

Bases para el Desarrollo del Plan de Recursos Humanos en Salud de Centroamérica y República Dominicana



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Documento elaborado por el Dr Juan Arroyo a solicitud de OPS/OMS.
Este documento incluye información recolectada directamente en los países, mediante entrevistas a informantes calificados, así como investigación documental y bibliografía calificada y de acceso libre.

El contenido del documento es responsabilidad del consultor y no expresa el posicionamiento de la Organización Panamericana de la Salud.

Contenido

1.1. Tipología de países: ¿La región, punto de partida o de llegada?	4
1.2. Determinantes sociales de los recursos humanos en salud	5
1.3. Sistemas de salud: modernización y atención primaria	14
1.4. Disponibilidad y distribución: el centro de las políticas de REHUS	17
1.5. Régimen laboral y remuneraciones	21
1.6. La gestión de recursos humanos	25
1.7. El boom de postgrados y la acumulación de capacidades	26
1.8. La formación en salud: ampliación sin necesariamente calidad	27
1.9 La débil rectoría del campo de recursos humanos	28
CAPÍTULO II: LINEA BASAL DE LOS RECURSOS HUMANOS DE SALUD	30
CAPÍTULO III: SITUACION DE LOS RECURSOS HUMANOS POR INDICADORES Y PAÍSES	43
3.1. DISPONIBILIDAD INSUFICIENTE: EL CASO DE LOS MÉDICOS Y ENFERMERAS	43
3.2 DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS DE LA SALUD	45
3.3 DÉFICIT DE ESPECIALISTAS	53
3.4 MIGRACIONES	55
3.5 REMUNERACIONES	58
3.6 CONDICIONES LABORALES	62
3.7 RÉGIMEN DE CONTRATACIÓN	63
3.8 RECTORÍA DE LA FORMACIÓN	67
3.9 FORMACIÓN DE AGENTES COMUNITARIOS O PROMOTORES DE SALUD	70
3.10 CAPACITACIÓN DE LOS REHUS EN SERVICIO	70
3.11 CONFLICTIVIDAD LABORAL	71
3.12 RECTORÍA DEL CAMPO DE RECURSOS HUMANOS	72
BIBLIOGRAFÍA	78

CAPITULO 1: PANORAMA GENERAL

1.1. Tipología de países: ¿La región, punto de partida o de llegada?

El primer problema que afronta todo intento de planificación y promoción del desarrollo de recursos humanos en salud con una perspectiva de acción conjunta regional es tomar nota de la heterogeneidad centroamericana. ¿Cuánto se parecen los países centroamericanos, más allá de la vecindad geográfica o climática? ¿Se parecen en salud? ¿Es posible una sola política centroamericana, o se requiere más bien, dentro de lineamientos regionales generales, énfasis de política distintos por países? ¿Transgrede el objetivo de la integración tomar nota de estas particularidades o no?

Una mirada panorámica revela la existencia de por lo menos cuatro perfiles de países o agrupamientos de países, con implicancias para el campo de la salud, sus sistemas de atención y sus recursos humanos. Éstos son:

- a) Los países del norte, el grupo CA-4: El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua;
- b) Los países del centro-sur: Costa Rica y Panamá;
- c) Belice, con fuerte legado del Reino Unido; y
- d) República Dominicana.

Se puede afirmar, con base a la literatura y data existente, que el istmo en general tiene dos grandes fisonomías, la del centro-sur, más rico, y la del norte, más pobre.

Por diferentes razones históricas, que van más allá del objetivo del presente documento, los países de la zona centro-sur (Costa Rica, Panamá) tienen productos brutos per cápita más elevados, mayor gasto público social, menos pobreza y desigualdad, menores niveles de violencia y más institucionalidad y estabilidad política.

El grupo de países del CA-4, de la zona norte del istmo, es el que tiene una fisonomía más problemática, en términos de productos brutos menores, gasto público social exiguo, mayor pobreza y desigualdad, niveles de violencia altos, débil institucionalidad y poca estabilidad política.

Costa Rica y Panamá han logrado un perfil diferente, el primero en base a su posicionamiento histórico como país líder en políticas de desarrollo humano desde varias décadas atrás, y el segundo en base a su manejo competitivo de su ventaja

comparativa geográfica para el comercio global y en los últimos años por sus políticas de atracción de la gran inversión regional.

Belice es un caso particular, por la huella en su fisonomía del legado británico, que lo hace diferente del resto de Centroamérica. República Dominicana también tiene un perfil particular, aunque su fisonomía se acerca bastante al de los países del CA-4.

Esta configuración heterogénea ratifica que una agenda regional de recursos humanos en salud deberá atender rasgos comunes, pero a la vez tener componentes que aplican más a unos que a otros países.

Sin embargo, más allá de estas diferencias, la gran imagen de Centroamérica en el contexto mundial es la que le dan los países del CA-4 (Guatemala, Honduras, Nicaragua y El Salvador), que tienen el 80% de la población del istmo: 34 millones de personas viven en dichos países, de las 42 millones de personas que viven en Centroamérica. República Dominicana añade a este conjunto casi 10 millones.

Las líneas de fuerza en el diagnóstico y en la política de recursos humanos deberán denotar necesariamente la huella social y sanitaria de este grupo de cinco países (CA-4 y Rep. Dom.), que constituyen el perfil mayoritario en la región y el área de mayores necesidades.

1.2. Determinantes sociales de los recursos humanos en salud

En Centroamérica y República Dominicana los determinantes sociales son más limitantes que promotores del desarrollo de los recursos humanos en salud.

En general los recursos humanos en salud de la región trabajan en sistemas de salud que funcionan de débiles contrapesos a los enormes riesgos y daños que generan sus sociedades. Esto es, el personal de salud trata de conseguir resultados de salud positivos en una población bastante rezagada socialmente, lo que significa que trabaja a contracorriente de los efectos nocivos a la salud fruto de la organización económica, social y política. *En la mayoría de países de CA trabajar en salud es “hacer salud con poblaciones con baja calidad de vida”.*

Los factores estructurales determinantes de los recursos humanos en salud en realidad son los mismos que impactan sobre la población:

- a) los niveles de pobreza, desigualdad y exclusión social;
- b) la baja institucionalidad, pese a los diversos proyectos de reforma del Estado y modernización de la gestión pública;

- c) los niveles históricos del gasto público social;
- d) la cobertura y calidad del sistema educativo;
- e) el tipo y desempeño del sistema de salud, incluyendo aquí la capacidad de rectoría efectiva de los ministerios de salud.

En general, salvo Costa Rica y en menor medida Panamá, los países centroamericanos tienen un contraste entre su alto potencial de desarrollo y su bajo avance económico, social e institucional. Y ello sobre-determina las tareas en salud y en el campo de los recursos humanos en salud. Centroamérica tiene todo el potencial para convertirse en una región mega-exportadora y de gran turismo, pese a lo cual aún no convierte del todo sus ventajas comparativas en ventajas competitivas.

Es más, los países de menor desarrollo viven un esquema de reproducción desfavorable entre sus débiles economías, una alta informalidad, una baja recaudación fiscal, altos niveles de exclusión social, presencia significativa de la violencia y el crimen organizado, alta exposición a desastres naturales y su débil institucionalidad estatal.

1.2.1. Sociedades de alta pobreza y exclusión

Los recursos humanos en salud de CA y Rep. Dominicana atienden a 52 millones de personas, la mayoría con bajos niveles de ingresos, en promedio con más del 52,5% en estado de pobreza. Se trata en general de sociedades en rápida urbanización y sin embargo en una transición demográfica inicial, con débil acceso a la salud, fuertes desigualdades y una dinámica de migraciones importante.

Costa Rica, a diferencia del conjunto, es un país socialmente más equitativo, pero toda la región tiene una pirámide de ingresos de amplia base y vértice agudo. Esta situación social no es sólo de las poblaciones sino también de la fuerza laboral de salud: salvo Panamá y Costa Rica, donde las remuneraciones en salud son relativamente altas, en el resto se ha construido sistemas de salud con sueldos y salarios relativamente bajos. Se trata, por tanto, también, de poblaciones laborales con problemas sociales, que atienden pobres.

De otro lado en la región hay, como se puede apreciar, varios ritmos de la transición demográfica: Costa Rica es un país de transición avanzada, con una tasa de fecundidad de 1.92 hijos por mujer en edad fértil, mientras Guatemala, Belice y Honduras están en una fase de transición incipiente, con tasas de 3.26, 3.21 y 3.08 respectivamente.

En los últimos tiempos todos los países han incrementado su población urbana, pero aun así el promedio centroamericano (56%) está por debajo del de América Latina (78%). Esto trae una doble exigencia. Por un lado la franja rural requiere una red de atención primaria capilarizada, con una redistribución de la fuerza de trabajo en salud que suele estar concentrada en las ciudades, mientras por otro, la creciente urbanización de la población convoca al desarrollo de un enfoque de salud urbana, que todavía es tema incipiente en la agenda sanitaria, ganada por el rezago de lo rural e infecto-contagioso.

Tabla 1: Extensión territorial, población, fecundidad y urbanización, 2010

País	Extensión Km2	Población	Urbana %	Rural %	Capital %	Fecundidad
Belice	22.970	313,000	52	48	21.9	3.21
El Salvador	21.040	6,183,002	60	40	28.0	2.07
Guatemala	108.900	14,361,666	41	59	21.6	3.26
Honduras	112.100	7,621,106	56	44	12.5	3.08
Nicaragua	130.000	5,822,395	58	42	24.1	2.11
Rep. Dominicana	48.198	9,956,648	65	35	35.0	2.44
Costa Rica	51.100	4,563,539	54	46	41.0	1.92
Panamá	75.520	3,508,382	61	39	31.7	2.45
Centroamérica y Rep. Dom.	569.828	52,329,738	56	44		2.57

Elaboración propia en base a Estado de la Región, CELADE y PNUD 2011

El tema de las migraciones atraviesa la dinámica de los países centroamericanos, siendo las migraciones de recursos humanos en salud sólo una parte del fenómeno de los migrantes calificados centroamericanos. Se calcula que cerca del 30% de la fuerza laboral con educación universitaria de El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá reside hoy en Estados Unidos.

Es importante resaltar que los 4 países de la zona norte son países expulsores netos de migrantes, especialmente hacia Estados Unidos y España. Los registros de migraciones subestiman las dimensiones del problema, pero se sabe que El Salvador y Guatemala son los países con más migrantes en Estados Unidos, 40% y 27% respectivamente del total de migrantes centroamericanos en dicho país.

Tabla 2: Centroamérica: indicadores de situación por países, 2010-2011

País	PBI (USD\$)	PBI per cápita (USD\$)	Informalidad %	Pobreza %	Pobreza extrema %	Homicidios x 100,000
Belice	1.431.500.000	4.153	51.1	33.5	5.5	41.21
Costa Rica	34.564.395.711	7.419	38.1	18.9	6.9	10.57

El Salvador	21.795.720.979	3.519	56.1	47.9	17.3	64.68
Guatemala	41.190.056.306	2.863	69.0	54.8	29.1	41.46
Honduras	15.400.341.888	2.026	62.9	68.9	45.6	81.83
Nicaragua	6.551.182.431	1.132	64.7	61.9	31.9	13
Panamá	26.777.100.000	7.614	45.4	26.4	11.1	21.64
Rep. Dominicana	51.576.859.661	5.195	53.3	41.1	21	24.07

Fuentes: Base de Datos Socioeconómicos para América Latina y el Caribe

<http://sedlac.econo.unlp.edu.ar/esp/estadisticas-detalle.php?idE=21>

Estado de la Nación con estadísticas

<http://www.estadonacion.or.cr/index.php/estadisticas/centroamerica/compendio-estadistico/indicadores-lp>

Indicadores del Banco Mundial <http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.CD>

<http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD>

Observatorio de Seguridad Ciudadana de la OEA

<http://www.oas.org/dsp/Observatorio/database/countries.aspx?lang=es>

Sistema Regional de Indicadores de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SIRSAN)

<http://www.sica.int/SIRSAN/Indicadores.aspx?indicador=93&data=Datos.aspx?Indicador=33&dummy=>

De otro lado, en relación a la pobreza y pobreza extrema, como se puede apreciar en la Tabla N° 3, comparando las cifras del 2002 y la de los años 2009-2010, ha habido una disminución de ambas a todo lo largo de la última década. Pero todavía las tasas de finales de la década son elevadas: Honduras y Nicaragua tienen más del 60% de pobres y 30% de indigentes, no estando muy lejos Guatemala (54,8% y 29,1%), El Salvador (46,6% y 16,7%), y República Dominicana (41,4% y 20,9%). En síntesis, para los años 2009 y 2010 la mayoría de los países centroamericanos, en particular los conformantes del grupo CA-4 y República Dominicana, tuvieron una prevalencia de la pobreza superior al 40% y una proporción de pobreza extrema o indigencia de más del 15%. Son tasas bastante altas a nivel latinoamericano y global.

Tabla 3: Centroamérica: Evolución de la pobreza y pobreza extrema por países, 2002, 2009 y 2010

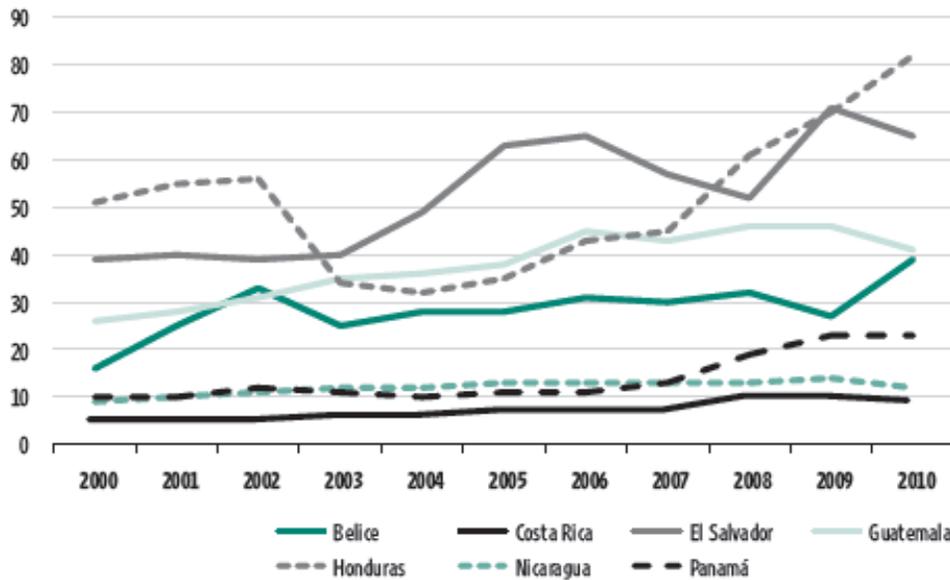
	Alrededor de 2002			Alrededor de 2009			Alrededor de 2010		
		Pobreza	Indigencia		Pobreza	Indigen cia		Pobreza	Indigen cia
El Salvador	2001	48,9	22,1	2009	47,9	17,3	2010	46,6	16,7
Guatemala	2002	60,2	30,9	2006	54,8	29,1	ND	ND	ND
Honduras	2002	77,3	54,4	2009	65,7	41,8	2010	67,4	42,8
Nicaragua	2001	69,4	42,5	2005	61,9	31,9	ND	ND	ND
Costa Rica	2002	20,3	8,2	2009	18,9	6,9	ND	ND	ND
Panamá	2002	36,9	18,6	2009	26,4	11,1	2010	25,8	12,6
Rep. Dom.	2002	47,1	20,7	2009	41,1	21,0	2010	41,4	20,9

Fuente: CEPAL, Panorama Social de América Latina 2011

La violencia y la informalidad se añaden a esto como pesados lastres para la recuperación económica e institucional de los países centroamericanos. La informalidad en la actividad económica es alta y ello es una cultura regional que repercute en su débil institucionalidad.

Ha aumentado últimamente la presencia de los actores del narcotráfico y crimen organizado, con el consiguiente clima de inseguridad ciudadana. La tasa de homicidios por 100,000 habitantes es de 81.8 en Honduras y 64.6 en El Salvador hasta el 2011, con un inicial proceso de negociación y descenso en el 2012, entre las más altas en el mundo. Ello es sólo parte del panorama de situaciones de descontrol estatal en zonas de las ciudades y fuera de ellas.

Gráfico 1: Tasa de homicidios por cien mil habitantes. 2000-2010



Fuente: Estado de la Región, p. 57

En una visión panorámica de los seis países rezagados se constata que la dinámica económica y social genera riesgos y daños que atentan contra la vida y la salud, constituyendo sociedades que expulsan gente para reencontrar su nuevo punto de equilibrio a partir de remesas, que representan un fuerte porcentaje del PBI. El rol del sector salud en este contexto es compensador, y un factor protector, pero con una eficacia relativa para el cumplimiento de sus funciones ante estos contextos.

