió su titulo de Medico y Cirujano:	USAC ☐ UFM ☐ UMG ☐ Extranjera ☐
	Realizando Residencia ☐	¿Cuál?
	Especialización ☐	¿Cuál?
	Sub especialización ☐	¿Cuál?
	Maestría ☐	¿Cuál?
	Doctorado ☐	¿Cuál?
	Post doctorado ☐	¿Cuál?

Continuación de Anexo 1
Instrumento: Hoja No. 3 Instrucciones

INSTRUCCIONES

Objetivo: Obtener información directa de los médicos de Guatemala para identificar sus características demográficas, laborales y académicas.

1. Identifíquese con el médico.
2. Infórmele sobre el estudio, entregue su carta de presentación. Indíquele que sólo le tomará 5 minutos de su tiempo.
3. Proporciónele el consentimiento informado y pídale que lo llene según corresponda.
4. El instrumento es una ENCUESTA DIRIGIDA la cual consiste en 8 preguntas que deben ser llenadas por el estudiante.
5. Escriba el Número de colegiado donde se le indica.
6. Identifique la boleta: coloque en la casilla correspondiente el número de boleta (que debe ser el mismo del consentimiento informado). Escriba su nombre, departamento, municipio e institución en donde realiza la entrevista y la fecha. Idealmente éstos ya deberían de estar llenos antes de entrevistar al médico.
7. Marque con un signo visible (círculo, equis, etc.) en la casilla la opción que corresponda.
8. En la pregunta 1.4, respecto al área donde se encuentra localizada la residencia del médico se tomará como urbano a las ciudades, cabeceras departamentales o municipales (cascos urbanos) y a lo rural a todo lo que se encuentre fuera de los cascos urbanos.
9. En el inciso 2, pregunta 2.1 si la respuesta es no, especificar a que nueva profesión u oficio se dedica el médico y aquí terminaría la encuesta.
10. En la pregunta 2.2 escriba en números en cuántos lugares relacionados con su profesión de médico refiere que labora.
11. En la pregunta 2.3 marque en la casilla en orden de prioridad para el médicosegún corresponda. El lugar donde labora se definirá así:

- Urbano: ciudades, cabeceras departamentales o municipales (cascos urbanos).
- Rural: Todo lo que se encuentre fuera de los cascos urbanos.

Las instituciones se definirán así:

- Una institución estatal es toda aquella que depende del Estado, específicamente del Ministerio de Salud Pública como Hospitales Regionales, de Especialidades y de Referencia, Centros, Puestos de Salud y otros.
- Como institución autónoma se tomará a todas aquellas que no dependen del Estado, tales como: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y sus dependencias, Universidad de San Carlos de Guatemala, sus centros y extensiones universitarias y Municipalidades.
- Institución privada se entiende como todas las instituciones de servicio médico de tipo lucrativo (clínicas, hospitales, sanatorios).
- Las Organizaciones no Gubernamentales (ONG) que son entidades de carácter civil privado con fines y objetivos definidos por sus integrantes.
- No institucional: se tomará a todas las clínicas particulares que son propiedad de los médicos entrevistados o que éstos arrenden.

12. En la pregunta 3.1 marque todas las opciones que correspondan y anote por escrito la otra licenciatura, residencia, especialidad, subespecialidad, maestría, doctorado y post doctorado que el médico le refiera.
13. Agradezca al médico su tiempo y despídase.
14. Para tabular los datos obtenidos en la encuesta ingrese a la página www.observatoriomedico.org introduzca su número de usuario y clave y siga las instrucciones que ahí se le indican.

Fuente: Instrumento elaborado por investigadores.

Anexo 2

Procesos reformistas y cambios que provocan

Aspectos principales de las reformas	**Implicaciones para el trabajo del personal**
. Descentralización	. Mayor resolución
. Cambios en los ministerios: funciones y estructuras	. Nuevas funciones y áreas de competencia
	. Exigencia de mayor calidad y productividad
. Cambios en el financiamiento y en los sistemas de pago	. Cambios en la organización del trabajo y conformación de equipos
. Nuevas modalidades de gestión, externalización o contratación de terceros, compra de servicos, autonomía de servicios, etcétera	. Nuevas formas contratación
	. Énfasis en el desempeño y su evaluación
	. Cambios en los sistemas de incentivos
	. Regulación de los procesos de desarrollo de recursos humanos
. Cambios en los modelos de atención, tanto en sus aspectos básicos como en su complejidad	
. Extensión de la cobertura	

Fuente: Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, OPS, 1999.

Anexo 3
Política de Recursos Humanos para la Salud (Primera Parte)

Iniciativa a dos años	**Cambios esperados**	**Marcas de progreso**	**Línea de acción principal**	**Factibilidad y viabilidad**
El Observatorio de RRHHS provee información sobre las necesidades de personal de salud, las tendencias en la oferta de formación, cambios demográficos y epidemiológicos, para la formulación de la política.	Se dispone de la información necesaria para la formulación de la política.	Informes del Observatorio de RRHHS al finalizar 2007.	Fortalecimiento del ORRHHS.	Convenio Interinstitucional refrendado Compromisos Institucionales Recursos técnicos, Recursos económicos.
El Ministerio de Salud Pública conduce el proceso participativo de formulación de la política nacional de recursos humanos para la salud.	El Ministerio asume su papel rector, inicia el proceso y convoca a mesas de trabajo.	La política Nacional de Salud ha sido presentada al Congreso de la República para su aprobación al finalizar 2007.	Abogacía sobre la importancia de la política. Apoyo técnico, Asignación de recursos económicos.	Voluntad política. Recursos técnicos. Recursos económicos.
Se gestionan los cambios técnicos, laborales y presupuestarios para sustentar la política.	El Ministerio de Salud Pública asegura en las instancias correspondientes las condiciones para la implementación de la política.	Documentos de acuerdos y decisiones en los sectores laborales, financieros e institucionales en relación a la política.	Abogacía	Voluntad política Compromisos institucionales

