



# Evaluación de Programas de Recursos Humanos en Salud

*Esquema de referencia para el informe del país*

País	Guatemala
Organización	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Facultad de CCMM de la Universidad de San Carlos, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Nombre del Programa	Ejercicio Profesional Supervisado de Especialidades Médicas

## Contexto General

Guatemala, oficialmente, **República de Guatemala**— es un país situado en América Central, en su extremo noroccidental. A pesar de su relativamente pequeña extensión territorial, Guatemala cuenta con una gran variedad climática, producto de su relieve montañoso que va desde el nivel del mar hasta los 4.220 metros sobre ese nivel. Esto propicia que en el país existan ecosistemas tan variados que van desde los manglares de los humedales del Pacífico hasta los bosques nublados de alta montaña. Limita al oeste y al norte con México, al este con Belice y el golfo de Honduras, al sur con El Salvador, y al sureste con el océano Pacífico. El país posee una superficie de 108.889 km<sup>2</sup>. Su capital es la Ciudad de Guatemala, llamada oficialmente *Nueva Guatemala de la Asunción*. Su población indígena compone un 40% del total del país, el idioma oficial es el castellano.

Cada 4 años se eligen representantes del Poder Ejecutivo y Legislativo, así como alcaldes municipales. Administrativamente está dividida en 8 regiones, 22 departamentos y 333 municipios (1), con 20,485 poblados y para el 2012 se estima que hay 15.07 millones de habitantes; su moneda es el quetzal el tipo de cambio nominal para el 2012 fue de 7.90 quetzales por 1.00 dólar de los Estados Unidos de América (2). Aproximadamente 53.71% de la población vive en condiciones de pobreza, y 13.33% se encuentra en condiciones de pobreza extrema (3). La incidencia de la pobreza es mucho mayor en la zona rural (74.5% de la población) que en la urbana (27.1%). Los índices más altos de pobreza se observan entre la población indígena (77.3% de la población) en comparación con la no indígena (41,0%). El índice de desarrollo humano (IDH) en 2012 fue de 0.581 en comparación con 0.523 en 2000, por lo que ocupa el puesto 133 de 187 países donde se realiza la medición (el peor de la región centroamericana). El IDH de la ciudad capital (0.795) presenta grandes variaciones respecto del IDH del interior (0.44 en el departamento de Quiché, que coincide con alta proporción de población indígena y la pobreza total en ese lugar llega a 71.85% (3).

Las regiones de mayor pobreza concentran las tasas más altas de desnutrición: 80% de los niños con desnutrición crónica se encuentran debajo de la línea de pobreza general. La tasa global de fecundidad es mayor entre las mujeres pobres, que tienen en promedio dos hijos más (cuatro) que las no pobres (dos) (4). La incidencia de la desnutrición crónica en las poblaciones indígenas (69.5%) es casi el doble de la que se observa en la población no indígena (35.7%). El problema de la distribución de la tierra cultivable sigue siendo prioritario en todo el país, pero afecta especialmente a los sectores indígenas. La mitad de los productores agropecuarios del país son indígenas, pero solo controlan 24% de la tierra que trabajan (incluyendo tanto las tierras propias, como las arrendadas) (5). La proporción del ingreso nacional que corresponde al decíl más pobre de la población es de 1% mientras el decíl más rico abarca el 47.4%. La desigualdad es elevada, cualquiera que sea el indicador que se utilice. (6) (7)

La proporción de los ingresos que percibe el 20% de la población con menos ingresos muestra la vulnerabilidad de los más pobres. La relación de ingresos entre los quintiles más altos y más bajos de la población ha aumentado sostenidamente desde 19.3 a 34.2 en 2004. Guatemala tiene uno de los índices de mayor desigualdad en el mundo y

ocupa el lugar 13 de 111 países evaluados por el PNUD, cuyos valores oscilan entre 0.20 y 0.61 (3).

Guatemala es un país relativamente joven. El Índice de Juventud, (relación entre la población menor de 20 años y la población total), es de 0.52 (52%). El rango de variación del Índice de Juventud para los 22 departamentos va de 0.44 a 0.59 (3); Hay 9,264,896 personas económicamente activas; 20.8% tienen entre 10 y 18 años; 31.2% entre 19 y 30 años; 33.9% entre 31 y 50 años, y 14.0% más de 50 años. La participación no indígena en la PEA es de 55.2%. Se calcula que 74.5% de las personas económicamente activas se desempeñan en el sector informal, 86.8% trabajan sin contrato y 59.6% cumplen jornadas de más de 40 horas semanales (3). El salario mínimo al día para actividades agrícolas es de US\$ 8.60 y de US\$ 7.91 para actividades exportadoras y de maquila. (5) Para el año 2012 el IGSS estima 1,185,866, únicamente el 12.80% de la PEA está afiliada al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (5) (8). El sector agropecuario es el que más empleo genera (32.3%), seguido por el comercio (29.0%) y la industria manufacturera (13.7%). Hay 108,050 personas desempleadas (el 3.84% de la PEA), de las cuales 60.3% son hombres y 47.0% tienen entre 19 y 30 años de edad. (5)

El aumento del PIB para el año 2007 fue de 6.3% y solo de 3.0 en el 2012 (2); en estos periodos la tasa de crecimiento del PIB ha sido superior a la tasa de crecimiento poblacional, la cual se sitúa en de 2.5% para el 2012. El PIB per cápita aumentó de US\$ 1.823,4 en 2001 a US\$ 3,343.20 en 2012. (2)

A partir de 2002 las remesas familiares superaron a los ingresos por exportación de productos tradicionales (café, oro, banano, azúcar y cardamomo). Se estima que en 2012 las remesas alcanzaron los US\$ 4,782.7 millones (2). Se benefician de las remesas familiares 3.4 millones de personas, correspondientes a 774.000 hogares receptores (31.2% del total nacional). El déficit fiscal fue de -1.9 en 2001, y de 2.4 en 2012. La tributación del país se considera baja: alrededor de 10.9% del PIB en 2012. En los sectores de educación, ciencia y cultura se invierte 2.89% del PIB, y en salud 2.58% y específicamente el Ministerio de salud el 1.08% del PIB (9). En salud se invierte el 26% del gasto social y únicamente el 35% de este, se invierte en los quintiles 1 y quintiles 2 más pobres, mientras el 20% de este gasto se invierte en el quintil 5, es decir la población más rica; es decir en salud la inversión no privilegia a los más pobres.

Las lineamientos que direccionan la acción pública se encuentran enmarcados en los tres pactos prioritarios de Gobierno: Las orientaciones Estratégicas y Políticas 2013 al 2016, se vinculan con los resultados estratégicos de los pactos de gobierno: Pacto Hambre Cero, Pacto por la Seguridad, Justicia y Paz y Pacto por Desarrollo Económico (6). El Congreso de la República ha ratificado Tratados de Libre Comercio con los Estados Unidos, Centroamérica y la República Dominicana, Chile, Colombia, México, Panamá y Taiwán.

En el año de 1,996, los Acuerdos de Paz firmados entre el Gobierno de Guatemala y la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca plantearon un concepto integral de la salud, acorde con los ODM. Las prioridades sanitarias de luchar contra la desnutrición, como forma de combatir la pobreza extrema, y la ampliación del saneamiento ambiental

para garantizar la sostenibilidad del medio ambiente; asimismo, de hacer hincapié en la reducción de la mortalidad materna e infantil mediante la expansión y fortalecimiento de los servicios de atención primaria enfocados sobre poblaciones más vulnerables; siendo estos puntos comunes entre ambos documentos. Otros aspectos, como los acuerdos sobre medicamentos, equipos e insumos, así como los referidos a la salud preventiva, también permitirían avanzar en el logro del ODM 5 (combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades).

Para el año 2006 la tasa de alfabetización de personas de entre 15 y 24 años fue de 87.86 por ciento, es decir que 87 jóvenes de cada 100 comprendidos en esa edad saben leer y escribir, mientras que 13 de cada 100 no tienen esta capacidad, y por lo tanto tienen dificultades para insertarse al mercado laboral. Para el año 2012, la tasa nacional de analfabetismo fue de 16.62, (15.98% para hombres y 17.20% para mujeres), sin embargo hay departamentos como El Quiché, que su porcentaje de analfabetismo es de 31.63%; para el año 2011 solo se destinó el 0.05% del PIB para alfabetización. (10)

A partir de 2010, en el marco del convenio entre el Ministerio, la Secretaría Presidencial de la Mujer (Seprem) y la Secretaría de Comunicación Social de la Presidencia (SCSP), se crea la Unidad para la Equidad de Género con Pertinencia Étnica, para dar seguimiento a la implementación de la Política Nacional de Promoción y Desarrollo Integral de las Mujeres (PNPDIM), y se plantea la institucionalización de la estrategia de educación integral en sexualidad y prevención de la violencia, que son temas claves en la incorporación de la perspectiva de equidad de género y étnica en un marco de derechos, temas que también han sido incorporados en el proceso de actualización del Currículo Nacional Base. (6)

En materia de nutrición, se estima que 23% de la población (equivalente a 2.8 millones de personas) guatemaltecos perciben ingresos mensuales insuficientes para cubrir los costos de la canasta básica. La fortificación de alimentos es la principal estrategia para disminuir y controlar las deficiencias de micronutrientes: se fortifica la harina con hierro y ácido fólico para la prevención de la anemia, la sal con yodo para la prevención de hipotiroidismo, y el azúcar con vitamina A para la prevención de la ceguera.

Con respecto a las amenazas naturales, el país presenta un promedio de 200 desastres naturales por año. Los sismos, las inundaciones y deslizamientos son los fenómenos más frecuentes y de mayor impacto. Otros eventos son las erupciones volcánicas, períodos de frío intenso con granizadas y nevadas, explosiones e incendios forestales.

