



**ESTUDIO:
INFORMACION SOBRE RECURSOS
HUMANOS DE SALUD EN GUATEMALA**

Guatemala, julio del 2009

INDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN EJECUTIVO	PÁGINA
I. Introducción	1
II. Propósito del estudio	2
III. Resultados esperados del estudio	2
IV. Presentación de resultados	3
R1: Análisis de situación de los principales componentes de la fuerza de trabajo en salud del país.	3
1.1 Fuentes de información disponible sobre recursos humanos en salud en Guatemala	5
1.2 Distribución de Médicos por departamento	6
1.3 Distribución de Odontólogos por departamento	10
1.4 Distribución de enfermeras por departamento	12
1.5 Análisis de la distribución del recurso humano en Guatemala	14
1.6 Condiciones laborales, modalidades de contratación y prestaciones del personal en salud	16
1.7 Brechas de Contratación	21
1.8 Empleos en las profesiones de salud	23
1.9 La salud del trabajador sanitario y sus condiciones de vida.	24
R2. Tendencias de producción, distribución y dotación de recursos humanos: problemas, retos y obstáculos que entorpecen su mejoramiento y organización	27
2.1 Centros de formación de recursos humanos en salud	28
2.2 Carreras de salud a nivel universitario	29
2.3 Tendencias de formación de recursos humanos en salud	31
2.4 Proyección de formación de recursos humanos en salud	37
2.5 Red de servicios del Ministerio de Salud Pública como fuente de formación de recursos humanos	38

2.6 Modelo de prestación de servicios de salud y recurso humano	40
2.7 Recursos humanos en el Ministerio de Salud pública y Asistencia Social	40
2.8 Número de empleados por tipo de contratación en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	42
2.9 Personal presupuestado en Centro Medico Militar	43
2.10 Practica privada o profesión liberal	44
2.11 Tendencias de contratación de recursos humanos	46
2.12 Principales problemas, retos y necesidades en recursos humanos en salud en el País	47
2.13 Políticas de recursos humanos en Guatemala	48
2.14 Espacios para el desarrollo de recursos humanos en salud	48
R3: Propuesta de metas y estrategias nacionales de recursos humanos para la salud -2009-2015	48
3.1 Metodología	51
3.2 Validación de la información presentada en los Resultados 1 y 2.	51
3.3 Revisión de la situación del país en relación a los Cinco Desafíos Críticos para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud y posibilidades de alcanzar las Metas Regionales.	51
3.3.1 Desafío 1: Definir políticas y planes a largo Plazo	51
3.3.2 Desafío 2: Colocar a las personas adecuadas en los lugares adecuados	53
3.3.3 Desafío 3. Promover acciones para regular la migración	55
3.3.4 Desafío 4: Generar espacios de trabajo saludable	55
3.3.5 Desafío 5: Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y servicios de salud	57
3.4 Análisis FODA de la situación nacional para el desarrollo de los recursos humanos en salud	59
3.4.1 Fortalezas	59
3.4.2 Debilidades	60
3.4.3 Oportunidades	61
3.4.4 Amenazas	62

3.5 Acciones y estrategias para el desarrollo de los recursos humanos en salud en Guatemala 2009-2015	62
3.5.1 Acciones	62
3.5.2 Estrategias	63
R4 La definición de un proceso permanente de recolección/gestión de datos	64
4.1 Fundamentos para el desarrollo del proceso de Información	64
4.2 Barreras de los sistemas actuales de información sobre RRHH y fundamentos del que se propone	67
4.3 Características más importantes de la información sobre recursos humanos en Salud	68
4.4 Modelos informáticos conceptuales	69
4.5 Modelo de gestión de datos	72
4.6 Los nuevos parámetros para el desarrollo del sistema de información	75
V. Conclusiones	80
VI. Bibliografía	81

INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS HUMANOS DE SALUD EN GUATEMALA

RESUMEN EJECUTIVO

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD

El presente estudio, efectuado por el Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud de la Universidad Rafael Landívar, responde a solicitud de la Representación de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS en Guatemala en el año 2008, en el marco de las acciones regionales que la Organización lleva a cabo en respuesta al Llamado a la Acción de Toronto, para el desarrollo de los recursos humanos en salud. Los propósitos en que se sustenta son:

1. Profundizar sobre la situación y condición del recurso humano en salud de Guatemala para identificar y proponer estrategias que favorezcan la equidad, calidad, distribución y dotación, dentro del sistema de salud del país.
2. Pretende construir el marco teórico que sustente la creación de una plataforma de información que pueda servir para el análisis, vigilancia y la identificación y el seguimiento tanto de las necesidades de personal de salud, como el cumplimiento de las metas nacionales de recursos humanos.

Resultados esperados del estudio:

Resultado 1. Un análisis de la situación de los principales componentes de la fuerza de trabajo en salud del país.

Resultado 2. Identificar las tendencias de producción, distribución y dotación de recursos humanos; problemas, retos y obstáculos que entorpecen su mejoramiento y organización.

Resultado 3. Una propuesta de metas y estrategias nacionales de recursos humanos para la salud 2009-2015, utilizando de base la propuesta de Metas Regionales de Recursos Humanos y el Llamado a la Acción de Toronto.

Resultado 4. La definición en base a los resultados esperados de un proceso permanente de recolección/gestión de datos sobre Recursos Humanos que pueda ser sostenible y aplicable en un Observatorio de recursos humanos.

PRINCIPALES HALLAZGOS Y CONCLUSIONES:

El estudio de la fuerza laboral en Guatemala nunca se ha hecho desde la perspectiva epidemiológica porque los datos existentes no tienen esa orientación. Parten de los servicios en el modelo que realiza actividades biomédico-curativas, preventivas y promocionales, basado en el pensamiento occidental y no aborda, los enfoques de medicina alternativa, tradicional y popular, de mucha importancia en este país multicultural.

La dificultad para el análisis estriba en la ausencia de fuentes de datos regulares, confiables y veraces. Estudios a nivel nacional como censos, encuestas de hogares u otras tropiezan con la dificultad de que los análisis son parciales y generalmente la ocupación y otras variables no son procesadas y por lo tanto no son analizadas, aunque los datos hayan sido recolectados. En el caso de las categorías de personal profesional, la única fuente de registro son los colegios y asociaciones con vacíos por subregistro, pérdida histórica y desactualización. Entre las tres categorías incluidas: médicos, odontólogos y enfermeras, los colegios profesionales de los dos primeros y los registros de la Escuela Nacional de Enfermería en el tercer caso son las únicas

fuentes, las que en años recientes han tenido cierto grado de depuración por personas fallecidas, emigrantes y quienes han abandonado la profesión.

Las dos instituciones nacionales prestadoras de servicios más importantes, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), incluyen en su sistema de información gerencial datos sobre el personal, con un enfoque administrativo que requiere incorporar otras variables tales como las brechas de dotación, competencias, adecuación y rendimiento del personal, costos y rendimiento, adecuación a la situación epidemiológica y otras. Ambas bases de datos no son compatibles entre sí y menos con la iniciativa privada, lo que dificulta el análisis nacional.

Resultado 1: Situación de los principales componentes de la fuerza de trabajo en salud

La distribución de los recursos humanos en salud por departamentos es claramente inequitativa. En todas las profesiones, se concentran en el área metropolitana y ciudades vecinas o con facilidades de formación como Quetzaltenango y Sacatepéquez. Ejemplo de lo anterior es la razón de densidad de los médicos para el departamento de Guatemala de 30.1 por 10,000 habitantes, comparado con el altiplano del país con menos de 2 y particularmente Quiché con 1.07. Este patrón es uniforme para todas las profesiones. Las enfermeras profesionales o técnicas universitarias.

La cantidad de técnicos en salud formados en instituciones reconocidas por el Ministerio de Salud es baja y no se conoce con seguridad su distribución. El personal auxiliar de enfermería es el más numeroso. El estudio Caracterización de la Fuerza Laboral de Enfermería realizado por seis instituciones en 2008, identificó 8,027 auxiliares certificadas por el MSPAS y 2,061 técnicos universitarios, 209 licenciadas y 15 con grado de maestría en enfermería. Casi la mitad del personal encuestado se concentra en el área metropolitana (47%) (No hay análisis diferenciado por auxiliares reconocidas o no, técnicos, profesionales y otros).

Existe, tanto en el MSPAS, como en IGSS varias modalidades de contrato. La mayoría (78% en el Ministerio y 82.3% en el IGSS) son plazas fijas con prestaciones laborales de ley. Una proporción de alrededor del 20% caen en la categoría de empleo precario ya que son de plazo definido, no acumulan pasivo laboral y no gozan de otras prestaciones.

Según un estudio realizado por estudiantes de medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala en 2008, el pluriempleo en médicos oscila entre 45% y 55% en las diferentes regiones, particularmente en médicos especialistas. Otro reportado en 1991 indicaba 43%. En el mencionado estudio de caracterización de la fuerza laboral en enfermería se exploró el multiempleo, encontrándose 10% en las 12,452 personas encuestadas (sin distinción de nivel y reconocimiento académico), con un 3% que no respondió probablemente por temor al uso de los datos.

No hay información sobre salarios e ingresos más allá de los contratados por el Ministerio de Salud e IGSS. En el caso del Ministerio de Salud, en la mayoría de casos el salario nominal es aproximadamente el 50% del ingreso real, dado que gozan de cinco bonos adicionales. La categoría profesional oscila aproximadamente entre una compensación de US\$ 800 y US\$1300. El ingreso del personal no profesional se mueve en el rango de US\$300 y US\$475.

El Centro Médico Militar es una institución hospitalaria dependiente del Ejército de Guatemala, a la cual tienen acceso además de los miembros de las Fuerzas Armadas, la esposa, hijos menores de 18 años y padres. El personal presupuestado era al momento del estudio de 325 y 94 laboran por contrato. Además del salario, las personas que trabajan en la institución reciben aguinaldo, bono 14, bono vacacional, bono hospitalario y un bono 66-200.

Resultado 2: Tendencias en la producción, distribución y dotación de recursos humanos. Retos y obstáculos que entorpecen su mejoramiento y organización.

En la historia de la formación de profesionales de salud en el país han existido momentos de restricción y otros de total apertura en el ingreso de estudiantes de medicina en la universidad estatal. Durante los años sesenta se disminuyó el número de estudiantes mediante exigentes exámenes de admisión. Posteriormente se dio amplia apertura a partir de 1970 después de eliminarse los estudios generales y las pruebas de admisión, así como consecuencia de presión social y reestructuración de la carrera. La consecuencia de los cambios se manifestó algunos años después en el número de graduados, para luego reducirse a niveles más estables en los últimos años. La oferta de formación se ha incrementado con el concurso de cuatro universidades privadas a partir de 1977 en la ciudad capital, Quetzaltenango y Alta Verapaz y la apertura de dos sedes de USAC en occidente y oriente.

La tendencia en la formación de médicos en los últimos años ha permanecido estacionaria en límites alrededor de 300, sin embargo indudablemente se incrementará por la contribución de universidades privadas en los próximos años en los lugares indicados. A esto hay que sumar el aporte de la formación de guatemaltecos en Cuba.

La Escuela Nacional de Enfermería administrada por el Ministerio de Salud, ubicada en la capital. Quetzaltenango y Alta Verapaz y a partir de 2005 avalada académicamente por la USAC, ha sido la fuente de formación en enfermería a nivel de auxiliares, profesionales (posteriormente técnicas universitarias), licenciados y especializadas en áreas específicas, desde mediados del siglo anterior. A partir de 1998, la URL ofrece la formación de Técnicos Universitarios con Orientación en Atención Primaria y de Profesionalización de Auxiliares a Técnicos Universitarios en Enfermería en nueve sedes departamentales. La UMG ofrece carreras de técnico universitario y de licenciatura en cuatro sedes. La producción de enfermería en los últimos cinco años se ha multiplicado considerablemente

La formación de técnicos en salud se efectúa en escuelas del MSPAS e IGSS, siendo su producción muy baja. Existen escuelas de auxiliares de enfermería no registradas en el Ministerio de Salud y por lo tanto sus egresados no son reconocidos para laborar en instituciones estatales.

En años recientes hubo una ligera tendencia a incrementar la contratación de personal de salud en MSPAS e IGSS, la cual parece haberse desacelerado por razones presupuestarias durante 2009.

Resultado 3. Propuesta de Metas y Estrategias Nacionales de Recursos Humanos para la Salud 2009-20015

Las únicas metas nacionales, fueron enunciadas en el Plan Decenal para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud en Guatemala -2006-2015-, por la Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y el Sector Salud, integrada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y las Facultades de Medicina y Ciencias de la Salud de las Universidades San Carlos de Guatemala, Rafael Landívar y Mariano Gálvez. Sin embargo el Plan no está reconocido por las autoridades actuales y por lo tanto, no tiene vigencia. Con la certeza de que solamente las autoridades relacionadas con el tema pueden plantearse las metas a perseguir, se presenta en este documento como insumo para las decisiones que habrán de tomarse, el producto de una reunión de consulta con actores relevantes en el tema, lo siguiente:

1. Revisión de la situación del país, en función de los Cinco Desafíos Críticos en el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, identificados por OPS mediante una consulta regional en las América y que sustentan las Metas Regionales enunciadas en 2005 en el marco del Llamado a la Acción de Toronto por representantes de 29 países, en los que se incluye Guatemala.

2. Discusión y consenso sobre la viabilidad en el país de las Metas Regionales y la posibilidad de ser alcanzadas.
3. Análisis FODA (Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas) para el desarrollo de los recursos humanos en salud en el país en los próximos seis años.
4. Sugerencia de las siguientes acciones y estrategias a desarrollar con prioridad en los próximos seis años:

ACCIONES Y ESTRATEGIAS PARA EL DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD

ACCIONES:

1. Formulación de una política nacional de desarrollo de los recursos humanos en salud.
2. Establecimiento de la carrera administrativa del personal de salud en el ámbito gubernamental.
3. Fortalecimiento institucional de las instancias responsables del desarrollo de los recursos humanos.
4. Mejoramiento a nivel nacional mediante legislación y acuerdos gubernamentales, de las condiciones laborales del personal de salud, ofreciendo un empleo digno que incremente la satisfacción y motivación personal y minimice el multiempleo.
5. Creación de sistemas de información de recursos humanos en salud del país e institucionales, permanentes y de calidad, que incluyan la perspectiva laboral y de formación y capacitación.
6. Identificación de las brechas de formación y capacitación del personal de salud por regiones, con las características precisas.
7. Desarrollo de planes y programas nacionales con participación interinstitucional y apoyo político para dar respuesta a las necesidades por regiones.
8. Identificación precisa del perfil laboral de los recursos requeridos por las instituciones empleadoras.
9. Identificación de las competencias laborales como base para el reclutamiento, capacitación, supervisión y evaluación del personal, así como para la formación y capacitación de los recursos que el país requiere.
10. Homologación de los contenidos mínimos de las carreras de salud.
11. Apertura de programas idóneos a nivel local que faciliten la incorporación de estudiantes del lugar, conocedores de la cultura y necesidades propias y la creación paralela de oportunidades laborales.
12. Incorporación de enfoque y contenidos de atención primaria en salud en las carreras técnicas y profesionales.
13. Incremento en la acreditación de carreras técnicas y profesionales.
14. Planteamiento de normas de ética para la negociación de la emigración de personal de salud a otros países.

ESTRATEGIAS:

1. Fortalecimiento del Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud.
2. Impulso al más alto nivel político de la aprobación de la Carrera Administrativa Estatal y la Política Nacional de Recursos Humanos en Salud.
3. Incremento de la interacción del sector académico y el sector asistencial en salud, mediante el fortalecimiento de la Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y Asistencial.
4. Intercambio de experiencias del sector académico sobre las prácticas docentes y la introducción del componente de atención primaria en la currícula de las carreras de salud técnicas y profesionales.
5. Fortalecimiento de las instancias de acreditación de la formación en salud a nivel profesional y técnico, incluyendo el debido respeto institucional a sus resoluciones.

RESULTADO 4: Definición de un proceso permanente de recolección/gestión de datos.

Se parte de la convicción que la red de información a proponer deberá satisfacer una gama de necesidades, desde diversas perspectivas (gerenciales, administrativas, educativas, vigilancia, relación con procesos epidemiológicos, sustento de abogacía, planificación, supervisión, evaluación y otras).buscando dos objetivos básicos:

1. Proporcionar información inmediata sobre las condiciones de los recursos humanos en salud, con el fin de abogar por el cambio de condiciones y situaciones, y para asegurar la protección adecuada de ese recurso.
2. Promover el desarrollo a largo plazo de la vigilancia de los RRHH, incluyendo la cooperación técnica y su capacitación,

Es obvio que requiere el fortalecimiento de los sistemas de información institucionales, pero más que eso, se requiere de una entidad para la coordinación y el análisis e interpretación en su conjunto, para la toma de decisiones. Estas funciones se consideran propias de un Observatorio.

Se evidencian las limitaciones de las bases de datos en términos de vacíos de información, confusión en las estimaciones para un mismo indicador, la ausencia de periodicidad definida, falta de desagregación de los datos y de confiabilidad en la obtención de los mismos.

Se puntualizan como elementos básicos para la integración de un sistema nacional u observatorio: un modelo analítico conceptual, las características y funciones de la entidad coordinadora, la calidad de la información institucional, niveles e instancias de análisis.

Mediante diagramas explicativos se provee la relación entre estructuras, factores y procesos de recursos humanos e indicadores epidemiológicos y los elementos básicos para el análisis de la dimensión educativa y la dimensión laboral.

El documento también provee una visión de avanzada sobre nuevos parámetros para el desarrollo del sistema de información: desde el punto de vista de a) el modelo predictivo exploratorio que usualmente se usa partiendo de la situación actual hacia las proyecciones para el futuro y b) el modelo normativo que analiza las necesidades futuras en el campo de la salud y la atención médica y su comparación con el potencial humano y la tecnología.

I. Introducción

Los recursos humanos en el campo de la salud son fundamentales para el cumplimiento por parte del Estado, del mandato constitucional referente a que el mismo debe velar “por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el mas completo bienestar físico, mental y social”¹. Es evidente que la formación, cantidad y distribución, motivación, condiciones de trabajo (incluyendo incentivos) y la capacidad de gestión del personal de salud son determinantes para que el Estado cumpla con la normativa constitucional. Es claro que muchos de estos determinantes no funcionan de manera aceptable en Guatemala, existiendo la percepción de que hay una “escasa habilidad del Estado para formar y atraer el recurso humano que pueda contribuir a que los ciudadanos alcancen una mejor expectativa de vida”.² Por otro lado, no existen fuentes fácilmente disponibles que, de manera actualizada, informen acerca de la situación de recursos humanos en el sector salud en Guatemala, lo que hace muy difícil la labor de personas y organizaciones que deseen orientar sus esfuerzos a mejorar la situación de los mismos en el país.

En seguimiento del llamado a la acción de Toronto³ y más recientemente el estudio “El sistema de salud en Guatemala: ¿hacia dónde vamos?”⁴, la Organización Panamericana de la Salud contrató el desarrollo del presente estudio para obtener la información más amplia disponible, con el objeto de proponer soluciones a los problemas identificados.

Este documento analiza la situación de los principales componentes de la fuerza de trabajo en Guatemala, y describe las tendencias de producción, distribución y dotación de recursos humanos en salud. Además se analizan las propuestas de metas regionales y se propone un sistema de recolección y gestión de información que pretende ser sostenible, y aplicable al Observatorio de Recursos Humanos en Salud.

Para su realización se consultaron diversas fuentes, y se contó con el apoyo de la Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y el Sector Salud (conformada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, las escuelas de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de San Carlos, Universidad Rafael

¹ Constitución Política de la República de Guatemala, Artículo 94.

² Dr. LEE Jong-Wook, Director-General, World Health Organization 2006

³ Llamado a la acción de Toronto. 2006-2015: hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas. VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, 4-7 Octubre 2005. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

⁴ Estrada Galindo, Gustavo. El sistema de salud en Guatemala. 9. Síntesis. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2008.

Landívar y Universidad Mariano Gálvez, con la asesoría técnica de la Organización Panamericana de la Salud) que proveyeron información y comentarios sobre el contenido del presente informe.

II. Propósito del estudio

Profundizar sobre la situación y condición del recurso humano de salud de Guatemala para poder identificar y proponer estrategias que favorezcan la equidad, calidad, distribución y dotación de los RRHH dentro del sistema de salud. Se pretende también desarrollar el marco teórico para la construcción de una plataforma de información que pueda ser utilizada para el análisis, vigilancia y la identificación y el seguimiento tanto de las necesidades en salud, como el cumplimiento de las metas nacionales de recursos humanos en salud.

III. Resultados esperados del estudio

De acuerdo con el protocolo del estudio aprobado antes del inicio del mismo, los resultados esperados son los siguientes:

Resultado 1. Un análisis de la situación de los principales componentes de la fuerza de trabajo en salud del país.

Resultado 2. Identificar las tendencias de producción, distribución y dotación de recursos humanos: problemas, retos y obstáculos que entorpecen su mejoramiento y organización.

Resultado 3. Una propuesta de metas y estrategias Nacionales de Recursos Humanos para la salud (2007-2015) utilizando de base la propuesta de metas regionales de Recursos Humanos y el llamado de acción de Toronto.

Resultado 4. La definición en base a los resultados esperados de un proceso permanente de recolección/gestión de datos sobre Recursos Humanos que pueda ser sostenible y aplicable en un observatorio de Recursos Humanos.

IV. Presentación de Resultados

RESULTADO 1: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LOS PRINCIPALES COMPONENTES DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD DEL PAÍS

1.1. Fuentes de información disponibles sobre recursos humanos en salud en Guatemala

No existe un esfuerzo ordenado para la realización de un monitoreo estricto de los recursos humanos en salud. La existencia de varias bases de datos segmentadas y parciales, colectadas con criterios y objetivos variables y frecuentemente no compatibles, dificulta el realizar un análisis exhaustivo. Es posible proponer una visión transversal de la situación en base a la información disponible, haciendo las siguientes observaciones:

- Cada base de datos se ha construido a partir de los intereses de la organización o sector que los utiliza.
- Muchas veces la “modernización” de las bases de datos no incluye el resguardo del contenido histórico de las mismas, y no se mantienen datos históricos del personal, sino que se trata de estadísticas actuales y puntuales
- El “doble empleo” sólo está visible en una de las bases de datos, por lo que, la unificación de las mismas no es posible, ya que significaría duplicidad de datos.
- No están disponibles en los empleadores (no fueron suministradas) bases de datos con identificadores adecuados que permitan filtrar e identificar el doble empleo.

Listado de Bases de datos disponibles y análisis de los mismos.

a. Encuesta de empleo:

Aunque la encuesta nacional de condiciones de empleo ha sido realizada en diversas ocasiones, la información que se extrae de la misma no es suficiente para generalizar. Los datos consignados, aunque tienen una gran variedad, no tenían como finalidad analizar los grupos profesionales, en los informes oficiales no se presentan desagregaciones y se agrupan a todo el personal relacionado con salud en el mismo rubro. Se intenta hacer un análisis filtrado de la base de datos, pero no se considera que la muestra pueda dar información de un grupo realmente pequeño de población como el que estamos analizando, según la técnica de muestreo utilizada.

b. Base de datos del Colegio de Médicos.

El Colegio de Médicos y Cirujanos tiene registrados a todos los profesionales liberales que tienen autorización para ejercer como médicos en el país, para su adecuado uso e interpretación en la presente investigación fue necesario su depuración en cuanto al número de profesionales fallecidos. Se tiene poco interés del médico por actualizar sus datos, la información mostrada es la última información actualizada por el asociado.

c. Bases de datos de otros Colegios profesionales.

La base de datos del Colegio estomatológico, es bastante simple y para su uso en el presente estudio debió depurarse los profesionales fallecidos. Esta base a diferencia de la base de médicos, ubica geográficamente a los profesionales en su lugar de origen, esta situación se depuro en el presente estudio. En el presente estudio no se tuvo acceso a base de datos de otros colegios profesionales.