Continuación de anexo 3
Política de Recursos Humanos para la Salud (Segunda Parte)

Iniciativa a dos años	**Cambios esperados**	**Marcas de progreso**	**Línea de acción principal**	**Factibilidad y viabilidad**
Fortalecimiento del Observatorio de RRHHS para optimizar la recopilación de información básica sobre la distribución actual de personal de salud y las necesidades de personal por categorías, regiones del país y niveles de atención.	Se cuenta con información básica para la toma de decisiones.	Se dispone, en el primer semestre de 2007, de un documento publicado por el ORRHHS con recomendaciones precisas para la distribución equitativa del personal.	Abogacía para la participación institucional. Apoyo técnico Dotación de Recursos.	Voluntad política. Las instituciones que conforman el observatorio fortalecen el compromiso. Se incrementan recursos financieros.
Plan de incentivos para la movilización de personal de salud a regiones prioritarias.	Claridad en el proceso de movilización, sustento legal y condiciones económicas para la ejecución.	El plan de movilización ha sido aprobado, los recursos asignados al finalizar 2007 y se inicia en 2008.	Fortalecimiento Institucional. Movilización de Recursos. Readecuación de presupuesto.	Voluntad política. Recursos financieros.

Continuación de anexo 3
Política de Recursos Humanos para la Salud (Tercera Parte I)

Iniciativa a dos años	**Cambios esperados**	**Marcas de progreso**	**Línea de acción principal**	**Factibilidad y viabilidad**
Análisis de los requerimientos de formación de personal de salud para llenar los vacíos en la disponibilidad cuanti-cualitativa para la entrega de servicios equitativos y de calidad en todas las regiones del país.	Las instituciones formadoras y de servicio analizan en forma conjunta la situación y tendencia en la formación de personal de salud y las necesidades inmediatas.	Disponibilidad de un documento que puntualiza las necesidades de formación de personal de salud en el país en cada región, por categorías de personal, con competencias y características culturales específicas.	Fortalecimiento del Observatorio de Recursos Humanos y de la Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y de servicios. Abogacía, apoyo técnico.	Las instituciones que conforman el observatorio fortalecen el compromiso. Se amplía la participación académica en la Comisión Interinstitucional.
Plan de formación de personal de salud para cubrir las necesidades y demandas identificadas.	Existe consenso sobre las acciones inmediatas a tomar en la formación de personal de salud, reflejado en un plan de acción elaborado de manera interinstitucional.	Plan nacional de formación de personal de salud formulado en 2007 y puesto en marcha en 2008.	Abogacía Apoyo técnico. Movilización de recursos institucionales y extrapresupuestarios.	Interés y compromiso de las instituciones formadoras. Se obtienen recursos para la extensión de actividades educativas a las regiones alejadas y marginadas. Acciones paralelas para asegurar la absorción local del recurso formado

Continuación de Anexo 3
Política de Recursos Humanos para la Salud (Tercera Parte II)

Transferencia de la formación de identificación de enfoques y contenidos mínimos para la formación de personal técnico y profesional en salud, con base a competencias.	La formación de técnicos en salud se ha estandarizado, por categorías de personal. Se han identificado las competencias mínimas del personal profesional y técnico de salud, de acuerdo al modelo de atención. Se homogenizaron los contenidos mínimos en la formación, con base en competencias.	Acuerdos bilaterales política para la formación de acuerdos entre instituciones de servicio y de formación sobre las categorías de personal a formar en los próximos 10 años al finalizar el 2007. Existe un documento de competencias para cada categoría de personal técnico y profesional al finalizar el primer semestre de 2008. Se dispone de contenidos mínimos para cada carrera profesional al finalizar 2008.	Abogacía, capacitación, fortalecimiento institucional y recursos económicos.	Voluntad política, decisión institucional, incremento presupuestario.
Aprobación de mecanismos de regulación de la formación técnica y profesional de salud.	Se han consensuado mecanismos de regulación de la calidad de la formación, con apego a las disposiciones nacionales.	Existe la base legal e instrumental para la regulación de la calidad y pertinencia de la formación de salud. Al finalizar el 2008	Abogacía en las instancias más altas de la academia. Creación de espacios de diálogo y consenso. Fortalecimiento Institucional.	Decisión Institucional.

Fuente: Guatemala. Ministerio De Salud Pública Y Asistencia Social. Dirección General De Recursos Humanos. Departamento De Formación. Plan Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos Guatemala, 2007-2015: Reunión Subregional, Copán, Honduras Agosto 2006. [En línea]. Guatemala 2006. [Accesado el 19 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.observatoriorh.orgLimadocsGuatemalaPlanNacional.pdf

Anexo 4

Gestión de los recursos humanos en salud

Iniciativa a dos años	**Cambios esperados**	**Marcas de progreso**	**Línea de acción principal**	**Factibilidad y viabilidad**
Reclasificación de puestos y salarios con base a perfiles ocupacionales.	Existe claridad en puestos y salarios.	Documento de clasificación de puestos.	Reclasificación de puestos.	Asignación presupuestaria.
Implementación de la carrera administrativa.	Base legal para la administración y desarrollo del personal.	Documento de carrera administrativa.	Fortalecimiento institucional, abogacía y cooperación técnica.	Voluntad política.
Educación permanente.	Procesos de capacitación con enfoque de educación permanente, sustentados en competencias laborales.	Documento de competencias laborales. Planificación de educación permanente. Documentos de contratación y evaluación del desempeño.	Capacitación y asistencia técnica y asignación de recursos.	Voluntad política, recursos financieros.

Fuente: Guatemala. Ministerio De Salud Pública Y Asistencia Social. Dirección General De Recursos Humanos.