En cuanto a los recursos humanos en salud de la región, son parte del sistema de protección de sus sociedades pero a su vez tienen una relativa desprotección en términos salariales y de condiciones de trabajo y de condiciones de vida. Sólo en Costa Rica y Panamá los sueldos están bastante por encima de la canasta básica. Esto implica que la política de recursos humanos deberá generar una autonomía relativa de los

recursos humanos respecto a las condiciones de sus sociedades, para que puedan trasvasar mejor vida y salud a sus poblaciones.

1.2.2. La agenda pendiente

La evolución de los países centroamericanos tuvo, en general, un punto de corte importante en 1992, con la firma de los acuerdos de paz, abriéndose desde ahí una etapa de reconstrucción social y democrática que hasta hoy continúa.

Los sistemas de salud y los recursos humanos serán más eficaces en sus funciones si se afrontan con éxito los temas centrales de la agenda pendiente, que son los de la pobreza y desigualdad, el desarrollo político institucional y democratización del Estado, el crecimiento económico sostenible y el de una reconstrucción ética, que marcan lo que se hace desde el sector salud.

La cuestión social: inequidad

En los países centroamericanos coinciden niveles elevados de pobreza y de desigualdad, fórmula que es generadora de conflictividad y descohesión social. Ya se mostraron algunas cifras sobre la pobreza. Pero los niveles de desigualdad en la mayoría de países también son elevados. Los coeficientes de Gini más altos corresponden a Guatemala (0.585), Honduras (0.567) y República Dominicana (0.554). La distancia entre el decil décimo y los cuatro primeros deciles es de 22,0 veces en Guatemala, 20,6 veces en Honduras, 20,1 en República Dominicana y 17,2 en Nicaragua. Para que exista más paz y seguridad ciudadana se requiere afrontar esta cuestión social. Los países estables tienen coeficientes de Gini más bajos: Alemania está en 0,30, Bélgica en 0,26, Finlandia en 0,26, Suecia en 0,23 y Reino Unido en 0,33, por citar algunos ejemplos.

Tabla 4: Centroamérica y Rep. Dominicana: Distribución del ingreso

	Razón ingreso medio per cápita del hogar: decil 10/deciles (1-4)			Coeficiente de Gini		
	Año	Nacional	Urbana	Rural	Año	Nacional
Costa Rica	2010	13.8	12.7	13.2	2010	0.492
El Salvador	2010	10.3	8.8	8.3	2010	0.454
Guatemala	2006	22.0	17.1	16.3	2006	0.585
Honduras	2010	20.6	13.2	20.1	2010	0.567
Nicaragua	2005	17.2	14.1	15.3	2005	0.532
Panamá	2010	14.4	11.4	14.5	2010	0.519
Rep. Dom.	2010	20.1	20.3	16.5	2010	0.554

Elaboración propia en base a Cepalstat, marzo 2012

Sin calidad de vida, no hay salud, sino muchos riesgos y daños. De ahí que las sociedades socialmente rezagadas de Centroamérica tengan altas incidencias y prevalencias de enfermedades resolubles con más desarrollo.

La cuestión de la reforma y democratización del Estado

Hay un déficit histórico de institucionalidad, que requiere ser afrontado. Porque es difícil avanzar en una reforma de salud sin una reforma global del Estado. La mayor parte de la normatividad sobre la gestión pública es transversal a todo el Estado.

Los Estados y sus sectores de salud requieren mejorar su desempeño y para ello deberán emprender o relanzar procesos en cursos de reestructuración, reorientación, modernización y democratización, con vistas a ser más eficientes y efectivos y poder promover una mayor equidad e inclusión social.

Para el campo de los recursos humanos es una limitante si no existen políticas claras y efectivas en los sectores salud y en cuanto a la reforma del Estado. Felizmente las relaciones entre estos tres niveles no son sólo de arriba hacia abajo (políticas top-down) sino también de abajo hacia arriba (políticas bottom-up), lo que deja un espacio relativo de autonomía para reformas desde el campo del desarrollo de recursos humanos. El terreno de los recursos humanos ha sido y debe ser considerado siempre un espacio generador de innovaciones y nuevas políticas públicas.

La cuestión del crecimiento sostenible

Centroamérica necesita un esquema de crecimiento sostenible. La crisis reciente del año 2009 demostró la vulnerabilidad de su comercio exterior, poco diversificado hacia los países de mayor pujanza ahora, los asiáticos. Sólo con tasas importantes de crecimiento del producto bruto los países centroamericanos podremos superar nuestros problemas históricos.

En otras palabras, la especificidad de los países centroamericanos es que no se ha venido dando una fase de gran crecimiento y poco desarrollo social, sino de crecimiento mediano, encima bastante concentrado, y a la vez poco desarrollo social, salvo excepciones.

Todos los países tienen sus ventajas comparativas y competitivas. Hay países más agrícolas, otros más comerciantes, unos terceros con mezclas diversas entre comercio, servicios, turismo y ciertas industrias especializadas. Pero sea como fuere, la generación de pleno empleo y calidad de vida dependerá de la estrategia de los países para insertarse en esquemas económicos más amplios.

La cuestión de la reconstrucción ética

Hoy la informalidad y la corrupción han corroído la ética pública y privada y puesto una valla cultural alta a cualquier intento de reforma seria. Encima lo nuevo en esta década ha sido la introducción de culturas de consumo rápido y dinero fácil, por el narcotráfico, que genera cultura rentista.

Este tema, transversal a cualquier intento de avance, no se puede evadir. Se requiere una reconstrucción ética. Las situaciones de ineffectividad de la ley hacen que se diluyan las iniciativas de cambio. Hay diversas situaciones entre los países de la región, pues no son iguales en cuanto a informalidad y presencia del delito, pero en aquellos en que estas problemáticas se han profundizado, la voluntad política para hacer las cosas bien, es clave.

Esto es importante para el campo de recursos humanos, tanto para el mundo del trabajo como para el mundo de la educación en salud. Parte de la solución será una inversión en las capacidades directivas de los países y sus Estados, pues sin ellas se carecerán de conducciones técnicas y éticas, y no habrá forma de canalizar y llevar al éxito las iniciativas de cambio. Los países han sufrido décadas de debilitamiento de sus capacidades educativas y encima han ingresado a una etapa de multiplicación de las universidades sin garantía de su calidad y de drenaje continuo de talento humano al exterior. Hoy el sistema universitario se ha convertido en parte en un puente hacia el exterior.

1.2.3. Gasto público social y en salud

La tendencia centroamericana de los últimos años ha sido la de aumentar el gasto público social per cápita, tendencia que se profundizó en los años 2008 y 2009 como una respuesta anticíclica a la crisis internacional.

Tabla 4: Centroamérica y Rep. Dominicana: Gasto público social per cápita, años 2000 y 2008 (en dólares, a precios constantes de 2005)

Países	2000	2009-2010	% de variación
Costa Rica	721	1224	61.58
El Salvador	237	382	61.18
Guatemala	137	182	32.85
Honduras	97	183	89.69
Nicaragua	70	120	71.43
Panamá	385	652	69.35
República Dominicana	191	347	81.68

Elaboración propia en base a Cepalstat, marzo 2012

Se puede apreciar en la Tabla N° 4 que CA y Rep. Dominicana han aprovechado la década de crecimiento para recuperar parte del gasto público social por habitante, habiéndose dado incrementos importantes entre el año 2000 y los años 2009-2010: Honduras (89,6%), Rep. Dominicana (81,6%), Nicaragua (71,4%), Panamá (69,3%), Costa Rica (61,5%) y El Salvador (61,1%). Guatemala tuvo un incremento bajo (32,8%).

Evidentemente los puntos de partida sobre los cuales se han dado estos incrementos han sido muy diferentes, pues en la región hay países con sistemas de protección social amplios y otros con sistemas de protección social débiles. Una comparación de la inversión entre los sectores sociales revela que ha sido el sector educación el más favorecido por la expansión del gasto público social.

La partida que financia los sistemas públicos de salud, esto es, el gasto público en salud, ha tenido también en general un crecimiento entre los años 2000 y 2010, como se puede apreciar en la Tabla N° 5. Pero este incremento para salud ha sido desigual y ello denota la importancia diferente dada al cuerpo y la vida de la gente: respecto a la línea de base del año 2000, Costa Rica tuvo un incremento de 1,55 puntos del producto bruto interno, Nicaragua del 0,98, El Salvador del 0,72 y Honduras del 0,69. República Dominicana, Guatemala y Panamá tuvieron incrementos menores, del 0,24, 0,23 y 0,24 respectivamente.

Tabla 5: América Latina y CA: Gasto público en salud como porcentaje del PBI, 2000 al 2010

Países	Años										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Argentina	4.97	5.07	4.45	4.25	4.22	4.46	4.52	4.78	5.12	6.21	...
Bolivia	2.97	3.15	3.27	3.37	3.44	3.46	3.26	3.33	3.21	...	...
Brasil	3.90	4.21	3.72	4.18	4.34	4.32	4.50	4.68	4.71	5.21	...
Chile	2.84	2.97	3.00	2.96	2.82	2.79	2.77	2.97	3.33	4.07	3.87
Colombia	2.02	2.32	1.80	1.74	2.01	1.93	1.94	1.80	1.94	1.92	1.91
Costa Rica	5.02	5.37	5.66	5.71	5.07	4.88	4.87	5.06	5.82	6.64	6.57
Cuba	5.51	5.67	5.72	5.65	5.47	7.43	7.08	9.88	10.29	11.28	9.70
Ecuador	0.63	0.89	1.05	1.09	1.14	1.14	1.21	1.33	1.62	1.77	2.07
El Salvador	3.37	3.29	3.42	3.28	3.56	3.75	4.12	3.71	3.67	4.09	...
Guatemala	1.17	1.19	1.09	1.18	1.04	1.17	1.27	1.15	1.18	1.40	...
Honduras	2.76	2.80	2.91	3.53	3.06	2.94	2.93	2.61	2.74	3.50	3.45
Jamaica	2.18	2.30	2.41	2.17	2.56	2.05	2.41	2.23	2.83	2.68	...
México	2.03	2.13	2.16	2.31	2.17	2.42	2.39	2.45	2.41	2.81	2.72
Nicaragua	3.08	2.81	3.06	3.49	3.20	3.46	3.44	3.73	3.71	4.06	...
Panamá	2.04	2.57	2.32	1.68	2.58	1.97	2.25	2.01	2.17	2.23	...
Paraguay	1.21	1.14	1.69	1.03	0.99	1.44	1.65	1.69	1.42	2.28	2.28
Perú	1.24	1.49	1.56	1.51	1.43	1.36	1.25	1.27	1.45	1.60	1.58
República Dominicana	1.51	1.63	1.68	1.02	1.06	1.36	1.32	1.57	1.44	1.40	1.75

Trinidad y Tobago	1.90	2.30	2.29	2.21	2.41	2.87	2.28	2.33	3.41	...	...
Uruguay	3.36	3.58	3.56	3.30	3.20	3.30	3.71	3.83	4.46	4.92	...
Venezuela	1.37	1.53	1.65	1.52	1.57	1.63	1.80	...	...	...	...

Elaboración propia en base a Cepalstat, marzo 2012

Sin embargo, estos incrementos del gasto público social y gasto público social respecto a la situación de inicios de los años 2000 no han hecho variar las distancias respecto a los promedios latinoamericano (7,7% del PIB) e internacional, ni la distancia intrarregional entre los países de mayor gasto y menor gasto en salud.

Se puede decir, en general, con excepciones, que pese a los incrementos últimos, se invierte poco en salud, lo que grava a las familias con el gasto de bolsillo. Esto hace que por más esfuerzo que hagan los sistemas de salud por hacer prevención y promoción de la salud, no pueden contrapesar los efectos de la falta de empleo adecuado, el subempleo generalizado, los salarios bajos, la urbanización no planificada o el descontrol por efectos de la delincuencia y el narcotráfico.

1.3. *Sistemas de salud: modernización y atención primaria*

Los países de CA han tenido diferentes evoluciones en sus sistemas de salud no siendo posible, en este sentido, encontrar, tras las variantes sectoriales existentes en CA y Rep. Dominicana, un sentido general unitario y poder por tanto entenderlas como una sola historia, un solo proceso.

De esta manera, las reformas del Estado en salud en CA revelan al menos cuatro modelos y situaciones de los sistemas de salud:

- a) el modelo segmentado de los países de CA-4;
- b) el modelo de seguridad social universal en base al modelo bismarckiano, en Costa Rica;
- c) el modelo segmentado con peso no exclusivo pero si mayoritario del seguro bismarckiano, caso de Panamá; y
- d) el modelo de reforma según el pluralismo estructurado colombiano, en República Dominicana.

Si se pudiera resumir en general la situación de los sistemas de salud centroamericanos, salvo Costa Rica y en parte República Dominicana, se debe señalar que se trata de estructuras conforme al modelo segmentado, en algunos casos con procesos de modernización en los términos de las reformas de los 90 y en otros con

procesos de reorientación hacia la atención primaria en salud conforme a los planteamientos de la OMS y OPS.

Los sistemas de salud de la región han pasado, en general, por las siguientes etapas sanitarias, que marcan su fisonomía actual:

- a) la etapa del mutualismo y de la salud pública como caridad de los grupos pudientes, en los siglos XIX y primera parte del siglo XX;
- b) la etapa del surgimiento de los seguros sociales bismarckianos y de creación de los ministerios de salud y asistencia pública, en las primeras décadas del siglo XX;
- c) la etapa de la primera ola de reformas en salud a favor de Sistemas Nacionales de Salud y políticas universales, en las décadas de 1940-1970, reforma sólo culminada en Costa Rica en la región;
- d) la etapa de afirmación del modelo segmentado, desestimación de la propuesta de construcción de Servicios Nacionales de Salud integrados y expansión del modelo público estatal de los Ministerios de Salud, en las décadas de 1960-1970;
- e) la etapa de los esfuerzos por desarrollar una reforma conforme a la Atención Primaria en Salud, reforma que no culmina, en los 80;
- f) la etapa de las reformas financieras, la privatización, la creación de fondos de aseguramiento y la modernización de los modelos segmentados, en los 90;
- g) la etapa actual de búsqueda de nuevos caminos hacia la Protección Social en Salud en el siglo XXI.

En cada país ha habido evidentemente historias particulares, pero siempre dentro de estos ciclos marcados por discursos dominantes en la salud pública internacional y centroamericana. Resumiendo un poco más, se puede afirmar que los sistemas de salud actuales yuxtaponen elementos provenientes de tres grandes etapas: 1) la etapa de las políticas sociales y de salud de las aristocracias terratenientes; 2) la etapa de las políticas nacional-desarrollistas; y 3) la etapa de políticas neoliberales y neoinstitucionalistas. El cuarto periodo es el actual.

La marcha general ha sido del desamparo social tradicional del siglo XIX e inicios del siglo XX a la seguridad social nacional-desarrollista de los años 60 y 70, luego a las reingenierías institucionales de los 90 y finalmente a la admisión de múltiples rutas para la protección social en salud en los 2000.

La persistencia del modelo segmentado en la mayoría de países se ha dado pese haberse vivido varias olas de reformas: la estatal universalista de los 60-70, la de la atención primaria de los 80 y la privatizante de los 90. La configuración actual de los

sistemas de salud expresa por eso una acumulación de reformas inconclusas y una yuxtaposición de elementos que vienen de varias de estas etapas.

Fruto de este proceso general, cinco de los ocho países cuentan con estructuras segmentadas: El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá. Costa Rica hizo un cambio estructural en salud integrando los servicios del Ministerio de Salud a la Caja Costarricense en las décadas de 1940-70, con lo cual su estructura actual es de un proveedor único o central, la Caja del Seguro Social. República Dominicana está actualmente en una transición inconclusa aún, del modelo segmentado al modelo del pluralismo estructurado, de origen colombiano. Belice es un caso particular, insular, por tener la huella del sistema británico. El Salvador está actualmente implementando una reforma sanitaria conforme al modelo de la Atención Primaria.

Gráfico 2: Trayectoria histórica de los sistemas de salud



Elaboración propia

De los ocho países, en cinco juegan un papel muy importante los Ministerios de Salud como principales proveedores de servicios, además de ser entidades rectoras: El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y República Dominicana. En Panamá, tanto el Ministerio como la Caja tienen un peso relevante. En Costa Rica la Caja del Seguro Social es el proveedor central de servicios de salud.

En esta mayoría de países en que los Ministerios de Salud tienen sus servicios propios, éstos funcionan con una práctica cotidiana curativa pero, además, por el impacto del discurso de la APS, siempre intentan priorizar la prevención y promoción de la salud y proponen e implementan modelos de atención integral. De alguna manera los Ministerios de Salud son más rurales mientras los Seguros Sociales son más urbanos, por lo que los servicios del Estado afrontan las franjas sociales más pobres y

vulnerables. De ahí que a lo largo de estas décadas se hayan estructurado proyectos de atención integral y de fondos públicos subsidiados para el primer nivel, con diferentes nombres: Sistema Básico de salud integral (SIBASI) en El Salvador; el Programa de Extensión de Cobertura de Servicios Básicos (PECSB) en Guatemala, a partir del cual se lanzó el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS); y el Modelo de Atención Integral de Salud en Nicaragua y El Salvador.