Debe señalarse que tanto en el caso de los datos proporcionados por el Colegio Médico, como por el Colegio Estomatológico, estos debieron depurarse en las variables de mortalidad y lugar de origen.

d. Ministerio de Salud Pública.

La base de datos proporcionada por el MSPAS no siempre refleja la localidad específica en donde se ubican los médicos, si se desagrega por departamento, se puede tener una visión completa pero el personal que trabaja en extensión de cobertura no está definido en que departamentos se encuentran, se tiene una distribución por nivel y tipo de atención, pero no se puede evidenciar la ruralidad.

Actualmente cuentan con datos de reglón laboral, lo que permite inferir el tipo de empleado y las prestaciones que recibe.⁵ No se cuenta con registros históricos y tampoco ofrece identificadores que permitan filtrar de otras bases de datos.

e. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

El porcentaje de la población económicamente activa que se encuentra afiliado al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social es menor al 25%, por lo que numéricamente es comparativamente pequeña en relación con el Ministerio de Salud, y dado que la cobertura que provee no es completa a nivel nacional, no se pueden generalizar resultados a partir de la misma.

⁵ Más adelante se especificará lo que significa cada renglón presupuestario y sus prestaciones y/o salarios.

f. Escuela de Enfermería

Existe una base de datos en la Escuela Nacional de Enfermería en donde se ha recolectado información acerca de las enfermeras registradas en el país, tanto profesionales y con educación superior a ello como auxiliares. Sin embargo, no se tuvo acceso a la misma, prefiriéndose trabajar para este estudio con la información del estudio transversal que aparece adelante, por contener información actualizada.

g. Caracterización del personal del Ministerio de Salud⁶

El observatorio nacional, durante el 2007 publicó el documento La Caracterización del personal del Ministerio de Salud y Acciones de la Dirección General de recursos humanos, que proporciona información muy detallada, que anteriormente no se encontraba disponible. Sin embargo no se registra información previa en el tiempo, y los datos no se han actualizado sistemáticamente por parte del Ministerio de Salud.

h. Recursos Humanos en Salud en Guatemala, Disponibilidad y Formación⁷

Este documento es muy valioso y completo y actualmente se encuentra en proceso de publicación. Con autorización expresa de OPS se cita alguna información de este Documento en los resultados 1 y 2 del presente trabajo de investigación.

i. Caracterización de la Fuerza de Trabajo en Enfermería⁸

Este estudio fue realizado por un grupo interinstitucional que incluyó el Departamento de Educación en Enfermería y la Unidad de Coordinación de Enfermería del Ministerio de Salud Pública, el Departamento de Enfermería del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, la Escuela Nacional de Enfermería (Ministerio de Salud Pública/Universidad de San Carlos), y los Departamentos de Enfermería de las Facultades de Ciencias de la Salud de la Universidad Rafael Landívar y Mariano Gálvez, la Asociación de Enfermeras y Enfermeros Profesionales (AGEP) con la Asesoría de la Organización Panamericana de la Salud. Este documento se encuentra en fase de edición pero se tuvo acceso al consolidado de datos del mismo, que proporcionan información actualizada acerca del personal de Enfermería. Los datos presentados tienen agregada la información correspondiente a enfermeras profesionales o con educación superior a ello, y las

⁶ Dirección de Recursos Humanos, Ministerio de Salud Pública. Caracterización del Personal del Ministerio de Salud Pública y acciones de desarrollo de la Dirección General de Recursos Humanos 2004-2007.

⁷ Mazariegos de Fernández, América. Recursos Humanos en Salud en Guatemala. Disponibilidad y Formación. Documento de Organización Panamericana de la Salud, en proceso de impresión.

⁸ Grupo Interinstitucional. Caracterización de la Fuerza de Trabajo en Enfermería en Guatemala. Escuela Nacional de Enfermería, Informe Final de Investigación, en proceso de edición.

auxiliares de enfermería, lo que constituye una debilidad para el análisis. Por otro lado, caracteriza el recurso humano de enfermería de manera transversal, y detalla condiciones laborales, salarios, y datos demográficos, No contiene información sobre migración, pero si sobre pluriempleo aunque hay vacíos de información. Aunque se tomó en cuenta la participación de enfermería en la prestación de servicios privados, la respuesta obtenida fue baja.

j. Tesis y Trabajos de investigación por el tema.

Existen algunas publicaciones del Centro de investigaciones de las ciencias de la salud (CICS) que abordan el tema, entre ellas tenemos:

Barrios Luis Carlos, “La caracterización de la situación ocupacional del médico en Guatemala” CICS Vol. 4, No.1, Noviembre 1993.

Barrios Luis Carlos, de Mata Fredy, Intereses y expectativas del futuro medico. CICS Vo.2 No.1 Agosto 1991.

Datos sobre crecimiento de la población estudiantil, rendimiento académico y Velásquez Magda y Castillo M. Antonieta, ubicación de trabajo para el Médico, CICS Vo.2 No.1 (1991)

Caracterización del Recurso Medico realizada por estudiantes de medicina en el año 2008 y los estudios sobre Concentración del servicio médico en áreas urbanas de Guatemala y Formación de recurso humano en Salud, Realizado por los doctores Alvar Pérez y Dina Arreaga en 1991 y 1987 respectivamente.

k. Bases de datos de Escuelas Formadoras:

Las facultades de ciencias de la salud de las universidades pública y privadas del país, cuentan con registros actualizados con información valiosa de ingresos y graduados de las diferentes categorías profesionales. Estas bases son bastante completas y responden a necesidades institucionales de información. Sin embargo, el acceso a ellas debe solicitarse oficialmente a las autoridades respectivas, proporcionándose únicamente las salidas solicitadas. Una limitante importante es que algunas veces dentro de los estudiantes de primer ingreso se incluye el total de estudiantes (nuevos y repitentes) que se matriculan en primer año.

1.2. Distribución de Médicos por Departamento

El número de médicos colegiados a febrero del 2009 eran de 14,634, de los cuales se estima que 724 han fallecido, para un total real de 13,910 médicos. En consecuencia, se calculó para Guatemala una razón de densidad de 9.92 Médicos por 10,000 habitantes, utilizando como población de referencia la proyección del Instituto Nacional de Estadística (INE) de 14,017,057

habitantes⁹. La tabla también refleja inequidades en la distribución del personal médico en el país, pues mientras el departamento de Guatemala concentra al 71% de los médicos (9185 de 12940 profesionales), El Quiché sólo cuenta con menos del 1% de los mismos. Visto de otra manera, en El Quiché un médico debe cubrir 9064 habitantes y en Alta Verapaz un médico es responsable del cuidado de 6451 habitantes, en tanto que en el Departamento de Guatemala la relación es de un médico por cada 332 habitantes.

De acuerdo con datos previamente obtenidos del Colegio de Médicos y con estimaciones de población del INE para 2005, parecen haber ocurrido pocos cambios en los últimos cuatro años, los que incluyen que ocurrió una leve disminución en la razón de médicos para el Departamento de Guatemala (de 33.7 a 30.12 por 10000 hs); hubo mejorías por arriba del nivel más bajo (0-2.0) en Jalapa (2.31 médicos por 10000 hs.) y San Marcos (2.12). Por otro lado, Quetzaltenango y Sacatepéquez continuaron concentrando recursos Médicos (de 13.2 a 15.39 y de 8.7 a 9.98 Médicos/10000 hs), mientras El Quiché y Alta Verapaz continúan siendo los Departamentos con menos recursos Médicos (1.07 y 1.50 por 10000 hs, respectivamente). Adicionalmente y en vía de explicación, se observó una relación inversa entre la razón de densidad de médicos por 10000 habitantes y el porcentaje de pobreza (coeficiente de correlación de Pearson $r=-0.6845$), basado en los datos de los Departamentos. Esto se aprecia claramente en la Tabla 1 y las Figuras 1 y 2.

⁹ Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de Población 1950-2050, Censo 2002.

Tabla 1

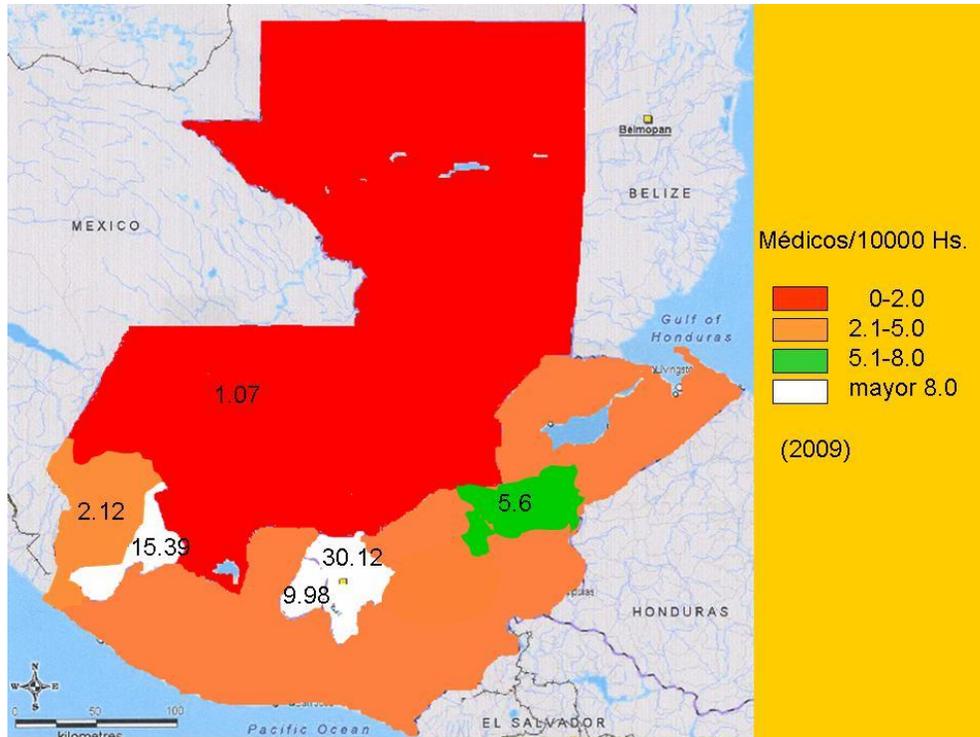
Médicos por departamento de acuerdo a base de datos del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, febrero 2009

Departamento	Colegiados	% por Departamento	Población INE (estimación 2009)	Razón de densidad (médicos/10000 habitantes)	% pobreza
Guatemala	9185	70.98%	3049601	30.12	11.73
Quetzaltenango	1161	8.97%	754457	15.39	60.67
Sacatepéquez	303	2.34%	303459	9.98	33.45
Zacapa	120	0.93%	215752	5.56	43.78
Chiquimula	145	1.12%	355223	4.08	49.27
Suchitepéquez	196	1.51%	492481	3.98	53.86
Escuintla	225	1.74%	670570	3.36	35.15
Retalhuleu	89	0.69%	290796	3.06	57.57
Chimaltenango	173	1.34%	578976	2.99	57.92
Santa Rosa	79	0.61%	334720	2.36	62.07
Jutiapa	103	0.80%	421984	2.44	63.88
El progreso	35	0.27%	153,261	2.28	54.8
Izabal	89	0.69%	393345	2.26	52.12
Jalapa	68	0.52%	293926	2.31	72.59
San Marcos	206	1.59%	972781	2.12	86.66
Totonicapán	87	0.67%	447651	1.94	85.62
Huehuetenango	211	1.63%	1085357	1.94	77.85
Baja Verapaz	49	0.38%	257876	1.90	71.56
Peten	100	0.77%	588860	1.70	59.3
Sololá	64	0.49%	411202	1.56	76.36
Alta Verapaz	157	1.21%	1046185	1.50	76.4
Quiche	95	0.73%	890764	1.07	81.09
Total	12,940	100%	14017057	9.23	

Fuente: Base de datos Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala¹⁰ depurada por fallecimientos, febrero del 2009

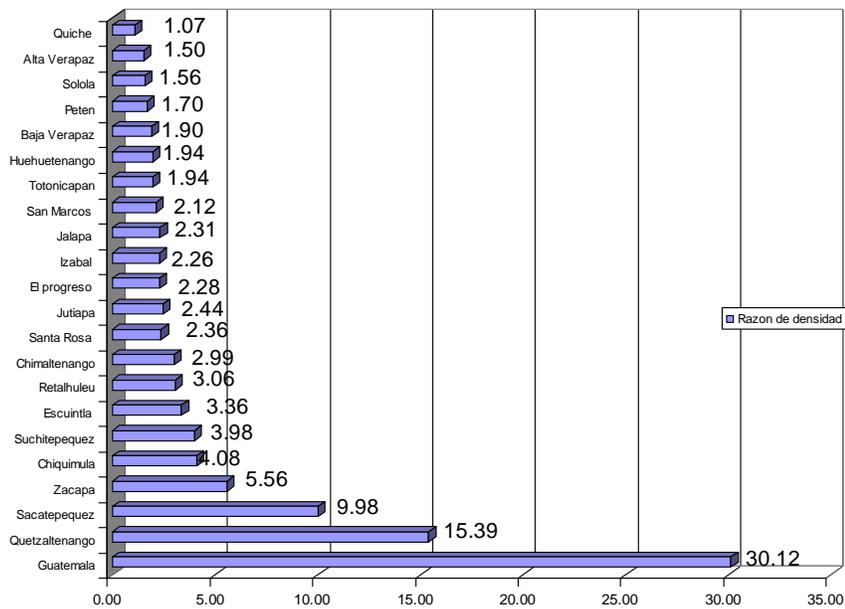
¹⁰ La base de datos del Colegio de Médicos y Cirujanos no registra defunciones ni migración interna, pero constituye la base de datos más completa del país, con información de 13,910 médicos.

Figura 1. Distribución geográfica de la razón de densidad del personal médico



Fuente: Base de datos Colegio de Médicos y Cirujanos, a febrero 2009

Figura 2. Razón de densidad de médicos colegiados por 10000 hs., Guatemala, 2009



Fuente: Base de datos Colegio de Médicos y Cirujanos, a febrero 2009

1.3. Distribución de Odontólogos por departamento

La información más reciente acerca del número y distribución de odontólogos fue obtenida del Colegio Estomatológico. Para el año 2007, se registraron un total de 2376 odontólogos en todo el país, luego de depurar la base de datos con los fallecimientos registrados. En consecuencia, se calculó una densidad de 1.83 odontólogos por 10000 habitantes, utilizando como población de referencia la proyección del INE de 13018759 habitantes para el año 2006¹¹. Al igual que en el caso de los médicos, la tabla refleja grandes inequidades en la distribución de los odontólogos, pues mientras el departamento de Guatemala concentra al 78% de los odontólogos (1856 de 2376 profesionales), El Progreso sólo cuenta con 1 profesional (0.04%). Visto de otra manera, un odontólogo debe cubrir 147072 habitantes en El Progreso y 73153 personas en El Quiché, pero sólo 1551 habitantes en el departamento de Guatemala. Finalmente, los 4 Departamentos con mayor concentración de Odontólogos son los mismos que para el caso de los Médicos, aunque a niveles muy inferiores (cerca de 6 veces menos Odontólogos que Médicos).

De manera similar a los médicos, se observó una relación inversa entre la razón de densidad de odontólogos por 10000 habitantes y el porcentaje de pobreza (coeficiente de correlación de Pearson $r=-0.6951$), basado en los datos de los departamentos. Esto se aprecia claramente en la Tabla 2 y la Figura 3. Es evidente que, probablemente con excepción del Departamento de Guatemala, y con base en los datos proporcionados por el colegio estomatológico, en todos los municipios existe déficit del recurso humano en el área odontológica, no cubriéndose la necesidad de estos servicios de salud por un personal calificado en casi todo el territorio nacional.

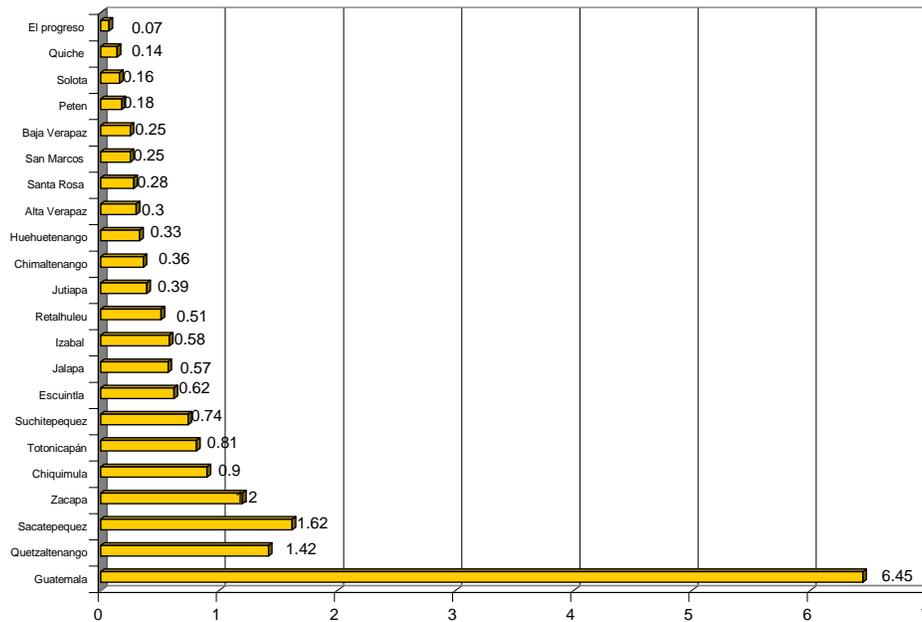
¹¹ Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de Población 1950-2050, Censo 2002.

Tabla 2 Odontólogos por departamento de acuerdo a base de datos del Colegio Estomatológico de Guatemala (2007)

Departamento	Colegiados	% por Departamento	Población INE 2006	Razón de densidad (Odontólogos por 10000 hs)	% pobreza
Guatemala	1856	78.11	2,879,664	6.45	11.73
Quetzaltenango	100	4.21	705,300	1.42	60.67
Sacatepéquez	46	1.94	283,891	1.62	33.45
Zacapa	25	1.05	209,089	1.20	43.78
Chiquimula	30	1.26	334,469	0.90	49.27
Totonicapán	33	1.39	407,124	0.81	85.62
Suchitepéquez	34	1.43	459,317	0.74	53.86
Escuintla	39	1.64	624,527	0.62	35.15
Jalapa	16	0.67	279,268	0.57	72.59
Izabal	21	0.88	364,910	0.58	52.12
Retalhuleu	14	0.59	272,071	0.51	57.57
Jutiapa	16	0.67	405,439	0.39	63.88
Chimaltenango	19	0.80	530,951	0.36	57.92
Huehuetenango	33	1.39	1,000,474	0.33	77.85
Alta Verapaz	29	1.22	953,203	0.30	76.4
Santa Rosa	9	0.38	319,963	0.28	62.07
San Marcos	23	0.97	908,245	0.25	86.66
Baja Verapaz	6	0.25	241,322	0.25	71.56
Peten	9	0.38	513,843	0.18	59.3
Solola	6	0.25	373,935	0.16	76.36
Quiche	11	0.46	804,683	0.14	81.09
El progreso	1	0.04	147,072	0.07	54.8
Totales	2376	100.00	13018759	1.83	

Fuente: Colegio Estomatológico de Guatemala,

Figura 3. Razón de densidad de odontólogos colegiados por 10000 hs., Guatemala, 2009



Fuente: Colegio Estomatológico de Guatemala

1.4. Distribución de Enfermeras por departamento

La Tabla 3 y Figura 4 resumen la información derivada del estudio sobre la caracterización de la fuerza de trabajo en enfermería. Desafortunadamente, aunque la información del estudio es reciente, el informe de la investigación presenta únicamente los datos agregados de auxiliares de enfermería y profesionales, siendo imposible obtener la base de datos de la que se deriva la información del informe final del estudio¹². Esto puede ser un factor para que la distribución de enfermeras, aún y cuando también no cumpla con criterios de equidad, exista una menor centralización que para el caso de odontólogos y médicos, ya que el departamento de Guatemala concentra al 71% de los médicos y al 78% de los odontólogos, pero sólo al 47% de las enfermeras. Llama también poderosamente la atención que departamentos como San Marcos, El Quiché o Alta Verapaz, que tienen muy bajas razones de médicos y odontólogos por 10000 habitantes, se encuentran en el tercio superior de la tabla en lo que respecta a enfermería. Aún así, a nivel

¹² Grupo Interinstitucional. Caracterización de la Fuerza de Trabajo en Enfermería en Guatemala. Escuela Nacional de Enfermería, Informe Final de Investigación, en proceso de edición.

nacional la razón de enfermeras por 10000 habitantes es de 8.89, de los que sólo el 19.8% son enfermeras profesionales (es decir, una razón real de enfermeras profesionales de alrededor de 1.76 por 10000 habitantes).

Tabla 3.

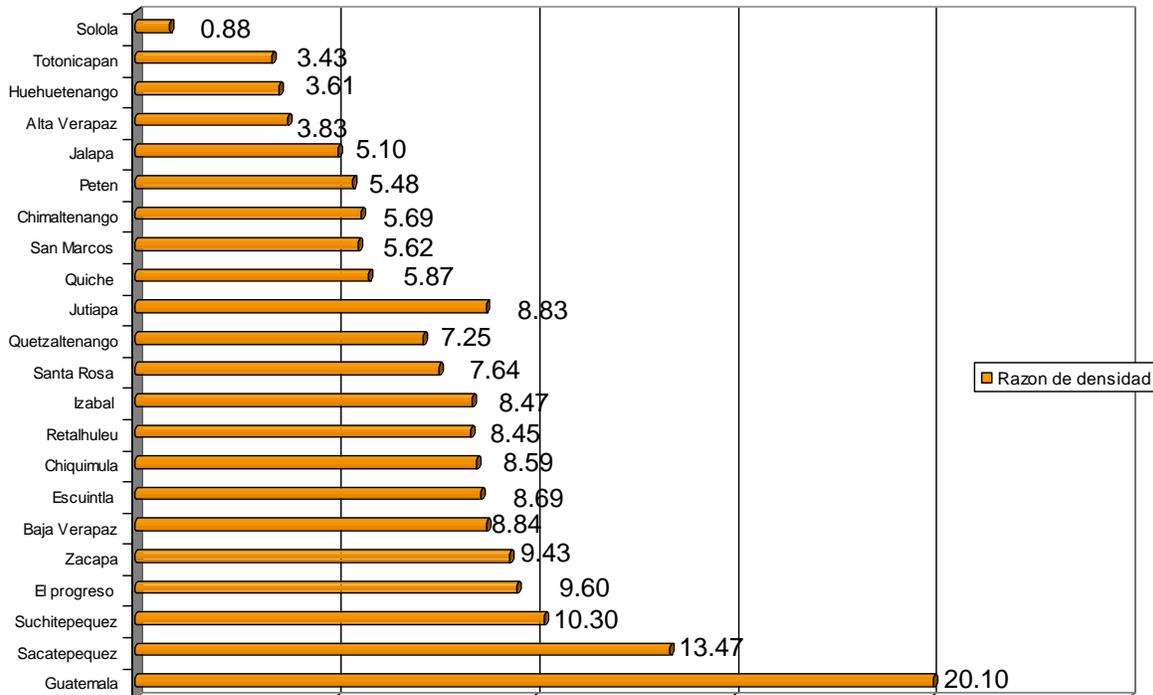
Número, Porcentaje, Razón de Densidad de Enfermeras y Auxiliares de Enfermería por Departamento¹³

Departamento	Enfermeras	% por Departamento	Población INE 2009	Razón de densidad	% pobreza
Guatemala	5903	47.41	3,049,061	20.1	11.73
Escuintla	556	4.47	670,570	8.69	35.15
Quetzaltenango	523	4.20	754,457	7.25	60.67
San Marcos	522	4.19	972,781	5.62	86.66
Quiche	489	3.93	890,764	5.87	81.09
Suchitepéquez	484	3.89	492,481	10.3	53.86
Sacatepéquez	391	3.14	303,459	13.47	33.45
Alta Verapaz	377	3.03	1,046,185	3.83	76.4
Huehuetenango	371	2.98	1,085,357	3.61	77.85
Izabal	317	2.55	393,345	8.47	52.12
Chimaltenango	311	2.50	578,976	5.69	57.92
Peten	295	2.37	588,860	5.48	59.3
Chiquimula	293	2.35	355,223	8.59	49.27
Jutiapa	253	2.03	421,984	8.83	63.88
Santa Rosa	248	1.99	334,720	7.64	62.07
Retalhuleu	235	1.89	290,796	8.45	57.57
Baja Verapaz	218	1.75	257,876	8.84	71.56
Zacapa	199	1.60	215,752	9.43	43.78
Jalapa	146	1.17	293,926	5.1	72.59
Totonicapán	144	1.16	447,651	3.43	85.62
El Progreso	143	1.15	153,261	9.6	54.8
Sololá	34	0.27	411,202	0.88	76.36
Totales	12452	100.00	14008687	8.89	

Fuente: Grupo Interinstitucional. Caracterización de la Fuerza de Trabajo en Enfermería en Guatemala. Informe Final de Investigación, en proceso de edición.