Departamento De Formación. Plan Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos Guatemala, 2007-2015: Reunión

Subregional, Copán, Honduras Agosto 2006. [En línea]. Guatemala 2006. [Accesado el 19 de febrero de 2008].

Disponible en: http://www.observatoriorh.orgLimadocsGuatemalaPlanNacional.pdf

Anexo 5

Recurso Humano En Salud A Nivel Mundial (primera parte)

No	País	Médicos			Enfermeras		
		Numero	Densidad por 1000	año	Numero	Densidad por 1000	año
1	Afganistán	4,104	0.19	2001	4,752	0.22	2001
2	Albania	4,100	1.31	2002	11,473	3.62	2003
3	Argelia	35,368	1.13	2002	68,950	2.21	2002
4	Andorra	244	3.7	2003	205	3.11	2003
5	Angola	881	0.08	1997	13,135	1.15	1997
6	Antigua y Barbuda	12	0.17	1999	233	3.28	1999
7	Argentina	108,800	3.01	1998	29,000	0.8	1998
8	Armenia	10,983	3.59	2003	13,320	4.35	2003
9	Australia	47,875	2.47	2001	187,837	9.71	2001
10	Austria	27,423	3.38	2003	76,161	9.38	2003
11	Azerbaiján	29,587	3.55	2003	59,531	7.11	2003
12	Bahamas	312	1.05	1998	1,323	4.47	1998
13	Bahrein	803	1.09	2004	3,153	4.27	2004
14	Bangladesh	38,485	0.26	2004	20,334	0.14	2004
15	Barbados	322	1.21	1999	988	3.7	1999
16	Belarus	45,027	4.55	2003	115,116	11.63	2003
17	Bélgica	46,268	4.49	2002	60,142	5.83	2003
18	Belice	251	1.05	2000	303	1.26	2000
19	Benin	311	0.04	2004	5,789	0.84	2004
20	Bhután	118	0.05	2004	330	0.14	2004
21	Bolivia	10,329	1.22	2001	27,063	3.19	2001
22	Bosnia y Herzegovina	5,576	1.34	2003	17,170	4.13	2003
23	Botswana	715	0.4	2004	4,753	2.65	2004
24	Brasil	198,153	1.15	2000	659,111	3.84	2000
25	Brunei Darussalam	336	1.01	2000	892	2.67	2000
26	Bulgaria	28,128	3.56	2003	29,650	3.75	2003
27	Burkina Faso	789	0.06	2004	5,518	0.41	2004
28	Burundi	200	0.03	2004	1,348	0.19	2004
29	Camboya	2,047	0.16	2000	8,085	0.61	2000
30	Camerún	3,124	0.19	2004	26,042	1.6	2004
31	Canadá	66,683	2.14	2003	309,576	9.95	2003
32	Cabo Verde	231	0.49	2004	410	0.87	2004
33	Republica Central Africana	331	0.08	2004	1,188	0.3	2004
34	Chad	335	0.04	2004	2,387	0.27	2004
35	Chile	17,250	1.09	2003	10,000	0.63	2003
36	China	1,364,000	1.06	2001	1,358,000	1.05	2001
37	Colombia	58,761	1.35	2002	23,940	0.55	2002
38	Comoros	115	0.15	2004	588	0.74	2004
39	Congo	756	0.2	2004	3,672	0.96	2004
40	Islas Cook	14	0.78	2001	41	2.72	2001

Continuación de Anexo 5
Recurso Humano En Salud A Nivel Mundial (segunda parte)

No.	País	Médicos			Enfermeras		
		Número	Densidad por 1000	año	Número	Densidad por 1000	año
41	Costa Rica	5,204	1.32	2000	3,631	0.92	2000
42	Costa de Marfil	2,081	0.12	2004	10,180	0.60	2004
43	Croacia	10,820	2.44	2003	22,372	5.05	2003
44	Cuba	66,567	5.91	2002	83,880	7.44	2002
45	Chipre	1,864	2.34	2002	2,994	3.76	2002
46	República Checa	35,960	3.51	2003	99,351	9.71	2003
47	Rep. Demo. de Corea	74,597	5.29	2003	87,330	3.85	2003
48	Rep. Demo. de Congo	5,827	0.11	2004	28,789	0.53	2004
49	Dinamarca	15,653	2.93	2002	55,425	10.36	2002
50	Djibouti	129	0.18	2004	257	0.36	2004
51	Dominica	38	0.50	1997	317	4.17	1997
52	Rep. Dominicana	15,670	1.88	2000	15,352	1.84	2000
53	Ecuador	18,335	1.48	2000	19,549	1.57	2000
54	Egipto	38,485	0.54	2003	146,761	2.00	2004
55	El Salvador	7,938	1.24	2002	5,103	0.80	2002
56	Guinea Ecuatorial	153	0.30	2004	228	0.45	2004
57	Eritrea	215	0.05	2004	2,505	0.58	2004
58	Estonia	6,118	4.48	2000	11,618	8.50	2000
59	Etiopía	1,936	0.03	2003	14,893	0.21	2003
60	Fiji	271	0.34	1999	1,576	1.96	1999
61	Finlandia	16,446	3.16	2002	74,450	14.33	2002
62	Francia	203,487	3.37	2004	437,525	7.24	2004
63	Gabón	395	0.29	2004	6,974	5.16	2004