De otro lado, los seguros bismarckianos también son parecidos en la región, como proveedores de atención para el sector formal y sus familias. Se trata, en El Salvador, del Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS), con financiamiento tripartito entre el Estado, los trabajadores y los empleadores; en Guatemala, del Instituto Guatemalteco de Seguro Social (IGSS), con el financiamiento de los afiliados, los empleadores y el Estado; en Honduras el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), con el financiamiento de las cotizaciones obligatorias de los trabajadores y empleadores; y en Nicaragua del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), financiado por los trabajadores y empleadores. Como mencionamos antes, en Panamá la Caja del Seguro Social es igual de importante que el Ministerio de Salud, en tanto proveedor.

Actualmente Centroamérica está en esta primera década del siglo XXI, como en toda América Latina, en un tránsito de vías múltiples en la búsqueda de brindar un mayor acceso a la atención de la salud. Para eso cada país escoge su camino, la mayoría manteniendo las estructuras de sus sectores e integrando estrategias variadas, en una gama de combinaciones que incluye modificaciones del modelo de atención, proyectos de universalización, repotenciamiento de los sistemas públicos, ampliaciones importantes de la inversión pública en salud, y/o programas especiales para poblaciones en riesgo o problemas de salud relevantes.

Pasó la etapa de un solo sentido direccional. La reforma navega en Centroamérica y América Latina bajo la bandera de programas de nivel meso que son tan importantes a veces, que terminan siendo la reforma misma. La última reforma macro en CA, dentro del discurso de la APS, viene siendo la de El Salvador y la última dentro del enfoque de aseguramiento, la de República Dominicana. En el fondo Centroamérica busca transitar de la lógica de atención en salud a una lógica más amplia, de protección social, mucho más allá de las reformas sólo de la oferta de servicios. En este emergente sistema de protección social entra el sector salud y muchos otros sectores (saneamiento, vivienda, pensiones, empleo, educación, etc.), que es lo que lo hace diferente, dándose más importancia además, a soluciones que provienen de políticas territorializadas y concertadas de salud.

1.4. Disponibilidad y distribución: el centro de las políticas de REHUS

Si bien no todos los países de la región se encuentran en una situación similar, pues existen diferencias entre ellos, la situación general combina una mediana disponibilidad, con una mala distribución y crecientes migraciones de los recursos humanos en salud. De estas tres variables, la última, las migraciones, son el fenómeno nuevo, pues siempre se ha tenido problemas para la disponibilidad y distribución.

Esta situación revela una contradicción entre el discurso dominante, el de la atención primaria, y la tendencia real de los recursos humanos a concentrarse en las ciudades y los hospitales o a migrar. Como resultante, el mapa del personal y de las competencias no coincide con el mapa de necesidades y demandas.

Estas dos brechas, la de disponibilidad y sobre todo la de la distribución, vienen recibiendo la mayor atención de las políticas de recursos humanos de los países. De ahí la multiplicación de iniciativas para incentivar la desconcentración del personal, para formar especialistas con residencias descentralizadas, o para contratar con bonos a egresados recientes para las zonas alejadas. En el centro de las políticas de los sistemas de salud está ahora resolver estas brechas cuantitativas, pues los sistemas no llegan a cubrir todos los países y sus poblaciones.

La urgencia de este compromiso acarrea de paso que en algunos casos la política de recursos humanos tenga un énfasis demográfico, esto es, se encuentre centrada en los momentos de entrada del personal al sistema, pero no en su conducción y en su desarrollo. Comienzan a ser claves el reclutamiento y la retención, para la disponibilidad y la distribución, pero hay muchos otros aspectos de la gestión de recursos humanos, entre ellos la gestión del talento humano o la gestión del trabajo, que no reciben igual atención. Se hace necesario balancear el gran desafío de colocar en el menor tiempo posible los recursos humanos en los lugares adecuados y lograr así una distribución territorial más equitativa en relación con las necesidades de salud, con la gestión propiamente de los recursos humanos de la salud.

1.4.1. Disponibilidad

La disponibilidad de REHUS en Centroamérica y Rep. Dominicana en términos generales es insuficiente, aunque varía según los países. De acuerdo a fuentes oficiales de los países, existe una disponibilidad promedio de 11.96 médicos y 10.50 enfermeras por cada 10 000 habitantes en los países de Centroamérica y Rep. Dominicana.

Respecto a la disponibilidad de médicos por cada 10 000 habitantes se pueden distinguir tres grupos de países. El primer grupo en situación de disponibilidad avanzada comprende a República Dominicana, Costa Rica y Panamá, que se encuentran por encima del promedio señalado. El segundo grupo, que integra a El

Salvador y Belice está en el rango promedio de disponibilidad señalada. El tercer grupo integrado por Guatemala, Honduras y Nicaragua, tiene una baja disponibilidad de médicos por debajo del promedio.

Sobre la disponibilidad de las enfermeras, el primer grupo, por encima del promedio, comprende a Costa Rica y Belice; el segundo grupo, en el promedio, está integrado por Nicaragua, Honduras y Panamá, y el tercer grupo, con Guatemala, El Salvador y República Dominicana, tiene una disponibilidad debajo del promedio.

1.4.2. Distribución

Dada la “división del trabajo” entre los Ministerios de Salud y las Cajas de los Seguros Sociales, en que los segundos no están en las zonas rurales por estar la PEA ocupada, que atiende, en las ciudades, corresponde en la mayoría de países a los Ministerios de Salud evidenciar y afrontar el déficit de distribución hacia las zonas rurales y provincias más alejadas. Lamentablemente no existe estadística detallada y comparable entre países, de este déficit.

Pero las poblaciones rurales de los países son muy importantes, ya no sólo numéricamente, sino por concentrar los problemas de pobreza, inequidades y exclusiones. Guatemala, Belice, Costa Rica y Honduras son los países en donde la mayoría de sus poblaciones se encuentran en el área rural (59%, 48%, 46% y 44% respectivamente), siguiéndoles Nicaragua (42%), El Salvador (40%), Panamá (39%) y República de Dominicana (35%). El promedio de la población rural en los ocho países es del 44%. La información disponible muestra que algunos países con alta concentración de población rural (Guatemala, Honduras y Nicaragua) son los que cuentan con menor disponibilidad de personal de la salud en estas zonas.

Cabe señalar que existe una disonancia entre las políticas de salud de los países, centradas en cubrir las brechas rurales, y los patrones de formación universitaria vigentes, con fuerte influencia de la medicina biológica, centrada en el cuerpo y en lo individual. En ese sentido, las aspiraciones naturales de los egresados médicos son las de especializarse y forjar sus carreras en sus ámbitos urbanos. La profesión médica es una de las más prolongadas en su formación entre todas, con un elevado nivel de exposición a las ciencias médicas biológicas provenientes de los países desarrollados, que requiere en su práctica profesional procesos de diagnósticos de tecnología media y avanzada que no existen a nivel rural. Tampoco existen en las zonas alejadas carreteras, conectividad ni condiciones de habitabilidad para los profesionales de salud a los que se solicita una reubicación. Ante esta situación quedarían dos caminos: o se mejora el contexto o se les da una mayor cantidad de incentivos que compense la pérdida de comodidades.

En los últimos 10 años la región centroamericana y el continente latinoamericano ha virado a una visión más realista al formular en todos los países mecanismos de compensación para la reubicación de los recién egresados, pero en el fondo está pagando en parte el costo de la ausencia de una nueva reforma universitaria. Se requiere también sincerar la disonancia entre el discurso y la práctica, pues buena parte de la clase médica universitaria, que dirige la formación en salud, es una capa urbana con discurso rural y mientras esto no cambie va a proseguir la concentración urbana de los profesionales de salud.

1.4.3. Déficit de especialistas

El tema más visible de las brechas de disponibilidad y de distribución es el déficit de especialistas. Pero este problema es de distinta magnitud según los países, existiendo algunos, como Costa Rica y Panamá, que últimamente se han convertido en países receptores de estos profesionales, provenientes de sus países vecinos, que no cuentan con la capacidad de retenerlos, ofreciéndoles importantes incentivos económicos. República Dominicana es un caso especial, porque es país formador de especialistas, pero también generador de migrantes.

En el resto de países existe una seria crisis de especialistas, que es mucho mayor en las zonas apartadas de los países. Esto repercute directamente sobre el acceso a la atención, prolongando las listas de espera, dificultando que las personas reciban tratamiento integral y oportuno, generando complicaciones y aumentando la mortalidad de los pacientes.

La mayoría de países están trabajando por eso, fuertemente, en la ampliación y desconcentración de las residencias médicas, con universidades del interior, mientras en el corto plazo se aumentan las plazas para la formación de especialistas, se focaliza en las especialidades más críticas, se buscan mecanismos de compensación para retenerlos e incluso convenios entre instituciones para compartir sus horarios.

1.4.4. Migración de los REHUS

Entre los ocho países, hay algunos que son receptores y otros, expulsores de profesionales de salud. Los receptores son Costa Rica y Panamá. Los expulsores son el resto, sobresaliendo República Dominicana y los países del CA-4, que son los que cuentan con más emigrantes en salud.

Dado que hay una mediana disponibilidad y a la vez una alta migración de profesionales de salud, se colige que el aparato formativo viene produciendo egresados para dos ámbitos: el interno y el externo. En ese sentido, la emigración de profesionales revela la existencia de una demanda internacional, que incentiva la multiplicación de universidades y facultades de ciencias de la salud. Esto a su vez hace menos regulable la formación en salud, de suyo ya condicionada por la autonomía

universitaria, a lo que ahora se añade la formación con vistas a laborar en el extranjero.

Este es un problema propio de la globalización y requiere soluciones internas y externas. Porque los migrantes son fruto de un desequilibrio de condiciones remunerativas y profesionales entre los países en vías de desarrollo y los desarrollados. Internamente hay que atacar las malas condiciones de trabajo y de salarios, la falta de oportunidades de promoción y desarrollo de personal, la inestabilidad laboral, la falta de apoyo para los trabajadores y la exclusión en la toma de decisiones.

Además de esto, se requiere una reorientación de la formación en ciencias de la salud, porque muchos programas de formación de profesionales de salud de los países de la región mantienen programas no alineados con la problemática de salud de sus países, ni con sus sistemas de salud ni con la modalidad de práctica profesional necesaria en los países. Se añaden así, a las condiciones materiales, el perfil de las competencias adquiridas, que motivan las migraciones. Encima, una parte de la franja de profesionales que migran temporalmente con el objetivo de obtener títulos de postgrado recibe ofertas de trabajo que los retienen en los países de mayor desarrollo.

Parte de las soluciones a trabajar a nivel internacional tiene que ver con la firma de convenios inter-países para la regulación de las migraciones, así como formulaciones normativas a nivel de los organismos multilaterales.

Tabla 6: Factores de expulsión y de atracción para la migración de los REHUS

	FACTORES EXPULSORES	FACTORES DE ATRACCIÓN
LABORALES	<ul style="list-style-type: none"> - Remuneraciones poco gratificantes - Incertidumbre sobre el futuro - Debilidades de infraestructura y equipamiento y carencia de materiales de trabajo - Horarios rígidos y jornada prolongada - Pocas oportunidades para el desarrollo profesional - Mala gestión de los servicios, en especial en lo referido al bienestar del personal 	<ul style="list-style-type: none"> - Posibilidad de mejorar la capacidad económica - Estabilidad laboral - Oportunidades de carrera - Oportunidades de desarrollo profesional
INDIRECTOS	<ul style="list-style-type: none"> - Inseguridad personal y familiar - Limitadas condiciones de vida (electricidad, transporte, vivienda, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Agencias internacionales de reclutamiento - Compatibilidad de idioma - Políticas de otorgamiento de visas - Seguridad personal y familiar - Mejores oportunidades escolares

Fuente: VIII Conferencia Iberoamericana de Ministros de Salud, 2006.

1.5. Régimen laboral y remuneraciones

La ola de reformas a favor de la flexibilización laboral no logró un giro total en el régimen laboral del personal de salud, pero sí incidió en cuanto a la implantación de una tendencia a la precarización laboral. En esta última década, se ha retornado hacia un enfoque de protección social, y de revisión por tanto de la situación de los trabajadores, en término de su vínculo laboral, su régimen salarial y su desarrollo profesional, pero este viraje está inconcluso.

1.5.1. Carrera sanitaria

La mayoría de países de CA, en particular los del CA-4, han buscado revirar la des precarización por dos vías, la primera, mediante mejoras remunerativas y de condiciones de trabajo, y la segunda, de mayor alcance, mediante intentos de estructuración de una carrera pública en salud.

Sin embargo, este nuevo tránsito hacia modelos no precarios no ha sido lineal, luego de tantos años de marcha en sentido contrario. Los procesos de superación de la des precarización y de estructuración de un régimen alternativo, son muy lentos y tortuosos. En Nicaragua, luego de un proceso de cuatro años de formulación de la carrera, desde el 2006 hasta el año 2010, finalmente se arribó a la ley respectiva, estando en desarrollo su reglamento. En República Dominicana se trató el tema por lo menos desde el año 2004, cuando fue aprobado el Reglamento de Recursos Humanos en Salud por la Presidencia. Sin embargo, se optó por formular la ley de carrera y ésta empezó a discutirse formalmente en el último trimestre del 2011 y fue aprobada en Julio del 2012, iniciando el proceso de implementación en el marco de un nuevo período gubernamental. En Guatemala el proyecto de carrera sanitaria llegó a formularse participativamente y fue presentado por el Ministerio de Salud el año 2009, pero la propuesta no fue aprobada por el Servicio Civil, se retoma en Julio del 2012, en el marco de un nuevo gobierno.

De otro lado, dada la demora para tener una ley específica de carrera sanitaria, que tiene República Dominicana, los países rigen sus recursos humanos por sus leyes de carreras administrativas. Tal es el caso de Costa Rica, El Salvador, Guatemala y Honduras, que no cuentan actualmente con alguna legislación referente a la carrera sanitaria, aunque en Guatemala actualmente se viene trabajando en una norma que regule la carrera sanitaria del Ministerio de Salud de ese país. En el caso de Honduras esta se encuentra regulada por la ley de servicio civil¹.

Tabla 4: Ley de Carrera sanitaria en los países de Centroamérica y Rep. Dominicana

Países	Carrera Sanitaria	Campo de Aplicación	Énfasis
Costa Rica	No cuenta. Ley de	Servicios Públicos	Énfasis en el ingreso y forma de

¹ Página web de Honduras Laboral: <http://www.honduraslaboral.org/leer.php/8564458> (revisado 12 de enero de 2012)

	Carrera Administrativa		determinación de la relación laboral
El Salvador	No cuenta. Ley de Carrera Administrativa	Incluye a los servidores públicos excepto a los que desempeñen cargos políticos o de confianza	Regula el servicio civil y las condiciones de ingreso a la administración, promociones y ascensos con base en mérito y aptitud, los traslados, suspensiones, cesantías, los deberes de los servidores públicos. Garantiza estabilidad laboral. Reglamenta el retiro y montos de jubilación.
Guatemala	No cuenta. Ley de Carrera Administrativa	Incluye a los trabajadores del Estado. Las relaciones del estado y sus entidades descentralizadas o autónomas con sus trabajadores se rigen por la Ley de Servicio Civil	
Honduras	No cuenta. Ley de Carrera Administrativa	Servidores Públicos	La ley regula el servicio civil Regula las condiciones de ingreso a la administración pública, las promociones y ascensos a base de méritos y aptitudes; la garantía de permanencia, los traslados, suspensiones y garantías; los deberes y derechos.
Nicaragua	- No tiene carrera sanitaria - Proyecto de Ley de Carrera Sanitaria y Política Retributiva. - Ámbito Nacional	Todo el Personal	- Política Retributiva (Clasificación de cargos y salarios, incentivos) - Gestión del desempeño - Salud y Seguridad ocupacional - Ingreso (acreditación y provisión) - Desarrollo Profesional - Retiro
Panamá	No cuenta. Ley de Carrera Administrativa		La Carrera sanitaria se incluye dentro de la Carrera Administrativa
República Dominicana	Aprobada a Julio 2012. Primero fue el Reglamento de Recursos Humanos.	Personal de Salud	1. Plantea estabilidad funcional con limitaciones 2. Énfasis: - Derechos y Deberes - Formación - Capacitación - Incentivos Laborales: Incentivos económicos de acuerdo al perfil y desempeño, sobre sueldo base - Bienestar - Protección y Seguridad - Escalafón

Fuente: OPS, Carlos Rosales, 2008

1.5.2. Régimen laboral

En realidad existe el interrogante irresuelto sobre el tipo de régimen laboral y de mecanismos de pago más aptos para sistemas de atención más equitativos,

sustentables, eficaces, eficientes y de calidad. La carrera sanitaria es uno de los instrumentos más potentes para retornar a un esquema ordenado de organización del trabajo y para otorgar un horizonte laboral y de vida a los recursos humanos. Pero existen múltiples desencuentros que a veces no permiten avances en su estructuración. Porque no sólo ha habido flexibilización laboral sino también aprovechamiento de estas situaciones no bien definidas para aumentar cargos de confianza y tomar muchas decisiones de personal sin pleno apego a las normas, mientras de otro lado un sector gremial convierte los escenarios de debate de la carrera sanitaria en escenarios de planteamiento de sus plataformas. Podría seguir por tanto la situación de regímenes laborales superpuestos en los componentes públicos de los sistemas de salud.