Existen 1,733 poblados de alto riesgo en los cuales habitan 219,821 personas. Los departamentos con mayor número de poblados amenazados y población en riesgo son Escuintla, Zacapa, Santa Rosa y Petén. Aproximadamente 30% de la población reside en zonas de sismos; se trata de 641 poblados y 84,000 personas que habitan muy cerca de las grandes fallas. Aproximadamente 5,500 km<sup>2</sup> (que representan 5.1% del total del territorio del país) se consideran como de alto y muy alto riesgo de daños por sequía.

Según datos proyectados del Instituto Nacional de Estadística- INE la población del país para el 2012 es de 15,073,375 habitantes, con una densidad media de 138 habitantes por

km<sup>2</sup> y extremos departamentales que oscilan entre un máximo de 1,509 habitantes por km<sup>2</sup> en la ciudad capital y un mínimo de 18 habitantes por km<sup>2</sup> en el departamento de Petén, y una tasa de masculinidad de 48.7%. La pirámide poblacional proyectada para el año 2012 muestra una alta proporción (40.8%) de jóvenes menores de 15 años, 44.2% de 15 a 44 años, 10.5% de 45 a 65 años y únicamente 4.41% de mayores de 65 años de edad. El porcentaje de crecimiento de la población anual es de 2.5%.

Las tasas de crecimiento poblacional del país se encuentran entre las más altas de la Región y muestran una distribución diferenciada dentro del país, con diversas tasas globales de fecundidad para cada región y grupo étnico. En 1998, 44% de la población residía en centros urbanos, mientras que para 2011 esta cifra llegó a 50% de la población total. En 1998, 44% de la población residía en centros urbanos, mientras que para 2011 esta cifra llegó a 50% de la población total.

La esperanza de vida al nacer para la población total en el quinquenio 2000–2005 fue de 68.9 (65.5 años para los hombres y 72.5 años para las mujeres) y para el 2011 fue de 71.7 (67.60 años para los hombres y 74.72 años para las mujeres). La tasa bruta de natalidad por 1,000 habitantes en 2004 fue de 30.97 (32.16 en hombres y 29.82 en mujeres) y para el 2012 (banco Mundial) fue de 32 por 1,000 habitantes. Estas mejoras en los indicadores pueden ser atribuibles a los efectos de las remesas familiares provenientes del exterior las cuales desde el año 2002 superaron a los productos de exportación como fuente de ingreso de divisas; se estima que la población migrante asciende a 1.4 millones de guatemaltecos.

El país posee gran riqueza cultural, étnica y lingüística. Los grupos indígenas constituyen 41% de la población total y se reconocen como pertenecientes a las siguientes etnias: los pueblos maya, con 21 grupos, los xinca y los garífuna. Los tres grupos mayas de mayor población son: k'iche' (28.8%), q'eqchi' (19.3%) y kaqchikel (18.9%); 68.3% de la población maya y 44.3% del grupo no indígena residen en la zona rural. Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005, 43.4% de la población maya es monolingüe y habla únicamente uno de 21 idiomas mayas (no español).

Situación Epidemiológica: En el año 2011, las primeras cuatro causas de morbilidad general son: infecciones respiratorias agudas, gastritis, parasitismo intestinal e infecciones de las vías urinarias, lo que representa el 75% del total de las consultas. En los menores de un año el 64% de las causas de enfermedad corresponden a las enfermedades del sistema respiratorio y del oído, el 19% a las infecciosas y parasitarias y el 8% a las enfermedades de la piel, siendo todas las anteriores prevenibles a través de mejorar la higiene, el hacinamiento, agua limpia y segura, red de drenajes y servicios básicos, entre otros. Es decir, mejorar las capacidades para la prevención y promoción de la salud. Los eventos crónicos degenerativos (infartos agudos del miocardio, accidentes cerebro vasculares, diabetes mellitus, cirrosis hepática), se incrementan en el país, por lo que es necesario promover tempranamente estilos de vida saludables. (9)

Guatemala, es considerado el tercer país con más altos índices de muerte materna en América Latina, la razón de mortalidad materna es 140 por 100,000 nacidos vivos (año

2011). En la ENSMI del 2008-2009 se reporta que únicamente 36.5% de los partos en el área rural y 77% en el área urbana fueron atendidos por personal médico y que este número es inferior 29.5% en los partos de mujeres indígenas (4). La mayor parte de los partos ocurren en el hogar, y son atendidos comúnmente por comadronas o por un miembro de la familia o por una persona no calificada, si este ritmo persiste, no se alcanzará la meta de 65% de los partos atendidos por personal médico y/o enfermeras establecido por los ODM. Por otro lado, las elevadas tasas de fecundidad dificultan la reducción de la mortalidad materna. Existen brechas importantes en el acceso a servicios de planificación familiar y sexualidad responsable. La tasa de uso de métodos anticonceptivos es de 54.1% (el promedio de Latinoamérica es de 71.0%). La necesidad insatisfecha de planificación familiar es de 20.8%.

Entre las mujeres indígenas la mayor parte de las muertes maternas se producen debido a que sus condiciones de vida son precarias, sus tasas de fecundidad son más elevadas (con dos y tres hijos más que las madres no indígenas) y reciben menor atención por personal médico. La población maya, mayoritaria entre los pueblos indígenas, cuenta con servicios de medicina tradicional y alternativa que algunas organizaciones no gubernamentales ofrecen a nivel local. En el Ministerio de Salud existe el programa de medicina popular, tradicional y alternativa, que incluye esquemas de tratamiento a base de plantas medicinales. El Programa de Extensión de Cobertura del Ministerio de Salud está destinado a brindar cobertura a la población que no tiene acceso a otros servicios de salud y se centra en los 12 departamentos con mayor proporción de población indígena. (11)

La desnutrición crónica en menores de 5 años es de 43.4% para el 2009 y de ellos el 16.1% presentaron desnutrición severa. Para el año 2011 los casos de muerte asociados a desnutrición aguda en niños menores de 5 años sucedieron en los Departamentos de Alta Verapaz (22), Quetzaltenango (18), San Marcos (12) y Quiché (10).

Respecto a las enfermedades transmitidas por vectores se reportaron 3,281 casos de dengue, de los cuales el 78% son clínicos, 687 confirmados y 29 casos de dengue hemorrágico (con 11 defunciones atribuidas). Respecto a malaria se concentra en dos departamentos, (Escuintla y Zacapa) y dentro de estos, en los municipios de La Gomera (64%) y Gualán (24%). La prevalencia de VIH tiene una tasa de 15 x 100,000 habitantes, que es una prevalencia menor a lo estimado en las proyecciones. (9)

En el 2011 se reportaron 724 casos de Rotavirus en menores de 5 años, que comparados con el año 2010 representan una disminución del 88% de los casos, dicha reducción puede estar relacionada a la eficacia de la vacuna. (9)

La tasa de mortalidad infantil para el quinquenio (2004-2008) anterior a la V ENSMI, se estima en 30 por mil nacidos vivos, siendo menor a la tasa del quinquenio 1997-2002 que fue de 39. En el área rural mueren 33 de cada mil nacimientos antes de cumplir su primer año de vida. Similar tendencia muestra la tasa de mortalidad en la niñez la cual fue de 42 para el quinquenio 2004-2008 comparado con 53 para el quinquenio 1997-2002. La mortalidad en todos/as los menores de cinco años es muy diferente según las condiciones de la madre, es mayor en todas las desagregaciones cuando: son indígenas, no tienen

ningún nivel de educación, superan los cuarenta años de edad y cuando el periodo intergenésico es menor de 24 meses. (4) .

La tasa de mortalidad general en el período 2001–2003 fue de 5.71 por 1,000 habitantes y para el año 2011 fue de 5.39. Las primeras causas de mortalidad general para ambos sexos correspondieron a influenza y neumonía (14.7% del total) y diarrea (6.6% del total). La tasa de mortalidad de los hombres fue de 6.74 por 100.000 habitantes. La primera causa de muerte fue la neumonía, con una tasa de 105 por 100,000, seguida de eventos de intención no determinada (50.2 por 100,000), homicidios (44.8 por 100,000), afecciones de origen perinatal (48.4 por 100,000) y enfermedades infecciosas intestinales (47.8 por 100,000). En los siguientes lugares se encuentran la cirrosis, la desnutrición y las anemias nutricionales, los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro vasculares. La tasa de mortalidad de las mujeres fue de 4.73 por 1,000 habitantes. Las primeras cinco causas de defunción de mujeres correspondieron a influenza y neumonía (tasa de 86.1 por 100,000), enfermedades infecciosas intestinales (38.2 por 100,000), afecciones de origen perinatal (34.9 por 100,000), desnutrición y anemias nutricionales (25.9 por 100,000) y diabetes (22 por 100.000). Los siguientes lugares los ocupan las enfermedades cerebro vasculares, las complicaciones de la insuficiencia cardiaca, la enfermedad isquémica del corazón, los eventos de intención no determinada, y la cirrosis. Según el sistema de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), 64.4% de las muertes fueron certificadas por médicos, 8.9% por personal empírico o comadronas y el resto (26.7%) por otra autoridad.

Las heridas por proyectil de arma de fuego ocupan el octavo lugar de todas las causas de mortalidad, siendo 10 veces mayor en hombres que en mujeres. La violencia repercute en el gasto de salud e incrementa las emergencias hospitalarias. En las mujeres los tumores malignos del cuello del útero, hígado y estómago son los más frecuentes, ligados estos problemas a la situación y condición de género. (9)

La cobertura médica es muy limitada, por lo que hay una relación de 1,296 habitantes por médico. Los nacimientos atendidos por personal calificado solo son del 51%. Se dispone solo de 0.6 camas de hospital por cada 1,000 habitantes.