¹³ La información de enfermería incluye auxiliares de enfermería y enfermeras profesionales en conjunto; los resultados corresponden a una muestra de 2,458 enfermeras profesionales (19.8%) y 9,979 enfermeras auxiliares (80.2%) entrevistadas para el estudio caracterización de la fuerza laboral en enfermería

Figura 4
Enfermeras y auxiliares de enfermería por Departamento



Fuente: Grupo Interinstitucional. Caracterización de la Fuerza de Trabajo en Enfermería en Guatemala. Escuela Nacional de Enfermería, Informe Final de Investigación, en proceso de edición.

Al igual que se resaltó en relación con médicos y odontólogos, también existió una correlación inversa entre la razón de densidad de enfermeras por 10000 habitantes, y el índice de pobreza de los departamentos (coeficiente de correlación de Pearson $r=-0.8576$), de manera que en departamentos pequeños como Totonicapán, Sololá y El Progreso el número de enfermeras es menor, probablemente porque en ellos existen condiciones de desarrollo especialmente precarias, con accesos dificultosos y oportunidades educativas mínimas, lo cual constituye un desestímulo al personal de salud.

1.5 Análisis de la distribución del recurso humano en Guatemala.

Los datos presentados anteriormente demuestran que casi las tres cuartas partes del recurso humano en salud del país de las 3 categorías analizadas, están concentradas en 4 departamentos (Guatemala 61%, Quetzaltenango 6%, Sacatepequez 3% y Escuintla 3%), en tanto que departamentos donde la disponibilidad del recurso humano es menor (Totonicapán, Sololá, Baja Verapaz, Alta Verapaz, El Quiche) poseen algunos de los peores indicadores de salud del país¹⁴.

¹⁴ Estrada Galindo, Gustavo. El sistema de salud en Guatemala. 9. Síntesis. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2008.

La consistente correlación inversa demostrada entre la razón de densidad de los profesionales de las 3 ramas de la atención de la salud analizados por 10000 habitantes, y el porcentaje de pobreza de cada uno de los departamentos sugiere que transformaciones en la distribución del personal de la salud no pueden alcanzarse si no se logran mejorar las condiciones de pobreza, y por ende las condiciones sociales y ambientales de cada una de las localidades. Es evidente que el llevar profesionales de salud a localidades de extrema pobreza, en las condiciones actuales, se acompaña irremediablemente de un deterioro en las condiciones laborales y de calidad de vida del personal de salud. Agregado a esto, no puede esperarse que por el sólo hecho de colocar profesionales de salud en las diversas comunidades que componen el país se vayan a mejorar los índices de salud, cuando no se han resuelto los problemas existentes en los determinantes y condicionantes de la salud.

Esto se comprende mejor cuando se analizan indicadores económicos, de salud y de disponibilidad de personal de salud (Tabla 4). De acuerdo con el presente estudio, las razones de densidad de médicos, odontólogos y enfermeras por 10000 habitantes (9.23, 1.83 y 8.89, respectivamente, este último incluyendo no sólo enfermeras profesionales sino auxiliares) son de las más bajas de la región¹⁵. Más dramáticamente aún, el gasto en salud en Guatemala por año como proporción del producto interno bruto es de los más bajos de América Latina y existe una correlación significativa entre la mortalidad infantil y el gasto en salud como proporción del PIB (para los datos de la Tabla 4, índice de correlación de Pearson =-0.817).

En otras palabras, existen varios problemas en cuanto al recurso humano en salud en el país: no hay una cantidad suficiente (medida en relación con la población, en alguna medida pero no exclusivamente por una respuesta inadecuada al crecimiento poblacional); la distribución no es equitativa ni tiene relación con el tamaño de la población, sino mas bien con el nivel de pobreza de las localidades (relación inversa), indicador de la capacidad de pago de la población y en alguna medida de la cobertura de los sistemas nacionales de salud (Ministerio de Salud Pública e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social); y finalmente, aunque no investigado en este estudio, la calidad del recurso producido debe analizarse, dado que no existe un sistema nacional de acreditación del recurso humano producido localmente, y los mecanismos de educación continua como requisito para la práctica en las profesiones de salud son incipientes y no garantizan el mantenimiento de las competencias necesarias.

¹⁵ Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud de las Américas: Indicadores Básicos 2009.
http://new.paho.org/gut/index.php?option=com_content&task=view&id=25&Itemid=135

Tabla 4. Indicadores Económicos y de Salud, Países Seleccionados

Parámetro	Cuba	Costa Rica	El Salvador	Estados Unidos	Guatemala	Honduras	Nicaragua
Esperanza de vida al nacer	78.4	78.9	72.1	78.4	70.5	70.4	73.2
Ingreso nacional bruto per cápita (US\$ 2006)	...	4980	2680	44710	2590	1270	930
Crecimiento medio anual de PIB	5.4	8.2	4.2	2.9	4.5	6.0	3.7
Tasa de mortalidad infantil por 1000 n.v.	5.3	10.1	21.5	6.9	41.2	42.6	33.0
Razón de mortalidad materna reportada/100000 nv	30.2	39.3	71.2	15.1	148.8	108.0	90.4
Razón de médicos por 10,000 habitantes	62.7	20	12.6	22.5	9.7	8.5	16.4
Razón de enfermeras profesionales por 10,000 habitantes	79.5	15.3	8.1	78.5	3.6	3.3	1.4
Razón de odontólogos por 10,000 habitantes	9.4	6.5	5.5	5.4	1.6	1.3	2.9
Gasto nacional en salud por año como proporción del PIB (gasto público)	6.3	4.8	3.7	8.1	2.2	3.9	3.5

Fuente: Situación de Salud de las Américas Indicadores Básicos 2009.

1.6 Condiciones laborales, modalidades de contratación y prestaciones del personal en salud

En Guatemala no existe una política de incrementos salariales regulares en relación con incrementos en el costo de vida o por la inflación que regularmente oscila por arriba del 10% anual. Esto es cierto tanto para profesionales de salud como para otras profesiones, y se observa tanto en el sector público (Ministerio de Salud Pública e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social) como en el sector privado, donde se experimentan ajustes no sistemáticos en los cobros

directos a pacientes por parte de proveedores de salud. Como se aprecia en la Tabla 5, el sector público es el mayor empleador en el caso de los profesionales de enfermería, en tanto que para los profesionales médicos y dentales, el estado ofrece empleo regular a una fracción limitada de profesionales. Comparando los números dados en la Tabla 5 con los totales recopilados en las Tablas 1 y 2, el estado (a través del Ministerio de Salud Pública, o el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, como entidad semiautónoma) contrata a cerca del 27% de los médicos (3585 de 12940) y a más del 100% de las enfermeras (considerando globalmente profesionales y auxiliares, porcentaje probablemente explicado por pluriempleo, en particular en las enfermeras auxiliares, aunque muy probablemente también existen datos incompletos en particular en lo que respecta al sector privado, donde no existe una centralización de la información al respecto y el acceso a la misma en instituciones privadas es frecuentemente restringido como “secreto comercial o industrial”).

Tabla 5. Fuerza laboral: Ubicación según categoría profesional, Guatemala 2009.

Institución	Médicos	Enfermeras Profesionales	Enfermeras Auxiliares
Ministerio	2120	1638	7602
IGSS	1465	1981*	2286
Otros		255	1760
NS/NR		30	211
TOTAL		2458	9979

Fuente: Departamento de Capacitación MSPAS, Departamento RRHH IGSS, Caracterización de la Fuerza laboral en Enfermería- junio 2009. En la categoría Médicos se incluyen médicos especialistas, médicos generales y odontólogos.

Tanto el Ministerio de Salud Pública como el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se rigen por la clasificación de puestos y remuneraciones de la Ley de Servicio Civil y por el Manual de Clasificaciones Presupuestarias Para el Sector Público de Guatemala. Dada la evolución de las formas de contratación en ambas instituciones derivadas de la aplicación de políticas de contratación más abiertas, no siempre se cumplen los derechos de los trabajadores ni se realizan las contrataciones de acuerdo a la mencionada Ley de Servicio Civil. Si bien en el pasado la posibilidad de integrarse al sistema de salud como empleado en el Ministerio de Salud y en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se consideraban vías de crecimiento social y de estabilidad laboral, la falta de políticas de desarrollo de una fuerza de trabajo estable y tecnificada en dichas instituciones ha ido haciendo menos atractiva esta opción. Por otro lado, la incapacidad de planificar a largo plazo por parte del estado, y la falta del cumplimiento del papel del estado en la promoción, prevención y recuperación

de la salud de toda la población ha causado una disminución en la plantilla permanente del Ministerio de Salud, originando una incapacidad del sistema público para atender las necesidades de toda la población. Esto ha causado que aún en los estratos sociales menos favorecidos y con mayor nivel de pobreza, la atención de la salud provenga de servicios adquiridos a través del gasto de bolsillo de las familias¹⁶.

En este estudio nos hemos enfocado en los mayores empleadores para analizar el tema de recursos humanos, tanto porque constitucionalmente los recursos humanos empleados o contratados por el Ministerio de Salud y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social deben ofrecer cobertura a toda la población, como porque es extremadamente difícil obtener información general acerca de los ingresos de los proveedores de salud privados, teniéndose la percepción de que el aseguramiento de cobertura de salud a través de compañías privadas ha ido en aumento en los últimos años, aunque no en cuanto a la remuneración ofrecida a los proveedores de salud.

La falta de actualización de la Ley de Servicio Civil en el país ha generado en algunos casos la creación de nuevas plazas con salarios mayores a los que las tablas salariales en forma de contratos temporales sin seguridad ni prestaciones laborales (aguinaldo, bono 14, indemnización al momento del despido, etc.). Por otro lado, por condiciones presupuestarias y una falta de planificación del crecimiento de las necesidades de los servicios a largo plazo hay una falta de creación de nuevas plazas permanentes. Finalmente, en el caso de los trabajadores regulares (plazas de renglón presupuestario 011) han ocurrido aumentos en los salarios a expensas de bonos y no a través de aumento al salario base, ya que esto último contribuiría a elevar el pasivo laboral del estado. Por esta razón, en la actualidad el salario base representa solo cerca del 50% del ingreso del personal médico y paramédico, el cual se completa con bonificaciones acordadas por demandas gremiales. (Tabla 6). En la misma, en la categoría de paramédico se incluyen las enfermeras auxiliares (6115) y los técnicos de laboratorio (490) y radiología (179), las enfermeras anestesiistas (170) y enfermeras (907). Globalmente, el 52% del salario corresponde al salario base en tanto que el resto del salario corresponde a bonos de productividad o por acuerdos gremiales o sindicales, situación que va en detrimento de las jubilaciones y prestaciones laborales del personal de salud.

La Tabla 6 a continuación muestra la estructura de los salarios del Ministerio de Salud Pública para el año 2009. Las modalidades de contratación se especifican en la Tabla 7, en donde los cuadros sombreados indican que la modalidad de contratación indicada no es permisible de acuerdo con la Ley de Servicio Civil para el tipo de servidor público indicado.

¹⁶ Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) 2006.
<http://www.ine.gob.gt/index.php?view=article&catid=44:sociedad&id=127:encuesta-nacional-de-condiciones-de-vida-encovi-2006>

Tabla 6
Estructura de salarios en dólares para los puestos paramédicos y profesionales, incluidas bonificaciones, Ministerio de Salud, año 2009.

Título de Puesto	Salario Inicial	BIS	BONO 66/2000	Bono Profesional	BONO 0.2	Total
Paramédica I	\$162.75	\$50.00	\$31.25		\$48.83	\$292.83
Paramédico II	\$172.63	\$50.00	\$31.25		\$51.79	\$305.66
Paramédico III	\$194.38	\$87.50	\$31.25		\$58.31	\$371.44
Paramédico IV	\$210.25	\$87.50	\$31.25		\$63.08	\$392.08
Paramédico jefe I	\$226.00	\$100.00	\$31.25		\$67.80	\$425.05
Paramédico jefe II	\$245.75	\$100.00	\$31.25		\$73.73	\$450.73
Paramédico jefe III	\$265.63	\$100.00	\$31.25		\$79.69	\$476.56
Profesional I	\$411.88	\$187.50	\$31.25	\$46.88	\$123.56	\$801.06
Profesional II	\$440.63	\$187.50	\$31.25	\$46.88	\$132.19	\$838.44
Profesional III	\$469.63	\$187.50	\$31.25	\$46.88	\$140.89	\$876.14
Profesional Jefe I 4 hrs	\$249.19	\$93.75	\$15.63	\$23.44	\$74.76	\$456.75
Profesional jefe I 6 hrs	\$373.78	\$140.63	\$187.50	\$35.16	\$112.13	\$685.13
Profesional jefe II	\$527.38	\$187.50	\$31.25	\$46.88	\$158.21	\$951.21
Profesional Jefe III	\$556.13	\$187.50	\$31.25	\$46.88	\$166.84	\$1,269.96

Fuente: Dirección de recursos humanos, ministerio de salud pública, departamento de planificación año, 2009

Tabla 7. Modalidades de contratación del personal del Ministerio de Salud, Año 2009

	Renglón 011	Renglón 021	Renglón 029	Renglón 031	Renglón 0182
Medico	1563	1242	127		675
Enf. graduada	1227		36		195
Enf. Auxiliar	6136		278		647
Administrativo	5048		1228		263
Especializado	1393				
Operativo	5121			1021	
Total	20488 (78%)	1242 (5%)	1669 (6%)	1021 (4%)	1780 (7%)

Fuente: Dirección de Recursos Humanos, Ministerio de Salud Pública, Departamento de Planificación, junio 2009.

El renglón presupuestario es la definición operativa de las distintas modalidades de contratación de acuerdo con el manual de clasificaciones presupuestarias para el sector público de Guatemala. Estas pueden ser:

011 Personal permanente: Comprende las remuneraciones en forma de sueldo a los funcionarios, empleados y trabajadores estatales, cuyos cargos aparecen detallados en los diferentes presupuestos analíticos de sueldos.

Personal Temporal

021 Personal supernumerario: Contempla los egresos por concepto de sueldo base a trabajadores públicos, contratados para labores temporales de corta duración. Su propia naturaleza implica que con cargo a este renglón no puede contratarse personal adicional para labores permanentes.

022 Personal por contrato: Contempla los egresos por concepto de sueldo base a trabajadores públicos, contratados para servicios, obras y construcciones de carácter temporal, en los cuales en ningún caso los contratos sobrepasarán el período que dura el servicio, proyecto u obra.

029 Otras remuneraciones de personal temporal: En este renglón se incluyen honorarios por servicios técnicos y profesionales prestados por personal sin relación de dependencia, asignados al servicio de una unidad ejecutora del Estado.

031 Jornales: Comprende los egresos por concepto de salario diario que se paga a los obreros, operarios y peones, que presten sus servicios con carácter temporal.

182 Servicios médico-sanitarios: Comprende retribuciones por servicios profesionales y técnicos médico-sanitarios.

En el caso de los trabajadores de salud del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, mas del 80% se encuentran contratados en plazas fijas, en tanto que casi el 18% del personal que trabaja en el IGSS no tiene acceso a las prestaciones de la ley incluidas el aguinaldo, bono 14 y pasivo laboral (Tabla 8).

Tabla.8
Modalidades de contratación del personal del
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, 2006

Tipo de contratación	Numero	Porcentaje
Planta	11,270	82.3
Plazo fijo	354	2.6
Por contrato 029	60	0.4
Temporal	2,016	14.7

Fuente: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS, 2006

Los trabajadores de salud del Ministerio de Salud, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y de otras instituciones en Guatemala, no cuentan con cobertura de seguro médico o seguro de invalidez mas allá de la cobertura mínima que proporciona el mismo Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. En ningún caso se ofrece seguro de mala práctica médica para los laborantes de salud, aún en lo que respecta a problemas que ocurran dentro de las respectivas instituciones, siendo la responsabilidad (primariamente penal y también civil) directamente del trabajador de salud, aún en lo que respecta a costos legales y judiciales.

Se ha mencionado ya la dificultad en obtener información acerca de ingresos a los profesionales de salud derivados de actividades fuera del contexto del Ministerio de Salud Pública y del Seguro Social. En el caso del personal de enfermería, la gran mayoría trabajan institucionalmente, y en general las organizaciones privadas tienen escalas salariales similares al Ministerio de Salud Pública, teniendo en esos casos que ceñirse a las normativas del Código de Trabajo en cuanto al pago de prestaciones. Una idea preliminar puede obtenerse a partir de los datos de una encuesta no aleatoria de 843 médicos realizada por el Colegio de Médicos y Cirujanos en el año 2005, y correlacionándolos con los datos de la Tabla 6. En general, los ingresos del médico son bajos, como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 9
Promedio mensual de ingreso familiar en médicos

Ingreso en quetzales	Cantidad	Porcentaje
Menos de \$641	102	12.10
Entre \$641 y \$1265	324	38.44
Entre \$1265 y \$1900.00	195	23.13
Entre \$1900y \$2,500.00	93	11.03
Más de \$2,500	129	15.30
	843	100.00

Fuente: Encuesta Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, 2005

1.7. Brechas de contratación

En los últimos 20 años, la población general ha ido sufriendo recortes progresivos de cobertura en aras de una “focalización” y “priorización” que deja sin acceso a servicios a grandes segmentos de la población¹⁷. A finales del año 2008 el crearon plazas temporales, que ofrecen un salario mayor, pero sin estabilidad laboral, situación que las hace poco atractivas (Tabla 10). Las escalas salariales ofrecidas se muestran en la Tabla 11.

¹⁷ Estrada Galindo, Gustavo. El sistema de salud en Guatemala. 9. Síntesis. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2008.

Tabla 10

Brechas en contratación en Ministerio de Salud. Brecha primera fase.

Departamento o Municipio	Médicos			Enfermeras			Auxiliares de Enfermería		
	Progra- mado	Contra- tado	Brecha %	Progra- mado	Contra- tado	Brecha %	Progra- mado	Contra- tado	Brecha %
Totonicapán	53	28	47%	49	21	57%	86	65	24%
Sololá	24	3	87%	29	9	69%	46	36	22%
San Marcos	57	24	58%	54	17	69%	96	81	19%
Quiche	26	15	42%	33	7	79%	65	57	12%
Huehuetenango	34	24	29%	42	26	38%	81	80	1%
Ixcán	12	6	50%	17	7	59%	27	25	7%
Alta Verapaz	18	8	56%	16	8	50%	34	33	3%
Baja Verapaz	14	4	71%	15	4	73%	27	21	22%
Chiquimula	12	12	0%	21	21	100%	45	45	0%
Sayaxché	3	3	0%	2	1	50%	6	6	0%

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Recursos Humanos, Departamento de Capacitación, 2009

Por las razones expresadas, sin embargo, el Ministerio ha encontrado dificultades para cubrir estas plazas con el personal deseado. Estas llamadas “brechas de contratación” son más altas en los departamentos de Quiche, Sololá y Alta Verapaz, y en personal médico y profesional de enfermería que en el caso de las contrataciones de auxiliares de enfermería. Esto confirma la idea de que para atraer personal de salud a áreas necesitadas deben mejorarse las condiciones sociales y de desarrollo de la región o localidad. En el año 2008 se crearon plazas temporales, que ofrecen un salario mayor, pero sin prestaciones ni estabilidad laboral, situación que las hace poco atractivas. Las escalas salariales ofrecidas se muestran en la Tabla 10.

Tabla 11
Incremento de salarios a equipo básico salud, Ministerio de Salud, proyección
(Cifra en Dólares de Estados Unidos al cambio de 2007, Q7.80 por \$1)

Grupo	Áreas	Salario Medico	Salario Enfermera	Salario Técnico	Otros beneficios
A	Guatemala, Sacatepéquez, Escuintla, Santa Rosa, Quetzaltenango	\$1025.00	\$769.23	\$385.00	Bono Trimestral como incentivo Seguro contra accidentes colectivo
B	Jalapa, Jutiapa, Suchitepéquez, Retalhuleu, Sololá, Chimaltenango,	\$1025.00	\$769.23	\$385.00	Bono Trimestral como incentivo Seguro contra accidentes colectivo
C	Chiquimula, Totonicapán, Baja Verapaz	\$1154.00	\$897.43	\$385.00	Bono Trimestral como incentivo Seguro contra accidentes colectivo
D	Izabal Sur, Quiché Sur, Huehuetenango Sur, Alta Verapaz Sur, San Marcos Sur	\$1282.00	\$1025.00	\$385.00	Bono Trimestral como incentivo Seguro contra accidentes colectivo
E	Petén, Ixcán, Ixil, Quiché Norte, Huehuetenango Norte, Alta Verapaz Norte, San Marcos Norte	\$1,410.00	\$1154.00	\$385.00	Bono Trimestral como incentivo Seguro contra accidentes colectivo

1.8. Empleo en las profesiones de salud

Los datos anteriores demuestran que la mayoría de trabajadores de salud en Guatemala no trabajan en condiciones de empleo digno, el cual contiene cuatro componentes o dimensiones: empleo, protección social, derechos laborales y dialogo social.

En el tema de empleo digno, la propuesta incluye que este empleo tenga una sostenibilidad en el tiempo y un pago o retribución digna y constante. La protección social incluye los servicios de seguridad social que, en nuestro país serían prestados por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, y que incluyen seguro de vida, de enfermedad y discapacidad, prestaciones por invalidez y vejez y atención en la enfermedad. Los derechos laborales deben incluir todos aquellos que se encuentren en la legislación vigente y convenciones internacionales relativas a la discriminación y género. El diálogo social implica que las personas contratadas o empleadas deben poder hacer uso del derecho de diálogo y negociación de sus condiciones laborales, incluyendo la protesta, asociación libre y sindicalización.

El ejercicio de una profesión liberal conlleva la posibilidad de contrataciones que no incluyen todos los beneficios de un empleo digno, con riesgos inherentes a la oferta y demanda de servicios. La “libertad de empleo” que se goza, puede contener dificultades inherentes a la protección social y a la posibilidad de asociación y sindicalización, lo cual usualmente se resarce a través de un pago comparativamente mayor que el de un empleado regular. Algunos de los problemas que surgen de la falta de empleo digno incluyen un número de personal de salud jubilado que continúa laborando (2 a 5%) lo que puede deberse a la demanda de servicios del personal de enfermería o a la necesidad de trabajar para cubrir sus necesidades básicas.

El pluriempleo es otro problema en nuestro país. En el estudio realizado por estudiantes de medicina de la Universidad de San Carlos en el año 2008, se identificó un porcentaje de pluriempleo de 45 a 55% según las áreas geográficas, este es mayor al reportado por el estudio de situación ocupacional (Barrios L. y col. 1991) en los cuales se demostró un 43% de pluriempleo. El mayor porcentaje de pluriempleo se observa en el grupo de médicos especialistas.

El estudio multiinstitucional sobre la Caracterización de la Fuerza de Trabajo en Enfermería, (aunque con la dificultad de no diferenciación entre enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería) mostró 7.1 de pluriempleo, pero habría que considerarse además el 3 % en que no se obtuvo respuesta probablemente debido a temor de proporcionar la información.