En relación al régimen laboral, Panamá es el país que cuenta con una mayor cantidad de trabajadores en una situación laboral permanente en su Caja de Seguro Social, seguido de Guatemala y el Salvador en sus respectivos Ministerios de Salud. En el caso de Costa Rica, se identifica que solo un poco más de la mitad de los trabajadores de la CCSS se encuentra laborando con un régimen de contratación permanente. En una situación más precaria, para los trabajadores de la salud, es el caso de Belice que solo la tercera parte se encuentra en una situación laboral permanente.

Esta situación de transición sin un sentido direccional claro por dilaciones en resoluciones estratégicas, determina que las formas de vínculo laboral de la fuerza laboral sean muy variables y escenario de trasgresiones continuas, con consecuencias visibles en altas rotaciones laborales, multiempleo y malestar laboral. En este sentido, se observa una relativa incertidumbre y desprotección de los protectores, el personal de salud, cuya misión precisamente es proteger al resto de la sociedad.

6.2 Remuneraciones

Respecto a las remuneraciones, hay muy pocas cifras. Las que existen, se centran en los médicos. La data recogida revela que los sueldos que perciben los médicos generales centroamericanos oscilan entre dos extremos, 460 dólares americanos en República Dominicana y 2 500 dólares en Panamá. Los médicos especialistas oscilan entre los 778 dólares, que perciben en República Dominicana, hasta los 2 700 dólares que gana un médico especialista en Panamá.

Se debe señalar que los sueldos de los médicos en los países de CA y RD sobrepasan el costo de la Canasta Básica Alimentaria (CBA) de sus respectivos países. Los que se encuentran mejor posicionados respecto a la CBA son Panamá y Costa Rica seguidos de Honduras, Guatemala y El Salvador. En una situación menos favorable se encuentran

República Dominicana y Nicaragua, en los que el costo de la CBA representa la mitad de los sueldos de los médicos.

Tabla 8: Centroamérica y Rep. Dominicana: Salarios de los médicos y costo de la canasta básica alimentaria (CBA) / promedio mensual /en Dólares Americanos

Países	Sueldo mínimo (médico general)	Sueldo Máximo (médico especialista)	CBA*
Belice	ND	ND	ND
Costa Rica	1 444 (CCSS)	1 936 (CCSS)	275
El Salvador	600	950	190
Guatemala	1 025	1 410	300
Honduras	1 414	1 649	370
Nicaragua	544	786	275
Panamá	2 500	2 700	290
República Dominicana	460	778	183**

*Fuente: PRESANCA II – PRESISAN, FAO. Centroamérica en Cifras. Datos de seguridad alimentaria nutricional y agricultura familiar. Diciembre 2011

**Fuente: Sistema Regional de Indicadores de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SIRSAN)

1.6. *La gestión de recursos humanos*

La Encuesta Regional tomada en el año 2007 registró que en la mayoría de países, salvo excepciones, las políticas de recursos humanos se centraban en la dotación y en la capacitación. Las políticas recientes para redistribuir los recursos concentrados en las zonas urbanas, hacen parte de este énfasis. Las unidades de recursos humanos ven el ingreso y la capacitación, mientras las oficinas de personal se encargan de los temas administrativos, de contratos, vacaciones, traslados, penalidades, ceses y jubilaciones, entre otros, esto en general. La información recogida recientemente ratifica este diagnóstico.

En otras palabras, no está muy desarrollado el tema de la gestión de recursos humanos, que, como es una función cruzada con los servicios, se omite como un área de trabajo de las unidades de recursos humanos. La labor de asesoría y fortalecimiento de los órganos de línea en las formas de gerenciar, conducir, motivar, controlar, a los equipos de trabajo, está así subestimada. Dado que la estructura de los subsectores es matricial y cruza los órganos de línea con los de apoyo, no se hace visible la función de apoyo a la gestión de los recursos humanos. Se piensa que la protocolización la reemplaza y ésta tiene un contenido más estrictamente sanitario, de guía para la atención.

En este sentido se podría decir que existe una situación inversa a la del sector privado respecto a la gestión de recursos humanos, que repercute en el bajo desempeño en el sector público, pues el sector privado continuamente desarrolla metodologías y técnicas para conducir, desarrollar y retener su personal (gerencia del liderazgo, trabajo en equipo, mentoría, coaching y otras). La carrera pública pone las condiciones de base para el trabajo sanitario, pero no agota la gestión sanitaria, es sólo su puerta de ingreso.

1.7. El boom de postgrados y la acumulación de capacidades

Se aprecia en la región de CA y Rep. Dominicana el ascenso visible de un movimiento de educación permanente o continua y un boom de la educación de posgrado. Esto tiene que ver con la existencia de la revolución científico-médica en curso, que ha cambiado el enfoque anterior de la formación de recursos humanos dividida en dos etapas claramente separadas: la etapa universitaria y la etapa de práctica profesional asistencial. Las innovaciones en las ciencias de la salud son hoy tan veloces y profundas que los profesionales se ven impedidos cada vez más a la actualización sistemática.

Adicionalmente la capacitación de los trabajadores en servicio se vuelve indispensable por la tendencia de la región a la acreditación, certificación y recertificación, inicial pero en ascenso. En realidad hay una diversidad de interpretaciones de la recertificación profesional, desde quienes la plantean como una evaluación para licenciamiento o habilitación periódica, quienes la asocian a los ascensos o carrera en el sector público, o quienes la conceptúan como un compromiso voluntario de actualización profesional.

Sin embargo, la educación permanente o continua por parte de los trabajadores, a diferencia de décadas anteriores, cada vez más reposa en el gasto de bolsillo del personal de salud. Los programas de capacitación de los Ministerio de Salud y de las Cajas, tienen cada vez menos presupuesto y financian así sólo programas de formación que consideran absolutamente indispensables. Dada la exigüidad de los salarios en algunos países, podría estarse dando una descapitalización del stock de capacidades de los recursos humanos.

No contribuye a la acumulación de capacidades ya no sólo individuales sino institucionales la alta rotación del personal directivo y el denominado “efecto de Penélope”, en que los nuevos gestores suelen empezar todo de nuevo. De hecho el diagnóstico muestra la necesidad de priorizar en la formación en alta dirección pública, con programas que promuevan el desarrollo de capacidades técnicas de la capa directiva, a ser profesionalizada en el tema de gobierno y gestión pública. Pero la

inversión en desarrollar cuadros dirigenciales para que se encarguen de las altas direcciones durante los próximos diez o más años se hace imposible con la alta rotación de directivos y la selección de cuadros por criterios de sólo confianza. Este es uno de los dilemas de los países si desean elevar la calidad de los sistemas de salud.

1.8. La formación en salud: ampliación sin necesariamente calidad

Prosigue en la región centroamericana, como en todos los países latinoamericanos, la tendencia a la expansión de la formación en carreras de pregrado, con la multiplicación indiscriminada de universidades y facultades de ciencias de la salud. Este fenómeno no es nuevo y pese al consenso existente en los directivos de los sistemas de salud sobre su carácter perjudicial, no ha podido ser todavía contrarrestado.

En cierta medida este crecimiento desproporcionado de la educación de pregrado y postgrado en salud ha terminado por reconfigurar el sistema de formación en salud, dualizándolo e informalizándolo. La dualización refiere a la brecha clara entre universidades y facultades de excelencia junto a una gran masa de instituciones de muy baja calidad, mientras la informalización refiere a la autoregulación en la base de la pirámide, en que se recrean las entidades formativas sin un cumplimiento cabal de las normas.

Esta situación abarca tanto la formación de pregrado como la especialización y los posgrados. Mientras algunos han preservado su calidad, otra franja universitaria ha multiplicado indiscriminadamente su oferta, sin contar con una masa crítica docente ni una autoexigencia en cuanto a calidad, con lo cual se ha desvirtuado el legítimo interés de los postulantes, alumnos y egresados por estudiar carreras y postgrados en salud.

Este incremento de las entidades y programas de formación en salud más allá de las necesidades nacionales, expresa un dislocamiento entre el mundo del trabajo en salud y el mundo de la formación en salud. Esto quiere decir que la demanda de nuevos profesionales de salud para el sistema educativo ya no es sólo nacional sino internacional. De esta forma ambos mundos marchan bajo lógicas diferentes, pudiendo autonomizarse la oferta de formación en salud respecto a la demanda de los servicios nacionales de nuevo personal. Es más, este incremento de plazas en el aparato formativo siempre encuentra postulantes, por ser las carreras de salud apreciadas por la población. Así, la calidad de la educación de una entidad puede ser mala, pero el bolsón de subempleo incluye siempre segmentos para los cuales tal entidad educativa es un paso arriba en sus expectativas. Termina así el sistema

educativo produciendo en forma importante egresados emigrantes y una franja de practicantes sin un claro destino laboral.

Al final, con todo esto el sistema universitario ha ido perdiendo el carácter de un sistema y su punto de equilibrio dejó de expresar un relativo balance oferta-demanda y se hizo aún menos regulable que siempre. La autonomía universitaria venía colocando el tema de la regulación siempre en términos difíciles. Encima, hace tiempo que no existe un movimiento claro de reforma universitaria, que corresponda a los intentos de reforma en salud. La reforma universitaria en salud no es una línea de fuerza en la salud pública regional y latinoamericana, salvo muchos intentos de reformas institucionales, bastantes dispersos en su orientación. Se ha generado con todo este panorama, por tanto, un problema para la rectoría de la formación en salud.

De otro lado, los sistemas de acreditación en los países de CA y República Dominicana son limitados si bien hay esfuerzos importantes en ese sentido a nivel de la región centroamericana, existiendo el Consejo Centroamericano de Acreditación de la Educación Superior, que intenta establecer mecanismos regionales que armonicen, articulen e integren el esfuerzo de diversas instituciones y organizaciones en el ámbito centroamericano, y den validez internacional a la acreditación de la calidad de la educación superior que se realiza en los distintos países de la región. La información existente indica que Costa Rica y El Salvador cuentan con universidades que tienen carreras acreditadas en ciencias de la salud.

1.9 La débil rectoría del campo de recursos humanos

El panorama regional, con excepciones siempre presentes, es de una débil rectoría del campo de los recursos humanos en salud. Muchos factores abonan para que esto sea así, entre ellos, la débil rectoría de los ministerios de salud respecto a sus sectores, la dedicación central de los ministerios a la gestión de sus servicios, la formulación de buena parte de las políticas de recursos humanos desde los sistemas administrativos del Estado y la conflictividad laboral a partir del clima laboral de malestar existente en el personal de salud.

En la mayoría de países de Centroamérica y República Dominicana los Ministerios de Salud se ven copados por las urgencias y cantidad de funciones implicadas en la gestión de sus propios servicios de salud. Por tanto, no ejercen como dedicación central la rectoría sectorial, sí la macro-gerencia de sus aparatos proveedores de servicios. En los países donde existe mayor preponderancia de las Cajas de Seguros, como es el caso de Costa Rica y Panamá, son autónomas al igual que los servicios

privados y las sanidades militares. En este sentido, la influencia y poder de los Ministerios se ejerce institucionalmente hacia dentro que hacia afuera.

La combinación que hemos estado detallando de un campo de la salud con más externalidades fuera del control de los Ministerios, hace que el modo de regulación del campo de recursos humanos sea, a la vez, regulado, desregulado y autoregulado, según áreas. En realidad en todos los países se dan a la vez la regulación, la desregulación y la autorregulación, en una combinación de proporciones diferentes.

El campo de los recursos humanos ha constituido siempre, normalmente, un sistema. En los países con políticas intervencionistas estos sistemas de recursos humanos están regidos por una planificación normativa y normas de personal. En los países con enfoques de mercado estos sistemas de recursos humanos son desregulados desde el Estado, pero regulados por la homeostasis o búsqueda constante de puntos de equilibrio de los sistemas de recursos humanos y sus subsistemas del trabajo y de formación. La demanda regula la oferta y esta modifica la demanda, fluctuando ambas dentro de ciertos márgenes.

Sin embargo, la nueva situación de variables fuera de control, como las migraciones, o la informalización y las mayores trasgresiones de lo normado, obligan a los recursos humanos a entrar a autoregularse desde sus colegios profesionales, federaciones, universidades y asociaciones científicas. Los sistemas de contrapesos que castigan la baja calidad dejan de funcionar y eso hace que ya no exista la dinámica tradicional de rectificaciones de las instituciones, para no quedar relegadas. Los esquema de voz y salida son limitadas.

De otro lado, hay malestar laboral pero su canalización no se da necesariamente en términos sindicales por la debilidad de los gremios y la fragmentación de los movimientos sociales, lo que hace se exprese en bajo desempeño y hasta el maltrato de los pacientes. Los países con más conflictos sociales en salud han venido siendo en los últimos años Costa Rica, Honduras, Panamá y República Dominicana.

Este aspecto es central para el desarrollo de una agenda de trabajo regional que se construye sobre la autoridad sanitaria como líder de la gestión de la política pública de RHUS y pone de relieve aspectos clave como son la estructura y capacidad institucional con que cuenta cada país para ejercer un liderazgo que el tema específico de RHUS tiene carácter intersectorial e interinstitucional.

CAPÍTULO II: LINEA BASAL DE LOS RECURSOS HUMANOS DE SALUD

La política de recursos humanos de Centroamérica y República Dominicana en salud tiene beneficiarios directos y beneficiarios indirectos o finales. Los directos son los integrantes de la fuerza laboral en salud; los indirectos, la población. Los resultados de la política de recursos humanos se miden por tanto en un doble nivel, en la fuerza trabajadora en salud, y en la población de los países, que totalizan 52 millones de personas. Mantener el balance entre ambos niveles es clave, pues las políticas efectivas de recursos humanos tienen que velar por el desarrollo humano de los de afuera y los de adentro, y no se logran resultados afuera sin resultados adentro.

El balance realizado revela que en términos sociales hay dos tipos de perfil de recursos humanos en el conjunto regional, el de Costa Rica y Panamá, y el del resto de países.

Sin embargo, el diagnóstico de la situación es difícil como punto de partida. Y el primer gran problema para formular y gestionar un plan en Centroamérica es la falta de información estadística. No hay sistemas de información o están recién en diseño y lanzamiento. En la mayoría de países hay datos fragmentados, pero no data en sentido estricto. Esta ausencia hace parte del diagnóstico mismo, y limita la gestión pública en cualquier campo. Lo primero que deberá hacerse es dotarse de un sistema de información, para saber la situación ex ante y luego implementar los sistemas de monitoreo y evaluación.

La Medición de las Metas Regionales impulsada en el último año en Centroamérica y República Dominicana ha constituido un primer paso importante en sentar las bases de un diagnóstico situacional con base a evidencias y para abrir un espacio colaborativo de análisis sobre la situación de RHUS en los países centroamericanos y República Dominicana.

Esta línea de base focaliza el análisis en 5 desafíos clave, considerados como áreas básicas de intervención que cualquier país debe incluir en el ejercicio de su política de REHUS para garantizar la operación de su sistema de salud.



Aquí revisamos brevemente los resultados de dicha medición, [base de la política a seguir](#). La medición de las metas se hizo en el año 2011 en base a consulta de expertos en cada país:

DESAFIO 1



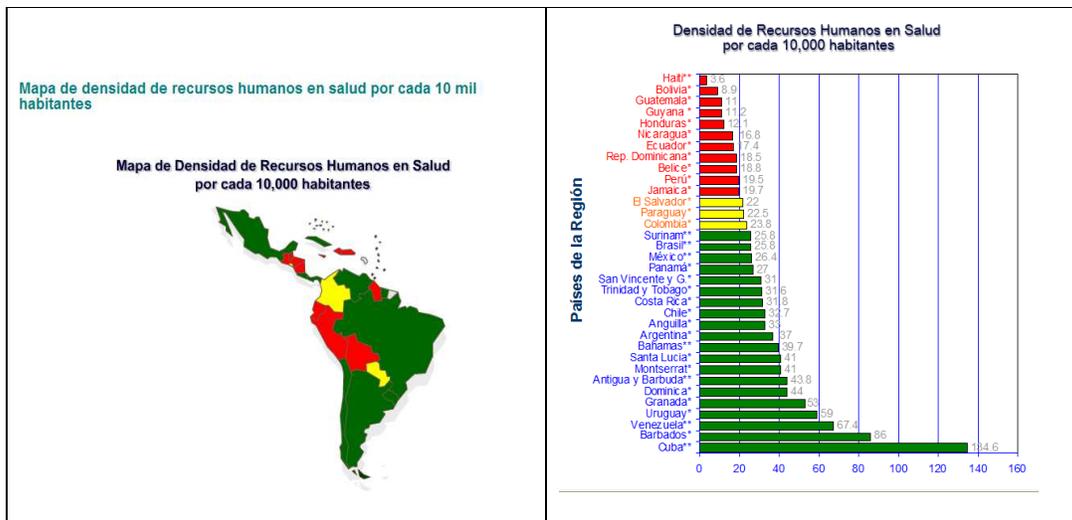
En este primer desafío, la gran conclusión es la persistencia de los déficits en número, calificación y composición de la fuerza de trabajo en salud, con distintos énfasis en los países de la región. Se observa la formación de equipos básicos de salud como línea de acción en todos los países, lo que varía es la composición y nivel de calificación del personal en estos equipos, aspectos de política que no han sido explícitamente definidos hasta el momento del ejercicio.