Los gastos en salud son de los más bajos de la región, el gasto público en salud es de 2.5% del PIB, y el MSPAS participa en 1.08% del PIB. Al sumar el gasto público y el privado el gasto en salud se eleva a 7% del PIB. El gasto per cápita en salud paso de US\$ 116.00 en el año 2000 a US\$ 334.00 en el 2011. (12) (13) (9).

El ente rector de la salud en el país es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social por mandato conduce todos los asuntos definidos en las políticas de salud del gobierno, El Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Acuerdo Gubernativo No. 115-99. Artículo 3º: Políticas, planes, programas de salud. “El Ministerio de Salud con el objeto de asegurar la salud de la población, formula, organiza, dirige, conduce, ejecuta y evalúa las políticas, planes, programas y proyectos de salud, asignando

los recursos financieros, humanos, tecnológicos, físicos y materiales, tanto de origen gubernamental, como de otras fuentes, de acuerdo a las prioridades nacionales de salud”.

Ley del Organismo Ejecutivo y sus Reformas, Decreto No. 114-97. Artículo 23.- “Rectoría Sectorial: Los Ministerios son los rectores de las políticas públicas correspondientes a las funciones sustantivas de cada Ministerio. Ejercen un papel de coordinación y facilitación de la acción del sector o sectores bajo su responsabilidad, para lo cual deben coordinar esfuerzos y propiciar la comunicación y cooperación entre las diferentes instituciones públicas y privadas que corresponda”. Artículo 39.- “Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social le corresponde formular las políticas y hacer cumplir el régimen jurídico relativo a la salud preventiva y curativa y a las acciones de protección, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud física y mental de los habitantes del país y a la preservación higiénica del medio ambiente; a la orientación y coordinación de la cooperación técnica y financiera en salud y a velar por el cumplimiento de los tratados y convenios internacionales relacionados con salud en caso de emergencias por epidemias y desastres naturales, y, *a dirigir en forma descentralizada el sistema de capacitación y formación de los recursos humanos del sector salud, para ello tiene a su cargo las Políticas de Salud*” (14) *en el marco de este mandato*, programa de EPS-EM apoya la función al actuar los residentes como profesores de los estudiantes en formación.

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

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

La red de servicios de salud se encuentra dividida del primero al tercer nivel de atención: el primer nivel con 1,101 establecimientos (74% de los servicios), el segundo nivel con 346 establecimientos (23% de los servicios) y el tercer nivel con 45 hospitales (3% de los servicios). Adicionalmente en el primer nivel de atención el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social financia el funcionamiento de 415 jurisdicciones que realizan sus actividades en 4,618 centros de convergencia. Estos utilizan infraestructura no perteneciente al MSPAS y en su mayoría no cuentan con los servicios mínimos que permiten proveer una atención digna a las personas. Los destinatarios de los centros de convergencia son atendidos una vez al mes por personal de salud, que provee paquetes

básicos pero estos están restringidos únicamente a la atención de la mujer embarazada y a las niñas y niños menores de 5 años. (9)

Presupuestariamente, la concentración de los recursos está dirigida a la red hospitalaria y no a la atención primaria de salud. La prevención y la promoción se encuentran rezagadas. En el año 2011 laboraron en todos los servicios 36,917 personas, siendo el 14% médicos, el 31% auxiliares de enfermería, el 6% enfermeras profesionales, el 34% personal administrativo y el 15% personal operativo. (9)

El IGSS cuenta con una red de servicios de 22 hospitales, 1 policlínica, 3 centros de atención integral, 36 consultorios, 11 puestos de salud, 2 unidades asistenciales, 2 salas anexo y 48 unidades integrales de adscripción. El sector privado a través del Departamento de Regulación y Acreditación de los Establecimientos de Salud (DRACES) reporta el registro de 6,963 establecimientos de salud privados. Dentro del sistema nacional de salud existen el hospital militar y el hospital de la policía nacional civil que atienden al personal de dichas instituciones. (9)

## Contexto de RHUS

La OMS hizo el lanzamiento de la Década de los Recursos Humanos 2006-2015 a fin de que la comunidad global, durante los diez años siguientes enfoque su atención en los retos de los recursos humanos, desarrollando y apoyando las capacidades de mujeres y hombres que trabajan en salud para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el año 2015.

En el documento Agenda de Salud de Centro América y República Dominicana 2009-2018-COMISCA se estableció el Objetivo Estratégico 6 relacionado con **Fortalecer la gestión y desarrollo de las trabajadoras y trabajadores de la salud. En esta agenda se establece la necesidad de abordar los desafíos regionalmente.** En el marco del Plan Decenal de Desarrollo de Recursos Humanos 2006-2015 debe urgirse la formación, con carácter permanente, de la Comisión Técnica Centroamericana para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud y se debe apoyar el proyecto de Centroamérica y República Dominicana de desarrollo de recursos humanos en salud que se está gestionando a través del SISCA y que tiene como propósito contar, en el ámbito regional, con políticas, estrategias y una adecuada gestión de recursos humanos en salud que sean sostenibles a mediano y largo plazo.

La política regional acordada en dicha agenda, debía alentar alianzas duraderas entre los sectores salud y educación en el plano nacional y regional, y debe promover la coordinación con el Consejo Superior Universitario Centroamericano (CSUCA) e institutos de investigación en apoyo a la formación y desarrollo de los recursos humanos. Esto debe incluir una estrategia de educación permanente para los trabajadores de salud mediante el aprendizaje en red y el uso de tecnologías para la capacitación a distancia, telemedicina y teleeducación y formación de personal en servicio, en áreas prioritarias de salud pública y para el desarrollo de una medicina intercultural. Se debe buscar la participación activa de las universidades estimulando programas regionales de estandarización de la formación

en salud, orientando esta formación, tanto en el pregrado como en el postgrado, de acuerdo a los compromisos adquiridos por los gobiernos de reorientar los sistemas de salud a la Atención Primaria de Salud.

En la Séptima Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud en Toronto, Canadá, promovida por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la salud (OPS/OMS) en el año 2005, se establecieron las áreas críticas que deben ser solventadas en el desarrollo de los Recursos Humanos de Salud entre las que se encuentran: “Ubicar a las personas adecuadas en los lugares adecuados mediante el despliegue del personal indicado a los cargos pertinentes y en los ámbitos más apropiados de los países, de manera de lograr una distribución equitativa de la cantidad y la combinación de aptitudes del personal sanitario en las diferentes regiones para que estén al nivel de las necesidades de salud específicas de esas poblaciones.” (15) (16)

Para cumplimiento de la década de los recursos humanos, declarada el 7 de abril de 2006, el MSPAS, desarrollo un PLAN NACIONAL DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS GUATEMALA, 2007-2015, en este apartado se describen las estrategias, políticas y metas nacionales para este. Las políticas servirán para dirigir la regulación, la formación y la gestión de los recursos humanos, importantes para el trabajo efectivo del sistema de salud y sus instituciones, así como para atender las necesidades de los trabajadores de salud.

Como ocurre en general en la Región de las Américas, en Centroamérica y República Dominicana el personal de salud es escaso y mal distribuido. La razón de densidad de los recursos humanos en salud de los países de la subregión son: Costa Rica y Panamá (25 por 10,000), Belice (23.8 por 10,000), República Dominicana (20 por 10,000); estos son los países con mayor número de recursos humanos en salud, con densidades mucho menos favorable se encuentran Nicaragua (16.7 por 10,000) y Guatemala (12.5 por 10,000) siendo estos los países que disponen de menor cantidad de médicos por habitante (19).

El Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala tenía registrados hasta el 31 de mayo de 2013 un total de 17,552 médicos, de los cuales se encuentran colegiados activos un total de 11,625 (20), lo da una razón de densidad de 11.64 médicos y cirujanos por 10,000 habitantes; pero el problema no es sólo de números, la distribución de los recursos humanos en salud por departamentos es claramente inequitativa. En todas las profesiones, hay mayor concentración en el área metropolitana y ciudades vecinas o con facilidades de formación como Quetzaltenango y Sacatepéquez (21). En la ciudad capital hay 30 médicos por 10,000 habitantes, mientras que en el interior del país la cifra es mucho menor, especialmente en el altiplano donde existen departamentos con menos de 1 médicos por 10,000 habitantes (21). Según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el 53 % de la fuerza laboral se encuentra en el departamento de Guatemala.

La concentración de recursos humanos en el área metropolitana y la escasez de médicos con especialidades básicas en los hospitales departamentales provocan un déficit en la capacidad de atención en los servicios de salud de la población del área rural. Además, predomina la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en las zonas ricas y urbanas, lo que supone que gran parte de la población, en especial la que vive en las

zonas rurales, tenga mayores dificultades para acceder a los servicios de salud. Se estima que un 20% de la población no cuenta con servicios de salud o su acceso a éstos es muy limitado, sobre todo en las comunidades más dispersas y alejadas. Uno de los desafíos de Toronto 2005 plantea que “todos los países de la región habrán logrado una razón de densidad de recursos humanos de 25 profesionales por cada 10,000 habitantes” para el año 2015, en todos los servicios de salud.

La formación de profesionales en salud corresponde a las universidades. Cinco de las 11 existentes en el país forman médicos y cirujanos. Se ofrecen cuatro programas en la ciudad capital y cuatro en el interior. En 2013 se incorporaron a los servicios de salud 172 médicos guatemaltecos formados en Cuba. Los odontólogos se forman únicamente en la ciudad capital, en la universidad nacional y en dos universidades privadas. El personal de enfermería egresa en cuatro niveles académicos: maestría, licenciatura, técnicos universitarios o enfermeras(os) profesionales y auxiliares de enfermería. En la formación de auxiliares de enfermería participan seis escuelas oficiales, y escuelas privadas avaladas por el Ministerio de Salud, incluyendo al IGSS. Dos universidades ofrecen una maestría en salud pública, con distintos enfoques. La formación de técnicos en diversas áreas se efectúa en escuelas del Ministerio de Salud y en instituciones privadas.