Tabla 12

Situación Laboral, Pluriempleo en Enfermeras año 2008

Multi-empleo	Frecuencia	Porcentaje
Un empleo	11184	89.8
Dos empleos	873	7
Tres empleos	18	0.1
NS/ NR	377	3
Total	12452	99.9

Fuente: Caracterización de la fuerza de trabajo en enfermería, Investigación interinstitucional, año 2009

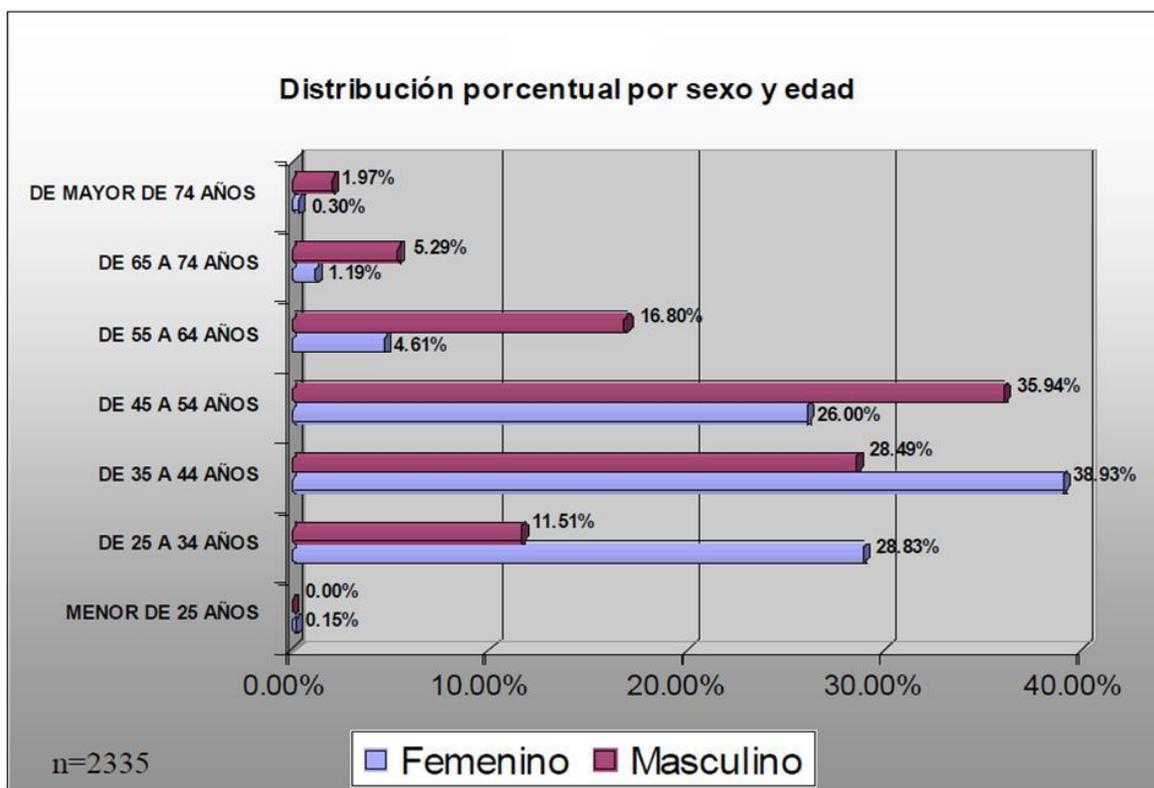
1.9 La salud del trabajador sanitario y sus condiciones de vida

Este tema no ha sido motivo de estudio en nuestro medio. No puede dejar de tocarse que el trabajador sanitario está expuesto a una psicodinamia que lo hace vulnerable al estrés y sus consecuencias. Sin embargo existe evidencia mundial de que los profesionales y técnicos sanitarios del país forman parte de un sistema laboral donde la precariedad de la tarea y de los

emolumentos les obligan a trabajar en varios espacios públicos y o privados, en condiciones y con programas de alta demanda de su tiempo y esfuerzo y bajo condiciones de inseguridad laboral y judicial.

El efecto potencial acumulativo que pueden producir las condiciones mencionadas es posible, en primer lugar por que la mayoría de los médicos se ven sometidos desde tempranas edades a esas condicionantes, como lo evidencia el estudio del 2006 del colegio de médicos y cirujanos

Figura.5 Distribución por sexo y edad de los médicos colegiados.



Fuente: Encuesta Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, 2005

Las condicionantes de una mala salud, se encuentran dentro de los médicos fuertemente representadas en un estilo de vida poco saludable. Un 60 % de los médicos son casados con cónyuges profesionales o técnicos que trabajan como ello. Un 40% no tienen hijos y una tercera parte con uno o dos hijos. La mayoría es católica. Epidemiológicamente el cáncer, la diabetes mellitas, el infarto agudo del miocardio y la cirrosis hepática, explican más del cincuenta por

ciento del total de muertes dentro del gremio médico. Y en cuanto al ambiente laboral tres de cada cinco médicos trabajan jornadas matutinas y vespertinas y casi uno de cada dos refieren que trabajan más de ocho horas diarias (Encuesta colegio de Médicos y Cirujanos año 2006).

En el caso de las enfermeras, la situación no es mejor, debido a los bajos emolumentos una alta proporción de las mismas, tiene un doble trabajo muchas veces nocturno. De tal manera que en uno y otro caso nos encontramos ante un trabajo que reúne varias características y estilos de vida que los vuelve riesgoso para la salud a la fecha poco estudiado y medido dentro de la población salubrista del país, pero no cabe duda que en ambos casos: la carga horaria, la falta de adecuada gratificación económica, la alta exigencia institucional y la desprotección jurídica, hace del trabajador sanitario, un grupo de alta vulnerabilidad.

RESULTADO 2:

TENDENCIAS DE PRODUCCIÓN, DISTRIBUCIÓN Y DOTACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, RETOS Y OBSTÁCULOS QUE ENTORPECEN SU MEJORAMIENTO Y ORGANIZACIÓN

El Identificar las tendencias de producción, distribución y dotación de recursos humanos en Salud es importante para la planificación estratégica del recurso humano y establecer mecanismos para la gestión del recurso humano y la regulación del mercado laboral.

En Guatemala en los años 70s se aumento la oferta educativa a través de políticas que contribuyeron al aumento de estudiantes de primer ingreso en la facultad de medicina, sin embargo, este aumento en la oferta educativa no fue acompañado de un aumento de la oferta laboral, perdiéndose la oportunidad de impactar en la distribución equitativa del recurso humano en áreas postergadas del país, y en los indicadores de salud. Como consecuencia se agudizaron los problemas de desempleo, pluriempleo y malas condiciones laborales.

En los años 90s encuestas y foros nacionales así como los acuerdos de paz obligaron a un aumento de coberturas y con ello a la necesidad de incrementar el recurso para la atención primaria en salud bajo la figura del Medico Ambulatorio, como parte de la estrategia de extensión de cobertura a través de ONGS, la demanda de médicos no pudo ser cubierta pese a que la oferta existía, las razones de ello de tipo educativo, social por parte del médico constituyeron uno de las razones de lo anterior. De tal manera que al peso político se agrega en ese desorden de producción y utilización de recursos humanos, un proceso social que no termina de responder a las necesidades de equidad y justicia.

El Objeto de estudio de este resultado, lo constituye el recurso humano en formación y el recurso humano en ejercicio laboral.

La primera fase del estudio constituyo una revisión bibliográfica del tema, la cual incluyo Bibliotecas y Bases de datos de Universidades, Institutos de Investigación y estudios previos realizados por otras organizaciones.

Importantes fuentes de información constituyeron el estudio Recursos Humanos en Salud, Disponibilidad y Formación, elaborado por la Dra. América de Fernández de OPS/OMS, que

contiene información histórica sobre el comportamiento de la oferta educativa en la década de 1997 a 2006 y el estudio realizado por el Centro de Investigación de Ciencias de la Salud (CICS), de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, proporcionado por el Dr. Erwin Calgua director del instituto y que contiene información histórica sobre el comportamiento de la oferta educativa y laboral en el periodo de 1950 a 1991.¹⁸ Ambos estudios son citados con la autorización expresa de la Organización Panamericana de la Salud y del CICS.

La segunda fase consistió en la recolección de información de Las fuentes primarias y secundarias de datos, las cuales incluyeron instituciones formadoras, el IGSS, El MSPAS, El Centro Médico Militar y las Clínicas Medicas particulares.

La Recolección de la información incluyó las siguientes fuentes de datos.

- Inventario de recursos humanos realizados por IGSS y MSPAS
- Registros académicos de Centros Educativos incluidas sedes regionales
- Base de datos del Centro investigación de Ciencias de la Salud.
- Memorias anuales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Bases de datos del Departamento de Planificación de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.
- Registro de clínicas privadas en la Dirección del Sistema Integrado de Atención en salud – SIAS-.

El análisis de la información se analizó desde el marco legal y político vigente en el país, sirviendo de referencia las Políticas de Salud.

Para el acceso de información a nivel estatal fue de utilidad el marco legal proporcionado por la ley de acceso a la información.

Para los modelos matemáticos de proyección, se utilizo el método de la media móvil y otros métodos para el análisis estadístico.

2.1. Centros de formación de recursos humanos en salud.

El código de salud hace referencia a varias instancias públicas que tienen relación con el cuidado y recuperación de la salud, el sector salud. Establece que el sector salud está integrado por diversos

¹⁸ Barrios Luis Carlos, “La caracterización de la situación ocupacional del médico en Guatemala” CICS Vol. 4, No.1, Noviembre 1993.

prestadores y entidades que tienen que ver con la salud¹⁹. Dentro del concepto, se incluyen las escuelas formadoras.

Las instituciones que se involucran en la formación de recursos humanos en salud, incluyen a escuelas formadoras de nivel medio (técnico) y universitario, y a las escuelas adscritas al Ministerio de Salud Pública y Asistencia social. El siguiente cuadro es un resumen de las fuerzas formadoras de recursos humanos en Guatemala en el campo de la salud.

¹⁹ Código de Salud, Definición del Sector Salud. Artículo 8.

Tabla 13

Inventario de Centros de Formación de recursos humanos en salud en Guatemala, Año 2009

Universidades	Escuela de Enfermería MSPAS/USAC	Escuela de auxiliares de enfermería MSPAS	Institutos y escuelas especializadas MSPAS
Universidad de San Carlos de Guatemala	Escuela Nacional de Enfermería de Guatemala	Escuela de auxiliares de enfermería de Guatemala	Instituto de adiestramiento a personal de Salud INDAPS, Quiriguá y de INDAPS, Verapaces.
Universidad Francisco Marroquín	Escuela Nacional de enfermería de occidente	Escuela de Auxiliares de enfermería de Oriente, Jutiapa.	Escuela de Terapia Física, Ocupacional y Especial
Universidad Rafael Landívar	Escuela nacional de enfermería de Cobán	Escuela de Auxiliares de enfermería de Mazatenango.	Escuela de Terapia Respiratoria
Universidad Mariano Gálvez		Escuela de Auxiliares de enfermería de Quetzaltenango.	Escuela de Laboratorio Clínico.
Universidad del Valle de Guatemala		Escuela de Auxiliares de enfermería de Chimaltenango.	Escuela regional de citología exfoliativa de Centroamérica y Panamá
Universidad Mesoamericana		Escuela de Auxiliares de enfermería de Cobán.	Escuela nacional de técnicos en radiología diagnóstica.
Universidad Galileo			

Fuente: Caracterización del Personal del Ministerio de Salud Pública 2004-2007

2.2. Carreras de salud a nivel universitario

Las escuelas formadoras de recursos humanos en Guatemala tienen una larga evolución que parte de finales del siglo XIX, se consolidan e incrementan durante el siglo XX, especialmente durante los últimos veinticinco años, siendo diversas tanto por sus enfoques como por sus orientación habiendo un claro predominio de la oferta de carreras y cantidad de producción de egresados por parte de la Universidad estatal, que es ya tricentenaria.

La oferta académica actual del país, puede resumirse de la siguiente manera:

Tabla 14

**Oferta educativa para la formación de recursos humanos en salud en Guatemala
a nivel de licenciatura. Año 2009**

Carrera	Establecimientos donde se oferta
Medico y Cirujano	San Carlos de Guatemala Centro Universitario de Occidente Centro Universitario de Oriente Universidad Francisco Marroquín Universidad Rafael Landívar Universidad Mariano Gálvez Universidad Mesoamericana
Odontología	Universidad San Carlos de Guatemala Universidad Francisco Marroquín Universidad Mariano Gálvez Universidad Mesoamericana
Enfermería	Universidad de San Carlos de Guatemala/Ministerio de Salud Pública Universidad Mariano Gálvez Universidad Rafael Landívar
Nutrición	Universidad de San Carlos de Guatemala Universidad Francisco Marroquín Universidad Rafael Landívar Universidad del Valle de Guatemala
Química Biológica	Universidad de San Carlos de Guatemala
Química Farmacéutica	Universidad de San Carlos de Guatemala
Veterinaria	Universidad de San Carlos de Guatemala
Psicología	Universidad de San Carlos de Guatemala
Fisioterapeuta	Universidad de San Carlos de Guatemala Universidad Rafael Landívar

Fuente: Formación y Disponibilidad del Recurso Humano en Salud, año 2009

2.3. Tendencias en la formación de recursos humanos en salud

La necesidad de atender la formación de recursos humanos en el campo de la salud, se detecta en Guatemala desde etapas tan tempranas como principios del siglo XX, cuando en diversos foros y medios de comunicación de la época, se señalan como problemas de salud la malaria, las diarreas e infecciones respiratorias, como los principales causantes de la morbimortalidad de la población. Igualmente se señala la carencia de recursos humanos para atender a la población enferma y desnutrida y la falta de educación de la población en aspectos higiénicos y sanitarios.

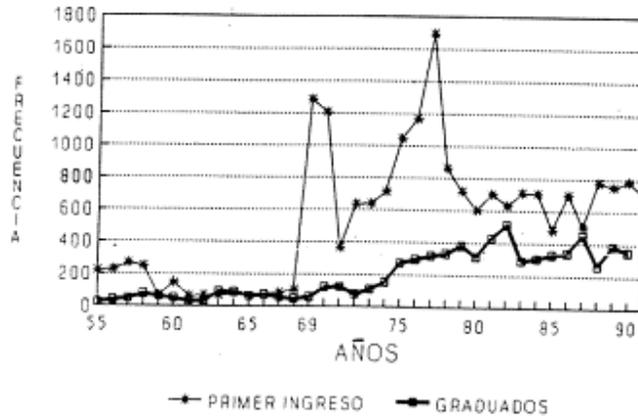
Pero no será sino hasta la década de los cincuenta, en que la salud y enfermedad como un hecho social y demográfico adquiere un nuevo enfoque. La gráfica 6 que a abajo se presenta, señala la evolución de ingresos y egresos estudiantiles de la escuela de medicina de la Universidad de San Carlos de 1950 a 1999. Obsérvese como de ser una facultad con pocos ingresos, elitista y selectiva antes de 1965 pasa a ser una facultad con alta demanda de estudiantes, llegando entre 1975 y 1985 a ser una de las facultades con mayor demanda.

¿Qué motivo a la universidad a abrir sus puertas sin restricciones a la juventud? Sin duda ese movimiento y cambio, fue en buena parte, producto de la apertura de la universidad a la reforma universitaria que venía gestándose en América latina y que se enfocaba a la atención de las necesidades y en defensa de los grupos sociales más deprimidos. La hipótesis central de la reforma universitaria, descansaba en el supuesto de que las intervenciones razonables sobre la enfermedad y las discapacidades de la población, dependía para su éxito, del contenido y las estrategias clínicas y salubristas cuya primera finalidad era medir necesidades y establecer riesgos lo cual a su vez debía ser acompañado de recursos y habilidades y de procedimientos prácticos de intervención. Las escuelas formadoras, se aseguraba desde entonces, deberían alinear sus pensum y contenidos curriculares así como formativos, hacia esos aspectos

¿Qué falló? La universidad principio a formar grupos profesionales grandes, en correspondencia a una medicina mas integrada aunque aun con énfasis curativo, de tal manera que los conceptos y los métodos se reforzaron, lo que falló fue la acción práctica estatal que no pudo avanzar en sus políticas y planes, a la par de la reforma universitaria.

Figura 6

Número de estudiantes de primer ingreso y graduados en medicina en la Universidad de San Carlos de Guatemala. Años 1950-1991²⁰



Fuente: "La caracterización de la situación ocupacional del médico en Guatemala" CICS Vol. 4, No.1, Noviembre 1993.

Observamos que el número de estudiantes admitidos en el período 1950-1969 en la Universidad de San Carlos de Guatemala pasó de 166 estudiantes nuevos por año, a más de mil por el año 1969 debido además de la reforma universitaria a tres factores: 1. La desaparición de la escuela de estudios generales. 2. Presiones estudiantiles y 3. Reestructura de la carrera de Medicina en la Universidad de San Carlos.

Debido al aumento en el número de ingresos, el número de graduados también aumentó; De 26 graduados en el período de 1921 a 1968 a 287 en el período de 1969 a 1991. El índice de repitencia aumentó de 55% en 1989 a 62% en 1990. La razón de médicos alcanzó los 8 médicos por 10,000 habitantes, sin embargo no se evidenció un cambio en los indicadores de salud.²¹

La carencia de un instrumental idóneo estatal, provocó un aumento de población médica y de otras profesiones sanitarias, lo que propició y aun propicia una situación ocupacional de pluriempleo de un 43.14 % entre los médicos, un 29.8 % de subempleo y 4.1 % de desempleo. El ejercicio profesional actual se concentra como ya se ha dicho en las grandes urbes y el mayor número de especialistas 79.5 % de ellos, se queda en la ciudad capital.²² El número de estudiantes graduados en las universidades privadas y estatal se aprecia en la figura 7.

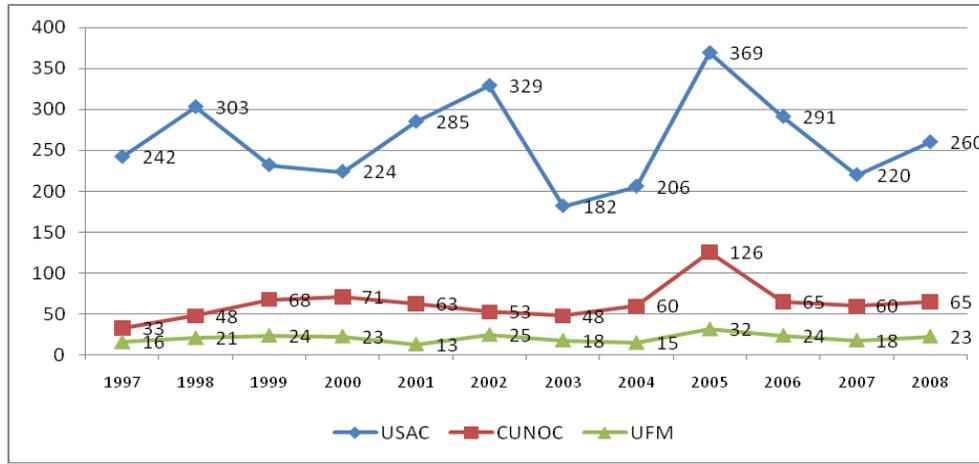
²⁰ Barrios Luis Carlos "Producción del personal médico en Guatemala" CICS 1990

²¹ Velásquez Magda y Castillo M. Antonieta. Datos sobre crecimiento de la población estudiantil, rendimiento académico y ubicación de trabajo para el Médico, CICS Vo.2 No.1 (1991).

²² Barrios Luis Carlos, de Mata Fredy, Intereses y expectativas del futuro médico. CICS Vo.2 No.1 Agosto 1991.

Figura 7

Número de estudiantes de medicina graduados en la universidad estatal y privadas en los años de 1997 -2009



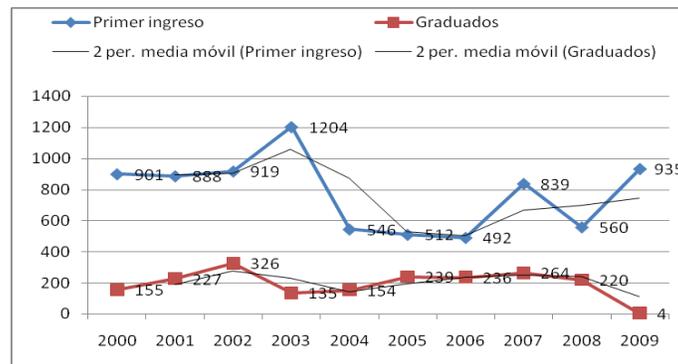
Universidad	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL
USAC	155	227	326	135	154	239	236	264	220	4	1960
CUNOC	71	63	53	48	60	126	65	ND	ND	ND	486
UFM	23	13	25	18	15	32	24	ND	ND	ND	150
UMG	0	0	0	0	0	0	7	6	5	3	21
URL	ND										

Fuente: Decanatura Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC), Centro Universitario de Occidente (CUNOC), Universidad Francisco Marroquín (UFM), Universidad Mariano Gálvez (UMG), Universidad Rafael Landívar (URL), junio 2009.

En los últimos diez años 1990 a 2010 por universidad disminuye el número de estudiantes más no su totalidad. con la implementación de los exámenes de admisión a partir del año 2000, la universidad estatal ha planteado una disminución del ingreso de estudiantes, eso afecta especialmente a los estudiantes de áreas urbanas y rurales fuera de las áreas metropolitanas que tienen dificultades para ganar el examen lo que se relaciona con las deficiencias formativas del nivel medio en todo el país, donde son pocos los establecimientos públicos y privados que pasan las pruebas de lectura y matemáticas, indispensables para acceder a la universidad. (<http://www.lahora.com.gt/notas.php?key=42307&fch=2009-01-08>)

Figura 8

**Tendencia de la oferta educativa Universidad San Carlos de Guatemala
(Primer ingreso, y graduados últimos 10 años)**



Fuente: Registro académico Universidad, San Carlos de Guatemala, Junio 2009.

No obstante lo anterior, la tendencia de graduación previa al 2000, se ha mantenido en la universidad de San Carlos (USAC), en el Centro Universitario de Occidente (CUNOC) y la Universidad Francisco Marroquín (UFM). Actualmente se incorporan los graduados de la Universidad Mariano Gálvez (UMG), los de la universidad mesoamericana y en el 2011, se incorporarán los estudiantes de la primera promoción de la Universidad Rafael Landívar.

En estudios realizados en otros países, se ha documentado como estos modelos establecen una brecha entre el mercado laboral y las competencias de formación²³ y la oportunidad de acceso aun mercado laboral.²⁴

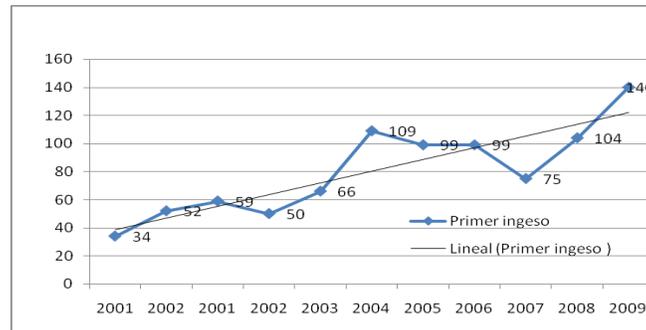
Como un ejemplo de lo que sucede con una universidad privada podemos ver la facultad de medicina de la Universidad Mariano Gálvez. A partir del año 1999 la Universidad Mariano Gálvez apertura la carrera de medicina, observándose desde entonces una tendencia al aumento de numero de estudiantes que ingresan a la facultad.

²³ Julio Frenk. La atención médica la enseñanza de la medicina y el mercado de trabajo para los médicos; El internado en México. Educación Medica en Salud Vol. 18 No. 14. 1984

²⁴ Frenk-Mora, Julio. La oferta de médicos en México exceso y escasez. Salud Pública Mex. 1999; 34: 540.