Todos los países cuentan con una unidad de conducción de RHUS reconocida formalmente e inclusive con alto nivel en la jerarquía de conducción de los Ministerios de Salud en su rol rector del sector salud, sin embargo las funciones son aun de carácter administrativo con poca incidencia y conexión con la política de salud del país. Ninguno de los países cuenta con sistemas integrados de información, realiza procesos sistemáticos de planificación de RHUS ni tiene mecanismos interinstitucionales, menos intersectoriales para prever necesidades de profesionales, técnicos y trabajadores para su sistema de salud. Aquí el detalle de la medición por país:

Tabla 9: Niveles de cumplimiento del Desafío 1

País	Meta 1		Meta 2		Meta 3		Meta 4		Meta 5	
	Calificación	% cumplimiento de meta	Calificación	% cumplimiento de meta	Calificación	% cumplimiento de meta	Calificación	% cumplimiento de meta	Calificación	% cumplimiento de meta
Costa Rica	31,8 /25	100	21,3 /40	53,2	70/70	100	0,83 /1	100	0	0
El Salvador	22 /25	88	40/40	100	44/70	61,1	4/1	25	13/16	13
Guatemala	11/25	44	14,2/40	35,5	48/70	66,7	1,36/1	73,5	14/16	87,5
Honduras	12,1 / 25	48	28,2 / 40	70,5	54 / 70	77,1	3 / 1	33,3	11/16	68,7
Panamá	27/25	100	20/40	50	58/70	82,9	1,1/1	90,9	14/16	87,5
República Dominicana	18,5/25	74	19,7/40	49,3	36/70	51,4	5,6/1	17,9	12,1/16	75,6
Nicaragua	16,8/25	67,2	40/40	100	68/70	97,1	Por calcular	-	16/16	100
Belice	18,8/25	75,2	40/40	100	55/70	78,6	1,3/1	73,5	6,5/16	40,6

En relación a la meta 1, que refiere a la tasa de disponibilidad de médicos, enfermeras y parteras por encima de 25 por 10,000 habitantes, habría tres situaciones en la región: la de los países rezagados, Guatemala y Honduras, que tienen menos de la mitad en el cumplimiento de la meta de dotación (44% y 48% respectivamente); la de los países que cumplen el 100% de la meta, que son Costa Rica y Panamá; y la de los países en situación avanzada, cuyo rango de cumplimiento se mueve entre el 67,2% de Nicaragua y el 88% de El Salvador, pasando por el 74% de República Dominicana y el 75% de Belice. Conclusión: de 8 países, 6 no cumplen la meta, con una brecha variable, lo que expresa que la oferta de profesionales es deficitaria como punto de partida. Ello está en directa contradicción con las cifras de migrantes, como veremos.



En relación a la meta 2, que solicita que los médicos de APS superen el 40% de los mismos, se cumple en Belice, El Salvador y Nicaragua. Honduras, debe hacer un esfuerzo del 30% para lograrlo. Guatemala es el país más rezagado, con sólo 35,5%, mientras Costa Rica, Panamá y República Dominicana llegan a la mitad de lo esperado. Se desprende que éste es un problema crucial en la región.

Meta 3: La meta solicita valorar la formación de equipos de atención primaria utilizando para ello la consulta sobre una amplia gama de competencias y presencia sistemática de personal calificado en la atención, y la alcanzaron, en estos términos, sólo Costa Rica y Nicaragua. Tuvieron un alto cumplimiento de la meta Panamá (82,9%), Belice (78,6) y Honduras (77,1), siendo los más rezagados República Dominicana (51,4%), El Salvador (61,1) y Guatemala (66,7).

Meta 4: sobre la razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos, que debía ser de 1:1, solo la cumplen Costa Rica (100) y Panamá (90%), mientras en el otro extremo, están muy rezagados República Dominicana (17,9%), El Salvador (25%) y Honduras (33,3%). Guatemala y Belice alcanzaron el 73,5% de cumplimiento de la meta. Nicaragua debe aún calcular esta meta.

Meta 5: esta meta, que solicitaba que todos los países de la región debían establecer una unidad de RHS responsable del desarrollo de políticas y planes, de la definición de la dirección estratégica y negociación con otros sectores y niveles de gobierno, debió tener limitaciones para su ponderación por parte de los mismos gestores, jueces y partes en esta autoevaluación. La triangulación con la información cualitativa arroja un fuerte contraste pues una conclusión central del estudio es la no implementación de las políticas y planes y la existencia de una dinámica de los recursos humanos con fuerte incidencia externa a las Unidades de Recursos Humanos. Sin embargo, en la medición de metas salió Nicaragua con el 100% del cumplimiento, Panamá y

Guatemala con el 87,5% y República Dominicana con el 75,6%. Reconocieron sus límites El Salvador (13%) y Belice (40%).



La gran conclusión en este desafío es que los países tienen un gran trabajo por hacer, requieren conocer sus brechas de cobertura y establecer políticas para revertir los vacíos que hoy tiene su sistema de manera que al 2015 puedan haber mejorado la dotación de sus RHUS. Sobre los aspectos de competencias de salud pública e interculturales para profesionales del primer nivel de atención y para personal auxiliar, técnico de todo el sistema, los países no cuentan con información sistemática lo que denota la ausencia de sistemas de gestión de RHUS que den cuenta de la relación calidad del trabajo y nivel de profesionalización del contingente de trabajadores de la salud. Los sistemas de reclutamiento y selección de personal son los tradicionales y no se utilizan en la mayoría de los países como una medida para enfrentar la concentración de personal en las capitales y zonas urbanas.

Tabla 10: Niveles de cumplimiento del Desafío 2: Ubicación de las personas idóneas en los lugares adecuados, de manera de lograr una distribución equitativa de acuerdo a las necesidades de salud de la población

País	Meta 6		Meta 7		Meta 8		Meta 9	
	Calificación	% cumplimiento de meta	Calificación	% cumplimiento de meta	Calificación	% cumplimiento de meta	Calificación	% cumplimiento de meta
Costa Rica	1,4/1	100	-	-	60/80	75%	-	-
El Salvador	0,05/1	5	4/9	44,4	70/80	85,7	0/30	0
Guatemala	ND		5/9	55,6	80/80	100	30/30	100
Honduras	Por calcular		5,8/9	64,4	0/80	0	0 / 30	0
Panamá	0,22/1	22	2,1/9	23,3	0/80	0	Sin dato	-
República Dominicana	Por calcular		2,1/9	55,6	0 / 80	0	Sin dato	-
Nicaragua	Por calcular		6/9	66,7	80/80	100	25/30	83,3
Belice	21 a 1*	50	34,1*	31	ND		40/30	100

Meta 6: en esta meta, que plantea que la brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se reduzca a la mitad en el 2015, solo Costa Rica no tiene una brecha que corregir, en el resto de países la brecha es muy grande o no hay información. Cuatro países no contestaron con data. El Salvador parte en el 2010 con una brecha muy amplia 5% en esta meta, Panamá del 22%, y Belice del 50%.

Meta 7: esta meta refería a la existencia de mínimo un 70% de los trabajadores de atención primaria de salud con “competencias de salud pública e interculturales comparables”. Los países no tienen esta información y expresaron aquí formas diversas de aplicar la metodología, por la flexibilización de las definiciones operacionales de las competencias aludidas. Nicaragua tuvo el mejor cumplimiento, con el 66,7%, con Honduras (64,4%), República Dominicana (55,6%) y Guatemala (55,6%) a continuación. Muy por debajo estuvieron Belice (31%) y El Salvador (44,4%).

Meta 8: esta meta estipula, que al 2015 el 70% de las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los técnicos de salud y los agentes sanitarios de la comunidad deberán haber perfeccionado sus aptitudes y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones. Aquí los países informan sobre los procesos de capacitación que al momento cubren a este personal que son de 100% en Guatemala y Nicaragua, siguiéndoles El Salvador con 85,7% y más atrás Costa Rica con el 75%. Honduras, Panamá y República Dominicana tuvieron 0% en esta meta. Belice no tiene datos sobre esta meta.

Meta 9: en este caso se estableció que por lo menos el treinta por ciento del personal sanitario en los entornos de atención primaria se debían reclutar de sus propias comunidades, meta que Guatemala y Belice cumplieron al 100%, y Nicaragua al 83,3%, mientras el resto de países o no tuvo información.



En esta meta la gran conclusión es que siendo la migración un fenómeno que afecta a todos los países, no hay un marco legal nacional actualizado o de relación internacional que haya sido analizado. **Seis de los ocho países son expulsores de migrantes profesionales y dos de ellos son receptores, lo que coloca en términos opuestos la política de autosuficiencia entre los países centroamericanos y DOR sin olvidar la gran presión de los países desarrollados para extraer profesionales calificados. El término autosuficiencia en material de política de RHUS no ha sido considerada en la mayoría de los países, pese a las importantes crisis de especialistas que son indicador marcador del mismo desajuste oferta-demanda que se evidencian en los países de la región. En síntesis mucho trabajo por hacer en el plano nacional y regional.**

Tabla 5: Niveles de cumplimiento del 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

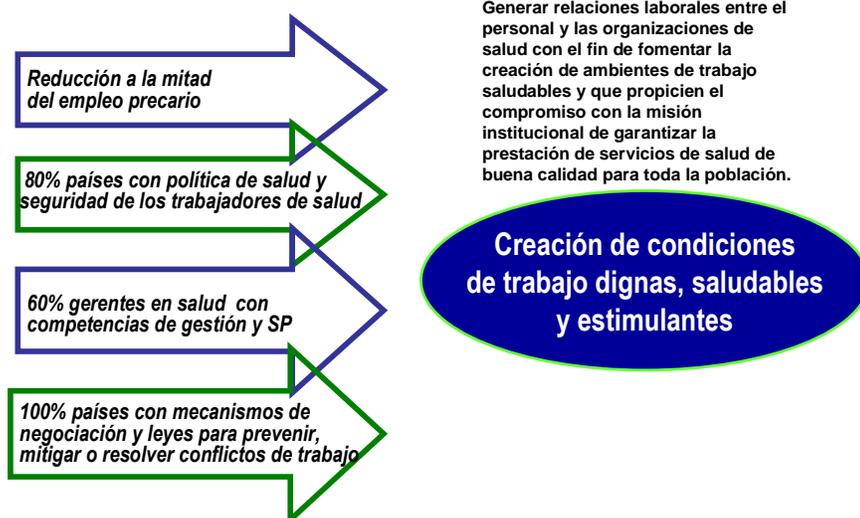
País	Meta 10		Meta 11		Meta 12	
	Calificación	% cumplimiento de meta	Calificación	% cumplimiento de meta	Calificación	% cumplimiento de meta
Costa Rica	0/100	0	0/100	0	100/100	100
El Salvador	0/100	0	0/100	0	100/100	100
Guatemala	0/100	0	100/100	100	100/100	100
Honduras	0 / 100	0	0 / 100	0	0/100	0
Panamá	0/100	0	0/100	0	100/100	100
República Dominicana	0/100	0	0/100	0	100 / 100	100
Nicaragua	0/100	0	100/100	100	50/100	50
Belice	0/100	0	0/100	0	100/100	100

Meta 10: sobre la aspiración a que todos los países de la Región adopten un Código internacional de práctica y desarrollen normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud, ningún país lo cumple.

Meta 11: en este caso se estableció que todos los países de la Región debían tener una política de auto-suficiencia para satisfacer sus propias necesidades de recursos, meta que sólo Guatemala y Nicaragua cumplen. El resto de países no tienen esta política.

Meta 12: en relación a la formulación de acuerdos mutuos e implantación de mecanismos para el reconocimiento de los profesionales capacitados en el extranjero, todos los países, salvo Honduras, lo cumplen. Nicaragua lo cumple al 50%. Las entrevistas muestran más bien la existencia de un acuerdo entre Panamá y República Dominicana para formación de especialistas, y la existencia desde antiguo de mecanismos de validación de estudios en el extranjero.

DESAFIO 4



La gran conclusión en este desafío es la contradicción entre la existencia formal de estructuras y marcos legales reconocidos y vigentes y la distancia con la implementación práctica y el funcionamiento efectivo de estos. Los sistemas de información dejan por fuera el registro de los empleos de mala calidad, lo que se traduce en un indicador inexacto del nivel de trabajo precario en los países. Existen políticas oficiales y mecanismos legales para proteger al trabajador y para el manejo de los conflictos, sin embargo no se establece la institucionalidad necesaria ni la asignación de recursos humanos y financieros para su implementación. Se reconoce la necesidad del trabajo calificado, pero no se cuenta con información al respecto y los sistemas de reclutamiento y selección mantienen amplios márgenes de cargos de confianza y asignación directa, con un alto impacto por la movilidad permanente los profesionales y trabajadores en todos los niveles del sistema de salud. No existe información que permita documentar estos problemas.

Tabla 6: Niveles de cumplimiento del 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

País	Meta 13		Meta 14		Meta 15		Meta 16	
	Calificación	% cumplimiento de meta	Calificación	% cumplimiento de meta	Calificación	% cumplimiento de meta	Calificación	% cumplimiento de meta
Costa Rica	0	100	32 /60	53,3	5/10	50	60 /100	60
El Salvador	12	88	10/60	16,7	6/10	60	100/100	100
Guatemala	45	75	5/60	8,3	5/10	50	100/100	100
Honduras	Sin información	-	0 / 60	0	8/10	80	100 / 100	100
Panamá	0/0	100	30/60	50	4/10	40	0/100	0
República Dominicana	0/0	100	10/60	16,7	4/10	40	25/100	25
Nicaragua	0/0	100	60/60	100	50/60*	83,3	100/100	100
Belice	ND		0	0	ND		100/100	100

Meta 13: en este caso se planteó que la proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud debía reducirse a la mitad en todos los países. En el caso de Costa Rica, Panamá, Nicaragua y República Dominicana se reporta ausencia de trabajo precario, lo que implicaría que no tienen brecha que corregir al 2015. En El Salvador y en Guatemala el porcentaje de trabajo precario por revertir es de 12% y 45% respectivamente. Honduras y Belice no tienen información. Las entrevistas ratifican la presencia importante del trabajo precario, una de cuyas expresiones es la inexistencia de la carrera sanitaria en la mayoría de países, o su trasgresión continua, con contratos temporales y altas rotaciones laborales, multiempleo y despidos, nuevamente la información es muy escasa.

Meta 14: respecto a la necesidad de que por lo menos el 80% de los países en la Región habrán implementado políticas de salud y seguridad para los trabajadores de la salud, incluyendo el apoyo a programas para reducir enfermedades y accidentes ocupacionales, requiere una mejor definición pues es inespecífica. Se cumple sin embargo al 100% en Nicaragua, en Costa Rica –el más protector- al 53,3%, y al 50% en Panamá. Son significativos los niveles de desprotección en República Dominicana (16,7%), El Salvador (16,7%) y Guatemala (8,3%). Belice no registra información.

Meta 15: en este caso se estableció que al menos 60% de los gerentes de servicios y programas de salud debían reunir requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellos las de carácter ético, indicadores poco estimables sin una operacionalización precisa. Nicaragua cumple la meta con un 83,3%, siguiéndole Honduras (80%), El Salvador (60%) y luego Costa Rica y Guatemala (50%). Los más rezagados son Panamá y República Dominicana, ambos con 40%. Evidentemente estas cifras no concuerdan con la información recogida en las entrevistas, que muestran una mezcla de alta motivación y medianas capacidades. Belice no reporta información.

Meta 16: Aquí se planteó que los países de la Región contaran con mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, toda vez que se presenten. Los resultados de la medición arrojó que cinco lo cumplen al 100%, Costa Rica alcanza el 60% de la meta, República Dominicana alcanza la cuarta parte y Panamá tiene 0 en este logro.

DESAFIO 5

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

80% escuelas de ciencias de la salud reorientadas hacia la APS

80% escuelas de ciencias de la salud con programas formar para estudiantes de poblaciones subatendidas

Tasas de abandono de escuelas de medicina y enfermería no superiores al 20%

70% escuelas de ciencias de la salud y de salud pública acreditadas

Mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y los servicios de salud

La gran conclusión en este desafío, es la distancia del mundo de la educación y el trabajo en todos los países de la región, la dificultad de reorientar la formación profesional hacia los temas de la APS y la Salud Pública, la centralización de la oferta de formación profesional y la debilidad de la regulación de la calidad educativa. Todo esto en un marco de trabajo poco coordinado entre los actores responsables de la formulación e implementación de la política sanitaria en los países y las instituciones formadoras de la fuerza laboral de la salud. Este es el desafío cuyo punto de partida es el más bajo de los cinco medidos en todos los países de la región.