64	Gambia	156	0.11	2003	1,719	1.21	2003
65	Georgia	20,962	4.09	2003	17,807	3.47	2003
66	Alemania	277,885	3.37	2003	801,677	9.72	2003
67	Ghana	3,240	0.15	2004	19,707	0.92	2004
68	Grecia	47,944	4.38	2001	42,129	3.86	2000
69	Granada	41	0.50	1997	303	3.70	1997
70	Guatemala	9,965	0.90	1999	44,986	4.05	1999
71	Guinea	987	0.11	2004	4,757	0.55	2004
72	Guinea Bissau	188	0.12	2004	1,037	0.67	2004
73	Guyana	366	0.48	2000	1,738	2.29	2000
74	Haití	1,949	0.25	1998	834	0.11	1998
75	Honduras	3,676	0.57	2000	8,333	1.29	2000
76	Hungría	32,877	3.33	2003	87,381	8.85	2003
77	Islandia	1,056	3.62	2004	3,954	13.63	2003
78	India	645,825	0.60	2005	865,135	0.80	2004
79	Indonesia	29,439	0.13	2003	135,705	0.62	2003
80	Irán	31,394	0.45	2004	91,365	1.31	2004

Continuación de Anexo 5
Recurso Humano En Salud A Nivel Mundial (tercera parte)

No	País	Médicos			Enfermeras		
		Numero	Densidad por 1000	año	Numero	Densidad por 1000	año
81	Irak	17,022	0.66	2004	32,304	1.25	2004
82	Irlanda	11,141	2.79	2004	60,774	15.20	2004
83	Israel	24,577	3.82	2003	40,280	6.26	2003
84	Italia	24,100	4.20	2004	312,377	5.44	2003
85	Jamaica	22,253	0.85	2003	4,374	1.65	2003
86	Japón	251,889	1.98	2002	993,628	7.79	2002
87	Jordania	11,398	2.03	2004	18,199	3.24	2004
88	Afganistán	54,613	3.54	2003	92,773	6.01	2003
89	Kenia	4,506	0.14	2004	37,113	1.14	2004
90	Kiribati	24	0.30	1998	191	2.36	1998
91	Kuwait	3,589	1.53	2001	9,197	3.91	2001
92	Kyrgystan	12,902	2.51	2003	31,557	6.14	2003
93	Republica Democrática	ND	ND	ND	ND	ND	ND
94	Latvia	6,940	3.01	2003	12,150	5.27	2003
95	Líbano	11,505	3.25	2001	4,157	1.18	2001
96	Lesotho	89	0.05	2003	1,123	0.62	2003
97	Liberia	103	0.03	2004	613	0.18	2004
98	Libia	6,371	1.29	1997	17,779	3.60	1997
99	Lituania	13,682	3.97	2003	26,229	7.62	2003
100	Luxemburgo	1,206	2.66	2003	4,151	9.16	2003
101	Madagascar	5,201	0.29	2004	5,661	0.32	2004
102	Malagui	266	0.02	2004	7,264	0.59	2004
103	Malasia	16,146	0.70	2000	31,129	1.35	2000
104	Maldivas	302	0.92	2004	886	2.7	2004
105	Malí	1,053	0.08	2004	6,538	0.49	2004
106	Malta	1,254	3.18	2003	2,298	5.83	2003
107	Islas Marshall	24	0.47	2000	152	2.98	2000

108	Mauritania	313	0.11	2004	1,893	0.64	2004
109	Mauritius	1,303	1.06	2004	4,550	3.69	2004
110	México	195,897	1.98	2000	88,678	0.90	2000
111	Micronesia	64	0.60	2000	410	3.83	2000
112	Mónaco	ND	ND	ND	ND	ND	ND
113	Mongolia	6,732	2.63	2002	8,012	3.13	2002
114	Marruecos	15,991	0.51	2004	24,328	0.78	2004
115	Mozambique	514	0.03	2004	3,954	0.21	2004
116	Myanmar	17,791	0.36	2004	19,254	0.38	2004
117	Namibia	598	0.30	2004	6,145	3.06	2004
118	Nauru	ND	ND	ND	ND	ND	ND
119	Nepal	5,384	0.21	2004	5,664	0.22	2004
120	Noruega	50,854	3.15	2003	221,783	13.73	2003

Continuación de Anexo 5
Recurso Humano En Salud A Nivel Mundial (cuarta parte)

No	País	Médicos			Enfermeras		
		Numero	Densidad por 1000	año	Numero	Densidad por 1000	año
121	Nueva Zelanda	9,027	2.37	2004	31,128	8.16	2004
122	Nicaragua	2,045	0.37	2003	5,862	1.07	2003
123	Níger	377	0.03	2004	2,716	0.22	2004
124	Nigeria	34,923	0.28	2003	210,306	1.7	2003
125	Niue	ND	ND	ND	ND	ND	ND
126	Noruega	14,200	3.13	2003	67,274	14.84	2003
127	Omán	3,871	1.32	2004	10,273	3.5	2004
128	Pakistán	116,298	0.74	2004	71,764	0.46	2004
129	Palau	20	1.11	1998	26	1.44	1998
130	Panamá	4,431	1.5	2000	4,545	1.54	2000
131	Papua Nueva Guinea	275	0.05	2000	2,841	0.53	2000
132	Paraguay	6,355	1.11	2002	9,727	1.69	2002
133	Perú	29,799	1.17	1999	17,108	0.67	1999
134	Filipinas	44,287	0.58	2000	127,595	1.69	2000
135	Polonia	95,272	2.47	2003	188,898	4.9	2003
136	Portugal	34,440	3.42	2003	43,860	4.36	2003
137	Katar	1,310	2.22	2001	2,917	4.94	2001
138	República de corea	75,045	1.57	2003	83	1.75	2003
139	República de Moldova	11,246	2.64	2003	25,848	6.06	2003
140	Rumania	45,538	1.9	2003	86,802	3.89	2003
141	Federación Rusa	609,043	4.25	2003	1,153,683	8.05	2003
142	Ruanda	401	0.05	2004	3,593	0.42	2004
143	Saint Kitts and Nevis	51	1.19	1997	216	5.02	1997
144	Santa Lucía	749	5.17	1999	331	2.28	1999
145	San Vicente y las Granadinas	101	0.87	1997	276	2.38	1997
146	Samoa	120	0.7	1999	346	2.02	1999
147	San Marino	ND	ND	ND	ND	ND	ND
148	San Tomas y Príncipe	81	0.49	2004	256	1.55	2004
149	Arabia Saudí	34,261	1.37	2004	74,114	2.97	2004
150	Senegal	594	0.06	2004	3,287	0.32	2004
151	Serbia y Montenegro	21,738	2.06	2002	48,875	4.64	2002
152	Seychelles	121	1.51	2004	634	7.93	2004
153	Sierra Leona	168	0.03	2004	1,841	0.36	2004
154	Singapur	5,747	1.4	2001	17,398	4.24	2001
155	Eslovakia	17,172	3.18	2003	36,569	6.77	2003
156	Eslovenia	4,475	2.25	2002	14,327	7.21	2002
157	Islas Salomón	54	0.13	1999	338	0.8	1999
158	Somalia	310	0.04	1997	1,486	0.19	1997
159	Sur Africa	34,829	0.77	2004	184,459	4.08	2004
160	España	135,300	3.3	2003	315,200	7.68	2003