Se ha desarrollado la oferta de formación en disciplinas y áreas prioritarias en las que los perfiles de egreso han sido determinados por las necesidades de los servicios de salud y de algún modo por las competencias solicitadas, dicha situación surge de las siguientes iniciativas:

- Existe una instancia nacional que es la Coordinación Interinstitucional de Acciones Conjuntas entre el Sector Académico y los prestadores de servicios de salud (MSPAS, IGSS).
- Las Universidades han creado carreras de salud a nivel técnico y profesional en sitios donde se han detallado necesidades concretas, destacándose que se está descentralizando la formación hacia los lugares de más necesidad.
- En respuesta a las características del sistema de salud, se han reconocido enfoques y contenidos mínimos para la formación profesional en salud, modelos de atención y competencias solicitadas por las instituciones empleadoras.

La cantidad de técnicos en salud formados en instituciones reconocidas por el Ministerio de Saludes 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. (21) 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. En el estudio de caracterización de la fuerza laboral en enfermería se encontró que el 10% está en multi-empleo. No hay información sobre salarios e ingresos más allá de los contratados por el Ministerio de Salud 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.

En el 2012 se ha concluido *proceso de revisión curricular, para la formación de recurso humano del nivel técnico universitario de enfermería*, este proceso se encamino a analizar los contenidos curriculares de los distintos pensum de estudios de los programas de formación de recurso humano en enfermería a nivel técnico universitario. Inicialmente el proceso fue concebido para evaluar la pertinencia de contenidos, actualizar los mismos y definir los elementos mínimos comunes necesarios a ser incluidos en los planes de estudios, con el objeto de que se cuente con una base común que responda a las características del perfil del recurso humano en enfermería necesario en el país. Adicionalmente contempla el proceso de monitoreo de la implementación de los contenidos base y finalmente la evaluación que estos cambios producirán en la formación de este técnico. El eje transversal de revisión fue la Atención Primaria Renovada, incluyendo también elementos de interculturalidad, género y derechos, entre otros.

En la agenda de los recursos humanos se encuentra iniciar el proceso de revisión curricular para la formación de técnicos de salud. Para la formación de este recurso, se cuenta con escuelas legalizadas y reguladas por el Ministerio de Salud.

Actualmente varias instancias del Ministerio de Salud trabajan en desarrollar el *Programa de Formación de Parteras Técnicas Universitarias*. Este programa a nivel técnico universitario se diseñó para formar un proveedor con competencias técnicas en atención prenatal, del parto y manejo de complicaciones materno-neonatales y del post parto; para atender el desafío de reducir la muerte materna y neonatal. Con la implementación del programa se puede prever que se podrá avanzar en algunas metas del Desafío de Toronto 2005-2016 al incrementar la densidad del recurso humano, formar a personal que se integre al equipo de los servicios de salud proveniente de sus propias comunidades y la inclusión de elementos esenciales de Atención Primaria en Salud Renovada, Interculturalidad y Derecho a la salud. Se hacen las negociaciones para que este programa se implemente desde la Universidad de San Carlos de Guatemala. Dicho programa tiene antecedentes para el país.

La Escuela de Comadronas adscrita a la Facultad de Medicina y Farmacia funcionó de manera muy regular durante las primeras décadas del Siglo XX. Sus estudios, que empezaron con una duración de dos años, fueron ampliados y en 1923 el Presidente José María Orellana aprobó un plan de estudios que dividió las graduadas en dos clases, exigiendo tres años de estudios a las de segunda clase y cuatro años a las de primera clase.

Las parteras de primera clase podían hacer ciertas intervenciones quirúrgicas, incluyendo la episiotomía, la aplicación de fórceps y la sutura del perineo. Las mujeres que egresaron de la Escuela durante los inicios de ésta, fueron las primeras mujeres universitarias en el país. En agosto de 1924 ellas formaron la Asociación de Parteras Profesionales de Guatemala “Dr. Juan J. Ortega”, una organización que mantiene su vigencia hasta el presente. (22)

El Presidente Carlos Castillo Armas acordó en Julio de 1955 (33) con el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, Dr. Carlos Sosa Barillas, comunicó a la Universidad de San Carlos, Facultad de Medicina y Farmacia acerca del establecimiento de un “Post-graduado en la Escuela Nacional de Enfermeras especialmente para la preparación de Enfermeras Obstétricas por lo que podría suprimirse la Escuela de Comadronas (sic)”, la Junta Directiva de la Facultad, a pesar de la autonomía de la Universidad, no defendió la pertinencia de mantener la Escuela, sino decidió, el 29 de Diciembre de 1955, cerrar la inscripción para el año 1956. El Ministerio nunca llevó a cabo su propuesta de capacitar Enfermeras Obstétricas; terminando con ello un programa de formación que remonta sus orígenes al año 1,835. (22)

A la formación de Recursos en Salud el MSPAS asignó en el presupuesto de año 2013 148.8 millones de quetzales, lo que corresponde al 2.9% del presupuesto del Ministerio. Dichas asignaciones se ejecutan en los programas de formación de recursos técnicos en salud a través de las Escuelas de Enfermería ubicadas en el Departamento de Guatemala, Quetzaltenango y Alta Verapaz; el Instituto de Formación de Técnicos de Salud Rural e Inspectores de Saneamiento Ambiental y otras carreras técnicas, así como a los distintos pre y postgrados de especialidades clínicas que se realizan de manera conjunta con las Facultades de Medicina de la Universidad de San Carlos y otras universidades privadas. En el 2013 en coordinación con los alcaldes municipales y la comunidad, el MSPAS ha lanzado 2 nuevas escuelas de Auxiliares de Enfermería en los municipios de Mixco, departamento de Guatemala y Totonicapán.

Las quince escuelas formadoras de personal técnico en salud para la formación del recurso humano comprende: enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería, técnicos en rayos x, técnicos en laboratorio clínico, cito tecnólogos, técnicos en anestesia, promotores de salud rural, fisioterapeutas, técnicos en terapia respiratoria, etc.

El Ministerio de Salud, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y las facultades de medicina de cinco universidades (San Carlos de Guatemala, Rafael Landívar, Francisco Marroquín, Mariano Gálvez y Mesoamericana) pertenecen a la Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y del Sector Salud, para que con un enfoque nacional y sumando esfuerzos se aborden de forma conjunta los magnos retos para el desarrollo de los recursos humanos. Una de las acciones más importante en esta alianza es el desarrollo del Observatorio de Recursos Humanos, que es una instancia multisectorial de diálogo y cooperación que recopila, procesa, analiza y provee información sobre la fuerza de trabajo en salud. Con base en esa información emite recomendaciones para el planteamiento de políticas y otras intervenciones que contribuyan al desarrollo del potencial humano de que quienes trabajan en los servicios de salud.

Para el fortalecimiento de la gestión y administración de recursos humanos en salud, el MSPAS recibe el apoyo de OPS/OMS que conjuntamente con USAID/Proyecto Capacity, apoyan en la implementación del sistema iHRIS (Human Resources Information System), con el cual se pretende mejorar y sistematizar la información del recurso humano en salud del MSPAS, este sistema funciona en aplicación web, permite en tiempo real gestionar información estratégica del tipo, cantidad y ubicación del recurso humano, por lo que se podrán hacer mejores análisis y la toma de decisiones basada en datos se estima su primera fase de implementación a finales del 2013.

La cuarta área crítica para el desarrollo del Recurso Humano en Salud identificado en el Llamado a la Acción de Toronto fue generar relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones de salud que promueva ambientes de trabajo saludables y permitan el compromiso con la misión institucional de garantizar buenos servicios de salud para toda la población (16). En este sentido el Ministerio de Salud cuenta con más de 40 mil trabajadores en todas las categorías, de los cuales aproximadamente el 55% son presupuestados; situación que ha venido en reducción en los últimos años, por lo que la brecha para este desafío crítico en vez de reducirse se está incrementando. (23) (9). La contratación del recurso humano se efectúa por medio de diversas secciones presupuestarias que encierran personal permanente y por contratos temporales. Para el año 2011 el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social reportó en su nómina 14,361 trabajadores, donde el 91% es permanente. No se cuenta con información del subsector privado. La concentración de recursos humanos en el área metropolitana y la escasez de médicos con especialidades básicas en los hospitales departamentales provocan un gran déficit, sin embargo la inversión en capital humano no tiene un efecto importante de manera inmediata sobre la productividad, pero sus impactos a mediano y largo plazo pueden llegar a ser considerables, por lo que la distribución de los recursos humanos es un reflejo de un modelo asistencial centralizado e inclinado hacia la atención médica curativa.