Tabla 7: Niveles de cumplimiento del Desafío 5: Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para producir profesionales sanitarios sensibles a las necesidades de la comunidad y calificados

País	Meta 17		Meta 18		Meta 19		Meta 20	
	Calificación	% cumplimiento de meta	Calificación	% cumplimiento de meta	Calificación	% cumplimiento de meta	Calificación	% cumplimiento de meta
Costa Rica	1 /13	7,7	26/100	26	26/20	6	25/70	37,71
El Salvador	4/13	31	30/100	30	60/20	0	0/70	0
Guatemala	2,7/13	20,8	45/100	45	47/20	0	0/70	0
Honduras	2/13	15,4	25/100	25	38 /20	0	70/70	100
Panamá	ND	ND	25/100	25	Por calcular		70 / 70	100
República Dominicana	5/13	38,5	0/100	0	Por calcular		0 / 70	0
Nicaragua	Por calcular	-	100/100	100	Menos de 20	100	70/70	100
Belice	6/11*	55	13/21*	62	34/20 enfermeras**	66	0	0

* Manual de medición fue posterior ** No existe Escuela de Medicina

Meta 17: refiere a que el 80% de las escuelas de ciencias de la salud debían haber reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria, e incorporando estrategias para la formación interprofesional. Los resultados salen muy bajos, encabezando la lista Belice con el 55 de cumplimiento. El resto se sitúa entre el 7,7% de Costa Rica y el 38,5% de República Dominicana. Aquí se expresa la desvinculación docencia-servicios en toda la región.

Meta 18: Estableció que el 80% de las escuelas de ciencias de la salud debían adoptar programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones sub atendidas, haciendo hincapié cuando corresponda, en las comunidades poblaciones indígenas o afros. Sólo Nicaragua cumple la meta al 100% y Belice al 62%. El resto varía entre el 45% de Guatemala y el 25% de Honduras. No existe una intervención en la región sobre este tema, pese a la presencia indígena en los países.

Meta 19: El planteamiento de que los niveles de deserción en las carreras de Enfermería y Medicina no pasen del 20%, se cumple al 100% en Nicaragua y al 66% en

Belice, pero el resto de países no tiene información. En general no hay ni estadística ni una política efectiva en este tema.

Meta 20: Con relación a la acreditación de un mínimo de 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública por una entidad reconocida, se cumplen Honduras, Panamá y Nicaragua. República Dominicana no registra data, pero tiene un Ministerio de Educación Superior que acredita universidades. Costa Rica registra un cumplimiento del 37,7%.

CAPÍTULO III: SITUACION DE LOS RECURSOS HUMANOS POR INDICADORES Y PAÍSES

La siguiente revisión de indicadores de los recursos humanos en salud se ha realizado en base a las fuentes secundarias existentes. Se debe resaltar que se ha evidenciado mucha falta de información al respecto o información contradictoria. Se ha preferido, con todo, mostrar la información existente.

3.1. Disponibilidad insuficiente: el caso de los médicos y enfermeras

De acuerdo a la información secundaria sobre los recursos humanos en salud, en promedio existe una disponibilidad de 11.96 médicos y 10.50 enfermeras por cada 10 000 habitantes en los países de Centroamérica y República Dominicana.

Respecto a la disponibilidad de médicos por cada 10 000 habitantes se pueden distinguir tres grupos:

- El primer grupo, en situación de disponibilidad avanzada. Se identifican a República Dominicana, Costa Rica y Panamá, que se encuentran por encima del promedio señalado;
- El segundo grupo, en situación de disponibilidad en el rango promedio de disponibilidad señalada. Aquí se encuentran El Salvador y Belice; y
- El tercer grupo, integrado por Guatemala, Honduras y Nicaragua, que se encuentran con una disponibilidad de médicos por debajo del promedio.

De manera similar se puede señalar sobre la disponibilidad de las enfermeras, que hay tres grupos de países:

- el primer grupo, por encima del promedio señalado, integrado por Costa Rica y Belice;
- el segundo grupo, integrado por Nicaragua, Honduras y Panamá, en el promedio señalado de disponibilidad de enfermeras; y
- el tercer grupo, integrado por los países que cuentan con una disponibilidad de enfermeras por debajo del promedio, que son Guatemala, El Salvador y República Dominicana.

Tabla 8: Razón de médicos y enfermeras por cada 10 000 habitantes en los países de Centroamérica y Rep. Dominicana

Países	Médicos x 10 mil habitantes	Enfermeras x 10 mil habitantes
Belice	11.0 (2010)	13.0 (2010)

Costa Rica	18.6 (2010)	19.1 (2010)
El Salvador	12.0 (2009)	8.0 (2009)
Guatemala	8.89 (2009)	8.89 (2009)
Honduras	6.0 (2009)	10.0 (2008)
Nicaragua	4 (2009)	11.0 (2009)
Panamá	14.2 (2010)	9.5 (2009)
República Dominicana	21.0 (2009)	4.5 (2009)

Elaboración propia en base a: OMS 2008, 2009, 2010; OPS 2009, 2010, 2011; y MINSA de Panamá 2010

De acuerdo al informe de Estadísticas Sanitarias Mundiales de la OMS (2010), en **Belice** por cada 10 000 habitantes existen 11 médicos para suplir la demanda en salud. En el caso de las enfermeras informa que existen 13 por cada 10 000 habitantes².

En el caso de **Costa Rica**, de acuerdo a la OPS, en el año 2010 el número de médicos por cada 10 000 habitantes era de 18.6 y para las enfermeras existían 19.1 por cada 10 000 habitantes³.

Al 2009 en **El Salvador** existían alrededor de 7 938 médicos y su tasa respecto a 10 000 habitantes era de 12 médicos. Por otro lado, existían 5 103 enfermeras lo que equivalía a 8 por cada 10 000 habitantes⁴.

En **Guatemala**, al 2009, el número de médicos por 10 000 habitantes era de 8.89, y en el caso de las enfermeras era similar, con 8.8 por cada 10 000 habitantes⁵.

En el caso de **Honduras**, al 2009 existían 5.7 médicos por cada 10 000 habitantes⁶. En lo que respecta al número de enfermeras, en el año 2008 habían 10 enfermeras por cada 10 000 habitantes a nivel nacional⁷.

Al respecto en **Nicaragua** en el año 2009, según el informe de la OPS (2010)⁸, el total de médicos por 10 000 habitantes era de 4. Con esta información se ratifica que no se ha dado ningún incremento respecto al año 2007, cuando se contaba también con 4 médicos por 10 000 habitantes⁹. Respecto a la razón de enfermeras por cada 10 000 habitantes, en el 2009 es de 11¹⁰.

² Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales. Ginebra, 2010, pp. 116.

³ Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica. Indicadores Básicos 2010. Situación de la Salud en Costa Rica. San José de Costa Rica. 2010, pp. 20.

⁴ OMS. Estadísticas 2010, ibídem, pp. 117-118.

⁵ Organización Panamericana de la Salud, Universidad Rafael Landívar. Información sobre Recursos Humanos de Salud en Guatemala. 2009, pp. 13.

⁶ OMS. Estadísticas 2010, ibídem, pp. 118.

⁷ Organización Panamericana de la Salud. Planes de Recursos Humanos y Atención Primaria de Salud: Desafíos para la Coordinación Intersectorial y Social. Washington, D.C. 2011, pp. 131.

⁸ OMS. Estadísticas 2010, ibídem, pp. 120.

⁹ Ministerio de Salud de Nicaragua. Sección de Indicadores Básicos de Salud 2007:

En **Panamá**, de acuerdo a la información de indicadores básicos de salud del MINSA, para el año 2010 por cada 10 000 habitantes existían 14.2 médicos. Y con respecto al número de enfermeras por cada 10 000 habitantes, en el año 2009 era de 9.5, tasa que ha disminuido en comparación al año 2008, en que fue de 12.5¹¹.

Finalmente en el caso de **República Dominicana**, según el Colegio Médico Dominicano, al 2009 el país disponía de aproximadamente 21 médicos por 10 000 habitantes¹². Y con respecto al número de enfermeras la disponibilidad por cada 10 000 habitantes era de 4.5¹³.

3.2 Distribución de los recursos humanos de la salud

En los países centroamericanos está aún irresuelto el problema de la distribución de profesionales y técnicos para una optimización de los sistemas de salud. La distribución actual, que mostraremos, es de tres tipos: a) geográfica, urbana-rural; b) institucional, entre los subsectores de salud; y c) ocupacional, que atañe al balance de carreras y especialidades.

3.2.1 Distribución urbana y rural

Una fuerte proporción de la población centroamericana es rural, pero los servicios y profesionales de salud están en su mayoría concentrados en las zonas urbanas. Guatemala Honduras y Belice son los países donde la mayoría de su población se encuentra en el área rural (51%, 51% y 47% respectivamente); le siguen Nicaragua (43%), El Salvador (39%), Costa Rica (36%), República de Dominicana (32.9) y Panamá (25%)¹⁴.

En **Belice** existe una amplia brecha que superar. La información disponible muestra que en el año 2009 la relación entre los trabajadores de salud que se encuentran en el

http://www.minsa.gob.ni/index.php?option=com_remository&Itemid=52&func=select&id=1418

Revisado el 21 de marzo de 2012.

¹⁰ OMS. Estadísticas 2010, ibídem, pp. 120.

¹¹ Ministerio de Salud. Indicadores de Salud. Panamá, 2010, pp. 3.

¹² Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social – SESPAS. Información sobre recursos humanos de salud. República Dominicana, 2009: 73 y 76.

¹³ Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS); Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) y Organización Panamericana de la Salud (OPS). Informe del Proyecto de Información Sobre Recursos Humanos en Salud República Dominicana 2008- 2009. Facultad de Ciencias de la Salud (FCS). 2009:51.

¹⁴ Banco Mundial 2012: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.RUR.TOTL.ZS> Revisado el 09 de enero de 2012.

área urbana respecto a los que trabajan en el área rural es de 6,4 veces¹⁵. Para Belice el cumplimiento de esta meta es importante ya que la población que se encuentra viviendo en el área rural representa casi la mitad de su población.

Costa Rica es más urbano, pero igual está muy concentrada la fuerza laboral en salud en las zonas urbanas. La razón de profesionales en enfermería en el año 2009 llegaba a ser hasta tres veces más en la zona urbana que en la rural¹⁶.

Por otro lado, en **Guatemala** el 51% de la población se encuentra en el área rural, integrada casi en su totalidad por población indígena¹⁷. De acuerdo a la base de datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la mayor parte del personal de salud se concentra en las zonas urbanas¹⁸. Como se puede observar en la Tabla 8, el 70,9% de los médicos se encuentra concentrado en el departamento de Guatemala, el área de la capital del país. Esta situación es inversa en los demás departamentos. Un departamento desprotegido, por ejemplo, es Quiche, que solo cuenta con 1,07 médicos por cada 10 000 habitantes a pesar que el 81 % de su población se encuentra en situación de pobreza. En Quiche un médico debe cubrir a 9 064 habitantes y en el departamento de Alta Verapaz - con el 76.4% de pobres - a 6 461 habitantes.¹⁹ A más pobreza, menos médicos.

Tabla 9: Guatemala 2009: médicos por departamento y niveles de pobreza

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

¹⁵ OPS. Core Data Human Resources for Health: Stocks and Flows – Education – Management. Tracking Regional Goals for Human Resources for Health: A Shared Commitment. Washington, Belize 2009, pp. 32-33.

¹⁶ OMS, OPS. Perfil de los sistemas de salud de Costa Rica. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Tercera edición. San José de Costa Rica 2009. Pg. 12.

¹⁷ Banco Mundial 2012, ibídem.

¹⁸ Universidad Rafael Landívar, Instituto de Ciencias de la Salud. Información de recursos humanos en salud. Datos Básicos para el análisis de los componentes de la fuerza de trabajo en salud en Guatemala. Guatemala, mayo de 2009, p. 8.

¹⁹ Universidad Rafael Landívar, ibídem, pp. 7.

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	59.30
Sololá	64	0.49%	411202	1.56	76.36
Alta Verapaz	157	1.21%	1046185	1.50	76.40
Quiche	95	0.73%	890764	1.07	81.09
Total	12,940	100%	14017057	9.23	

Fuente: OPS, Universidad Rafael Landívar 2009.

República Dominicana, tampoco ha logrado reducir la brecha del personal de salud respecto al área rural, en la que se encuentra el 32,9% de su población. El sector rural sólo cuenta con el 7,8% del personal de salud de médicos y enfermeras disponibles, a diferencia del sector urbano, que dispone del 92,2% de este personal²⁰.

2.2.3 Distribución institucional

En general, los Ministerios de Salud son los principales empleadores de recursos humanos en Centroamérica y República Dominicana. Esto se da que en la mayoría de países son los mayores proveedores de atención de la salud. En situación diferente se encuentran Costa Rica y Panamá, donde los Seguros Sociales son los empleadores mayoritarios.

En el caso de **Belice**, los servicios de salud solo los brinda el Ministerio de Salud, que de acuerdo a la información de la OPS, tenía en el año 2009 2 283 recursos humanos²¹.

En cuanto a **Costa Rica**, la información del 2008 permite diferenciar el personal de salud del sector público y sector privado. Ese año, los técnicos y profesionales que se desempeñaban en el sector público - como primera ocupación – eran 22 290 profesionales, que representaban el 61,6% del total de la fuerza laboral en salud, mientras en el sector privado laboraban 13 895 trabajadores, que representa el

²⁰ Ramos, A. Línea de Base Medición de Metas de Recursos Humanos de República Dominicana, noviembre de 2011, p. 11.

²¹ OPS. Core Data Human Resources for Health 2009, ibídem, p. 25.

38.4%²². Sin embargo, un aspecto importante a mencionar es que en el lapso 1994-2008 el número de profesionales y técnicos en salud que trabaja en el sector privado creció en una proporción importante (de 21,3% a 38,4%), disminuyendo en el mismo periodo los profesionales y técnicos que laboran para el sector público (del 78,7% al 61,6%).²³

Tabla 10: Costa Rica: Profesionales y técnicos en salud según sector institucional, 1994 - 2008

Año	Total	Sector público		Sector privado	
		Absoluto	Porcentaje	Absoluto	Porcentaje
1994	100	15 160	78.7	4108	21.3
1998	100	18 775	76.3	5847	23.7
2002	100	17 206	65.5	9057	34.5
2006	100	19937	58	1448	42
2008	100	22290	61.6	13895	38.4

Fuente: OPS 2008

Por otro lado, otras fuentes permiten apreciar el peso mayoritario de la Caja Costarricense de Seguro Social como empleador. En el año 2010 el MINSA contaba con un capital humano compuesto por 4 734 personas²⁴. La Caja el 2012 cuenta con 49 804 recursos humanos²⁵.

En el caso de **El Salvador**, el 2011 el Ministerio de Salud contaba con una fuerza laboral de 24 007 personas²⁶. El Instituto Salvadoreño de Seguridad Social, de acuerdo a su Anuario Estadístico 2010, contaba con 15 129 recursos humanos²⁷.

En **Guatemala**, para el año 2009, el Ministerio de Salud Pública tenía un total de 26 200 personas laborando en él.²⁸ En cuanto al Instituto Guatemalteco de la Seguridad Social, para febrero de 2012, según la nómina de empleados, cuenta con 9 501 trabajadores de la salud²⁹.

²² OMS, OPS. Perfil de los sistemas de salud de Costa Rica, 2009, ibídem, pp.44.

²³ OMS, OPS. Ibídem.

²⁴ Ministerio de salud de Costa Rica: <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio-memoria-institucional-ms> Revisado el 6 de marzo de 2012.

²⁵ Caja Costarricense del Seguro Social, 2012: <http://rrhh.ccss.sa.cr/?proc=17&sidchk=j4odt82ge444mpogveup162i11&nmrchk=u47m120h3984s16160x8950f547k58a1&lnkchk=2814111705#left> Revisado el 01/03/2012.

²⁶ Organización Panamericana de la Salud. Planes de Recursos Humanos y Atención Primaria de Salud: Desafíos para la Coordinación Intersectorial y Social. Washington, D.C. 2011, pp. 75.

²⁷ ISSS: <http://www.iss.gov.sv/> Revisado el 21 de Marzo de 2012.

²⁸ Organización Panamericana de la Salud, Universidad Rafael Landívar. Información sobre Recursos Humanos de Salud en Guatemala. Guatemala, 2009:20

²⁹ IHSS: http://www.igssgt.org/ley_acceso_info/ley_cuatro.html Revisado el 07 de marzo de 2012.

Por otro lado en **Honduras**, la información de la Secretaría de Salud (SESAL), señala que hasta el 2008 se contaba con un total de 17 699 trabajadores de la salud³⁰.