Figura 9

**Tendencia de la oferta educativa Universidad Mariano Gálvez
(Primer ingreso, Últimos 10 años)**



Fuente: Registro académico, Universidad Mariano Gálvez, Junio 2009

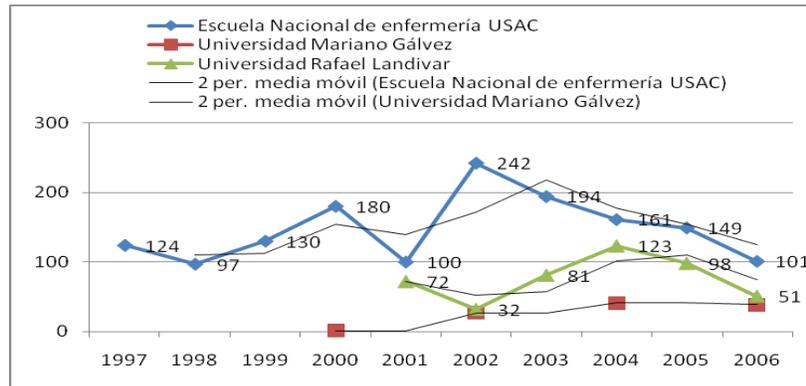
Similar situación se puede observar en la Universidad Francisco Marroquín, aunque en este caso los niveles de selección inicial, les permite tener menos deserción y un programa más estable de graduados.

El problema central de capacitación de estudiantes de medicina, al igual que el de otros profesionales de la salud, se relaciona con la carencia de centros de entrenamiento que llenen los requisitos de establecimientos escuela. Las deficiencias normativas, tecnológicas y la carencia de profesionales docentes adecuados, limita la posibilidad de tutorías eficientes y diferenciadas y por ende la adquisición de competencias por los estudiantes. De tal manera que al apuesta a la calidad y la diversidad resulta aun lejos de lograrse y continúan los modelos de formación deficientes.

En el caso de la enfermería, sucede un tanto similar que con la medicina, un auge de apertura de escuelas formadoras que de ser antes del siglo XXI una atribución casi exclusiva del Ministerio de Salud Pública ha pasado a ser un compromiso compartido con las Universidades, con nuevas orientaciones aunque aun sin llegar a especialidades; con nuevas demandas en la formación que incrementarán en los próximos años mas allá de la dicotomía de enfermera clínica y salubrista, que en la actualidad existe ya.

Figura 10

Graduados en enfermería profesional o nivel técnico universitario año 1997-2006



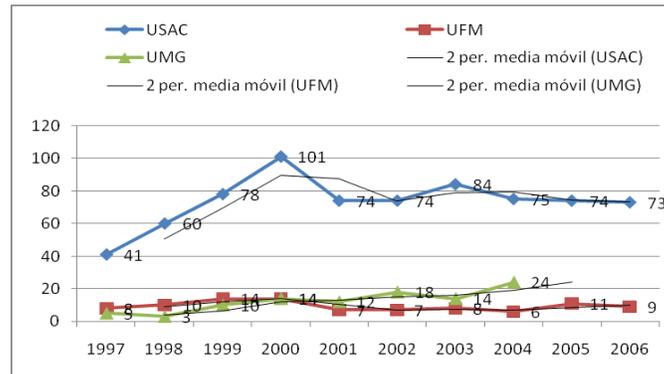
Fuente: Recursos Humanos en Salud en Guatemala Disponibilidad y formación, A de Fernández.

El número de estudiantes de la profesionalización del personal de enfermería muestra una tendencia ascendente aumento con un pico máximo en el 2002. En el 2000 y 2001 se apertura nuevas opciones educativa en las universidades privadas (Universidad Mariano Gálvez, Universidad Rafael Landívar) En este periodo se graduaron un total de 2,000 enfermeras profesionales, de las cuales mayor porcentaje corresponde a la Escuela Nacional de Enfermería de la USAC.

La carrera de odontología también ha sufrido sus transformaciones, de ser una carrera casi exclusiva de la universidad estatal ha pasado a ser parte de las facultades de las universidades privadas que la ha aperturado en los últimos años. En el periodo estudiado que se detalla en la gráfica 11 se graduaron un total de 928 odontólogos. El promedio de odontólogos graduados es de 93 odontólogos por año con un pico máximo en el año 2,000. La tendencia es estacionaria, y su distribución geográfica no ha cambiado. En el caso de la Universidad de San Carlos el tiempo de cierre de pensum y la graduación se ve prolongado debido a la escasez de lugares de práctica y de lugares de entrenamiento por lo que el promedio de años de estudio se ha prolongado a ocho, lo que constituye un desafío muy grande para esta escuela formadora.

Figura 11

Graduados en odontología por Universidad Guatemala 1997-2006



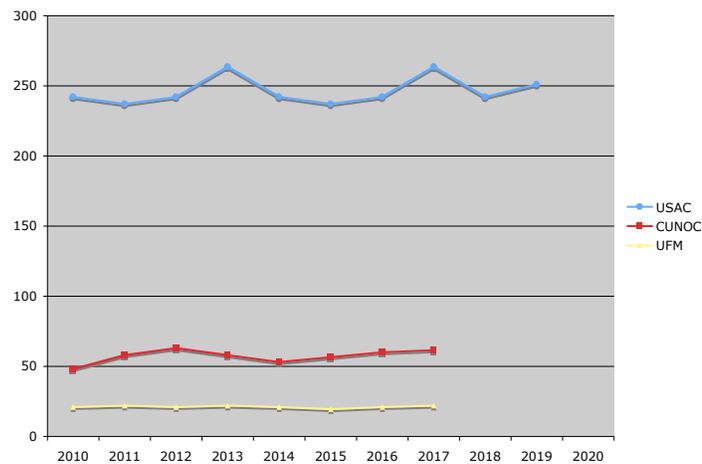
Fuente: Recursos Humanos en Salud en Guatemala Disponibilidad y formación, A de Fernández. Observatorio Recursos Humanos 2007.

2.4. Proyección de formación en recursos humanos en salud.

La tendencia proyectada en la Universidad de San Carlos es fluctuante con tendencia creciente, pero algunas pequeñas caídas. Tomando en cuenta que la universidad estatal contribuye con el mayor número de graduados, una política de admisión y calidad educativa adecuado aunado a una descentralización de las escuelas de medicina, permitiría un crecimiento sostenido y ascendente en los próximos años.

Figura 12

Proyección de graduaciones en medicina para los años de 2010 -2020



Fuente: Proyección de estudiantes utilizando método de medias móviles, realizada para este estudio con datos de registro de USAC, CUNOC y UFM

La tendencia de la Universidad Francisco Marroquín probablemente se mantendrá estacionaria. La oferta educativa de las carreras de medicina a nivel privado en conjunto, podrían aumentarse al beneficiarse de un aumento en la oferta educativa.

No existen datos suficientes para realizar una proyección de graduados de la Universidad Rafael Landívar y la Universidad Mariano Gálvez o de la Universidad mesoamericana. Se estima un promedio de 45 graduados por año en la Universidad Rafael Landívar, un promedio de 50 graduados en la Universidad Mariano Gálvez y unos 30 en la mesoamericana para un total de 925 graduado para el año 2020.

De continuar la operatividad de las políticas de salud como hasta la fecha han venido evolucionando, Guatemala no podrá absorber esas fuerzas de recursos sanitarios que se verá expuesta a condiciones laborales insuficientes y malas.

2.5. Red de Servicios del Ministerio de Salud Pública como fuente de preparación de recurso humano

La red de servicios estatales, semi-privados, seguro social, constituyen una fuente de capacitación y de perfeccionamiento de habilidades y competencias de los recursos humanos sanitarios de un país. En este sentido, los avances que puedan tener un Ministerio de Salud y el seguro social resultan trascendentales para la formación humana.

Al igual que en las universidades, en el MSPAS y en el instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) viene gestándose una reforma con reformulación de metodologías de servicios, administrativas y de gestión.

Tenemos en primer lugar un crecimiento de establecimientos que resulta insuficiente para las necesidades de la población.

Tabla 15

Establecimientos del Ministerio de Salud Pública 1975 a 2009.

Establecimiento	1975	1985	1990	1994	2000	2005	2009*
Puesto de Salud	435	780	803	857	861	926	983
Centro de Salud	89	216	220	254	256	281	295
Maternidades	0	0	0	0	22	16	16
Clínicas periféricas	0	0	0	0	15	3	15
Hospitales	38	35	35	36	43	43	43
Número de camas	Nd	8329	7466	6582	nd	6030	12,725

Fuente: W. Flores, así ¿funcionamos? PNUD

El conjunto de Estudios del PNUD, evidencia que, el crecimiento en infraestructura del MSPAS en los últimos 10 años, ha sido mucho menor en comparación con al crecimiento de clínicas privadas de atención privada y lucrativa. Los indicadores de número de camas y número de Centros y Puestos de salud han tenido pocos cambios, Mientras el crecimiento de clínicas privadas ha aumentado.

Tabla 16

Registro Anual de clínicas privadas a 2006

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
31	55	61	348	439	491	210	291	309	304	75

Fuente: W. Flores, así ¿funcionamos? PNUD 2008

A lo anterior habría que añadir la calidad de los servicios, de los cuales puede decirse que resultan defectuosos e insuficientes.

2.6. Modelo de Prestación de servicios de salud y recurso humano

En el país se pueden identificar varias formas de prestación de servicios, que se caracterizan por su cobertura de población, por la finalidad de atención y por el tipo de financiamiento. El sistema de salud en Guatemala está formado de una manera no coordinada y profundamente fragmentada, en donde coexisten programas de financiación estatal, mixta y privada, seguros públicos y privados y centros lucrativos y no lucrativos.²⁵ Podemos hablar de un financiamiento mixto de los servicios de salud, dado que se cuenta con varios tipos de prestadores de servicios, financiados de formas diversas.

La prestación de servicios gratuitos se hace a través del MSPAS, con financiamiento público proveniente de los impuestos; existe infraestructura propia y personal contratado por el MSPAS, así como varios prestadores privados de servicios que también contratados por el MSPAS con financiamiento también público. La prestación de servicios por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS, que cuenta con un servicio de atención médica que cubre a los trabajadores afiliados a través de una cuota mensual basada en el ingreso de cada persona y un porcentaje de financiamiento público.

Y un tercer grupo de profesionales y centros de atención, que prestan servicios de diversos tipos en el grupo lucrativo, financiados por pago directo de servicios del bolsillo del usuario, y por sistemas de aseguramiento privado, con cuotas distintas según precio de mercado. Para fines de este estudio nos centramos en el rubro no lucrativo, con financiamiento del Estado a través de impuestos y en el sistema de seguridad social, que son los que cubren la mayor parte de la población.

2.7 Recursos Humanos en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

En los últimos 5 años las plazas en el ministerio de salud han tenido un comportamiento estacionario, el personal de nuevo ingreso se contrata en una modalidad de contratación temporal, renovándose anualmente, con alta flexibilidad y rotación laboral. Esta situación parece revertirse parcialmente en el último año, con un aumento de contrataciones en el MSPAS y una brecha creciente entre demanda y oferta de personal de salud. Situación discutida en el tema brechas de contratación del resultado uno.

²⁵ W. Flores. Así ¿funcionamos? El sistema de salud en Guatemala, ¿hacia donde vamos? PNUD 2008.

Tabla No.17

Conformación del Recurso Humano del MSPAS Año 2000-2009.

	2006	2007	2008	2009
Médicos	1099	1441	NV	2120
Médicos especialistas	*	*	NV	*
Enfermeras auxiliares	3585	4675	NV	7602
Enfermeras graduadas	653	893	NV	1638

Fuente: Departamento de Recursos Humanos Sección de Capacitación MSPAS junio 2009; Memoria de labores Indicadores Básicos de Análisis de Situación de Salud 2005 y 2006. Los datos de la memoria de labores del 2008 están pendientes de publicarse

Observaciones: Se hace notar que no hacen diferenciación entre médicos generales y especialistas así mismo los odontólogos están incluidos en el apartado de médicos

La información proporcionada por Recursos Humanos del MSPAS indica que a partir el 2008 se incrementó la contratación de personal de los municipios priorizados por el actual gobierno, aunque no aumentó la plantilla de base del Ministerio de Salud. Actualmente los servicios de salud se han reclasificado por ejemplo se cuenta con Puestos de Salud Fortalecidos que cuentan con personal médico y paramédico y Centros de atención permanente las 24 hrs que cuentan con Médicos Generales y Especialistas y Enfermeras profesionales y auxiliares.

Tabla No.18

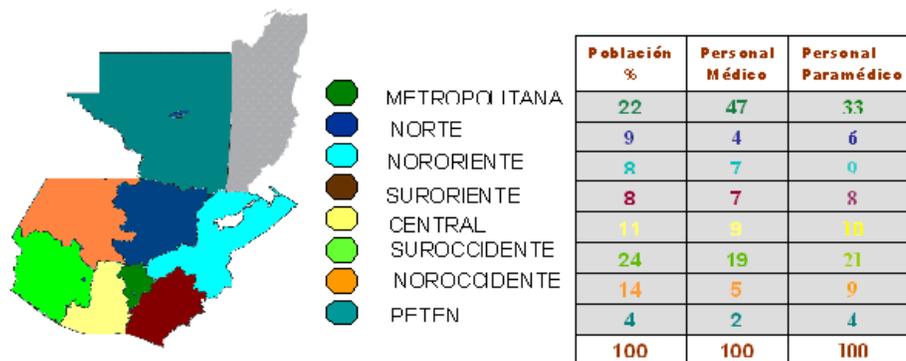
Conformación del Recurso Humano del MSPAS en el primero y segundo nivel de atención 2008.

ESPECIALIDAD	P/S	C/S	CAP	CAIMI	PSS	TOTAL	PORCENTAJE
MÉDICOS	252	447	418	32	92	1241	6.98
MÉDICOS ESP	0	25	7	13	2	47	0.26
ENF. AUX	1101	1481	1215	142	158	4097	23.06
ENF. GRAD	44	291	292	25	123	775	4.36
TSR	124	214	48	5	29	420	2.36
ISA	26	205	37	3	1	272	1.53
ODONTÓLOGOS	3	50	14	5	0	72	0.41
PSICÓLOGOS	0	22	3	2	1	28	0.16
ING. SANITARIOS	0	0	0	2	0	2	0.01
OTROS	66	986	706	57	8998	10813	60.86
TOTAL	1616	3721	2740	286	9404	17767	100.00
PORCENTAJE	9.10	20.94	15.42	1.61	52.93	100.00	

Fuente: Inventario RRHH, Dirección General del SIAS, mayo del 2009

En el 2009 el Ministerio de Salud de Guatemala cuenta con 20,488 trabajadores y una red de establecimientos que incluye 43 hospitales, 295 Centros de salud, 983 puestos. El sector privado cuenta con más de 2,000 establecimientos.

Figura 13. Distribución Geográfica del RRHH en salud en el MSPAS AÑO 2007



Fuente: Caracterización del Personal del Ministerio de Salud Pública Dirección General de Recursos Humanos 2007²⁶

2.8. Número de empleados por tipo de contratación en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social cuenta con 139 unidades médicas, ubicadas en los 22 departamentos del país con distinta capacidad de resolución y coberturas, 50% de estas unidades se encuentran en 6 departamentos; se distribuyen en las siguientes categorías: 24 hospitales, 4 de ellos especializados 2 centros especializados, 3 clínicas con atención de especialidades, 33 consultorios, 15 puestos de salud y 63 unidades de atención integral. El 74% de la población afiliada se encuentra en 3 departamentos del país: Guatemala (61%) Escuintla y Suchitepéquez.

²⁶ Caracterización del personal del Ministerio de Salud y Acciones de la Dirección General de recursos humanos. Año 2007

Tabla 19

Numero de empleados en el IGSS por categoría profesional

	2005	2006	2007	2008	2009
Médicos**	1449	1480	1481	1465	1360
Enfermeras	4368	4401	4412	4267	4872

Fuente: Departamento de Recursos Humanos, Sección de Nómina I.G.S.S. junio 2009.

La tendencia de contratación de personal en el IGSS se ha mantenido sin cambio en los últimos 5 años según información proporcionada por la dirección de recursos humanos el IGSS.

2.9. Personal presupuestado en el Centro Médico Militar

El Centro Médico Militar es una institución hospitalaria, dependiente del Ejército de Guatemala, en tiempos de paz no representa porcentualmente una carga importante en el plano laboral, sin embargo llama la atención las prestaciones laborales que ofrece las cuales incluyen: Aguinaldo, bono 14, Bono Vacacional, Bono Hospitalario, Derecho a centro médico esposa, hijos menores de 18 años y padres. 20 días hábiles de vacaciones. Dentro de las asignaciones salariales está incluido un Bono 66-2000, Bono de Riesgo y prima de responsabilidad.

Tabla No. 20

**Personal Presupuestado y por contrato, Centro Médico Militar, Ejército de Guatemala,
Junio 2009**

Categoría profesional	Personal presupuestado	Personal por contrato
Médicos y Cirujanos	33	40
Especialistas	70	07
Enfermeras profesionales	39	04
Auxiliares de Enfermería	109	36
Odontólogos	09	0
Farmacéuticos	1	1
Nutricionistas	3	1
Personal Técnico (Rayos X, Laboratorio, Banco de Sangre, Hemodiálisis, Patología).	61	04
TOTAL	325	94

Fuente: Departamento de Información y Divulgación del Ejército de Guatemala, junio 2009

El personal por contrato tiene un salario menor al personal presupuestado, sin embargo cuenta dentro de las prestaciones asignadas con: aguinaldo, bono 14, Bono hospitalario y derecho a Centro Médico Militar, Padres, esposa e hijos menores de 18 años. Dentro de las prestaciones se incluye un Bono 66-2000.

2.10. Práctica privada o profesión liberal

El ejercicio privado de la medicina por parte del profesional médico ha aumentado bastante más que los anteriores. Sin embargo como pudimos ver en el cuadro anterior más del 50% de las clínicas de medicina general y 70% de las clínicas especializadas se encuentran registradas en el departamento de Guatemala.

Tabla 21

Registro de clínicas privadas por departamento al año 2009

No.	Departamento	Clínicas generales	Clínicas especializadas	Total
1	Alta Verapaz	20	4	24
2	Baja Verapaz	16	8	24
3	Chimaltenango	33	7	40
4	Chiquimula	14	13	27
5	El Progreso	5	3	8
6	Escuintla	28	26	54
7	Guatemala	496	903	1399
8	Huehuetenango	19	23	42
9	Izabal	10	34	44
10	Jalapa	15	5	20
11	Jutiapa	37	15	52
12	Petén	19	20	39
13	Quetzaltenango	96	90	186
14	Quiché	18	8	26
15	Retalhuleu	45	22	67
16	Sacatepéquez	36	32	68
17	San Marcos	31	22	53
18	Santa Rosa	17	6	23
19	Sololá	9	10	19
20	Suchitepéquez	25	13	38
21	Totonicapán	4	1	5
22	Zacapa	8	21	29
Total		1001	1286	2287

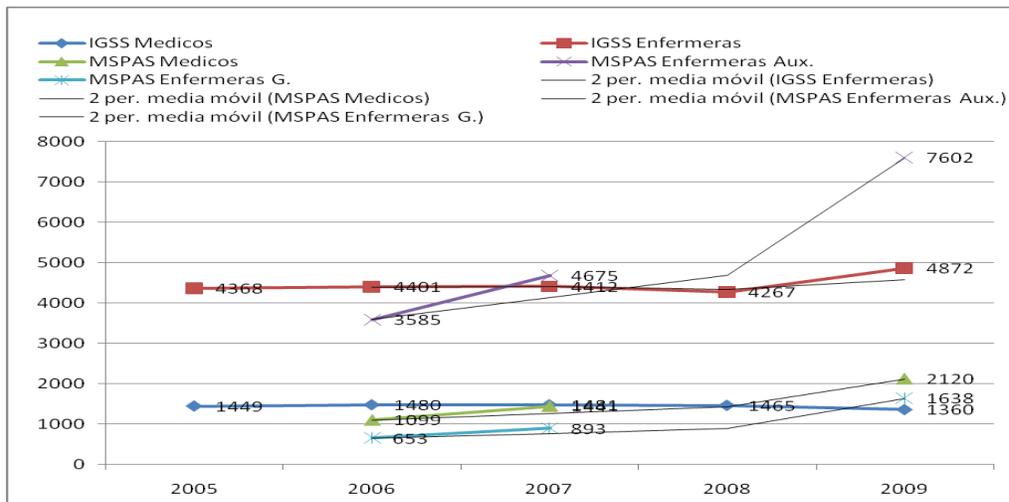
Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, información de servicios Establecimientos de salud vigentes, www.mspas.gob.gt

Tendencias de contratación de recursos humanos.

En el último año, ha existido una política de aumentar el número de contrataciones por parte del ministerio de salud que se centra principalmente en médicos y enfermeras.

Figura 14

Tendencias laborales para Médicos y Enfermeras que Laboran ene. IGSS y Ministerio de Salud. años 2005-2009



Fuente: tendencia elaborada en base a datos el MSPAS y del IGSS años 2005-2009

La gráfica muestra una tendencia creciente en la contratación de personal de enfermería profesional y auxiliar de enfermería. La contratación de médicos muestra igualmente un pequeño pico en el ministerio de salud en el año 2009.

De acuerdo a entrevistas con los empleadores, no se observa una tendencia de aumento de la oferta laboral. No hay un crecimiento en cuanto a expectativas laborales y las contrataciones en puestos claves (directores de hospitales, jefes de área) son de acuerdo a puestos de confianza de tinte político y no a capacidades demostradas a nivel técnico. No existen oposiciones para las plazas ni posibilidades de crecimiento en el sistema, en la mayoría de los casos. Actualmente se encuentra en discusión la reforma a la ley de contrataciones del estado para permitir el inicio de la carrera administrativa sanitaria dentro del ministerio de salud. (Prensa libre 12/2/2009)

2.12 Principales problemas, retos, obstáculos y necesidades en recursos humanos en salud en el País

Los problemas que enfrenta el profesional o técnico sanitario, son de diversa índole pero especialmente sindicales, Laborales, económicos, de Prestaciones, técnicos y de equipamiento.²⁷ Estos han creado un clima de tensión que ha llevado a la producción de huelgas y paros médicos, los cuales han mejorado parcialmente algunas condiciones laborales que no necesariamente son las que se necesitaban. Entre los principales obstáculos, podemos mencionar:

- La flexibilidad laboral ha disminuido la posibilidad de crecimiento personal en el sistema con pocas oportunidades para optar a becas de formación.
- La propuesta del colegio médico del estatuto médico tiene más de 5 años y no se ha logrado aprobar, las luchas recientes en el ministerio han sido más por aumentos salariales que por políticas de recursos humanos.
- El colegio de médicos, aprobó un aumento en las cuotas de colegiación, que permitiría mejoras en cuanto a salud y jubilación en los médicos guatemaltecos afiliados.
- Existe la propuesta del Ministerio de salud de una carrera sanitaria la cual se encuentra en formulación y discusión.
- Existen algunas propuestas de desarrollo de recursos impulsadas a través del colegio de médicos y que aun no han sido aprobadas por el organismo legislativo.
- A nivel estatal (Ministerio de Salud Pública) no hay un crecimiento en cuanto a expectativas laborales y las contrataciones en puestos claves (directores de hospitales, jefes de área) son manejadas como puestos de confianza de tinte político y no con base en capacidades demostradas a nivel técnico, lo que conduce a enorme estabilidad. No existen oposiciones para las plazas ni posibilidades de crecimiento en el sistema, en la mayoría de los casos.

²⁷ Scavino Julio. Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Américas. Washington D.C. OPS. 2004.

- En cuanto a cambios en las escuelas formadoras, se sigue propiciando una práctica basada en la infraestructura hospitalaria orientando la medicina hacia lo clínico-individual y centrándola en el recurso técnico-instrumental.

2.13 Políticas de recursos humanos en Guatemala.

No existe una política definida en cuanto al tema de recursos humanos en salud en Guatemala, por el contrario, se ha visto que, la evolución de la contratación, producción y definición de criterios de formación de recursos humanos en salud, no se ha dado de una forma coordinada.