En lo referente al **Gasto de Recursos Humanos para el 2011**, en el MSPAS en sus diferentes modalidades de contratación ascendió a Q. 2,238,643,619 el cual constituye el 50.26% del total del presupuesto del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Únicamente el 55% del personal trabajó ese año en renglones permanentes y un 5% adicional tuvo acceso a modalidad de contratación que le implica beneficios o sea en renglones presupuestarios 021 y 022. (23) (9)

El Ministerio de Salud Pública, ha realizado la segunda medición de las metas regionales de recursos humanos para la salud 2007-2015, estableciendo diferentes niveles de avance, los que se resumen en la siguiente tabla:

**PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE METAS DESDE 2005-2013  
(EN ORDEN DESCENDENTE)**

<b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO</b>	<b>METAS POR ORDEN DESCENDENTE</b>
<b>MAYOR PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO</b>	12, 16, 7, 5, 3, 15, 4, 13, 1, 8, 14
<b>MENOR PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO</b>	11, 19, 17, 6, 18, 2,
<b>SIN LOGROS</b>	10, 20
<b>SIN DATOS</b>	9

**EVOLUCIÓN DE LAS METAS SEGÚN RELACIÓN ENTRE LA MEDICIÓN BASAL -2011- Y LA MEDICIÓN MEDIA -2013  
(EN ORDEN DESCENDENTE)**

<b>EVOLUCIÓN DE LAS METAS</b>	<b>METAS POR ORDEN DESCENDENTE</b>
<b>INCREMENTARON</b>	14, 11, 7, 6, 15, 17, 3, 1, 18, 13
<b>DESCENDIERON</b>	8, 2, 19, 4, 5
<b>SE MANTUVIERON IGUAL</b>	10, 12, 16, 20
<b>SIN DATOS</b>	9

Existen programas en diferentes etapas de implementación para el fortalecimiento de los RHS, identificados como necesarios para el país, tomando como base las políticas de formación del Plan Decenal de Recursos Humanos; además, se han identificado oportunidades para mejorar los procesos de implementación de programas de desarrollo de los RHS. Dicha gestión será facilitada por la reestructuración del área de formación e investigación del Ministerio a implementarse en el año 2014.

Las políticas en materia de recursos humanos para el ministerio de salud (pendiente de ser ratificadas por la administración actual) y acordadas con las instituciones participantes en el Observatorio de Recursos Humanos en Salud son:

Política 1: Fomentar la formación de profesionales en ciencias de la salud para alcanzar la razón de densidad de recursos humanos en salud.  
Impacto de la política 1: Mejor atención en la salud.

Política 2: Orientar la formación del recurso humano en salud a la atención primaria renovada.  
Priorizar la contratación del recurso humano en salud orientado para el desarrollo de la atención primaria renovada.  
Impacto de la política 2: Mejor atención en salud de la población.

Política 3: Fortalecer y crear equipos de atención primaria en salud renovada.  
Impacto de la política 3: Contar con equipos de atención primaria en salud con una amplia gama de competencias.

Política 4: Incrementar la formación de recurso humano en enfermería.  
Impacto de la política 4: Alcanzar la relación de 1:1, médicos / enfermeras.

Política 5: Desarrollar procesos que gestionen el talento humano y planes para incrementar el número de integrantes del sector salud.  
Impacto de la política 5: Incremento sustancial del recurso humano calificado en salud.

Política 6: Priorizar la formación y capacitación de recurso humano en salud dirigido al área rural.

Impacto de la política 6: Reducir la brecha de distribución del personal de salud entre las zonas urbanas y rurales.

Política 7: Establecer las competencias de salud pública e intercultural que requiere el país para ofrecer una atención primaria adecuada.

Impacto de la política 7: Brindar una atención que tome en cuenta factores multiculturales entre prestadores de servicios en salud y pacientes.

Política 8: Definir las competencias de acuerdo a las funciones para mejorar la relación del comportamiento organizacional.

Impacto de la política 8: Personal más calificado para la atención integral en la salud y el cumplimiento del nuevo modelo.

Política 9: Generar fuentes de empleo en las comunidades rurales.

Impacto de la política 9: Se mejorará la comunicación entre pacientes y prestadores de servicios.

Política 10: Legislar para aplicar internacionalmente un reclutamiento equitativo.

Impacto de la política 10: Prácticas justas para la migración de profesionales y tratos justos para las plazas vacantes.

Política 11: Establecer un proceso de formación y capacitación, coordinado con las instituciones formadoras de recursos humanos para el sector salud, que se base en la cantidad de personas necesarias según el perfil epidemiológico del país.

Impacto de la política 11: El recurso humano es autosuficiente para las necesidades del sector salud.

Política 12: Homologar los procesos de incorporación de los graduados en el extranjero.

Impacto de la política 12: Aumentar la cartera de servicios y que los profesionales incorporados posean el mejor nivel que la región exige.

Política 13: Disminuir el trabajo precario en el sector salud.

Impacto de la política 13: Mejorar las condiciones laborales de los trabajadores de los servicios de salud.

Política 14: Establecer las normas de seguridad e higiene laboral para todos los trabajadores de salud.

Impacto de la política 14: Mejores condiciones laborales en el sector salud.

Política 15: Evaluar, capacitar y formar Gerentes con competencias en salud pública y gestión de la salud.

Impacto de la política 15: Mejorar la administración en los servicios de salud.

Política 16: Establecer la carrera sanitaria para reducir los conflictos laborales.

Impacto de la política 16: Prevenir los conflictos laborales.

Política 17: Formar recurso humano en salud con las competencias necesarias en la estrategia de APS renovada.

Impacto de la política 17: Recursos humanos en salud formados en APS renovada.

Política 18: Las universidades extiendan su oferta de formación hacia poblaciones sub atendidas.

Impacto de la política 18: Mayor número de técnicos y profesionales orientados a la proyección de las poblaciones sub atendidas.

Política 19: Reducir la tasa de estudiantes que inicia y no termina en el tiempo previsto la carrera en ciencias de la salud por debajo del 20%.

Impacto de la política 19: Mayor cantidad de profesionales formados en ciencias de la salud para atender a la población.

Reducir los costos de formación de recursos humanos en ciencias de la salud.

Política 20: Creación pares académicos a través SICEVAES.

Impacto de la política 20: Profesionales en las ciencias de la salud formados con los estándares internacionales.

## **Evaluación del programa de Ejercicio Profesional Supervisado de Especialidades Médicas**

El programa de ejercicio profesional de especialidades médicas, se inicia en el año 2,000 con las residencias médicas de las especialidades básicas (Ginecobstetrícia, Pediatría, Medicina Interna, Cirugía, Traumatología, Anestesiología y Radiología) del Ministerio del Salud Pública y Asistencia Social y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; ha consistido en extender paulatinamente la atención especializada a todo el territorio nacional en el último año de la especialización, desconcentrando la densidad de especialidades, y contribuyendo a incrementar la capacidad resolutive de Hospitales Departamentales, Distritales y más recientemente a servicios de segundo nivel de atención, específicamente a los Centros de Atención Integral Materno Infantil - CAIMI; fortaleciendo a su vez la red de referencia y respuesta; más recientemente este programa abarca las especialidades de Neonatología, Urología, Patología, Neurocirugía, Nefrología, Infectología de adultos y pediátrica, Gastroenterología.

### **a) Árbol de consulta y decisiones del programa.**

El proceso pasa por etapas de formulación inicial del anteproyecto, consenso técnico, aprobación de las instituciones relacionadas, socialización análisis y modificaciones del proyecto por los actores involucrados, fase de prueba, planificación operativa y presupuestaria y lanzamiento. Muchas acciones ocurrieron simultáneamente y en algunos casos se tuvo que retroceder a etapas previas.

Los principales actores por instancia se resumen en el cuadro siguiente:

<b>Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social</b>	<b>Facultad de Ciencias Médicas Fase IV- USAC</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ministro de Salud</i></li> <li>• <i>Viceministerio de Hospitales</i></li> <li>• <i>Viceministerio Administrativo</i></li> <li>• <i>Viceministerio Técnico</i></li> <li>• <i>Dirección General del Sistema de Atención en Salud-D-SIAS</i></li> <li>• <i>Coordinación Interinstitucional</i></li> <li>• <i>Dirección de hospitales incluidos en el programa</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Consejo Superior Universitario</i></li> <li>• <i>Junta Directiva de la Facultad</i></li> <li>• <i>Dirección de Fase IV</i></li> <li>• <i>Comité de Fase IV</i></li> <li>• <i>Dirección de Escuela de Estudio de Postgrado</i></li> <li>• <i>Delegados institucionales para integrar comisiones específicas</i></li> </ul>
<b>IGSS</b>	<b>Residentes de Especialidad</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Gerente General del IGSS</i></li> <li>• <i>Subgerencia de prestaciones en salud</i></li> <li>• <i>Director de docencia</i></li> <li>• <i>Coordinador de Post Grados de especialidades clínicas</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Residentes del Hospital San Juan de Dios.</i></li> <li>• <i>Residentes del Hospital Roosevelt.</i></li> <li>• <i>Residentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social</i></li> <li>• <i>Residentes del Hospital Regional de Occidente</i></li> <li>• <i>Residentes del Hospital de Salud mental</i></li> <li><i>Los residentes de cada lugar nombraron sus representantes</i></li> </ul>

Este grupo de actores les correspondió atender diversas situaciones lo que represento importantes desafíos, tanto al interno como afuera de sus instituciones. Se debe señalar que existió decisión y compromiso político de las autoridades de cada institución, lo que fue determinante; sin embargo de manera explícita o no, hubo oposición y obstáculos al proyecto por diferentes motivos (desconocimiento, resistencia al cambio, oposición de los afectados, etc). En el siguiente cuadro se resumen las situaciones más significativas y las decisiones o acciones tomadas para superar las mismas.