En el caso de **Nicaragua**, la fuerza laboral del Ministerio de Salud (MINSAL) al 2011 era de 26 745³¹. Por otro lado, de acuerdo a su Anuario Estadístico 2010, el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social al 2010 contaba con 2 398 personas.³²

En **Panamá**, para el año 2011, el Ministerio de Salud tenía 14 162 trabajadores³³. En la Caja del Seguro Social actualmente existen 27 035 recursos humanos en salud laborando.³⁴

Respecto a **República Dominicana**, a través de los datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS) que corresponden al 2009, se identifica un total de 51 691 profesionales de la salud³⁵. Mientras que el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) en el 2008 contaba con 5 033 recursos humanos en salud³⁶.

Tabla 11: Centroamérica y Rep. Dominicana 2010: Población y distribución Institucional de los recursos humanos (%)

Países	Población	MINSAL	Caja de Seguro Social
Belice	316 000	2 283 (2009)	ND
Costa Rica	4 694 623	4 734 (2011)	49 804 (2012)
El Salvador	745 3303	24 007 (2011)	15 129 (2010)
Guatemala	14 361 666	26 200 (2009)	9 501 (2012)
Honduras	7 614 345	17 699 (2008)	ND
Nicaragua	5 825 140	26 745 (2011)	2 398 (2010)
Panamá	3 496 796	14 162 (2011)	27 035 (2012)
República Dominicana	10 168 853	51 691 (2009)	5 033 (2008)

Elaboración propia en base a información OMS, OPS 2009, CCSS 2012, ISSS 2012, IHS 2012, SESAL 2012, MINSAL de Nicaragua, INSS 2012, MINSAL Panamá 2012, SSP 2012, MINSAL República Dominicana.

³⁰ Secretaría de Salud. Unidad de Planeamiento y Evaluación 2008: <http://www.salud.gob.hn/> Revisado el 5 de enero de 2012.

³¹ Ministerio de Salud de Nicaragua: http://www.minsa.gob.ni/index.php?option=com_content&view=article&id=1036&Itemid=195 Revisado el 3 de enero de 2012.

³² Instituto Nicaragüense de Seguridad Social: http://www.inss.gob.ni/index.php?option=com_content&view=article&id=149 Revisado el 7 de marzo de 2012.

³³ Ministerio de Salud de Panamá. Relación del personal permanente y contratado, 2011: http://www.minsa.gob.pa/minsa/modulo_transparencia.html Revisado el 2 de enero de 2012.

³⁴ Seguro Social de Panamá: http://defensoria.gob.pa/transparencia/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=95 Revisado el 07 de marzo de 2012.

³⁵ Oficina Nacional de Estadística. Anuario de Salud 2009. Cuadro 1.1 Recursos Humanos del sector de salud, según tipo de personal. Santo Domingo 2009. <http://www.one.gob.do/index.php?module=articles&func=view&catid=94> (Revisado el 7 de enero de 2012)

³⁶ OPS, SESPAS, Universidad Autónoma de Santo Domingo. Información sobre Recursos Humanos de salud en República Dominicana. 2009, pp, 70.

Sistema Regional de Indicadores de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SIRSAN):
<http://www.sica.int/SIRSAN/Indicadores.aspx?indicator=93&data=Datos.aspx?Indicator=33&dummy=>

Sistema Regional de Indicadores de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SIRSAN):
<http://www.sica.int/SIRSAN/xml.aspx>

Indicadores del Banco Mundial: <http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.CD>
<http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD>

2.2.3. Distribución según ocupación

Respecto a la distribución ocupacional, la documentación oficial de los Ministerios, Secretarías de Salud y Cajas de Seguros Sociales da cuenta de la estructura ocupacional de su fuerza laboral, pero a la vez deja constancia de la inadecuación del perfil ocupacional actual con el perfil de necesidades existentes, sin existir en los países estudios sobre esta brecha.

El Ministerio de Salud de Belice contaba al 2009 con 469 enfermeras, 241 médicos, 158 promotores de la salud, 126 técnicos médicos, 112 farmacéuticos, 60 servidores públicos sanitarios, 59 enfermeras auxiliares, 42 parteras, 12 dentistas y 1 004 empleados del sector administrativo, como se puede observar en la Tabla 18³⁷.

Tabla 12: Belice 2009: Distribución ocupacional del personal del MINSA

Categoría	Total
Enfermera	469
Médico doctor	241
Promotor de la salud	158
Técnico médico	126
Farmacéutico	112
Servidor público sanitario	60
Enfermera auxiliar	59
Partera	42
Dentista	12
Personal administrativo	1004
Total	2283

Fuente: OPS, 2009

En **Costa Rica**, la Memoria Institucional 2010 del MINSA³⁸ da cuenta de una distribución de su personal en los tres niveles de gestión: central, regional y local. En el nivel de gestión local existe un total de 3 277 puestos, que representan el 69% de la

³⁷ OPS. Core Data Human Resources for Health 2009, ibídem, pp. 25.

³⁸ MINSA Costa Rica: <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio-memoria-institucional-ms> Revisado el 6 de marzo de 2012.

cantidad total de puestos del Ministerio de Salud, que son 4 734. El nivel de gestión regional cuenta con 748 puestos y el nivel de gestión central con 709.

Respecto a la distribución ocupacional en la Caja Costarricense del Seguro Social, a enero de 2012, trabajaban en la Caja un total de 49,804 trabajadores, distribuidos en cuatro grandes grupos ocupacionales: los administrativos, que son 9 469 personas; los del grupo de enfermería y servicios de apoyo, que comprenden a 20 282 trabajadores; el personal de servicios generales, que abarca a 8 229 personas; y los profesionales en ciencias médicas, que son 11 824.³⁹ Se puede apreciar que el personal propiamente de apoyo (administrativos y servicios generales) representa el 35,5% y el asistencial (enfermería y ciencias médicas), el resto (64,5%).

Tabla 13: Costa Rica: Caja del Seguro Social, Distribución de trabajadores por grupo y subgrupo ocupacional, 2012

Grupo y Subgrupo Ocupacional	Total	Grupo y Subgrupo Ocupacional	Total
ADMINISTRATIVOS	9,469	PROFESIONALES EN CIENCIAS MÉDICAS	11,824
Jefaturas	1,048	Enfermera Licenciada	3,701
Profesionales	3,349	Farmacéuticos	846
Puestos Superiores	18	Médico Asistente	1,845
Secretarías y Oficinistas	2,242	Médico Asistente Especialista	2,307
Supervisores	272	Médico Residente	870
Técnicos	2,540	Médico Servicio Social	136
ENFERMERIA Y SERVICIOS DE APOYO	20,282	Médicos en Funciones Administrativas	678
Auxiliar de Enfermería	6,501	Microbiólogos Químicos Clínicos	635
Profesionales en Enfermería (Dipl o Bach)	63	Nutrición	134
Tareas de Apoyo	4,865	Odontólogos	592
Tecnologías en Salud	8,853	Psicólogos Clínicos	78
SERVICIOS GENERALES	8,229	Químicos	2
Mantenimiento	984		
Servicios Varios	5,310		
Transportes	756		
Vigilancia y Limpieza	1,179		
Total general			49,804

Fuente: CCSS, Archivo Maestro de la Caja, Enero 2012, SPL

En el caso de **El Salvador**, las 24 007 personas que laboraban en el Ministerio de Salud el año 2011 se distribuían de la siguiente manera: 5 816 eran personal administrativo

³⁹CCSS: <http://rrhh.ccss.sa.cr/?proc=17&sidchk=j4odt82ge444mpogveup162i11&nmrchk=u47m120h3984s16160x8950f547k58a1&lnkchk=2814111705#left> Revisado el 01/03/2012.

y 18 191 profesionales y técnicos. De este último grupo, alrededor de 5 639 son clasificados como “recursos humanos de enfermería”, que comprenden a un 40% enfermeras graduadas, el 60% son auxiliares. Además, hay 2 157 promotores de salud que representan el 9,1% del total de recursos humanos y el resto está constituido por profesionales y técnicos en química y farmacia, fisioterapia, nutrición, anestesia y laboratorio clínico, entre otros⁴⁰.

Respecto a la distribución ocupacional de las 15 129 personas que laboraban el año 2010 en el Instituto Salvadoreño de la Seguridad Social, su Anuario Estadístico 2010 informa que 2 221 personas laboran en el sector administrativo y 12 908 en los servicios médico-hospitalarios, lo que expresaría un buen balance administrativo-asistencial. Sin embargo, en los servicios médico-hospitalarios también hay personal administrativo y de servicios, junto a los 2 388 médicos, 173 odontólogos y 6 115 técnicos y paramédicos. Sumando todo el personal administrativo y de servicios, suma el 42,6% del total.

Tabla 14: El Salvador: ISSS: Personal de Administración y Servicios Médico-Hospitalarios, 2009-2010

Año	Total	OFICINAS ADMINISTRATIVAS			SERVICIOS MÉDICO - HOSPITALARIOS					
		Total	Adminis- trativos	De servicio	Total	Médicos	Odontó- logos	Técnicos y paramédicos	Adminis- trativos	De servicio
2009	14 761	2 194	1 804	390	12 567	2 340	174	6 018	2 169	1 866
2010	15 129	2 221	1 815	406	12 908	2 388	173	6 115	2 326	1 906

Fuente: ISSS, Departamento de Recursos Humanos

En el caso de la Secretaría de Salud (SESAL) de **Honduras**, la distribución de los recursos humanos en el año 2009 señalaba que 4 797 (27,1%) correspondían a personal administrativo y 12 902 (72,9%) al personal profesional, auxiliar y técnico relacionado a los servicios de salud⁴¹.

Honduras ha estado en los últimos dos años ampliando el personal asistencial de la Secretaría de Salud. La Secretaría de Finanzas en el 2009 informó las coordinaciones con la SESAL para la creación de 696 nuevas plazas para personal médico, enfermeras auxiliares y enfermeras profesionales, así como para odontólogos, microbiólogos, químicos farmacéuticos y personal técnico con diferentes especialidades. En el año 2010 se proyectó la apertura de 400 nuevas plazas las cuales se distribuían entre médicos, enfermeras auxiliares y enfermeras profesionales. La tendencia observada desde el 2008 muestra una mayor disponibilidad de enfermeras auxiliares, médicos y enfermeras profesionales, en ese orden descendente⁴².

⁴⁰ OPS. Planes de Recursos Humanos, 2011, ibídem, p. 75.

⁴¹ OPS, 2011, ibídem, p. 131.

⁴² OPS, ibídem.

En lo que concierne a **Nicaragua**, la División de Recursos Humanos del Instituto Nacional de Seguro Social informa que la distribución de recursos humanos en INSS es la siguiente: 1 690 son profesionales técnicos (70.5%), 487 personas laboran en el sector de servicio (20.3%), 199 son personal de dirección (8.3) y 22 personas del sector administrativo. La clasificación por grupos ocupacionales necesita una mayor precisión.

Tabla 15: Nicaragua: INSS: Número de empleados según grupo ocupacional, 2010

Grupos Ocupacionales	Total	Porcentaje
Personal de dirección	199	8.3
Profesionales y Técnicos	1 690	70.5
Administrativos	22	0.9
De servicio	487	20.3
Total	2 398	100

Fuente: INSS, División de Recursos Humanos

En el caso de **República Dominicana**, los datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS) para el año 2009 identifican a 11 699 médicos, 1 707 odontólogos graduados y auxiliares, 12 073 enfermeras graduadas y auxiliares, 1 620 bioanalistas y técnicos en bioanálisis, 562 farmacéuticos, 281 psicólogos y 23 749 trabajadores administrativos ⁴³.

3.3 Déficit de especialistas

La información existente revela que en la mayoría de países centroamericanos hay un serio déficit de especialistas. Esto prolonga las listas de espera, impide que las personas reciban tratamiento integral y oportuno, genera complicaciones y aumenta la mortalidad de los pacientes.

Costa Rica prácticamente tiene resuelto el tema de la disponibilidad de médicos en general, pero tiene un déficit de médicos especialistas en salud. En el año 2010, la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) estimó que necesitaba tener en sus hospitales a 1 200 médicos especialistas más, pues los 2 185 que disponía en ese momento la institución no eran suficientes para satisfacer las necesidades de la población. Entre las especialidades consideradas “críticas” por falta de profesionales, figuraban gineco-obstetricia, pediatría y medicina familiar. También había carencia de personal

⁴³ Oficina Nacional de Estadística de República Dominicana. Anuario de Salud 2009. Cuadro 1.1 Recursos Humanos del sector de salud, según tipo de personal 2009. <http://www.one.gob.do/index.php?module=articles&func=view&catid=94> Revisado el 7 de enero de 2012.

capacitado en áreas como radioterapia, geriatría, anestesiología y ortopedia⁴⁴. Ante esta situación la Caja Costarricense del Seguro Social viene contratando especialistas provenientes del extranjero para cubrir vacantes, sobre todo en las zonas del interior del país.⁴⁵

En el caso de **Honduras**, el año 2011 las autoridades del IHSS han venido abriendo nuevas plazas para médicos especialistas para cubrir la demanda. Para ese cometido, estimaban que necesitaban al menos 103 médicos especialistas, sobre todo para los dos hospitales grandes del país: el regional del norte en San Pedro de Sula y el de especialidades de la Granja⁴⁶. El déficit de especialistas ha venido difiriendo las citas médicas de los asegurados en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) hasta por seis meses, según se quejan los asegurados.⁴⁷

Por otro lado, **Nicaragua**, para el año 2008, solo contaba con 1 124 especialistas distribuidos en los hospitales del Ministerio de Salud de Nicaragua. Este hecho, ha venido limitando la atención de los pacientes. En ese sentido, el Gobierno estableció ese año la ampliación de becas para la especialización de médicos, dándose prioridad a las especialidades más deficitarias como gineco-obstetricia, anestesia, patología, medicina interna, radiología y cirugía general, entre otras. De esta manera, de los 78 médicos que se especializaban en los hospitales de Managua se pasó a 318.⁴⁸

Respecto a **Panamá**, al igual que Costa Rica, desde el año 2009 el Ministerio de Salud y la Caja del Seguro Social (CSS) abrieron convocatorias para contratar médicos extranjeros. Estos procesos de selección no solo se deben a la escasez de médicos especialistas, sino también a la necesidad de cubrir vacantes en hospitales del interior, a los cuales a veces no desean migrar los médicos nacionales. El 2010 el Ministerio de Salud de Panamá realizó una convocatoria de 78 especialistas médicos para cubrir el déficit en hospitales del interior. Sin embargo, para el 2011, el MINSAL tenía un déficit de 509 especialistas, mientras que la CSS contaba con un déficit de 180⁴⁹. Se proyecta que esta situación deberá cambiar en el año 2013, requiriéndose que el reclutamiento venga acompañado de dotación a los hospitales de equipo, insumos, facilidades y

⁴⁴ Diario La Nación. Luis Edo Díaz: CCSS requiere 1.200 especialistas médicos para cubrir necesidades. Publicado el 15 de noviembre de 2011 en: <http://www.nacion.com/2010-11-15/EIPais/NotasSecundarias/EIPais2577856.aspx> Revisado el 15 de enero de 2012.

⁴⁵ Diario La Nación. Luis Edo Díaz: Caja contratará médicos extranjeros para Limón. Publicado el 15 de febrero de 2011 en: <http://www.nacion.com/2011-02-15/EIPais/NotasSecundarias/EIPais2684195.aspx> Revisado el 15 de enero de 2012.

⁴⁶ Diario el Heraldo. Ana Acosta: Citas del IHSS, hasta para en octubre y noviembre. Publicado el 12 de junio de 2011 en: <http://archivo.elheraldo.hn/Ediciones/2011/06/13/Noticias/Citas-del-IHSS-hasta-para-en-octubre-y-noviembre> Revisado el 09 de marzo de 2011.

⁴⁷ Diario el Heraldo. Ana Acosta: Seguro Social urge contratar 103 especialistas. Publicado el 21 de junio de 2011 en: <http://archivo.elheraldo.hn/Pa%C3%ADs/Ediciones/2011/06/22/Noticias/Seguro-Social-urge-contratar-103-especialistas> Revisado el 09 de marzo de 2012.

⁴⁸ Juana Telica: Médicos inician especialización. Publicado el 3 de abril de 2008:

<http://www.elpueblopresidente.com/salud/1089.html> Revisado el 09 de marzo de 2012.

⁴⁹ Ibídem.

atractivos salariales para que el personal pueda cumplir su función⁵⁰. En ese sentido, tanto el Ministerio de Salud como la Caja de Seguro Social vienen ensayado diferentes opciones para cubrir la brecha de especialistas, desde el aumento de plazas, el nombramiento de médicos, el pago por horas extras y el financiamiento de la formación de residentes.

La mayoría de vacantes son para cubrir áreas de cardiología, cirugía, anestesiología, medicina interna, ginecología, pediatría, radiología, gastroenterología, patología, entre otras especialidades⁵¹.