Continuación de Anexo 5
Recurso Humano En Salud A Nivel Mundial (quinta parte)

No	País	Médicos			Enfermeras		
		Numero	Densidad por 1000	año	Numero	Densidad por 1000	año
161	Sri Lanka	10,479	0.55	2004	30,118	1.58	2004
162	Sudan	7,552	0.22	2004	28,704	0.84	2004
163	Surinam	191	0.45	2000	688	1.62	2000
164	Swazilandia	171	0.16	2004	6,828	5.30	2004
165	Suecia	29,122	3.28	2002	90,758	10.24	2002
166	Suiza	25,921	3.61	2002	77,120	10.75	2000
167	Siria	23,742	1.40	2001	32,938	1.94	2001
168	Tajikistan	12,697	2.03	2003	28,586	4.58	2003
169	Tailandia	22,435	0.37	2000	171,605	2.82	2000
170	Rep. de Macedonia	4,459	2.19	2001	10,553	5.19	2001
171	Timor-Leste	79	0.10	2004	1,468	1.79	2004
172	Togo	225	0.04	2004	2,141	0.43	2004
173	Tonga	35	0.34	2001	322	3.18	2001
174	Trinidad y Tobago	1,004	0.79	1997	3,653	2.87	1997
175	Túnez	13,330	1.34	2004	28,537	2.87	2004
176	Turquía	96,000	1.35	2003	121,000	1.70	2003
177	Turkmenistán	20,032	4.18	2002	43,359	9.04	2002
178	Tuvalu	6	0.55	2002	29	2.64	2002
179	Uganda	2,209	0.08	2004	16,221	0.61	2004
180	Ucrania	143,202	2.95	2003	369,755	7.62	2003
181	Emiratos Árabes Unidos	5,825	2.02	2001	12,045	4.18	2001
182	Reino Unido	133,641	2.30	1997	704,332	12.12	1997
183	Rep. Unida de Tanzania	822	0.02	2002	13,292	0.37	2002
184	Estados Unidos	730,801	2.56	2000	2,669,603	9.37	2000
185	Uruguay	12,384	3.65	2002	2,880	0.85	2002
186	Uzbekistán	71,623	2.74	2003	256,183	9.82	2003

187	Vanuatu	20	0.11	1997	428	2.35	1997
188	Venezuela	48,000	1.94	2001	ND	ND	ND
189	Vietnam	42,327	0.53	2001	44,539	0.56	2001
190	Yemen	6,739	0.33	2004	13,506	0.65	2004
191	Zambia	1,264	0.12	2004	19,014	1.74	2004
192	Zimbawe	2,086	0.16	2004	9,357	0.72	2004

ıFuente: Reporte mundial en salud 2006, OMS, [En línea]. Génova 2006, [Accesado el 19 de febrero de)08]. Disponible en: (http://www.who.int/whr/2006/annex/en).

Anexo 6
Distribución de la fuerza de trabajo en salud a nivel mundial

Fuente: Reporte mundial en salud 2006, OMS, [En línea]. Génova 2006, [Accesado el 19 de febrero de 2008]. Disponible en: (http://www.who.int/whr/2006/annex/en)

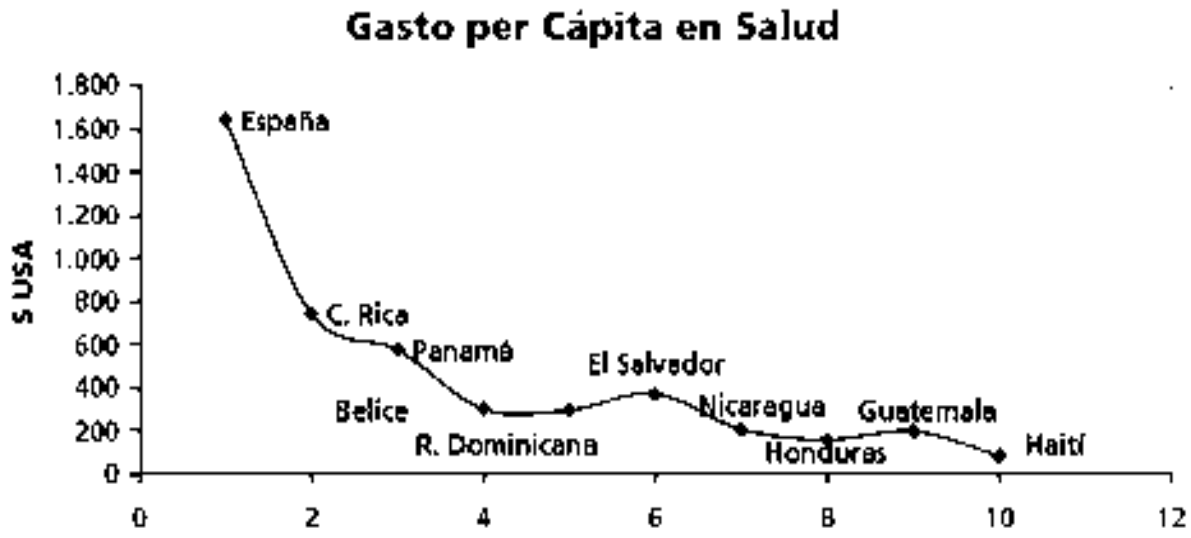
Anexo 7

Organización de los sistemas de salud en Centro América.