<b>Actores</b>	<b>Situación</b>	<b>Como afectaba</b>	<b>Qué decisión se tomo</b>
MSPAS	El MSPAS decide iniciar un proceso para dotación de médicos especialistas para la red del interior del país. Plantea el proyecto a autoridades de la Facultad de Medicina	Se debía obtener el aval de la USAC para instituir este programa como parte de la formación de especialistas.	Desarrollar reuniones de cabildeo y presentación del proyecto.
USAC-FCCMM	La Facultad de Ciencias Médicas de la USAC, analiza la implementación del proyecto y forma una comisión técnica para establecer los mecanismos de implementación del mismo.	Esta comisión establece que el programa debe desarrollarse en hospitales del interior del país que necesiten recurso humano calificado en especialidades clínicas.	El área de estudios de postgrado, analiza el proyecto y en forma conjunta con el MSPAS lo estructura y lo aprueba a través de Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas y Consejo Superior Universitario
MSPAS, FCCMM-USAC e IGSS	La necesidad de formalizar los compromisos interinstitucionales que trascendieran los periodos de administración.	En época de eventos electorales y con recientes cambios de autoridades de la facultad, podría ponerse en riesgo el cumplimiento de los compromisos institucionales.	Tras un proceso de socialización se firma carta de entendimiento entre las instituciones Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Facultad de Ciencias Médicas - USAC y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Actores	Situación	Como afectaba	Qué decisión se tomo
			En el año 2000 se emite el Acuerdo Gubernativo 27-2000 que establece el año de EPS-EM para el MSPAS.
MSPAS Coordinación de Hospitales, apoyo de OPS. USAC-FCCMM	Condiciones de la red hospitalaria insuficientes en recurso humano especializado en medicina, falta de equipo e insumos.	Dificultad para la provisión de servicios de especialidad y por ende de la implementación de la práctica de EPS-EM.	Se realizó una fase inicial de implementación en forma voluntaria por los estudiantes de especialidades médicas y se hizo un análisis FODA de la experiencia que sirvió para su generalización a la red hospitalaria nacional. Se dio la readecuación paulatina de los servicios, su equipamiento y mejoras en sus procedimientos. Se realiza estudio de caracterización rápida de las condiciones de la red hospitalaria nacional apoyada por OPS.
Residentes, Comisión interinstitucional	Inconformidad de los residentes pues se cambiaba las condiciones del pensum de estudios agregando un año más a la especialidad lo que difería del plan original de estudios de la especialidad.	Esta inconformidad de los residentes podría retrasar el inicio del programa hasta la cohorte que iniciara sus estudios ya con este año implementado académicamente.	Previo a la fase de implementación del programa se adopta postura flexible de negociación con los residentes a quienes afectaría el programa por el cambio en su plan de estudios. Lagunas acciones incluyeron: 1. Equiparar la jefatura de residentes con el EPS-EM 2. Exonerar a los que pudieran demostrar que habían sido recibidos en un programa de formación en el extranjero y cuya duración era igual o mayor a un año. 3. Mejorar las condiciones de contratación, por lo que se incrementó el salario (estipendio) y otras prestaciones a otorgar, haciendo este programa muy atractivo económicamente. 4. Se brindaran oportunidades de un contrato por un año adicional al terminar el EPS
Residentes de especialidades.	Expectativas con respecto al proceso de escogencia del sitio donde se realizaría el EPS-EM	Posibilidades de insatisfacción por el lugar que les tocaría para la práctica. Se debía evitar el tráfico de influencias.	Se sometió a análisis y discusión la propuesta de criterios para la escogencia de sitios de práctica hasta llegar a consenso con representación de los residentes a fin de incorporar sus intereses  Se creó programa informático que reunió los criterios acordados y su ponderación para la escogencia del sitio de práctica.  Se elabora el normativo del EPS-EM que establece los mecanismos de escogencia de áreas de práctica y se socializo el mismo.  El MSPAS y el IGSS hicieron la priorización de las áreas de práctica.
MSPAS	Necesidad de elaborar un nuevo acuerdo gubernativo que incluyera esta nueva categoría de residentes.	El acuerdo gubernativo anterior no establece un renglón presupuestario para gastos de alimentación, hospedaje y transporte.	Socialización del nuevo Acuerdo Gubernativo ante la Dirección General de Presupuestos.

Actores	Situación	Como afectaba	Qué decisión se tomo
Residentes EPS-EM y directores de hospitales participantes del programa	Asignación de tareas de otras áreas que no son de la especialidad.	Ante la escases de médicos en los hospitales, las autoridades locales asignaban tareas que no correspondían a la especialidad, generando descontento en los especialistas	Se realizó inducción a las autoridades hospitalarias sobre el programa y los roles de cada actor.  Se socializa el normativo del EPS-EM en forma continua con los directores de los hospitales.
Comité Central del EPS-EM	Expectativa sobre roles y responsabilidades en el EPS-EM por parte de los residentes que estarían en el programa.	La falta de claridad de roles y responsabilidades, podría afectar el desempeño del programa	Se socializó el normativo el cual establece las funciones y atribuciones del EPS-EM.
MSPAS, USAC - Fac. CCMM, IGSS, Residentes en EPS-EM	Tras haber sorteado los obstáculos políticos, legales, normativos, académicos, presupuestarios, logísticos, de infraestructura y equipamiento básico, finalmente se implementa el programa de EPS-EM.	Una ceremonia de inauguración podría dar la formalidad y realce al programa así como el respaldo político necesario.	Lanzamiento por autoridades del programa de EPS-EM. Dichas actividades incluyeron en su momento un programa especial y conto con la participación del Presidente de la República, El Ministro de Salud, El Gerente del IGSS y el Decano de la Facultad de Medicina de la USAC, así como miembros de las comisiones y el grupo de residentes de especialidades básicas.

Los comisiones de trabajo, integrada por representantes de cada institución elaboraron el proyecto el cual es presentado ante las autoridades académicas para su aprobación.

Con la convicción de que este sería un proyecto que beneficiará a la población y atenderá necesidades particulares de la red hospitalaria nacional el Presidente de la República, el Ministro de Salud, el Gerente del IGSS y el Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC, el 17 de Diciembre de 1998, se inauguraron una fase preliminar que antecede a la implementación del EPS-EM, dicho proceso consistió en ubicar a 52 especialistas recién graduados en Medicina Interna, Pediatría, Ginecobstetricia, Cirugía, Traumatología y Anestesia en 12 hospitales departamentales, dicho proceso se inicio el 2 de enero de 1,999. Durante ese año se inicia las visitas de monitoreo y seguimiento mensuales a los hospitales participantes de esta fase preparatoria al programa.

La Junta Directiva de la Facultad de Ciencias médicas de la USAC aprueba este programa a través del acta 42-98 avala el EPS-EM y lo remite al Consejo Superior Universitario, máximo órgano de la Universidad de San Carlos, quien el 7 de Julio de 1999 lo aprueba con el acta 21-99. Tras haberse obtenido la aprobación de las autoridades de cada institución, se pasa a la fase de implementación del proyecto.

Esta fase de implementación tuvo distintos escenarios y en cada uno de estos diferentes actores.

En el aspecto académico fue necesario:

- Adecuación de programas académicos: Dentro del plan de implementación, la fase IV coordina con cada una de las especialidades para la readecuación del pensum de estudios a fin de incluir en ellos el EPS-EM. Esta readecuación también implicó que para obtener el reconocimiento de la especialidad por parte de la universidad era necesario completar dicha práctica.

- Formulación y presentación ante Consejo Superior Universitario para la aprobación del EPS-EM y este el 7 de Julio de 1999 con el acta 21-99 aprueba el proyecto de creación del EPS-EM.
- Elaboración y socialización de normativo para el programa de EPS-EM para su aprobación ante las autoridades. Este proceso por ser de interés interinstitucional también implicó su presentación a:
  - o Comisión Interinstitucional: Se presenta para análisis y discusión del normativo del programa de EPS-EM
  - o Representantes de los residentes,
  - o Comité de Fase IV, luego es elevado a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC, quedando aprobado por esa instancia el 7 de Octubre de 1999 a través del acta 23/99.

Desde las instituciones MSPAS, IGSS y USAC

- Elaboración del plan para la implementación del EPS enero-1999 por el comité interinstitucional.
- Elaboración de un nuevo Acuerdo Gubernativo 27-2000 el cual modifica el Acuerdo Gubernativo 117-86. Con el nuevo acuerdo gubernativo se establece un nivel más al programa de residencias médicas y se establece el salario para el EPS-EM.
- Censo Nacional de Hospitales, para caracterizar las condiciones hospitalarias y determinar su participación en el programa.
- Selección de 23 hospitales para el programa y número de plazas para cada hospital por especialidad
- Se socializan los criterios para el proceso de escogencia de hospitales de práctica, y tras el análisis y aportes de los diferentes actores se oficializa la metodología; la cual queda incorporada al normativo del programa.
- Creación de programa informático que interrelaciona los datos de la escogencia con los criterios establecidos para la distribución de residentes por hospital.
- Distribución de 100 residentes para el EPS-EM en los Hospitales del MSPAS y un número importante para los hospitales del Seguro Social.
- Se diseñó un programa de inducción al EPS-EM sobre las funciones y atribuciones del residente que incluyó el análisis FODA de la fase piloto del programa.
- Inauguración del programa por autoridades con representación de la entidad formadora y las entidades prestadoras de servicios (USAC-FCCMM, MSPAS, IGSS)

### **Los éxitos, dificultades, desafíos y lecciones aprendidas en la implementación del programa.**

Hay coincidencia entre los actores en la percepción del problema al cual se dirigía el programa EPS-EM. Muchos de los desafíos no fueron identificados desde un principio, sin embargo, derivado de la voluntad política al más alto nivel y con la adecuada selección de los integrantes de las comisiones, estos sentaron las bases para un programa que tras doce años de implementación continua desarrollándose y valorándose; las perspectivas de logro del proceso de implementación podría resumirse en lo siguiente:

- Creación del marco legal y normativo para la implementación del EPS-EM (acuerdo gubernativo para el caso Ministerio de Salud Pública, Acuerdo de Gerencia para el

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Aprobación de la práctica de EPS-EM y su normativo y la readecuación curricular ante Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas y Consejo Superior Universitario de la USAC.)

- La adecuación de programas académicos para la inclusión de la práctica.
- Asignación ininterrumpida de los recursos financieros por parte del MSPAS e IGSS para el programa desde el año 2,000 hasta la fecha.
- Dotación a los hospitales del interior del país de médicos en el último año de la especialización, incrementándose cada año el número de residentes y de hospitales en el programa abarcando de 12 hospitales en la fase preliminar hasta 43 hospitales en la actualidad.
- Aplicación del nuevo programa académico a las nuevas cohortes de residencia de especialidades médicas, quedando sistematizado y agregándose nuevas especialidades al programa.
- Se ha incrementado el tipo, calidad y productividad de servicios de especialidad de los hospitales del interior del país.
- Con la llegada de residentes de especialidad, se han implementado nuevos procedimientos y conductas en el área hospitalaria.
- Se han mejorado las condiciones y calidad del sistema de referencia y respuesta, reduciendo referencias innecesarias hacia hospitales de la ciudad capital.
- Se han implementado programas de residencia en hospitales nuevos, fuera de la ciudad capital.