El Ministerio de Salud ha hecho, en las diferentes épocas de gobierno, planteamientos en temas de salud y de desarrollo de recursos humanos, sin embargo, es importante retomar estos esfuerzos debido a los cambios gubernamentales en las esferas políticas del país a fin de evitar las tendencias tradicionales de contratación de servicios, que tienen una definición política que se basa en la óptica del gobierno de turno y que, pocas veces, se mantiene en el tiempo.

2.14 Espacios para el desarrollo de recursos humanos en salud

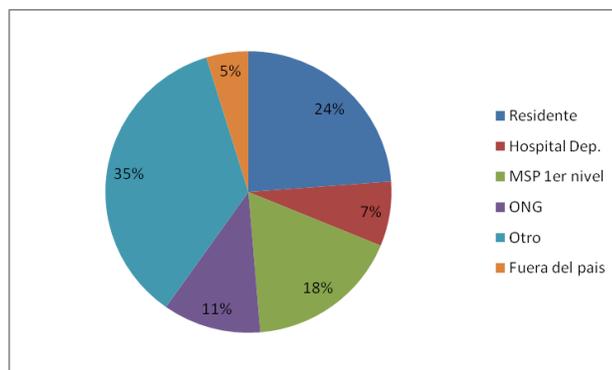
Existen algunas iniciativas que deben ser debidamente aprovechadas:

- A través del observatorio de la Escuela latinoamericana de Medicina se estará dando seguimiento a la incorporación de las promociones egresadas del ELAM al país (Guatemala).
- SEGEPLAN: Entidad que centraliza oportunidades de becas, se propone la búsqueda de financiamiento de personal en las áreas de formación y especialización en las áreas que el país necesita.
- Colegio de Médicos: Ya es una realidad el reglamento de prestaciones, hace falta la aprobación de la propuesta del estatuto médico actualmente en el congreso.
- Tanto el Colegio de médicos como el IGSS y otros prestadores, deben coordinar esfuerzos para mejorar la prestación de servicios y la formación de recursos de acuerdo a esta visualización.
- Debe promoverse la contratación en base a capacidad y la evaluación del desempeño del personal para la creación de una carrera administrativa.
- En el área de formación de recursos, esta se ha ido generando de acuerdo a la demanda de los estudiantes e intereses de las universidades y no a la demanda de profesionales del país, se ha sectorizado y no hay esfuerzos por unificar criterios de ingreso y egreso de profesionales.
- Durante los últimos años, ante la proliferación de escuelas formadoras, se ha confiado más bien en el flujo de mercado que en colocar estándares necesarios para cubrir las necesidades de salud de la población.

- La propuesta a favor de las necesidades de la población dada por la Escuela latinoamericana de medicina, en Cuba, pretende formar médicos dispuestos a ir al área rural para cubrir el déficit de personal, en la práctica el 24% de los estudiantes de la primera promoción optaron a una residencia (especialidad), el 18% a trabajar en un Centro o Puesto de Salud, el 11% en una ONG y el 7% en un hospital departamental.

Figura 15

Ubicación de graduados de la ELAM: Primera graduación 2005



Fuente: Observatorio Escuela Latinoamericana de Medicina año 2009

Tabla 22

Estudiantes Graduados de la Escuela Latinoamericana de Cuba Años 2005-2009

	Primera Graduación	%	Segunda Graduación		Tercera Graduación	Cuarta Graduación	Quinta Graduación
Residente	45	24%	19	17%			
Hospital Dep.	14	7%	17	15%			
MSP 1er nivel	33	17%	29	25%			
ONG	21	11%	22	19%			
Otro	67	35%	27	24%	97	58	62
Fuera del país	9	5%		0%			
	189	100%	114	100%	97	58	62

Fuente: Observatorio Escuela Latinoamericana de Medicina año 2009

En las siguientes promociones esta tendencia podría cambiar, para cumplirse los objetivos formativos del programa. La incorporación de estudiantes al programa de residencia (especialidades) disminuyó de un 24% en la primera graduación a un 17% en la segunda

graduación, al mismo tiempo se observa una tendencia a una mayor incorporación de los estudiantes de la segunda graduación al primer nivel del ministerio de salud (Puestos y Centros de Salud) de un 17% a un 25%, y la incorporación a ONG sube de un 11% a un 19% a ONG. Es importante hacer notar que en un 20% de los casos no es posible determinar el lugar de incorporación de los estudiantes.

Los estudiantes de la quinta graduación se encuentran en su internado y los estudiantes de la tercera y cuarta graduación se encuentra en su ejercicio profesional supervisado.

SEGEPLAN, no tiene una política de formación de recursos humanos en salud, como órgano de planificación, han tenido la coordinación de las becas que se ofrecen en el extranjero.

A pesar de que existen escuelas formadoras adscritas al IGSS, a nivel técnico no universitario tampoco se puede hablar de una política de formación de recursos.

En el tema de las políticas de contratación de recursos, la tendencia hacia la contratación de servicios, en lugar de contratación de personal se ha mantenido en los últimos 10 años con pocos cambios.

RESULTADO 3:

PROPUESTA DE METAS Y ESTRATEGIAS NACIONALES DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD 2009-2015

3.1. Metodología

Para el logro de este resultado se efectuó una reunión de consulta con actores relevantes en el campo de los recursos humanos del sector asistencial y del sector académico, con los objetivos específicos siguientes:

1. Validar el análisis y conclusiones de los resultados 1 y 2.
2. Revisar la situación del país en función de los Cinco Desafíos Críticos para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud.²⁸
3. Obtener opinión sobre la viabilidad en el país de las Metas Regionales propuestas por OPS en el marco del Llamado a la Acción de Toronto.²⁹
4. Efectuar un análisis FODA (fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas) para el desarrollo de los recursos humanos en salud en el país,
5. Identificar acciones y estrategias para fortalecer los recursos humanos en salud en los próximos seis años.

3.2 Validación de la información presentada en los resultados 1 y 2

La información presentada fue respaldada por los participantes en el taller y se refrendó la preocupación por las dificultades encontradas para contar con información oportuna, confiable y congruente entre diferentes bases de datos, dado la enorme importancia de la misma para la adecuada planificación, regulación y gestión de los recursos humanos en salud.

3.2 Revisión de la situación del país en relación a los Cinco Desafíos Críticos para el Desarrollo de los Recursos Humanos y posibilidades de alcanzar las Metas Regionales.

²⁸ Organización Panamericana de la Salud. Consulta Regional Recursos Humanos en Salud: Desafíos Críticos. Toronto Canadá 4 al 7 de octubre del 2005.

²⁹ Llamado a la acción de Toronto: Hacia una década de recursos humanos en salud para las Américas 2006-2015. Reunión Regional de los observatorios en recursos humanos en salud. Canadá, 4-7 de octubre del 2005

3.3.1 Desafío 1: Definir políticas y planes a largo plazo para adaptar la fuerza laboral en salud a los cambios previstos en el sistema de salud:

No existe una política nacional a pesar del constante señalamiento en diferentes foros de su importancia y algunos modestos intentos de planteamiento. Claras dificultades son sin duda la ausencia de un sistema de salud integrado y de continuidad de las políticas nacionales de atención de salud en los distintos períodos gubernamentales y aún dentro de un mismo período.

Ambos vacíos no permiten precisar las necesidades en calidad y cantidad de los recursos humanos en salud que el país requiere y por lo tanto no favorecen la orientación a las instituciones formadoras para responder a las mismas.

Un avance que podría darse en un futuro es la revisión de la Ley de Servicio Civil que proporciona la plataforma legal para sustentar una política, dado que han existido iniciativas.

A finales del 2006, la Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Salud y Sector Académico elaboró el Plan Decenal para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Guatemala 2006-2015.³⁰ El Plan fue recibido con agrado por las autoridades ministeriales y sugerido para incorporarlo al Plan Visión País que los partidos políticos en contienda formulaban para la próxima elección presidencial. El Gobierno que inició en 2008 no lo ha considerado al momento y no es conocido por las autoridades responsables. Este plan incluyó el desarrollo del Observatorio Nacional de Recursos Humanos lanzado en 1999 por la misma Comisión Interinstitucional como base para la formulación de una política nacional y el desarrollo paralelo de cambios técnicos, laborales, presupuestarios y educacionales que facilitarían la ejecución de la política.

Posibilidad de alcanzar las Metas Regionales para 2015 en el Desafío 1:

Meta 1.1 Guatemala logra una razón de densidad de recursos humanos de 25 profesionales por 10,000 habitantes:

Considerando la formación de recursos humanos médicos y enfermeras proyectada para los próximos seis años y la inexistencia de parteras profesionales en el país, así como el crecimiento de la población en el período, es claro que la meta no se alcanzará.

Podría avanzarse levemente en este aspecto si se incrementan los profesionales cuya formación sea menor a los cinco años y medio que restan para alcanzar el 2015 e intentar disminuir la deserción, que se visualiza difícil sin una mejoría de la educación secundaria y sin el incremento

³⁰ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y Sector Salud, Subcomisión de Desarrollo de la Fuerza de Trabajo en Salud. Plan Decenal de Desarrollo de Recursos Humanos en salud. Guatemala 2006-2015, Octubre 2006

de atractivos laborales que favorezcan el interés en esas carreras. Otro aspecto a considerar es que la emigración no se incremente.

Meta 1.2. La proporción de médicos de atención primaria excederá el 40% de la fuerza laboral médica.

No existe política, ni intenciones aparentes de introducir la atención primaria como modelo de atención de salud en el país. Mediante extensión de cobertura en el primer nivel de atención se han introducido elementos de APS, pero dista mucho de ser una estrategia generalizada. Las universidades han fortalecido el componente en las pens de estudios, incrementando el enfoque preventivo y la experiencia de trabajo comunitario. Adicionalmente no hay fuentes de empleo, ni están definidas condiciones de trabajo que orienten la formación de nuevos recursos hacia la APS.

Meta 1.3. Se habrán formado equipos de atención primaria en salud con una gama de competencias incluyendo a agentes comunitarios de salud para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad.

Solamente una carrera en enfermería tiene claramente el enfoque de atención primaria (en la Universidad Rafael Landívar). En la estrategia de extensión de cobertura actual se contempla la participación de agentes comunitarios, cuya capacitación recae en una considerable proporción de casos en la responsabilidad de ONG's a quienes se contratan servicios. La participación comunitaria sigue siendo reducida. Se considera de vital importancia que las municipalidades locales se involucren más.

Meta 1.4 La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1

El grupo consultado estimó que dadas las condiciones actuales de predominio del número de médicos, la razón se reducirá, pero no alcanzará la meta planteada.

Meta 1.5 Se ha establecido una dirección de recursos humanos responsable por el desarrollo de las políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores.

Existe desde 1999 en el Ministerio de Salud, una Dirección de Recursos Humanos en un tercer nivel jerárquico, a la par de tres direcciones más. Esa posición la sitúa en un excelente lugar para incidir en las políticas, la planificación estratégica y la negociación con otros sectores, sin embargo se ha debilitado y no se ha aprovechado la posición estratégicamente correcta que actualmente posee dentro de la gestión global.

3.3.2 Desafío 2: Colocar a las personas adecuadas en los lugares adecuados, de manera de lograr una distribución equitativa de acuerdo a las necesidades de salud de la población.

Los datos analizados muestran sin lugar a duda una distribución inadecuada e inequitativa de los escasos recursos disponibles, con clara concentración en el área metropolitana y en menor magnitud en algunas cabeceras departamentales con mayor desarrollo y facilidades de formación (Quetzaltenango, Antigua Guatemala, Escuintla). La situación es apremiante si se considera la relación inversa entre los índices de pobreza y la baja disponibilidad de recursos humanos en salud, especialmente profesionales.

El Plan de desarrollo de recursos humanos propuesto por la Comisión Interinstitucional en 2006 incluye la propuesta de desarrollo de incentivos para trabajar en las zonas rurales con menos recursos en una primera etapa. La baja respuesta a contratación con mejores salarios que recientemente se produjo, es claro indicio de que se requieren otros incentivos más allá de lo económico. El incremento de la formación de recursos humanos a nivel local que favorezca la permanencia en el lugar de origen parece ser una estrategia que debe iniciarse al más corto plazo.

Posibilidad de alcanzar las Metas Regionales para 2015 en el Desafío 2

Meta 2.1: La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en 2015

Dado la magnitud de las brechas existentes no se espera alcanzar la meta. En algunas profesiones como enfermería y medicina se espera avanzar en ese sentido por el incremento de formación en algunos departamentos, sin embargo existen lugares donde la situación es más apremiante y no se visualizan por el momento acciones en esa línea. No deberá perderse de vista que paralelo a la formación de recursos humanos deberán abrirse oportunidades idóneas de trabajo.

Meta 2.2: Por lo menos el 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán competencias de salud pública e intercultural.

No se visualizan acciones que sugieran la posibilidad de alcanzar la meta.

Meta 2.3: 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.

No existen acciones orientadas al desarrollo de competencias de acuerdo a la complejidad de las funciones a desarrollar. Las acciones de capacitación son aisladas y no siempre tienen la orientación precisa para quienes la requieren.

Meta 2.4. El 30% del personal de salud en los entornos de atención primaria se habrán reclutado de sus propias comunidades.

Hay interés por reclutar el personal de salud en sus propias comunidades por el Ministerio de Salud, sin embargo no existe disponibilidad de recursos humanos y aunque los programas de formación de algunas universidades privadas tienen esa orientación los resultados no son inmediatos. Probablemente no se alcance la meta.

3.3.3 Desafío 3: Promover acciones nacionales e internacionales para que los países afectados por la migración, conserven a su personal sanitario y eviten carencias en su dotación.

La migración interna y externa de los trabajadores de salud aunque existe, no constituye por el momento un problema en el país.

El riesgo potencial de emigración de profesionales en enfermería, por las demandas crecientes de personal calificado en países desarrollados que ya afrontan déficit es una realidad. Ya se han recibido solicitudes concretas a las escuelas formadoras del país, que incluyen la oferta de apoyo e incentivos para la adaptación en el extranjero.

Posibilidad de alcanzar las Metas Regionales para 2015 en el Desafío 3.

Meta 3.1 Se habrá adoptado un código de ética global o se habrán desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de salud.

Por no considerarse actualmente como problema para el país, es altamente probable que no se trabaje en ese sentido.

Meta 3.2. Se tendrá una política de autosuficiencia para satisfacer las necesidades de recursos humanos para la salud.

Aunque la posibilidad de alcanzar la meta es impredecible, todo apunta a pensar que no existirá. Actualmente hay participación del gobierno cubano en la formación de médicos que probablemente se mantendrá por algún tiempo.

Meta 3.3. Se habrán desarrollado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales formados en el extranjero a nivel subregional.

Al momento no hay acciones concretas en ese sentido, sin embargo las iniciativas de acreditación de las carreras de formación mediante el Sistema Centroamericano de Evaluación y Acreditación de la Enseñanza Superior – SICEVAES-, conducido por el Consejo Superior Universitario Centroamericano (CSUCA) para la educación estatal, podría significar algunos cambios como preámbulo del reconocimiento de títulos. La formación de médicos de países Centroamericanos en Cuba ha generado problemas en la incorporación, por lo que podría darse eventualmente el establecimiento de criterios más claros y precisos que lo facilite.

3.3.4 Desafío 4: Generar ambientes de trabajo saludables que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población. Existen conflictos laborales debido a las precarias condiciones laborales.

En general los salarios son bajos, las condiciones físicas y administrativas de trabajo no son las ideales y los mínimos estímulos económicos se entregan mediante bonos que no inciden en el pasivo laboral y otras prestaciones.

Los bajos salarios condicionan el pluriempleo, encontrándose que de 45% a 65% del recurso humano tiene más de un empleo y consecuentemente se traduce en poca motivación, baja productividad y mala calidad en la atención en salud.

Empieza a manifestarse la tendencia al trabajo precario, es decir contratos de tiempo definido, sin ningún tipo de prestación y con baja estabilidad.

Se ha incrementado el número de sindicatos (en el Ministerio de Salud existen 18 y en los hospitales públicos pueden existir varios), que mantienen altos niveles de conflicto laboral incluyendo huelgas prolongadas (de meses), habiendo alcanzado en algunos casos acuerdos parciales que no siempre llegan a concretarse.

Posibilidad de alcanzar las Metas Regionales para 2015 en el Desafío 4

Meta 4.1: La proporción de empleo precario, sin protección por los proveedores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad en todos los países.

Se visualiza que esta meta no se alcanzará. En vez de reducirse los niveles de empleo precario hay una clara tendencia a aumentar la contratación temporal sin prestaciones laborales.

Meta 4.2: Se contará con una política de salud y seguridad para los trabajadores de salud, incluyendo programas para reducir las enfermedades laborales y accidentes de trabajo.

No hay iniciativas en esa línea, pero es factible de alcanzar en los años que restan para 2015, lo cual descansa totalmente en decisión política.

Meta 4.3: 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.

Podría avanzarse en ese aspecto si las universidades, escuelas formadoras y unidades de capacitación de las instituciones prestadoras de servicios trabajaran de manera deliberada en ese sentido, pero en todo caso no será factible llegar a la meta propuesta.

Meta 4.4: El país contará con mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar y resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, toda vez que se presenten.

Existe legislación al respecto, sin embargo la participación sindical en Guatemala es compleja, lo que determina la dificultad para alcanzar acuerdos y pactos colectivos. No se visualiza por el momento un avance substancial en ese sentido.

3.3.5 Desafío 5: Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y servicios de salud para producir profesionales sanitarios sensibles y calificados.

Guatemala fue pionero en desarrollar una instancia de diálogo y consenso entre las instituciones prestadoras de servicios e instituciones formadoras de recursos humanos, cuando en 2004 con el apoyo de la representación de OPS/OMS en el país surgió la Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y el Sector Salud, conformada inicialmente por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y tres facultades de medicina y de ciencias de la salud de las Universidades San Carlos de Guatemala, Rafael Landívar y Mariano Gálvez. Posteriormente se agregó el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Por solicitud de la Comisión, se encargó a OPS/OMS la Secretaría Técnica.

El accionar de la Comisión fue sustentado legalmente por un Acuerdo Ministerial que establece la Coordinación de la misma en el Ministro de Salud Pública que puede delegar al Viceministro de donde depende la Dirección de Recursos Humanos y la integran los decanos de las tres Facultades participantes y el Subgerente de Prestaciones en Salud del IGSS.

La Comisión decidió organizarse en tres subcomisiones operativas que pondrían en marcha las decisiones que de ella emanaran: 1. Desarrollo de la Fuerza de Trabajo en Salud, 2. Integración docente-asistencial y 3. Investigación.

La subcomisión de Desarrollo de la Fuerza de Trabajo en Salud, ante la falta de información básica para sustentar acciones lanzó el Observatorio de Recursos Humanos en Salud de Guatemala en el año 2005, el que a la fecha aún no funciona regularmente. Sin embargo, mediante cooperación de la Secretaría Técnica se produjeron tres documentos básicos³¹

Fue también esta Subcomisión quien elaboró el Plan Decenal de Desarrollo de Recursos Humanos que planteó a) los mecanismos ya descritos para mejorar la información, b) un plan de formación del personal en salud prioritario, c) la transferencia a las universidades y escuelas formadoras de la

³¹ Recursos Humanos en el Ministerio de Salud, 2. Recursos Humanos en Salud en Guatemala. Disponibilidad y Formación (OPS/OMS) y 3. Caracterización de la Fuerza de Trabajo de Enfermería (Grupo interinstitucional integrado por MSPAS, IGSS, Asociación Guatemalteca de Enfermeras Profesionales, Escuela Nacional de Enfermería (MSPAS/USAC), Facultad de Enfermería de la Universidad Mariano Gálvez y Departamento de Enfermería de la Universidad Rafael Landívar)

formación del personal de salud en el nivel técnico que se desarrolla en instituciones de servicio (MSPAS e IGSS), d) la homologación de contenidos mínimos para la formación de personal técnico y profesional en salud con base a competencias y e) la aprobación de mecanismos de regulación de la formación técnica y profesional. Como se explicó anteriormente, el Plan no ha sido impulsado por ninguno de los cuatro Directores de Recursos Humanos que han fungido como tales en los 18 meses del actual Gobierno.

Al momento, la Comisión Interinstitucional es coordinada por el Viceministro de Hospitales quien ha delegado en un Coordinador Interinstitucional. La Dirección de Recursos Humanos se ha integrado a la Subcomisión de Desarrollo de Fuerza de Trabajo en Salud.

Viabilidad de Metas Regionales para 2015 en el Desafío 5

Meta 5.1. Las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud comunitaria y habrán incorporado estrategias para la formación profesional.

La mayoría de las escuelas de ciencias de la salud han fortalecido la atención primaria de salud en los planes de estudios, sin embargo el modelo científico-hospitalario sigue predominando en todas las escuelas basado en el recurso técnico. Hay una única carrera en enfermería con enfoque de atención primaria en salud que se imparte en la Universidad Rafael Landívar. Esta es una meta susceptible de ser alcanzada si se hacen oportunamente los cambios necesarios.

Meta 5.2. Las escuelas de salud pública habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones subatendidas, haciendo hincapié en las comunidades o poblaciones indígenas.

La Universidad Rafael Landívar, la Mariano Gálvez y la San Carlos, han iniciado programas académicos en salud pública, enfermería y medicina en poblaciones donde hay deficiencia de recursos humanos en salud y elevada proporción de población indígena, captando y becando estudiantes de aldeas y poblados diferentes a las cabeceras departamentales, como es el caso de la Universidad Rafael Landívar. Esa tendencia se mantendrá y es altamente factible que otras escuelas inicien procesos semejantes al de la Universidad Rafael Landívar, pero si no hay mayor participación estatal central y local, no se hará factible el alcance de la meta.

Meta 5.3. Las tasas de abandono de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20%.

Actualmente los índices de deserción en medicina oscilan entre 20 y 85%, siendo en enfermería un poco menores. Además de las dificultades académicas en alguna medida condicionadas por inadecuada educación media de los estudiantes, es una causa importante de deserción la situación económica de la familia. Es poco previsible un descenso al nivel exigido por la meta, particularmente en las carreras de medicina y dentro de ellas en la universidad estatal.

Meta 5.4. El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida.

Es evidente que existe el interés de las escuelas de ciencias de la salud en buscar la acreditación por entidades reconocidas y el proceso se ha iniciado en algunas de ellas. Al final del período en referencia (2015), se habrá avanzado en ese sentido pero no se alcanzará la meta propuesta.

B.

3.4 Análisis FODA de la situación nacional para el desarrollo de los recursos humanos en salud

Antes de proponer posibles acciones y estrategias para el desarrollo de los recursos humanos en salud en el país en los próximos años, se procedió, haciendo propicia la presencia de personas relacionadas con el tema que se desenvuelven en un alto nivel de las instituciones de servicio y académicas, a la reflexión sobre las fortalezas y oportunidades por un lado, así como de las debilidades y amenazas por el otro:

3.4.1. FORTALEZAS:

1. La Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y Asistencial, es una fortaleza si se rescata el espíritu y objetivos de su creación, como un espacio de diálogo de autoridades del más alto nivel de decisión para buscar los acuerdos y la coordinación necesarios.
2. La posición estratégica de la Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud dentro de la estructura organizacional de la institución, siempre que se respete como unidad relacionada al mismo nivel con las otras dos direcciones y una gerencia: Sistema Integrado de Atención en Salud –SIAS-, Dirección de Control y Regulación, y Gerencia Financiera.
3. Tendencia de las universidades de dotar al país de más recursos en las poblaciones postergadas.
4. Reconocimiento de la importancia de la introducción de la atención primaria en salud en las pensa de estudios de las escuelas formadoras.
5. Diversas experiencias de estudio-trabajo de las universidades que deberán ser analizadas y orientadas para la mejor contribución de los estudiantes a la prestación de servicios y la optimización del aprendizaje en las áreas de práctica.