Belice	**Guatemala**	**Honduras**	**El Salvador**	**Nicaragua**	**Costa Rica**	**Panamá**
Ministerio de Salud	Ministerio de Salud (MS)	Ministerio de Salud (MS)	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	Ministerio de Salud (MS)	Ministerio de Salud (MS)	Ministerio de Salud (MS)
Seguridad Social	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)	Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)	Instituto Salvadoreño de Seguridad Social	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS)	Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)	Instituto Panameño de Seguridad Social
Centros de Educación Superior	Centros de educación superior	Universidad Autónoma de Honduras	Centros de educación superior	Centros de educación superior	Centros de Educación Superior (públicos y privados)	Centros de Educación Superior
	Colegios profesionales	Colegios profesionales	Colegios profesionales	Colegios profesionales	Colegios profesionales	Colegios Profesionales
Organizaciones profesionales y laborales	Organizaciones profesionales y laborales	Organizaciones profesionales y laborales	Organizaciones profesionales y laborales	Organizaciones profesionales y laborales	Organizaciones profesionales y laborales	Organizaciones profesionales y laborales
Población				Usuarios del servicio		
Sociedad civil				Organizaciones no gubernamentales	Instituto Nacional de Seguros (INS)	
Ministerio de Educación				Agencias de cooperación	Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (A y A)	
					Centro de Desarrollo Estratégico e Investigaciones de la Seguridad Social CENDEISSS	

Fuente: Informes nacionales 2005: Situación de los recursos humanos en salud, OPS.

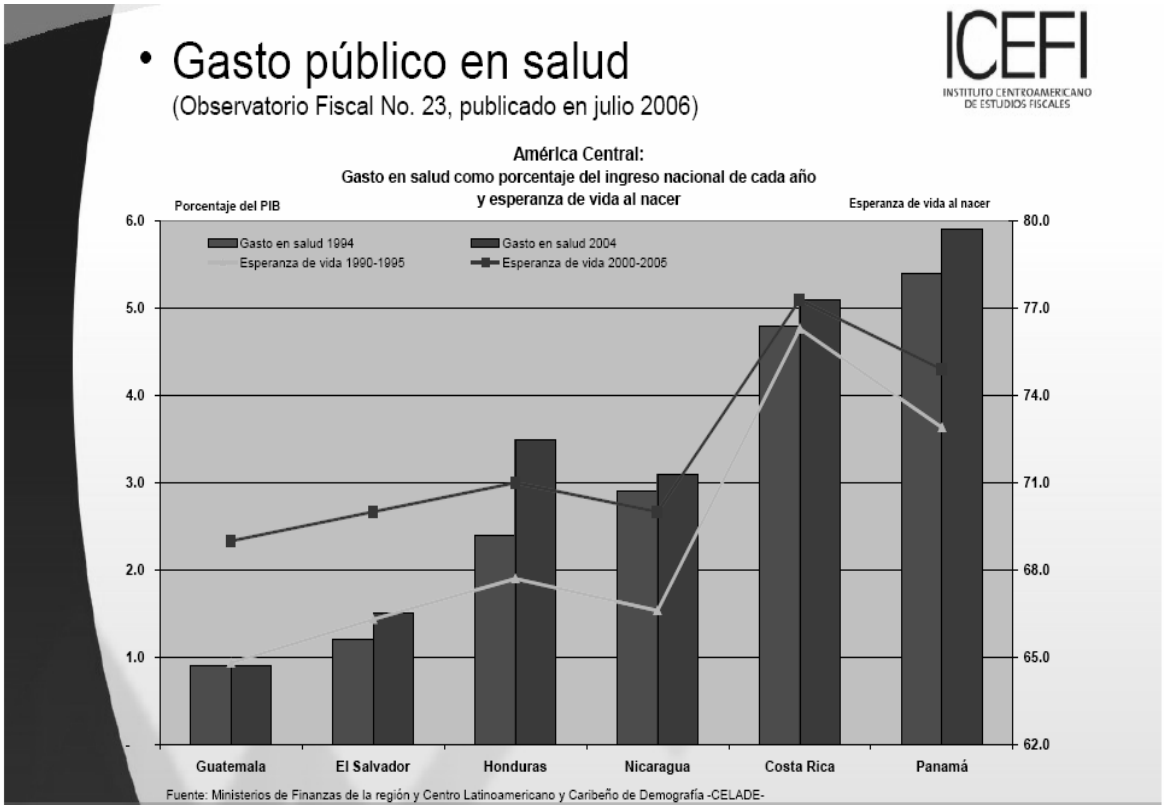
Anexo 8
Gasto per-cápita en salud en Latinoamérica



Fuente: Informes nacionales 2005: Situación de los recursos humanos en salud, OPS.