Este programa ha pasado por importantes retos, algunas de las cuales han sido superadas y otras reinciden cada año. Al inicio del proceso los actores coinciden que implicó muchos esfuerzos superar los siguientes desafíos:

- Sustentar políticamente el proyecto académico del Ejercicio Profesional de Especialidades Clínicas, en la Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas Fase IV, teniendo en cuenta las implicaciones que esto tendría y las implicaciones políticas que podría tener para las autoridades universitarias de turno.
- Aceptación del programa por parte de los residentes, por cambio en el programa de residencia y los contratos vigentes.
- Asignación presupuestaria por parte del MSPAS e IGSS para el programa que implicaba un nuevo nivel salarial y prestaciones, así como bono para los gastos.
- Diseño de un proceso metodológico para la escogencia de hospitales que garantice la satisfacción de los estudiantes.
- Creación de condiciones de infraestructura, equipamiento, insumos y suministros para la práctica de especialidades en los hospitales del interior del país.
- Reglamento de práctica a fin de delimitar las funciones y responsabilidades de los residentes en su EPS-EM.
- Modificación legal del acuerdo gubernativo para legalizar la práctica y la ejecución presupuestaria del programa.

Cada una de estas situaciones fueron críticas en su momento, pero fueron superadas para arrancar el programa. Algunas de estas se preveían en el diseño y otras no, y algunas aun siguen siendo materia pendiente, tales como:

- Optimizar la gestión del desempeño de los residentes de especialidades, para ello es necesario un programa de supervisión fuerte, que se desarrolle a partir de la supervisión integral de los servicios de salud

- Agregar mayor valor académico a la práctica de EPS-EM; pues siendo este un año académico, debe desarrollarse mecanismos para continuar con la formación del profesional.

### **Lecciones aprendidas de la implementación de los programas o iniciativas de RHS**

- El MSPAS debe asumir un **rol protagónico y liderar** la planificación, coordinación e implementación de las iniciativas en RHS, asumiendo la rectoría de la salud delegada legalmente en ley del Organismo Ejecutivo.
- Para que las iniciativas de RHS funcionen, es necesario identificar, sensibilizar e involucrar a los distintos actores del **sistema de salud**, tomando en cuenta los desafíos que se prevean. Esta preparación no solo implica aspectos de infraestructura, equipamiento y logística, si no también implica adaptar el contexto para hacer florecer las iniciativas planteadas, involucrar a los miembros de los equipos de salud en sus distintos niveles.
- Los procesos de RHS en general requieren una **visión común de los actores**. En el caso de Guatemala el funcionamiento coordinado de la Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y el Sector Salud conformada por representantes de las universidades (pública y privadas), Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, la Cooperación Técnica de OPS/OMS y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como rector; ha generado un espacio de coordinación de donde emanan lineamientos, acuerdos y convenios orientados a mejorar las condiciones del recurso humano en salud en todo el sector.

### **Del programa Ejercicio Profesional Supervisado de Especialidades Médicas**

- En este caso, fue determinante la decisión política y la sinergia entre las instituciones, pues a partir de ella, los equipos técnicos para este programa en particular, identificaron un fin común y las oportunidades para viabilizar el proyecto.
- Los actores claves deben ser personas apasionadas por los proyectos de cambio, con liderazgo para enfrentar los desafíos y la resistencia y debidamente respaldados por las autoridades de las instituciones que representan; pareciera que este es un factor crítico para el éxito en la implementación del programa.
- Se requiere flexibilidad en la negociación. Cuando el cambio afecta a las personas, es importante incorporar sus perspectivas y de ser posible, compensar a los afectados.

Ejemplo de esta lección aprendida fue la situación con los residentes de especialidad con quienes se inició el proceso: para el caso de Guatemala el programa inicia con una cohorte de estudiantes de especialidades médicas a los cuales se les cambio las condiciones de sus contratos y el pensum de estudios, por ello se negociaron condiciones para reducir la resistencia a la implementación del programa; entre ellas: a. readecuación de salarios y

prestaciones hacia un nuevo nivel salarial, lo que implicó un significativo incremento a lo devengado en los años previos, lo que también incluyó un bono para financiar los gastos en que se incurrirían por esa práctica (lavado de ropa, traslados, alimentación y vivienda); b. Se incorporaron sus observaciones al reglamento de la práctica, c. Se equiparó la Jefatura de residencias con el EPS-EM, d. Exoneración de la práctica a los residentes que comprobaron haber sido aceptados en un programa de formación en el extranjero, e. Se estableció en forma conjunta la metodología para el proceso de escogencia del sitio de práctica.

- Se necesita que cada entidad asuma el rol que le corresponde.
- Algunos tecnicismos pueden obstaculizar los proyectos, para este programa al requerirse que los hospitales fueran acreditados para ser incluidos en el programa de EPS-EM obstaculizaba la viabilidad del proyecto.
- Los cambios no ocurren aisladamente, al dotar de RRHH a los hospitales, llevó implícito que se debían hacer mejoras en la infraestructura, equipamiento, preparación de los equipos locales de salud, a la población, autoridades locales etc.

### **Los factores que contribuyeron al logro de los resultados esperados**

- El apoyo político de las autoridades quienes convencidos del beneficio del proyecto, tomaron las decisiones para impulsar el proyecto en cada una de sus fases.
- Los delegados de las instituciones participantes, asumieron un rol muy activo para procurar la ejecución del proyecto. En este sentido la asignación y respaldo hacia los actores claves es determinante dado los desafíos que se enfrentaron.
- La asignación de los recursos para el programa, en una proporción adecuada para cumplir con los compromisos asumidos.
- La realidad del problema hospitalario nacional, que desde diferentes perspectivas era irrefutable; por lo que los objetivos del programa eran identificables desde la óptica de los actores y sus intereses institucionales los cuales se integraron, siendo esta una verdadera experiencia de coordinación interinstitucional.

### **Las brechas que todavía existen para alcanzar los objetivos del programa EPS-EM.**

Para una mejor comprensión de los resultados del programa y de las brechas que persisten, se considera necesario hacer una evaluación formal del programa para mejorarlo; atendiendo a las lecciones aprendidas, reenfocándolo de ser necesario hacia las nuevas necesidades de la población, de la integración y desarrollo del sistema de salud y de la formación integral de los residentes.

- Es una materia pendiente el fortalecimiento del proceso de supervisión interinstitucional de los residentes de Especialidades Médicas, que apoye la mejora en el desempeño integral del residente en las áreas de asistencia, docencia e investigación.

- Agregar valor académico a la práctica de EPS-EM a través de mejoras al curso de Gerencia Clínica y otros cursos que integren la capacidad del residente entre las áreas clínicas y de gestión de la salud.
- Definir indicadores y metas al programa en sus diferentes componentes de atención, de docencia e investigación; creando mecanismos para la captura, procesamiento y análisis de información.
- Mejorar el proceso de inducción a fin de que el residente conozca las expectativas de desempeño que el sistema tiene de su incorporación al programa

### **La contribución del programa para fortalecer y mejorar el desarrollo de personal de salud y la prestación de servicios de salud.**

Este programa incide en que se mejore el desempeño de las instituciones de salud a partir de los siguientes procesos:

- Procesos de docencia a personal de salud que se extiende en algunos casos a otros temas más allá de la especialidad.
- Mejoras en los procedimientos para la atención, el cuidado y seguimiento de los pacientes.
- Reducción de riesgos laborales al implementarse mejores prácticas, las cuales son habituales en los hospitales donde se formaron los residentes.
- Introduce innovación al servicio pues los residentes de especialidad han pasado por un proceso intenso de formación con los paradigmas más recientes de la atención a los problemas de salud de la población. Esto debe valorarse con cuidado, pues si no se aplica criterio adecuado, esto puede constituirse en un riesgo para el sistema, pues podría encarecer la atención al inducir el uso de recursos más costosos.
- Induce la educación médica continua de otros profesionales del servicio, que no desean sentirse obsoletos en sus conocimientos.
- Mejora el conocimiento de los problemas de salud al realizar pequeñas investigaciones operativas en el área de su especialidad, por lo que el resto del equipo mejora su conocimiento del comportamiento de estos problemas en la población de influencia.