6. Un programa de formación en enfermería en atención primaria en URL que proporcione lecciones aprendidas para otras carreras.
7. Carreras de medicina y enfermería en departamentos de diferentes regiones del país.
8. Interés de las poblaciones y sus procesos de organización, por participar de manera más activa en las acciones e intervenciones de salud.

3.4.2. DEBILIDADES

1. Baja asignación presupuestaria para el sector salud.
2. Ausencia de un sistema único de salud.
3. Modelo de atención no definido con claridad y sujeto a constantes cambios.
4. Políticas de salud poco estables en cada administración.
5. Falta de política de recursos humanos en salud.
6. Ausencia de sistemas de información adecuada, confiable y oportuna que facilite y sustente la toma de decisiones, el monitoreo de la situación y la evaluación de acciones.
7. Debilidad de la dirección de recursos humanos en las dos principales instituciones nacionales prestadoras de servicios (Ministerio de Salud e IGSS) para el desarrollo integral de los recursos humanos a largo plazo. Sus principales acciones van dirigidas a la administración de personal y la solución de los problemas emergentes.
8. Falta de apoyo político a las propuestas técnicas para el desarrollo de recursos humanos.
9. Ausencia de estimación de necesidades cuantitativas de la fuerza de trabajo en salud y descripción de perfiles cualitativos de cada categoría de personal.

10. Incongruencias entre perfiles de desempeño, características de contratación y funciones realizadas en el Ministerio de Salud.
11. No se usa la descripción de competencias laborales en la contratación, supervisión y evaluación del personal institucional, así como para la formación y capacitación de los recursos humanos.
12. La formación de recursos humanos no siempre se orienta a responder a las necesidades del país y las oportunidades reales de empleo.
13. La formación no se estandariza mediante la homologación de contenidos mínimos en cada categoría de personal.
14. No hay criterios claros y respetados para la asignación de estudiantes de las diferentes carreras y universidades a las áreas de práctica.
15. Saturación de los servicios para la atención en salud y para la enseñanza.
16. La mayoría de los hospitales regionales distan mucho de las condiciones ideales para considerarse hospital-escuela. En los que actualmente se hace práctica docente empiezan a manifestar superpoblación estudiantil en algunas carreras.
17. La Comisión interinstitucional ha sufrido cambios en la representatividad de las autoridades de las instituciones que la conforman y por lo tanto se han debilitado los objetivos de su creación. Al momento no existe en la práctica un diálogo de alto nivel entre las universidades y el Ministerio de Salud para la toma de decisiones trascendentes y coordinación en la implementación y permanencia de las mismas.
18. Deficiencias en la educación secundaria que no favorecen la incorporación de estudiantes a la educación superior.
19. Falta de acuerdos y regulación precisa para la incorporación de profesionales guatemaltecos formados en Cuba.

3.4.3. OPORTUNIDADES

1. La reorientación de la Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y del Sector Salud para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, ajustada a los propósitos de su creación y con el debido respaldo político-institucional.
2. Fortalecimiento de la participación de los Consejos de Educación Superior de la universidad nacional y de las universidades privadas.
3. La descentralización de las universidades estatal y privadas en el territorio nacional.
4. El proceso de unificación de la formación en enfermería apoyado por la cooperación japonesa.
5. Procesos de acreditación académica para mejorar la calidad.
6. Cambios políticos que favorezcan la adopción de políticas y acuerdos.

3.4.4 AMENAZAS

1. La crisis económica actual podría conducir a mantener o agravar los bajos niveles de asignación presupuestaria al sector salud, repercutiendo en la continuidad de las condiciones laborales inadecuadas del personal.
2. Las necesidades de formación de recursos humanos a diferentes niveles por un lado y la ausencia de mecanismos de regulación de la formación por otro, pueden conducir a incrementar la cantidad de recursos sacrificando la calidad académica, situación que tendría un impacto muy negativo en la atención en salud en el país.
3. El incremento de la emigración de personal de salud, condicionado por la demanda y reclutamiento dirigida de algunos países desarrollados y las condiciones precarias de trabajo en el país.

3.5. Acciones y estrategias para el desarrollo de los recursos humanos en salud en Guatemala, 2009-2015

Con los elementos obtenidos en el taller de consulta, se identificaron las siguientes acciones y estrategias para alcanzar un mejor desarrollo de los recursos humanos. **Se sugiere que éstas sean consideradas en el planteamiento de metas nacionales, las cuales solamente podrán ser formuladas y aceptadas por los actores directos, responsables de su cumplimiento.**

3.5.1 Acciones

1. Formulación de una política nacional de desarrollo de los recursos humanos en salud.
2. Establecimiento de la carrera administrativa del personal de salud en el ámbito gubernamental.
3. Fortalecimiento institucional de las instancias responsables del desarrollo de los recursos humanos.
4. Mejoramiento a nivel nacional mediante legislación y acuerdos gubernamentales, de las condiciones laborales del personal de salud, ofreciendo un empleo digno que incremente la satisfacción y motivación personal y minimice el multiempleo.
5. Creación de sistemas de información de recursos humanos en salud del país e institucionales, permanentes y de calidad, que incluyan la perspectiva laboral y de formación y capacitación.
6. Identificación de las brechas de formación y capacitación del personal de salud por regiones, con las características precisas.
7. Desarrollo de planes y programas nacionales con participación interinstitucional y apoyo político para dar respuesta a las necesidades identificadas por regiones.
8. Identificación precisa del perfil laboral de los recursos requeridos por las instituciones empleadoras.
9. Identificación de las competencias laborales como base para el reclutamiento, capacitación, supervisión y evaluación del personal, así como para la formación y capacitación de los recursos que el país requiere.
10. Homologación de los contenidos mínimos de las carreras de salud.
11. Apertura de programas idóneos a nivel local que faciliten la incorporación de estudiantes del lugar, conocedores de la cultura y necesidades propias y la creación paralela de oportunidades laborales.
12. Incorporación de enfoque y contenidos de atención primaria en salud en las carreras técnicas y profesionales.

13. Incremento en la acreditación de carreras técnicas y profesionales.
14. Planteamiento de normas de ética para la negociación de la emigración de personal de salud a otros países.

3.5.2 Estrategias

1. Fortalecimiento del Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud.
2. Impulso al más alto nivel político de una política nacional de recursos humanos en salud.
3. Incremento de la interacción entre el sector académico y el sector asistencial en salud, mediante el fortalecimiento de la Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y Asistencial.
4. Intercambio de experiencias del sector académico sobre las prácticas docentes y la introducción del componente de atención primaria en el currículo de las carreras de salud técnicas y profesionales.
5. Fortalecimiento de las instancias de acreditación de la formación en salud a nivel técnico, incluyendo el debido respeto a institucional a sus resoluciones.

RESULTADO 4:

DEFINICIÓN DE UN PROCESO PERMANENTE DE RECOLECCIÓN/GESTIÓN DE DATOS

4.1 Fundamentos para el desarrollo del proceso de Información

Consideramos que un sistema de información sobre recursos humanos, debe comenzar poniendo de relieve la interrelación que hay entre estos y los factores que causan su desarrollo. Eso no es fácil ni del todo esta conocido. Hoy por hoy se habla de la multicausalidad, pero si uno lee los estudios sobre recursos humanos, observará que la mayoría de investigaciones solo busca una causa y solo se piensa en una sola causa o unas pocas causas como explicación de la condición o situación de los recursos humanos. De tal manera que eso resulta un impedimento para pensar y hablar de una sistema de red de información y comunicación sobre recursos humanos. Es fácil hablar de una red de tal magnitud, pero implementarla y trabajarla, es difícil; ello implica, tiempos, espacios, secuencias y coordinaciones entre instituciones y eso demanda de una gestión de tipo democrática, no fácil de consensuar, implementar y mantener.

La red de información de recursos humanos en salud para Guatemala debe establecerse y mantenerse pensando en que debe proporcionar información que permita consolidar el desarrollo y la evolución de los cinco desafíos mencionados en el capítulo anterior. En otras palabras, esa red de información, debe ser el sustento para:

- **Definir políticas y planes a largo plazo para adaptar la fuerza laboral en salud a los cambios previstos en el sistema de salud**
- **Colocar a las personas adecuadas en los lugares adecuados, de manera de lograr una distribución equitativa de acuerdo a las necesidades de salud de la población.**
- **Promover acciones nacionales e internacionales para que los países afectados por la migración, conserven a su personal sanitario y eviten carencias en su dotación.**
- **Generar ambientes de trabajo saludables que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población. Existen conflictos laborales debido a las precarias condiciones laborales.**

- **Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y servicios de salud para producir profesionales sanitarios sensibles y calificados.**

Por consiguiente, para el cumplimiento de lo anterior, la red que se sugiera, tiene varias necesidades que atender:

- Toma de decisiones
- Vigilancia del movimiento e interacción de los recursos humanos en los procesos epidemiológicos.
- Abogar políticamente
- Formular estrategias planes y programas
- Desarrollar políticas
- Evaluar programas
- Administrar servicios

Y esa red se deberá alimentar de la información especialmente de datos existentes, obtenidos por una gama de organismos e instituciones que cubren todos los campos de la salud y que conforman el sector salud.

Debe también pensarse en una plataforma para la red. El observatorio de Recursos Humanos en varios países se ha formulado y en algunos de ello ya se ha echado andar, como una alternativa de gestión de la red, pero hay varias consideraciones que en Guatemala están imposibilitando esto último: en algunos casos los funcionarios de los niveles más altos de decisión, nacionales, sectoriales, o privados, no están conscientes de la importancia de atender el personal institucional aunque lo divulguen o no perciben la necesidad de los mismos. En otros casos existe la conciencia, pero los funcionarios que tienen a su cargo la toma de decisiones, no reconocen la necesidad de medir los problemas que existen alrededor de los Recursos Humanos e informar sobre el mismo. Sin embargo el observatorio se viene ya desarrollando e intentos por consolidarlo están en marcha y sus miembros además de enfrentar esas debilidades, deberán a su vez consolidarlo para que:

- Proporcione información inmediata sobre las condiciones del Recurso Humano, con el fin de abogar por el cambio de condiciones y situaciones y para asegurar la protección adecuada de ese recurso.
- SE promueva el desarrollo a largo plazo de la vigilancia de los Recursos humanos, incluyendo la cooperación técnica y la capacitación

El corazón de un observatorio de Recursos Humanos, es la información. Aunque la mayoría de instituciones del sector salud como ya lo hemos visto, genera algún tipo de información respecto a disponibilidad y uso de su personal, la información no se analiza en conjunto ni tampoco se complementa sobre descripciones de condiciones y espacios en que se ejerce el trabajo y en

términos generales, el usuario final de los datos, es la institución que los genera. Falta entonces, un mecanismo que analice la interrelación de los componentes que caracterizan cada recurso humano. Eso requiere no solo del fortalecimiento de los sistemas de información de cada institución, sino de la existencia de una entidad coordinadora, que permita el análisis de la interacción entre los indicadores de diferentes instituciones. Ese ente coordinador debe estar claro que puede correr el riesgo de volverse un recolector per se de información. Un observatorio como ente coordinador, debe protegerse contra eso.

La gestión de la información sobre los Recursos Humanos, es un trabajo que demanda conocimiento y personal competente, por tanto el observatorio dentro de sus funciones, debe prever ser un centro de entrenamiento, de producción de manuales y de normas gerenciales, y debe ser el facilitador de los procedimientos operacionales de los sistemas.

Finalmente es importante mencionar que para el fortalecimiento del desarrollo del proceso de información, se requiere de una estrategia mediante la cual los potenciales usuarios de la red de información montada en el observatorio, interactúen más eficazmente con aquellos que generen los datos, para interpretar e identificar adecuadamente aquellos indicadores que sean mas relevantes ante el cambio de condiciones que afecta el desenvolvimiento, la organización y el funcionamiento del personal de salud.

Resulta entonces evidente que:

- No es posible establecer un sistema único de información sobre personal de salud en todos los países y con el fin de seleccionar el más adecuado, es necesario realizar un estudio preliminar en que debe establecerse con claridad: sus necesidades de cooperación económica y técnica además de sus contenidos y fines.
- La adopción de decisiones y la organización del sistema son procesos que no deben desarrollarse no con las miras de que el nivel local se limita a llevar a la práctica esas decisiones.
- Todos los niveles del sistema (nacional, intermedio, local) necesitan información para adoptar decisiones y sobre esa base, tomar medidas para mejorar. La índole de los datos que se necesitan en cada nivel y los tipos de decisiones que se adopten, variarán de un nivel a otro.
- Dado que una parte importante de la recopilación de datos básicos se realiza en el nivel periférico, el ciclo de trabajo (recopilación de datos, análisis, adopción de decisiones y medidas) debería iniciarse en ese nivel e ir avanzando gradualmente hacia los niveles superiores a medida que se vaya consolidando el sistema.

A nivel nacional igualmente parece existir consenso en que:

- Los instrumentos para evaluar la situación del recurso humano en salud, debe realizarse a través de instrumentos exactos y uniformes, para informar periódica y oportunamente la respecto.
- Debe ser el sistema capaz de recopilar datos desglosados sobre los focos de problemas y de los factores que contribuyen al mismo
- Debe proporcionar el sistema registro de seguimiento, con el objeto de obtener y analizar con regularidad información sobre la historia del recurso, especialmente de su situación geográfica, condiciones laborales, acceso al conocimiento, además de los datos relativos a sus competencias y desenvolvimientos.
- Debe proporcionar el sistema un proceso de vigilancia regular con el fin de utilizar los datos para tomar medidas en los distintos niveles administrativos con el objeto de mejorar condiciones y situaciones

Es pues necesario que el sistema utilice las estructuras y las actividades de las instituciones y organismos existentes involucrados de manera coordinada y que involucre desde sus inicios la asistencia económica y técnica de cada una de ellas.

4.2 Barreras de los sistemas actuales de información sobre RRHH y fundamentos del que se propone

En el resultado tres de este documento, hemos hablado de la situación nacional de los aspectos de organización y funcionamiento para el desarrollo de los Recursos Humanos y de descrito los logrados en las metas trazadas dentro del programa regional de recursos humanos en salud y finalmente hemos identificado los desafíos y perspectivas que quedan por enfrentar.

No hay duda que a lo largo de los tres capítulos anteriores, los vacíos de información resultan ser una de las limitantes mas importantes, pero a la vez uno de los retos a enfrentar; de tal manera que fortalecer la capacidad nacional para el diagnóstico de la problemática en Recursos Humanos en salud y planificar y valorar los programas y proyectos dirigidos a mejorar la situación en este aspecto, se vuelve prioritario.

Aun cuando existe y hemos presentado información sobre el estado de los Recursos Humanos en salud, hay algunos aspectos que reducen su utilización y determinan sus limitaciones y que es necesario atender y solucionar. Esa situación la podemos resumir en cinco barreras que hay que levantar:

Confusión sobre la calidad de los datos: ya que frecuentemente existen diferentes estimaciones para un mismo indicador cuanti o cualitativo (por ejemplo, sobre el número y localización del recurso, sobre su uso, calidad de trabajo que realiza).

Disponibilidad limitada de datos y escasa divulgación de los datos existentes (por ejemplo, de las políticas institucionales ya sean públicas o privadas sobre el manejo de los recursos humanos, perfiles de puestos, movimiento de puestos, capacitación, evaluación, necesidades, inequidades, situación laboral)

Insuficiencia de datos necesarios para la planificación en todos los niveles de gestión salubrista (por ejemplo relación entre necesidades y perfiles epidemiológicos y recursos humanos; competencias y acciones del recurso humano y productividad del mismo)

Falta de desagregación de los datos por regiones de planificación (por ejemplo, costos y rendimiento, vigilancia de impacto de la adecuación del recurso en la epidemiología, productividad, demografía; adecuación del recurso, determinación de funciones y toma de decisiones sobre recursos humanos y sustentabilidad institucional)

Escasez de personal capacitado en manejo y uso de recurso humano: (por ejemplo, con cursos sobre adecuación de recursos, rendimiento del recurso humano; epidemiología y formar de impactar con el recurso humano)

El sistema de información de recursos humanos debe contemplar y superar esas barreras de manera integral. Debe destacarse la importancia de prestar atención no solo a los datos cuantitativos en esos temas, sino también a los cualitativos y determinar con precisión y por niveles de uso, los datos disponibles para esa actividad.

Dentro de los aspectos administrativos de la información, debe destacarse la importancia de generar para las variables las bases teóricas y el modelo conceptual dentro del cual se emplean como guía de trabajo. Más adelante se presenta un modelo hipotético. Por tanto el proceso gerencial y la gestión de la información debe ser integral, es decir debe planificarse ese proceso considerando el uso de la información; ese uso debe pensarse tanto para la actividad diagnóstica, como en la programación, definición de metas y evaluaciones y vigilancia de programas y proyectos de recursos humanos.

4.3 Características más importantes de la información sobre recursos humanos en salud

Las fuentes más importantes de datos sobre recursos humanos son tres: los censos nacionales, o de colegios y asociaciones profesionales, registros institucionales o de colegios y asociaciones profesionales, la oficina de servicio civil y las encuestas especiales. En la actualidad, la información obtenida por estos medios, tiene dos ventajas importantes de tener en cuenta:

1. Su cobertura, su continuidad y su periodicidad

2. El origen multidisciplinario de los datos que les permite servir de enlace entre diferentes argumentos y contenidos de tipificación del recurso humano (las encuestas en este sentido, son mas adecuadas para esto).
3. Estas fuentes para el caso de Guatemala, tienen limitaciones que reflejan los problemas propios del nivel de desarrollo nacional. Entre estas caben:
 1. Los datos censales son obtenidos a través de un proceso largo y complejo especialmente los referidos a censos nacionales. Tienen problemas de confiabilidad y cobertura, particularmente en las áreas rurales y departamentales del interior. Esto conduce a cierto grado de omisión de personas y de sus características y eventos.
 2. Algunos eventos del recurso humano: sus perfiles, sus niveles de competencia, sus actualizaciones son difíciles de definir y cuantificar y en esto hay que trabajar más.
 3. La periodicidad de todos esos ejercicios estadísticos es errática y no consolidada alrededor de una data permanente lo que reduce su uso para estudios comparativos.

Es necesario por lo tanto, realizar avances tanto teóricos como operativos, para mejorar la información obtenida de fuentes tradicionales y convencionales. Seleccionar muestras la azar en las que se realicen encuestas de Recursos Humanos, puede permitir referencias de estimación de tasas y proporciones e igualmente subregistro, además de que pueden agregar preguntas mas específicas. Escasez de fondos y de personal adiestrado, son un inconveniente en este sentido que debe ser superado.

4.4. Modelos informáticos conceptuales

Los modelos conceptuales presentados en las figuras 1 y 2 que a continuación se presentan, constituyen un intento de sumarizar las interrelaciones existentes entre los procesos y las estructuras de recursos humanos y los factores que inciden sobre la oferta y la utilización y la resultante los servicios y pueden servir de base para la discusión de la interpretación de la problemática del Recurso Humano salubrista.

Los procesos en recursos humanos, deben ser interpretados simultáneamente en un análisis que debe contemplar de ellos: nivel de competencia, acceso tecnológico, capacitación, experiencia, actitudes, prácticas. Esos procesos asignados propiamente a la persona, interaccionan con los sociales (ingresos, bienes, acceso servicios, creencias) para producir los las cualidades del Recurso humano (tamaño, distribución y composición) constituyendo todo ello el marco holístico del accionar del recurso humano y que determina los grandes campos de medición de la acción humana del Recurso Humano y sus resultados, lo que se puede medir convenientemente a nivel local, regional o departamental y nacional.

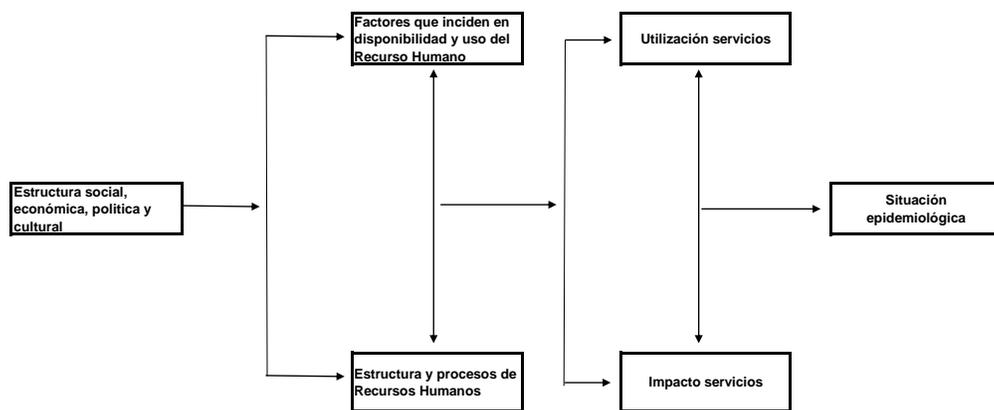
La estructura del recurso humano (catálogo servicios, organización del recurso, acciones y actividades, horarios, ingresos salariales) sumado a los procesos, incide sobre factores tales como: identificación de problemas de salud, nivel de resolución y entrega de servicios, lo que incide directamente sobre el perfil epidemiológico de la población: mortalidad, morbilidad, migración, fecundidad.

El estudio de ese modelo, debe ser desconcentrado y eso tiene implicaciones en la expansión de los sistemas de información. Hay marcadas diferencias en las actividades de los recursos y en los contenidos de la información según se hable del modelo para un nivel local, o departamental o nacional, pero el denominador común en la construcción del modelo es el mismo y los elementos a monitorear y conocer del modelo deben encaminarse a la toma de decisiones, la planificación y la información que facilite esas actividades. La data que se produzca para el análisis, debe ser reciente, oportuna y sencilla a fin de que el modelo pueda permitir el análisis con precisión de sus elementos y sus interacciones puedan ser identificadas y cuantificadas con una buena aproximación. La estructura social económica y cultural social es el contexto sobre el cual descansa el análisis.

Lo dicho sobre el modelo, puede ser representado esquemáticamente como se señala en la figura 16.

Figura 16

Relación de estructuras, factores y procesos en recursos humanos y epidemiología



El segundo modelo, se diseña como instrumento base para la selección de la información necesaria para la planificación de la vigilancia y seguimiento del recurso humano. Los datos se agrupan en tres grandes rubros, en base a su posible utilización en el proceso de planificación:

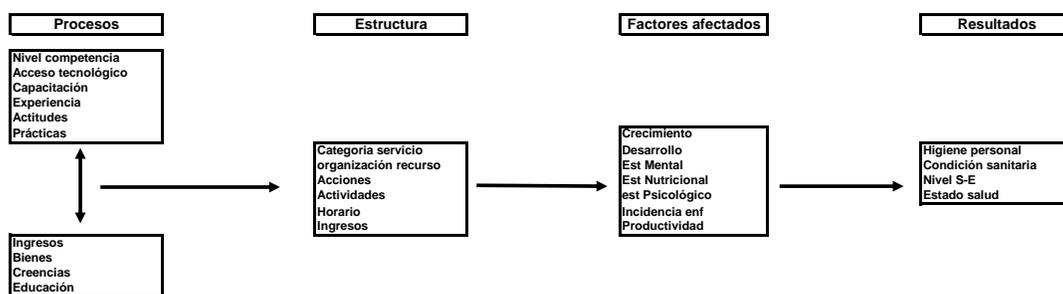
- Como indicadores indirectos de la problemática (suficiencia) del recurso humano

- Como factores determinantes o condicionantes
- Como datos para la proyección de estructuras y tendencias la oferta de mano de obra y la demanda de servicios

El modelo 2 se esquematiza de la siguiente manera:

Figura 17

Posibles efectos del recurso humano en el estado del individuo, la población



El desarrollo de ese modelo demanda de operaciones estadísticas básicas para así presentar los datos de una forma directamente utilizable por planificadores y tomadores de decisión. Con los datos básicos, se pueden calcular tasas, indicadores, proporciones, proyecciones, gráficas, etc. Y la desagregación de los datos dependerá del tipo de usuario.