Anexo 9

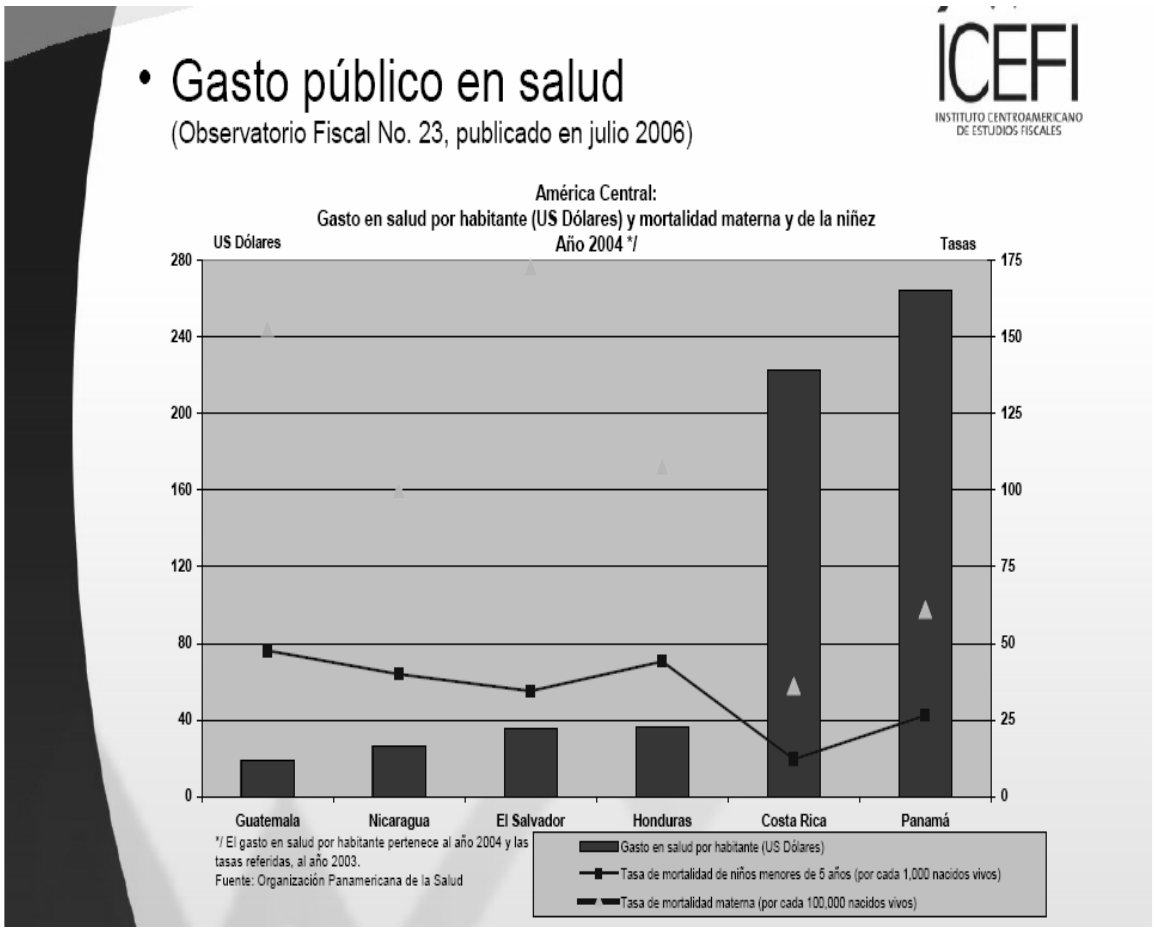
Gasto público en salud como porcentaje del ingreso nacional de cada año y esperanza de vida al nacer



Fuente: Gasto Publico en salud, Observatorio fiscal no. 23 año 2006.

Anexo 10

Gasto en salud por habitante (US Dólares) y mortalidad materna y de la niñez. 2004



Fuente: Gasto Publico en salud, Observatorio fiscal no. 23 año 2006.

Anexo 11

Escuelas o programas de formación en ciencias de la salud según condición de público o privado.

PROFESIÓN	**BELICE**		**GUATEMALA**		**HONDURAS**		**EL SAL.**	**NICARAGUA**		**COSTA RICA**		**PANAMÁ**	
	Pública	Privada	Públicas	Privadas	Públicas	Privadas	Públicas, Privadas	Públicas	Privadas	Públicas	Privadas	Públicas	Privadas
Medicina	P	P	3	4	2	2	5	2	5	1	7	1	1
Enfermería	P	P	1	2	3	0	4	7	0	1	7	2	0
Odontología	P	P	1	2	1	0	3	1	1	1	2	1	1
Farmacia	P	P	1	0	1	0	3	1	1	1	2	1	0
Bioanálisis	P	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Microbiología	P	P	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
TOTAL			**6**	**8**	**8**	**2**	**15**	**11**	**7**	**5**	**18**	**5**	**2**

Fuente: Informes nacionales 2005: Situación de los recursos humanos en salud, OPS.

Anexo 12

Principales Problemas de Atención De la Salud de la Población:
AMERICA LATINA Y EL CARIBE (17 PAISES): PRINCIPALES PROBLEMAS DE ATENCION DE LA SALUD DE LA POBLACION

Países	**Problemas**		
	Primero en importancia	**Segundo en importancia**	**Tercero en importancia**
Argentina	Superar la emergencia sanitaria producto de la crisis del año 2001	Garantizar a toda la población el acceso a servicios y medicamentos esenciales	Superara brechas estadísticas de salud que delimitan los márgenes de la falta de equidad.
Bolivia	Inaccesibilidad geográfica	Barreras culturales	Costos
Brasil	Transición epidemiológica hacia enfermedades no trasmisibles	Aumento de la complejidad y el costo de los servicios	Falta de equidad en la atención.
Chile	Falta de equidad en el acceso	Calidad Insuficiente de los servicios	Déficit de recursos
Colombia	Insuficiente accesibilidad en la prestación de servicios de salud.	Ineficiencias en organización y operación en la prestación de servicios.	----
Costa Rica	Falta de eficacia, calidad y equidad de los servicios.	Sostenibilidad financiera precaria.	Cambio del perfil epidemiológico por envejecimiento de la población.
Ecuador	Insuficiente equidad y eficiencia en los servicios	Déficit de recursos humanos	Costos de la prestación de servicios de salud.
El Salvador	Déficit de recursos.	Necesidades de salud insatisfechas en las zonas rurales.	Enfermedades emergentes y re emergentes.
Guatemala	Acceso limitado a servicios de salud.	Demanda insatisfecha	Falta de alimentación adecuada.