Derivado de la implementación de este programa los actores consideran que no hay evidencia cuantitativa para medir los efectos del programa sobre la provisión de los servicios, sin embargo hay acuerdo que el mismo ha tenido efecto positivo en las siguientes áreas:

- La atención primaria se expandió
- La eficiencia del programa aumentó
- La efectividad del programa ha mejorado
- Equidad de los servicios
- El acceso a servicios ha mejorado
- La integralidad de la atención mejoró
- La satisfacción del paciente aumentó
- Los tiempos de espera de los pacientes se han reducidos
- Las tasas de reingreso de pacientes se han reducido
- Porcentaje de los servicios prestados por personal cualificado aumentó

### **Programa futuro de nuevas intervenciones, investigación y formación.**

Hay interés en las autoridades en continuar avanzando y con motivo de la segunda medición de las metas de Recursos Humanos en Salud, se logra identificar el interés en el mediano plazo las siguientes iniciativas:

- Continuar con las revisiones curriculares en distintos niveles y disciplinas de salud basadas en el perfil epidemiológico y las necesidades del país.
- Programas encaminados a la mejora de condiciones de trabajo del recurso humano en salud (ambientes laborales adecuados, equipamiento, higiene y seguridad laboral, entre otros)
- Programa de desarrollo de gestión en recurso humano en salud para personal clave del Ministerio de Salud
- Mejorar los programas de formación, regionalizarlos para atender las brechas en APS.
- Junto a las instituciones formadoras analizar la implementación de nuevas especialidades en los campos de Medicina Familiar, Epidemiología y Atención Primaria de acuerdo con las necesidades y perfiles de salud que requiere el país.
- Fortalecer los programas de pregrado y postgrado existentes, actualizar los programas de pregrado y especialidades con las instituciones educativas que los implementan.
- En relación al Programa de EPS-EM, se realizarán nuevos análisis para reformarlo con un abordaje integral, toda las especialidades de cada EPS y además se estará ampliando la cobertura del mismo, de acuerdo a las necesidades de cada región.
- En cuanto al Programa de Formación Técnica Universitaria de Partería. En el año 2014 se iniciará este programa en las regiones con mayor problema de Salud Materno-Infantil, se privilegiarán a las participantes de la región y serán becadas. Al finalizar la formación serán contratadas para trabajar en sus áreas de origen.
- Proceso de revisión curricular para la formación de recurso humano del nivel técnico universitario de enfermería: Este proceso deberá iniciar el seguimiento de los compromisos adquiridos por todas las instituciones educativas y de salud participantes: avances de los programas en los siguientes aspectos: Contenidos de las asignaturas, de la evaluación de la enseñanza aprendizaje, Evaluación de alumnos y de los profesores, del impacto de dicha intervención unificada.
- Ley de Carrera Sanitaria: aquí se trata de desarrollar el perfil o profesiograma de los trabajadores, reducir la brecha de trabajo precario y modificar el tipo de contratación. Ubicar a las personas en los lugares correctos de acuerdo al perfil que se requiere y con remuneración digna.

### **Descripción de los pasos y la metodología para la recolección de datos y entrevistas.**

Para el desarrollo de la evaluación de programas e iniciativas de recursos se ha seguido el proceso siguiente:

- a. Conformación de un equipo de evaluación con la participación de miembros de la Coordinación Interinstitucional, consultor de recursos humanos de la OPS y consultor externo contratado para apoyar el proceso.
- b. Se realizó inventario de las iniciativas de recursos humanos, las cuales el país implementa y que contribuyen a hacer frente a los problemas prioritarios de recursos humanos
- c. Descripción breve de dichas iniciativas, identificando a que meta regional se encuentran vinculadas. (llenado del instrumento 1 de la metodología para evaluación de programas de recursos humanos en salud)

- d. Se identificaron y aplicaron los criterios para la selección de la iniciativa/programa a documentar.
- e. Se preparó un plan de trabajo
- f. Se identificaron actores clave que han participado en las diferentes etapas del programa a documentar
- g. Se realizó una revisión de todo el marco de la evaluación para el programa elegido
- h. Se identificaron fuentes de información y posibles actores clave
- i. Se procedió a la recopilación de evidencia documental del programa, utilizando para ello el instrumento No. 2. La información que no fue posible llenar con evidencia documental, se recopiló con entrevista a algunos protagonistas (representantes de cada institución participante) de cada etapa de desarrollo del programa
- j. Se procedió a hacer las entrevistas al personal clave, utilizando como guía el proceso sugerido en el instrumento 3.
- k. Se han realizado dos reuniones regional virtuales de avances vía elluminate
- l. investigación documental para la descripción del contexto.

## Bibliografía

1. Mapa de división político-administrativa. *Universidad de San Carlos de Guatemala*. [En línea] 2006. [Citado el: 29 de Agosto de 2013.] <http://www.usac.edu.gt/~usacneur/mapas>.
2. Guatemala en Cifras. *Banco de Guatemala*. [En línea] 04 de 2013. [Citado el: 1 de 09 de 2013.] [http://www.banguat.gob.gt/Publica/guatemala\\_en\\_cifras\\_2012.pdf](http://www.banguat.gob.gt/Publica/guatemala_en_cifras_2012.pdf).
3. *Pobreza y desarrollo, un enfoque departamental*. Guatemala : INE-ENCOVI, 2011.
4. ENSMI 2008-2009. *INE*. [En línea] junio de 2009. [Citado el: 7 de 9 de 2013.] [http://www.ine.gob.gt/np/ensmi/Informe\\_ENSMI2008\\_2009.pdf](http://www.ine.gob.gt/np/ensmi/Informe_ENSMI2008_2009.pdf).
5. Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos. *INE*. [En línea] 18 de 07 de 2012. [Citado el: 1 de 9 de 2013.] [http://www.ine.gob.gt/np/enei/enei%202012/publicaciones/presentacion\\_ENEI2012.pdf](http://www.ine.gob.gt/np/enei/enei%202012/publicaciones/presentacion_ENEI2012.pdf).
6. SEGEPLAN-MIDES. *Informe Anual 2012 Política de Desarrollo Social y Población*. Guatemala : s.n., 2012.
7. BCIE. *Ficha estadística de Guatemala*. [En línea] 12 de Diciembre de 2012. [Citado el: 11 de Septiembre de 2013.] <http://www.bcie.org/uploaded/content/article/1285334126.pdf>.
8. Seguridad Social de Guatemala. *ASIES*. [En línea] 2002. [http://www.asies.org.gt/sites/default/files/articulos/publicaciones/momento\\_9-2002.pdf](http://www.asies.org.gt/sites/default/files/articulos/publicaciones/momento_9-2002.pdf).
9. MSPAS. *Diagnóstico Nacional de Salud*. Guatemala : s.n., 2012.
10. CONALFA. *Estado situacional del proceso de alfabetización en Guatemala*. Guatemala : s.n., 2012.
11. Propuesta para mejorar la salud materno infantil. *CIEN*. [En línea] 24 de 11 de 2011. [Citado el: 07 de septiembre de 2013.] [http://mejoremosguate.org/cms/content/files/diagnosticos/sociales/Propuesta\\_salud\\_materno\\_infantil.pdf](http://mejoremosguate.org/cms/content/files/diagnosticos/sociales/Propuesta_salud_materno_infantil.pdf).
12. OMS, Observatorio mundial de la salud. [En línea] 2009. [Citado el: 1 de 9 de 2013.] <http://www.who.int/countries/gtm/es/>.
13. World Development Indicators: Health Systems. *The World Bank*. [En línea] 2011. [Citado el: 1 de 9 de 2013.] <http://wdi.worldbank.org/table/2.15>.
14. Ley del Organismo Ejecutivo Decreto . *Congreso de la República de Guatemala*. [En línea] [Citado el: 01 de 09 de 2013.] <http://leydeguatemala.com/organismo-legislativo/ministerio-de-salud-publica-y-asistencia-social/8344/>.
15. Caracterización del Recurso Humano Médico en Guatemala. *Facultad de Ciencias Médicas USAC*. [En línea] junio de 2008. [Citado el: 7 de septiembre de 2013.]
16. *Llamado a la Acción de Toronto*. OPS/OMS. Toronto : s.n., 2005.
17. OMS, 66.a Asamblea. *Personal de salud: adelantos en las respuestas a la escasez y la migración y preparación ante las nuevas necesidades*. 2013.
18. Nursing Midwifery Services, Strategic Directios 2011-2015. *World Health Organization*. [En línea] january de 2011. [Citado el: 09 de septiembre de 2013.] [http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_HRH\\_HPN\\_10.1\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HPN_10.1_eng.pdf).
19. Observatorio Centroamericano de Recursos Humanos en Salud. *Medición y monitoreo de mets regionales*. [En línea] 2013. [Citado el: 09 de Septiembre de 2013.] <http://www.observatoriorh.org/centro/?q=node/20>.
20. Guatemala, Colegio de Médicos y Cirujanos de. *Informe de colegiados activos, solicitado por la Comisión Interinstitucional del MSPAS*. Guatemala : s.n., abril, 2013.
21. OPS-OMS. Observatorio de Recursos Humanos en Salud - Guatemala. [En línea] 2013. [Citado el: 7 de septiembre de 2013.] <http://www.observatoriorh.org/guatemala/?q=node/52>.
22. (borrador), Comisión de Partería del MSPAS. *Programa de Formación de Parteras Técnicas Universitarias*. Guatemala : s.n., 2013.
23. *Análisis de la Realidad Nacional*. IPNUSAC. 35, Guatemala : USAC, 2013-. ISSN 2227-9113.
24. Global Health Observatory Data Repository. *World Health Organization*. [En línea] 2012. [Citado el: 1 de 9 de 2013.] <http://apps.who.int/gho/data/node.main.78?lang=en>.
25. Gasto en salud per cápita. *El Banco Mundial*. [En línea] 2011. [Citado el: 1 de 9 de 2013.] <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PCAP/countries>.
26. Annual report 2010, Guatemala. *Unicef*. [En línea] 01 de 2011. [Citado el: 1 de 9 de 2013.] [http://www.unicef.org.gt/1\\_recursos\\_unicefgua/informes/Unicef%20Annual%20Report%202010%20Guatemala.pdf](http://www.unicef.org.gt/1_recursos_unicefgua/informes/Unicef%20Annual%20Report%202010%20Guatemala.pdf).
27. Boletín Estadístico Afiliación. *IGSS*. [En línea] 2012. [Citado el: 7 de septiembre de 2013.] [http://www.igsgt.org/subgerencias/boletin\\_afiliacion2012.pdf](http://www.igsgt.org/subgerencias/boletin_afiliacion2012.pdf).
28. Investigaciones Sobre Recursos Humanos. *Observatorio de Recursos Humanos en Salud*. [En línea] 2008. [Citado el: 7 de septiembre de 2013.] <http://www.observatoriorh.org/guatemala/?q=node/54>.