Pero el elemento fundamental del uso del modelo es la formulación de variables e indicadores para cada cuadro del modelo para con ello, configurar el sistema de información sobre recursos humanos. Un ejemplo de la tabla, se presenta a continuación

Tabla 22

Matriz de indicadores y variables

Fenómeno relacionado con el recurso humano	Variable	Indicador
Mortalidad	Relación médico mortalidad	Número de muertos/número médicos X 1,000
Demanda de enfermeras	Tamaño y distribución de la población	Tendencias y proyecciones del número y crecimiento de la población por edad, sexo
	Grupos vulnerables	tendencias y proyecciones de nacimientos, niños de 0 a 4 años, mujeres embarazadas

Los datos recolectados tanto a nivel local como intermedio y central, deben permitir la construcción de indicadores. Los indicadores seleccionados deben ser sencillos y específicos y permitir visión de conjunto y detectar oportunamente, en forma interinstitucional, los problemas de recursos humanos. No puede haber un modelo único aunque si básico y la unidad responsable de la coordinación debe tener capacidad integradora tanto de la recolección y ordenamiento de la data, como del análisis e interpretación. El sistema debe utilizar las estructuras y actividades de las instituciones y organismos involucrados para evitar duplicidad de información y nuevas estructuras superpuestas, por lo tanto una tarea es promover la integración funcional.

El estudio y uso de la información basada en un modelo, tiene varias ventajas que hay que considerar y que deben meditar a la hora de su mejora

1. Permite la evolución de comprensiones e interpretaciones en todos los campos y no solo en uno. Por ejemplo en la actualidad sabemos y hemos cuantificado la cantidad de profesionales y probablemente donde están, pero desconocemos o hemos avanzado poco sobre su calidad y competencias y por consiguiente el impacto de su situación, en la epidemiología no es posible de determinar.
2. Logra una información oportuna para poder prevenir realmente los problemas, no solo porque se recoge información sobre consecuencias de un fenómeno pasado, sino porque el análisis de los datos se hace dentro de un contexto de entrada (situación social) y de salida (situación epidemiológica).
3. Ofrece la posibilidad de definir mejor los problemas al ofrecer datos no generales sino específicos, de tal manera que no solo permite detectar signos de alarma e indica donde puede estar el problema. De esa manera se obtiene información que puede orientar las acciones.
4. Permite mejor comunicación entre los especialistas de la salud y epidemiólogos por un lado y los distintos grupos sociales por el otro. De ese modo los datos que genera la vigilancia del recurso humano que en la actualidad no son aun bien comprendidos, pueden ser mejor utilizados.
5. Permite mejorar la planeación y no aislarla de las regiones y comunidades, al evitar crear un mundo de números y estadísticas aislado de interpretaciones sociales.

¿Que se puede esperar en un futuro inmediato sobre la información del Recurso Humano?

Es indudable que la vigilancia de los recursos humanos en salud puede mejorar mucho pero en poco tiempo se tendrá que incorporar la sistema, indicadores mas sensibles que permitan predecir cambios, en vez de explicar solo consecuencias, los modelos sugeridos con todos sus campos pueden permitir eso, los modelos sugeridos aun mejorables permiten empezar a incursionar en este sentido. Otro aspecto importante es la descentralización de información y análisis con la participación de la comunidad y las personas. Esto tiene una tremenda connotación “un análisis no se debe planear para ellos, sino con ellos”. Se puede prevenir el sarampión sin a comunidad, pero combatir la interacción nutrición-infección no, este último problema demanda del concurso de

diversidad de recursos humanos, solo la comunidad puede cambiar el saneamiento, determinar su vigilancia y desarrollar su posible solución.

4.5. Modelo de gestión de datos

Descansa sobre dos tareas fundamentales: la producción de data e información que incluye su investigación, desarrollo y manufactura de informes y documentos y por el otro lado su distribución que incluye mercadeo, venta y distribución y servicio al cliente. El desarrollo de esas tareas descansa en un proceso administrativo que involucra manejo de personal, finanzas, relaciones públicas.

El marco estructural de la gestión, es el observatorio y el conceptual es el modelo presentado en el inciso anterior y las fases evolutivas del sistema de innovación y predicción que veremos mas adelante. En base al modelo, se pueden ir creando dimensiones de análisis y gestionando las mismas hasta los niveles que se deseen. Veamos dos ejemplos de los más elaborados en nuestro país sin calificar su calidad y cobertura.

Dimensión educativa:

La información generada en la dimensión educacional, es necesaria para el desarrollo de perfiles y competencias consensuadas entre formadores y prestadores de servicio. Información que debe ser coherente con el modelo de atención y el perfil epidemiológico del país.

El enfoque general basado en competencias incluye habilidades clínicas, fundamentos científicos, salud pública, gestión y planificación, valores profesionales, actitudes, comportamiento y ética, Análisis crítico e investigación, manejo de la información y habilidades comunicación.

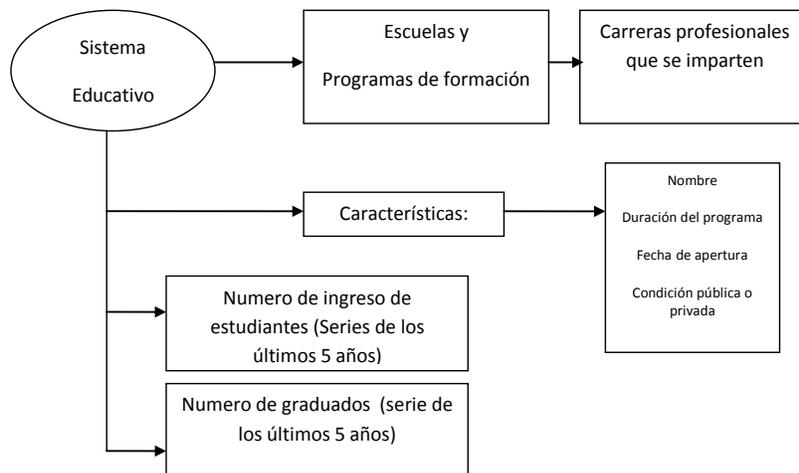
Son las escuelas formadoras de técnicos y profesionales de ciencias de la salud, las que deben generar la data, concebir la información y producir los informes. Las unidades de estadística y registro académico de estas instituciones administran el desarrollo de esa dimensión, cuyos productos y contenidos pueden ser esquematizados de la siguiente manera.

El objetivo del manejo de esta dimensión es obtener conocimiento sobre la formación del recurso humano lo cual puede abarcar la competencia, el acceso tecnológico y la capacitación dentro del esquema 2 y en la estructura del recurso humano del esquema 1

El sistema de información de este sector, debería asegurar la obtención de información que contribuya a la planificación, la vigilancia y la evaluación de los procesos educativos en todos los componentes del modelo. Un aspecto generalmente descuidado sobre esta dimensión es el del impacto del proceso educativo sobre servicios y condiciones de salud y que deberá ser incorporado en un futuro próximo al esquema de esta dimensión, que a continuación se presenta.

Figura 18

Esquema de la Dimensión Educativa



Dimensión Laboral

A nivel estatal las instituciones que brindan servicios de salud son: el Ministerio de Salud Pública y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. A nivel privado existen Seguros, Hospitales y Clínicas Privadas. Todas ellas generan datos aunados a los que proporciona la oficina de servicio civil.

En el modelo oficial de salud existen tres niveles de atención, el cual va de menor a mayor complejidad, de enfoque preventivo a curativo y de rehabilitación. Un modelaje de esta dimensión demanda de tomar ello en cuenta.

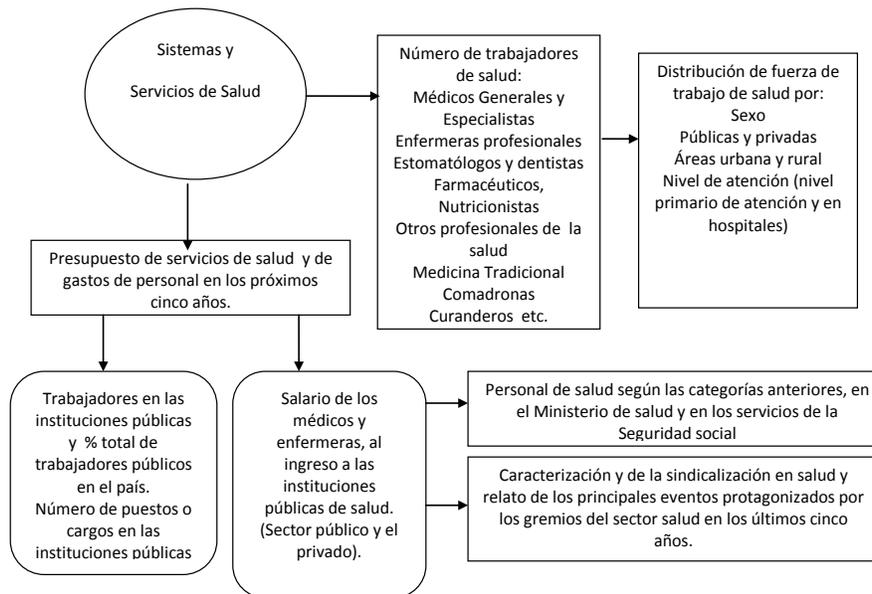
En función del presupuesto nacional en salud se definen: el número de puestos, las tablas salariales según puestos, la modalidad de contratación, las prestaciones y jubilación, también se registra el pluriempleo y el desempleo y finalmente se desarrollan perfiles de competencias y responsabilidades para los puestos que en muy raras situaciones son motivo de generación de data y de información.

Un resumen de la estructura de esta dimensión en la actualidad, puede ser visto en el esquema que a continuación se presenta, nótese que se ha evolucionado en el campo de la cuantificación del recurso mas no así de sus condiciones ni de los procesos de interacción tampoco de las vulnerabilidades del personal.

En tal sentido no se ha logrado desarrollar un modelo de esta dimensión que permita una información oportuna para poder prevenir realmente los problemas de esta dimensión, no solo porque no se recoge información completa para lograrlo sino porque no hay ni existe un plan de análisis al respecto.

Figura 19

Esquema de la Dimensión laboral



4.6. Los nuevos parámetros para el desarrollo del sistema de información

Se dice que existe una paradoja en cuanto al estudio de recursos humanos, todos los puestos y funciones están predestinadas a ser remplazadas con el paso del tiempo, sin embargo, la mayor parte de los intentos que se hagan para remplazarlos fracasarán.

En la creación de los sistemas de información de cualquier tipo en salud, la predicción constituye un elemento central de los mismos, sin predicción no hay salud, se dice. La predicción en recursos humanos, implica un conjunto de procesos y métodos formalizados de evolución futura de un

puesto y sus actividades, originados fruto del desarrollo de la ciencia y la tecnología con la sociedad y este debe ser un parámetro de medición y de consideración dentro del sistema de información.

Este elemento dentro del sistema de información sobre recursos humanos, debe analizarse desde dos puntos de vista: el **predictivo exploratorio** que es el que usualmente se hace y que comienza con el conocimiento actual y se orienta hacia el futuro. Los modelos recomendados en la figura 1 y 2 hacen énfasis en estos. **El predictivo normativo**, es un proceso de análisis que evalúa las necesidades futuras en el campo de la salud y la atención médica y lo compara con el potencial humano y la tecnología disponible lo que permite definir perfiles humanos. Es esa forma de predicción segunda, la que tiene análisis el que tiene mayor potencial de éxito pues permite varias alternativas

- Reconocimiento de oportunidad
- Generación de ideas
- Producción de evaluación
- Desarrollo de intervenciones precisas
- Comercialización nuevos recursos

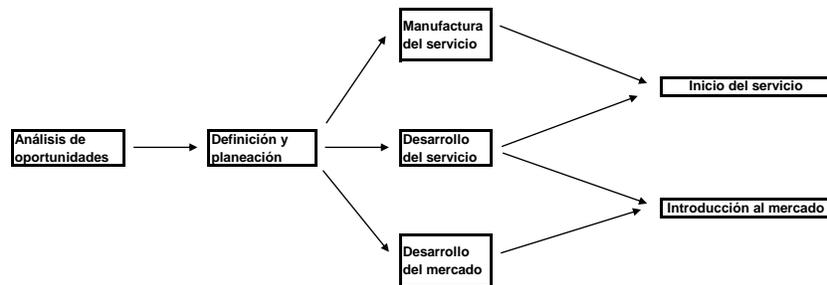
De esa manera se puede desarrollar programas adecuados, colocar a las personas en el lugar que lo requiere una calificación, proporcionar e esas personas los recursos necesarios y conducirlos hacia los resultados deseados. Dentro de los modelos de la figura 1 y 2 debe desarrollarse un análisis predictivo adecuado que es el único que a la larga permitirá una aproximación mas precisa a las necesidades

Seguidamente a la predicción el sistema de información sobre recursos humanos debe permitir la innovación. La innovación es un elemento que tiene su origen en el análisis de oportunidades que es el material de salida del sistema predictivo normativo, lo que da origen a la definición y planeación de nuevos puestos y comportamientos humanos y a la evaluación de su desempeño.

¿Cuál es el objetivo del proceso de innovación que debe provocar el sistema de información? la redefinición de la institución, pues el proceso de la innovación conduce a ello como se observa en el siguiente esquema.

FIGURA 20

Esquema del Proceso de la innovación



El recurso humano en todo ese proceso además de involucrarse cambia su estatus y las entradas en cada punto de la innovación (representadas en la figura por los cuadros) son diversas formas de información, que señalan el papel que le corresponderá al recurso humano en cada una de esas fases, en otras palabras: información sobre oportunidades, información sobre cambios dentro de la institución, valor agregado sobre el recurso humano orientado hacia ese cambio y la información que va a crear la transformación, se conjugan dentro del sistema y el sistema debe tener la plataforma para sostenerlo y alimentarlo. El flujo de la información esta representado en el esquema por las flechas, las celdas son los centros principales de actividad de la información pues esta en realidad fluye en todo sentido, constituyen procesos concurrentes de información logrados y que deben ser utilizados por equipos transfuncionales o multidisciplinarios.

De tal manera que el último elemento del sistema es la vigilancia y evaluación del servicio y dentro de este el que nos interesa, el desempeño del recurso dentro del mismo. Ello lleva a la confluencia de varios elementos como son: actividades, educación y capacitación, investigación y estructuras basadas en el conocimiento.

El ciclo de la evaluación se inicia con el componente de investigación, que esta motivado por la necesidad de llenar vacíos existentes en el conocimiento y la tecnología empleada la identificación de esos vacíos es imprescindible para observar la eficiencia y efectividad institucional y programática que tiene como centro la evaluación del potencial intelectual real y debe revelar los vacíos del conocimiento y la acción humana.

La combinación de la revisión del conocimiento con el de los intereses de individuales de los miembros constituye la base para trazar el mapa de los recursos del conocimiento existentes y revelar los vacíos.

El otro componente en secuencia del proceso de evaluación y monitoreo, es el de las decisiones sobre las actividades que abarca la selección de proyectos, fijación de metas y derivado de esas dos acciones, la distribución de recursos. Evidentemente este componente conduce también al desarrollo de servicios y proyectos nuevos. La información en este campo abarca elementos administrativos y técnicos.

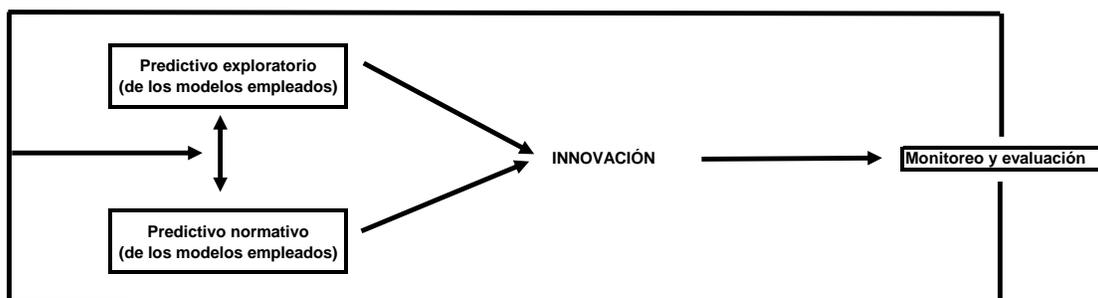
El tercer componente es el diseño de estructuras basadas en el conocimiento que supone la existencia del mapa de conocimiento como un marco de referencia. La estructura de la base del conocimiento debe determinarse de modo que haga posible su actualización y expansión por todos los departamentos y oficinas del sistema y que haga posible el acceso a un conocimiento específico a todos.

El último componente es el de educación y capacitación el cual se deriva de la implementación de los otros tres y del análisis de la situación de los mismos. La programación de la información en este sentido se refiere a trazar rutas de impacto recomendadas en el mapa y a medir su impacto según los cambios.

Podemos ya entonces definir nuestro modelo de información sobre recursos humanos de la siguiente manera secuencial

FIGURA 21

Modelo de información sobre Recursos Humanos en Salud.



La gestión de la información de recursos humanos, es un proceso complejo. La revisión de aplicaciones y métodos es una tarea que no puede esperara mas y acá hemos sugerido los marcos que debe tener ese proceso. La experimentación y la investigación de ese modelo de gestión irán suministrando material más empírico para verificar y ajustar ese modelo y para determinar su rango de aplicación y sus propósitos específicos. Las aplicaciones potenciales de ese modelo, para rastrear situaciones, actuales, predecir necesidades actuales y futuras innovar, serán su eje para definir nuevos servicios, nuevos programas educacionales, nuevas condiciones laborales y eso parece ser un reto suficiente para estimular el interés en este nuevo campo de la gerencia en salud.

V. Conclusiones

1. La disponibilidad del recurso humano en salud en Guatemala es escaso y no responde a las necesidades identificadas en el perfil epidemiológico y demográfico del país.
2. El crecimiento de la red de servicios públicos no ha crecido según lo esperado y es mucho menor al crecimiento de servicios privados.
3. No existen políticas de recursos humanos en el país que definan la formación y promoción de recursos humanos desde el ángulo de las necesidades del país.
4. La flexibilidad laboral y las malas prestaciones salariales representan un obstáculo para la formación y desarrollo del recurso humano en salud.
5. La tendencia de formación es ascendente con un crecimiento sostenido en los próximos años, con una tendencia laboral sin aumento. Creando condiciones de malas condiciones laborales, pocas oportunidades laborales, lo cual promueve el desempleo, pluriempleo y baja en la calidad de servicios de salud.
6. Existe oportunidades de desarrollo de recursos humanos en regiones necesidades del país, estas deben de dársele seguimiento a iniciativas impulsadas por SEGEPLAN, Escuela Latinoamericana de Cuba y Colegios profesionales.
7. Se debe dar seguimiento al Plan Nacional de Recursos Humanos en Salud impulsados por la Comisión interinstitucional de trabajo del sector salud.
8. Existe una plataforma de información que debe alimentarse a través del observatorio nacional de Recursos Humanos en Salud.
9. El cumplimiento de las metas de recursos humanos en salud requiere cambios estructurales que requieren un plan de trabajo a largo plazo.

VI. Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Colaboremos por la salud: Informe sobre la salud en el mundo. Año 2006
2. Jong-Wook, Lee. Mensaje del Director-General. Organización Mundial de la salud. Año 2006.
3. Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala. Encuesta Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, Año 2005.
4. Caracterización de la fuerza de trabajo en enfermería, Investigación interinstitucional, año 2009.
5. América de Fernández. Recursos Humanos en Salud en Guatemala, Disponibilidad e información año 2007 (En publicación).
6. VIII. Conferencia de Iberoamericana de Ministros y Ministras de Salud. La migración del personal de salud en la Región de las Américas, situación, perspectivas y sugerencias para la acción. Uruguay 5 al 6 de octubre del 2006.
7. Gutiérrez, Edgar. Tendencias y prospectivas. PNUD 2008.
8. Caracterización de Médicos en Guatemala. Tesis Conjunta Año 2008
9. Barrios Luis Carlos, "La caracterización de la situación ocupacional del médico en Guatemala" CICS Vol. 4, No.1, Noviembre 1993.
10. Código de Salud, Definición del sector salud. Artículo 8.
11. Barrios Luis Carlos "Producción del personal médico en Guatemala" CICS 1990
12. Velásquez, Magda. Castillo M. Antonieta. Datos sobre crecimiento de la población estudiantil, y ubicación de trabajo para el Médico, CICS Vo.2 No.1 (1991).
13. Barrios Luis Carlos, de Mata Fredy, Intereses y expectativas del futuro medico. CICS Vo.2 No.1 Agosto 1991. D
14. Frenk, Julio. La atención médica la enseñanza de la medicina y el mercado de trabajo para los médicos; El internado en México. Educación Medica en Salud Vol. 18 No. 14. 1984
15. Frenk-Mora, Julio. La oferta de médicos en México exceso y escasez. Salud Pública Mex. 1992; 34: 540-545
16. Flores, Walter. Así ¿Funcionamos? PNUD 2008
17. Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud. Caracterización del personal del Ministerio de Salud y Acciones de la Dirección General de Recursos Humanos. 2007
18. Scavino Julio. Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Américas. Washington D.C. OPS. 2004.
19. Organización Panamericana de la Salud. Consulta Regional Recursos Humanos en Salud: Desafíos Críticos. Toronto Canadá 4 al 7 de octubre del 2005
20. Llamado a la acción de Toronto: Hacia una década de recursos humanos en salud para las Américas 2006-2015. Reunión Regional de los observatorios en recursos humanos en salud. Canadá, 4-7 de octubre del 2005.
21. Ministerio de Salud Pública y asistencia social, comisión interinstitucional de acciones conjuntas del sector académico y sector salud, subcomisión de desarrollo de la fuerza de trabajo en salud. Plan Decenal de desarrollo de recursos humanos en salud. Guatemala 2006-2015, Octubre 2006.

22. Centro Nacional de Epidemiología. Informe Situación de Salud, Guatemala 2007.
23. Organización Panamericana de la Salud, Salud de las Américas 2007 Volumen I, regional.
24. Castillo Martínez, Alcira. El desarrollo de recursos humanos en salud: un hito en construcción. Gaceta Médica de Costa Rica, Suplemento No.2, Año 2006
25. Purcallas, Daniel. Lineamientos de política de investigación en Salud Panamá, Diciembre 2000.
26. Jiménez-Sánchez, Juana. Recursos Humanos para la salud, tema Central en la reunión de OPS 2006. Revista Enfermeras IMSS 2006; 14 (2), 61-63.
27. Dirección General de Recursos Humanos. Informe Plan Nacional de desarrollo de recursos humanos, Guatemala 2007-2015. Copan Agosto 2006
28. Malvares, Maria. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Washington OPS 2005.
29. Organización Panamericana de la Salud. Situación de la salud en las Américas. Indicadores Básicos. Año 2009.
30. Vásquez Peñaranda, Carmen Maria. Informe de actividades y logros. Comisión Técnica para el desarrollo de recursos en salud. Costa Rica, enero 2002.
31. Programa de desarrollo de recursos humanos en salud OPS/OMS. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Quito Marzo del 2000.
32. Davini, Maria Cristina. Capacitación del personal de los servicios de salud. Proyectos relacionados con los procesos de reforma sectorial. Quito Abril 2002.
33. Mario del Poz, Pedro Galin, Maria Novich, Theresa Varella. Relaciones laborales en el sector salud. Fuentes de información y métodos de análisis. Quito Agosto del 2000.
34. Vásquez Peñaranda, Carmen Maria. Recursos Humanos en Salud en Costa Rica. Información actual y desafíos para una década. San Jose Costa Rica, OPS 2006.
35. J Eslava, F Ruiz, S Camacho, CE Jurado, MA Matallana, G O'Meara, E Sandoval, U Ayala, O Acosta, A Ortiz. Plan de largo plazo para el desarrollo y fortalecimiento de los recursos humanos en salud. Documento Técnico. Bogota octubre 2001.
36. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo de la fuerza de trabajo en Salud Publica, 2002.
37. Rovere, Mario. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 2006
38. Rosales, Carlos & Dal Poz Mario. Perfil de las unidades de recursos humanos de los ministerios de salud de América latina y el caribe. Organización Panamericana de la Salud. Julio 2008