Continuación Anexo 12

Principales Problemas de Atención De la Salud de la Población:

AMERICA LATINA Y EL CARIBE (17 PAISES): PRINCIPALES PROBLEMAS DE ATENCION DE LA SALUD EN LA POBLACION.

Fuente: Percepción de los problemas de salud por parte de las autoridades sanitarias. Condición económica para América Latina y el Caribe 2005.

Honduras	Diarreas.	Neumonía.	Anemia, parasitismo, desnutrición.
Nicaragua	Necesidades insatisfechas.	Déficit de recursos.	Insuficiente eficacia, equidad y calidad en la provisión de servicios de salud.
Panamá	Accesibilidad insuficiente a los servicios.	Falta de equidad de los servicios.	Aumento de los costos.
Paraguay	Acceso no equitativo a los servicios de salud.	Infraestructura inadecuada.	Escaza capacidad resolutiva de los servicios de guardias de urgencia.
Perú	Bajo acceso a los servicios, particularmente los vinculados con el embarazo como el puerperio y el recién nacido.	Insuficiente calidad y eficacia en los servicios.	Déficit en recursos humanos. Acumulación epidemiológica.
República Dominicana	Limitada cobertura en atención primaria.	Desarticulación del presupuesto	Cobertura insuficiente
Uruguay	Ausencia de un modelo de atención integral de salud en que participen agentes privados y públicos.	Ausencia de programas para la atención de las enfermedades no transmisibles.	Debilidad en atención primaria y su articulación con niveles superiores.
Venezuela	---	---	----

Anexo 13

Doble problemática de la gestión de recursos humanos en salud

Viejos desequilibrios	Nuevos problemas derivados de las reformas
Falta de equilibrio en la disponibilidad de personal	Exigencias de productividad y de calidad de desempeño
Inadecuada distribución geográfica de recursos (inequidad)	Descentralización y disgregación de funciones
Desequilibrio en la composición del equipo de salud	Flexibilización/precarización del trabajo
Debilidad en los sistemas de información	Demandas de un nuevo tipo de regulación
Baja integración entre formación y servicios	Generación de incentivos a la productividad
Salarios bajos y poco incentivadores	Cambios en la oferta educativa; desafíos de capacitación para la reforma

Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Anexo 14

Factores básicos intervinientes en la determinación de recursos humanos en salud

Recursos humanos de la salud	Población	Servicios de salud
Disponibilidad y estructura	Perfil epidemiológico	Composición; cargos ocupados y disponibles
Composición por especialidad	Composición demográfica	Tipo y nivel de complejidad
Distribución geográfica	Características socioeconómicas	Distribución – redes de servicios
Formación	Causas de morbimortalidad, grupos y factores de riesgo	Población bajo cobertura
Características sociodemográficas	Acceso y cobertura de servicios de salud	Área programática
Ubicación y relación laboral		Sistema georreferencial y sistema de referencia y contrarreferencia
Remuneraciones		Información estadística: producción, horas disponibles, tasas de uso, demanda insatisfecha, etc.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Anexo 15

Personal sanitario mundial por densidad

Región de la OMS	Total personal sanitario		Dispensadores de servicios de salud		Personal administrativo y auxiliar	
	Número	Densidad (por 1000 habitantes)	Número	Porcentaje de fuerza laboral sanitaria total	Número	Porcentaje de fuerza laboral sanitaria total
África	1 640 000	2.3	1 360 000	83	280 000	17
Las Américas	21 740 000	24.8	12 460 000	57	9 280 000	43
Asia Sudoriental	7 040 000	4.3	4 730 000	67	2 300 000	33
Europa	16 630 000	18.9	11 540 000	69	5 090 000	31
Mediterráneo Oriental	2 100 000	4	1 580 000	75	520 000	25
Pacífico Occidental	10 070 000	5.8	7 810 000	78	2 260 000	23
Todo el mundo	59 220 000	9.3	39 470 000	67	19 750 000	33

Nota: Todos los datos corresponden al último año disponible. En el caso de los países para los que no se disponía de datos sobre el número de trabajadores sanitarios con funciones administrativas y auxiliares, las estimaciones se han basado en las medidas regionales correspondientes a los países con datos completos.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Global Atlas of the Health Workforce (http://www.who.int/globalatlas/default.asp).

Anexo 16

Indicadores de Recurso Humano por cada 10,000 habitantes

PERSONAL DE SALUD	INDICADORES DE RECURSO HUMANO Indicadores/10,000 habitantes
MEDICO	11.6
ODONTOLOGO	7.2
ENFERMERA	7.8
BACTERIOLOGIA	3.8
NUTRICIONISTA	6.6
ENFERMERA AUXILIAR	23.6

Fuente: Proyecto de oferta y demanda de recursos humanos en salud. OPS Programa de Apoyo a la Reforma

Anexo 17

Contraste en Médicos generales de la oferta y demanda revelada y estimada para Latinoamérica año 2002.

OFERTA	28419
DEMANDA REVELADA	26431
DEMANDA COBERTURA 100%	48992
DEMANDA COBERTURA 80%	41329
DEMANDA COBERTURA 58%	31749

Fuente: Proyecto de oferta y Demanda de RRHH en salud. OPS. Programa de Apoyo a la Reforma