3.4 Migraciones

Entre los países centroamericanos hay algunos expulsores y otros receptores de recursos humanos en salud, si bien todos tienen migraciones de profesionales calificados hacia el exterior. Belice, Costa Rica y Panamá son los países que históricamente registran menos profesionales calificados migrantes hacia el exterior. Esto tiene que ver lógicamente con su capacidad para integrarlos en ocupaciones con mejores condiciones laborales que las del resto de países de Centroamérica.

Como es natural, los países más desarrollados son los países receptores, en particular los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), que reúne a los 34 países más desarrollados del planeta. Los profesionales de salud extranjeros en los países de la OCDE en el año 2004 llegaba al 30% de su fuerza de trabajo y hay evidencias del crecimiento de este fenómeno durante la última década, en especial para el personal de enfermería⁵².

Entre los países centroamericanos, República Dominicana es el que más emigrantes de alta calificación tuvo para el año 2007: contabilizó entonces a 204 100 profesionales que se encontraban laborando en los países miembros de la OCDE. El Salvador tenía trabajando a 186 392 emigrantes calificados en dichos países. Le siguen Guatemala con 98 301 profesionales, Nicaragua con 89 008, Honduras con 72 311 profesionales y en menor número, pero no menos importante, Panamá (59 544), Costa Rica (34 405) y Belice (22 267)⁵³.

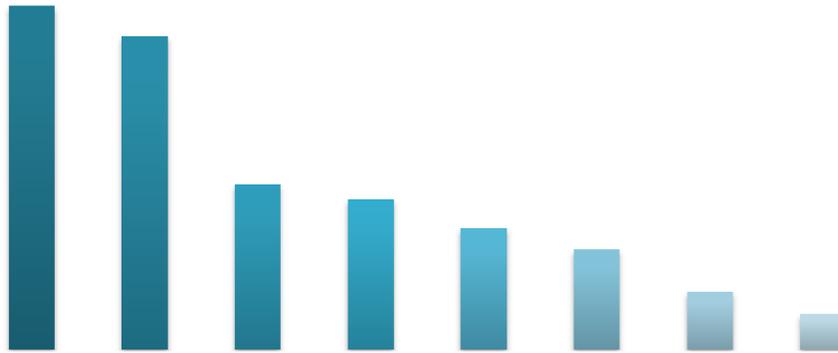
⁵⁰ Diario Panamá América. Isabel Díaz: Déficit de especialistas hasta el 2013. Publicado el 15 de mayo de 2011 en: http://www.panamaamerica.com.pa/periodico/edicion-anterior/nacion-interna.php?story_id=1049559 Revisado el 09 de marzo de 2012

⁵¹ Diario La Prensa. Minerva Bethancourth: Abren convocatoria a médicos extranjeros. Publicado el 3 de agosto de 2011 en: <http://prensa.com/node/16560> Revisado el 15 de enero de 2012.

⁵² Joint Learning Initiative. Human Resources for Health, Overcoming the crisis. Harvard University Press. 2004.

⁵³ OIM, SELA. La emigración de recursos humanos calificados desde países de América Latina y el Caribe. Tendencias contemporáneas y perspectivas. 2007.

Tabla 16: Stock de Emigrantes calificados de 25 años y más con origen en Centroamérica y República Dominicana, 2007



Fuente: OIM, SELA (2007)

Esta situación ha sido alentada en parte por el hecho de que países de la OECD, como Australia, Canadá y los EE.UU., han modificado su legislación creando visas temporales y expandido las prácticas profesionales que éstas abarcan, para aumentar sus trabajadores calificados⁵⁴.

En la Comunidad Económica Europea la escasez de enfermeras y los requisitos educacionales para su formación hacen que organizaciones privadas en países como Italia, movilicen la migración de enfermeras desde los países latinoamericanos⁵⁵.

De acuerdo a una investigación que se realizó en los EEUU, Reino Unido, Canadá y Australia⁵⁶, para el año 2005, entre el 25% y el 28% de los médicos que ejercían en esos países eran graduados en el exterior y que entre el 40% y el 75% de esos médicos, provenían de países pobres.

En el caso de Estados Unidos, en el año 2006 la diferencia entre el número de egresados de las Escuelas de Medicina y el número de puestos para residentes fue de

⁵⁴ Dussault, Gilles and Franceschini, Maria Cristina. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce.

⁵⁵ OPS. La migración del personal de salud en la región de las Américas. Situación, perspectivas y sugerencias para la acción. VIII Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud. 5 y 6 de Octubre de 2006

Colonia del Sacramento, Uruguay. pp. 3.

⁵⁶ Fitzhugh, Mullan. The Metrics of the Physician Brain Drain, New England Journal of Medicine, October 2005, Volume 353:1810- 1818.

6 000, por lo que estas plazas eran cubiertas con médicos provenientes del exterior, de los cuales muchos terminan adquiriendo residencia permanente en aquel país⁵⁷.

En el año 2004, se estimaba que existían 3 232 médicos **dominicanos** laborando en los países desarrollados, que en proporción significa que uno de cada seis médicos se encuentra en el exterior. Igualmente, uno de cada diez médicos **costarricenses y panameños** se encuentra en EE.UU. y Canadá⁵⁸.

Como se ha visto, países como Panamá y Costa Rica se han convertido en receptores de REHUS, sobretodo de médicos especialistas que vienen integrándose a sus sistemas profesionales de la salud⁵⁹, pero ello no significa que no tengan también migrantes calificados.

Por otro lado, en relación a las enfermeras, los principales países de destino son los EE.UU., Canadá, Reino Unido y Australia. Para el año 2005 se calculaba que los Estados Unidos tenía 170 000 vacantes de enfermeras y se consideraba que este número crecería a 260 000 para el año 2010. Además se preveía un incremento del 3% de enfermeras de origen extranjero en todos sus estados, cifra que en números absolutos era mayor a la de los egresados de su propio sistema educativo. Al mismo tiempo, el Reino Unido y Canadá esperaban un déficit de enfermeras para el año 2010 del 10% y 33% respectivamente, mientras que el 2006 empleaban el 8 % y el 6% de enfermeras extranjeras⁶⁰.

Las enfermeras en EE.UU. y Canadá para el año 2009, contaban con un total de 2 613 511 de los cuales 34 122 procedían de América Latina. Esto equivale al 1.3% de enfermeras inmigrantes de los países de Latinoamérica⁶¹.

La información disponible (2004) muestra que de los países de Centroamérica, Panamá era el país con más enfermeras migrantes en EE.UU. y Canadá, seguido de El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Honduras y Costa Rica. Panamá tenía a más de la mitad de sus enfermeras (3 430, el 52,6% del total) en EE.UU. y Canadá. En cuanto a El Salvador el 35.3% de sus enfermeras se encontraban en esos países (3 100); y en Guatemala el 26.8% de sus enfermeras se encontraban igual, en los EE.UU. y Canadá (1 704)⁶².

⁵⁷ Chen, Lincoln C, M.D., and Boufford, Jo Ivey, M.D. Fatal Flows-Doctors on the Move. New England Journal of Medicine, vol. 353-1850- 1852, oct.2005, number 17.

⁵⁸ Malvares, Silvina. Migración de Recursos Humanos para La Salud. Avances y Perspectivas en las Américas. Reunión Andina de Migración de Personal de Salud. PPT. Lima, Marzo de 2009.

⁵⁹ Más información al respecto se encuentra en la página web:

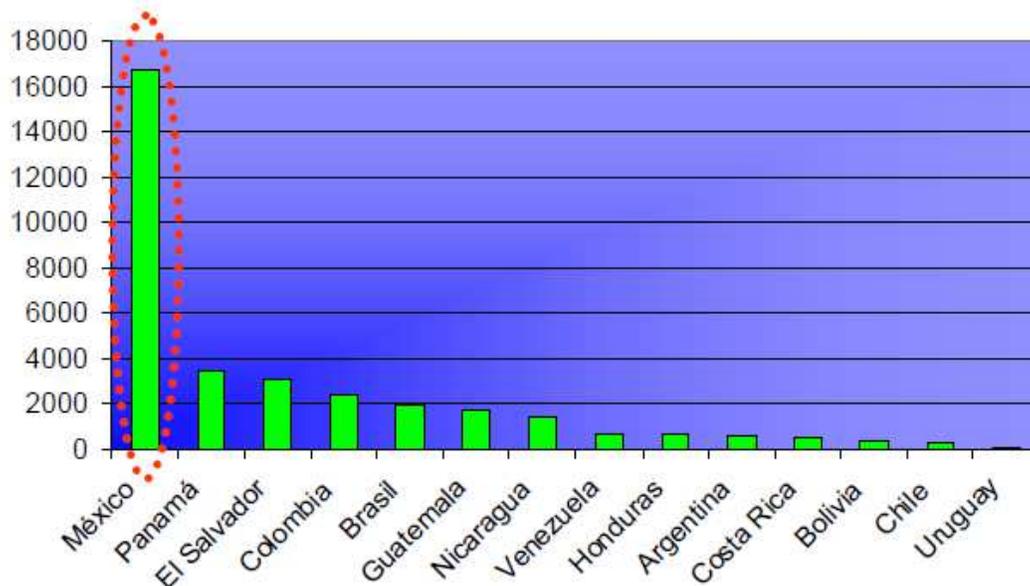
http://www.centralamericadata.com/es/article/home/Panam_contratar_mdicos_extranjeros Revisado el 15 de enero de 2012

⁶⁰ Arroyo-de Cordero Graciela, Jiménez-Sánchez Juana. Repercusiones de la encases versus migración de enfermeras como fenómeno global, en Rev. Enferm. IMSS 2005; 13(1):33-40.

⁶¹ Malvares, Silvina. Migración de Recursos Humanos para la Salud 2009, ibídem.

⁶² Malvares, Silvina. Migración de Recursos Humanos para la Salud 2009, ibídem.

Tabla 17: Enfermeras de América Latina en EEUU y Canadá, valores absolutos, 2004



Fuente: Silvina Malvares (2009)

Tabla 18: Pérdida de enfermeras: El Salvador, Guatemala y Panamá, 2004

País	Enfermeras en país de origen	Enfermeras en EUA y Canadá	Pérdida
El Salvador	5 700	3 100	35.3%
Guatemala	4 650	1 704	26.8%
Panamá	3 100	3. 430	52.6

Fuente: Silvina Malvares, 2009

3.5 Remuneraciones

Respecto a las remuneraciones que perciben los médicos en los países de Centroamérica se puede señalar que dependen de muchos factores, entre ellos si se trata de médicos generales o especialistas, médicos recién egresados o médicos de mayor experiencia profesional, sin contar los ingresos adicionales por trabajos adicionales ni las bonificaciones por cargos directivos.

La información recogida hace ver que las remuneraciones de los médicos generales varían entre un piso mínimo de 460 dólares americanos, que es lo que ganan en República Dominicana, y 2 500 dólares, que es lo que se gana en Panamá. Lo que perciben los médicos especialistas oscila entre los 778 dólares que reciben en

República Dominicana hasta 2 700 dólares que gana un médico especialista en Panamá.

Tabla 19: Centroamérica 2012: Salario de los médicos MINSA en los países de Centroamérica (en USD\$)

Países	Sueldo mínimo (médico general)	Sueldo Máximo (médico especialista)
Belice	ND	ND
Costa Rica	1 444(CCSS)	1 936 (CCSS)
El Salvador	600	950
Guatemala	1 025	1 410
Honduras	1 414	1 649
Nicaragua	544	786
Panamá	2 500	2 700
Rep. Dominicana	460	778

Fuentes: OPS, MINSAs, CSS, MINSA Panamá, SESPAS Rep. Dominicana

Tipo de cambio en Conversor Online Go Currency: <http://www.gocurrency.com/conversor-de-monedas.htm> a la fecha 22 de marzo de 2012.

Respecto a los sueldos que perciben en la CCSS de **Costa Rica** los médicos generales y que recién egresan, ganan como promedio 1 444 dólares, con un máximo de 1 936 dólares⁶³. Con respecto a los sueldos de las enfermeras en la CCSS, una auxiliar de enfermería gana en promedio 869 dólares, una enfermera bachiller 1 328 dólares y una enfermera licenciada puede llegar a ganar hasta 1 587 dólares⁶⁴.

El Salvador cuenta con una promedio de sueldos bajos para los médicos del MINSA. El médico general gana en promedio 600 dólares, mientras que un médico especialista gana alrededor de 950 dólares⁶⁵.

Guatemala se encuentra relativamente mejor respecto a la situación salarial de sus médicos del MINSA, que como mínimo ganan, incluyendo bonificaciones, 1 025 dólares, y como máximo 1 410 dólares americanos⁶⁶. El salario de las enfermeras en Guatemala oscila entre 769 dólares como mínimo y 1154 dólares como máximo y el sueldo de los técnicos es de 385 dólares promedio⁶⁷.

⁶³ Caja Costarricense de Seguridad Social:

<http://rrhh.ccss.sa.cr/?proc=36&flw=1&sidchk=iu5ksvne5tqmsu2ge7pij0hd87&nmrchk=x80l278i1057j55039n5686v164p71k3&lnkchk=3242228836>. Revisado el 16 de enero de 2011.

⁶⁴ Caja Costarricense de Seguridad Social. *Ibidem*.

⁶⁵ Diario la página. Carmen Rodríguez: Los médicos salvadoreños estamos en contra del convenio de salud con Cuba. Publicado el 24 de noviembre de 2010 en:

<http://www.lapagina.com.sv/nacionales/43089/2010/11/22/Los-médicos-salvadoreños-estamos-en-contra-del-convenio-de-salud-con-Cuba> Revisado el 14 de enero de 2012

⁶⁶ Organización Panamericana de la Salud, Universidad Rafael Landívar. Información sobre Recursos Humanos de Salud en Guatemala. 2009, Guatemala. Pg. 24.

⁶⁷ *Ibidem*, pp. 19

La situación de **Honduras** se encuentra mucho mejor respecto a sus similares. En relación al sueldo promedio de los médicos del MINSA, el médico general gana en promedio 1 414 dólares, mientras que el médico especialista gana en promedio 1 649 dólares⁶⁸.

Respecto a la situación de los sueldos en **Nicaragua**, después de República Dominicana, es la más baja de la región. Un médico general del MINSA, recién egresado, percibe 544.4 dólares, y un médico especialista puede llegar a ganar 786 dólares⁶⁹.

Tabla 20: Nicaragua 2011: salario de médicos

		Salario (US\$ NNUU)
Médico General (Inicio de carrera)		544.4
	C	517.27
Médico Especialista	B	732.92
	A	786.13

Fuente: MINSA de Nicaragua 2011.

Actualmente la Central Médica de Nicaragua —anteriormente Médicos Prosalarios—, demanda que el Estado nicaragüense cumpla la Ley de Equiparación Salarial (2007), que establece que en un período de cinco años se les nivele al salario centroamericano. En ese sentido se encuentra pendiente una partida de 193 millones de córdobas al presupuesto del Ministerio de Salud (MINSA), dirigido a darles un incremento salarial mayor al 7 por ciento del propuesto por el Gobierno. De lograrse ese cometido, los médicos especialistas ganarían 1 600 dólares; el general US\$1 200; el residente US\$1 000, y los internos US\$700.⁷⁰ Sin embargo, se observa sobre la situación salarial de los médicos sigue siendo aún un tema importante a solucionar dentro de las políticas salariales de Nicaragua.

Los sueldos de los médicos de **Panamá** se encuentran en mejor situación ya que cuentan con un promedio por encima de los sueldos de la región. El sueldo promedio de los médicos del MINSA oscila entre los 2 500 dólares y los 2 700 dólares⁷¹.

⁶⁸ Jimena Andino, Hablemos Claro Financiera: Cuánto ganan los hondureños, Los ingresos promedios según la profesión. Publicado el 1 de Diciembre de 2008 en: http://www.europa-honduras.eu/article_cuantogananloshondurenoslosingresospromediossegunlaprofesion_224.html

Revisado el 14 de enero de 2012.

⁶⁹ MINSA. Comparación Salario Médicos en Centroamérica. Nicaragua 2011: 1 [Internet]. Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/index.php?option=com_remository&Itemid=52&func=startdown&id=6678

⁷⁰ Revisión: <http://www.laprensa.com.ni/2010/11/05/nacionales/42718>

⁷¹ MINSA. Relación del Personal Permanente. 2011. *Estas es una cifra referencial proveniente del listado de profesionales contratado de manera temporal que atienden en el MINSA.*

República Dominicana es el país que cuenta con el promedio de salarios de médicos del MINSA más bajos de la Región con un mínimo a los médicos recién egresados de 460.16 dólares y un sueldo promedio de médico MINSA de 778.31 dólares⁷².

Tabla 21: Centroamérica y Rep. Dominicana: Comparación de los Salarios de los médicos y el Costo de la canasta básica alimentaria (CBA) / promedio mensual / USD\$

Países	Sueldo mínimo (médico general)	Sueldo Máximo (médico especialista)	CBA*
Belice	ND	ND	ND
Costa Rica	1 444 (CCSS)	1 936 (CCSS)	275
El salvador	600	950	190
Guatemala	1 025	1 410	300
Honduras	1 414	1 649	370
Nicaragua	544	786	275
Panamá	2 500	2 700	290
República Dominicana	460	778	183**

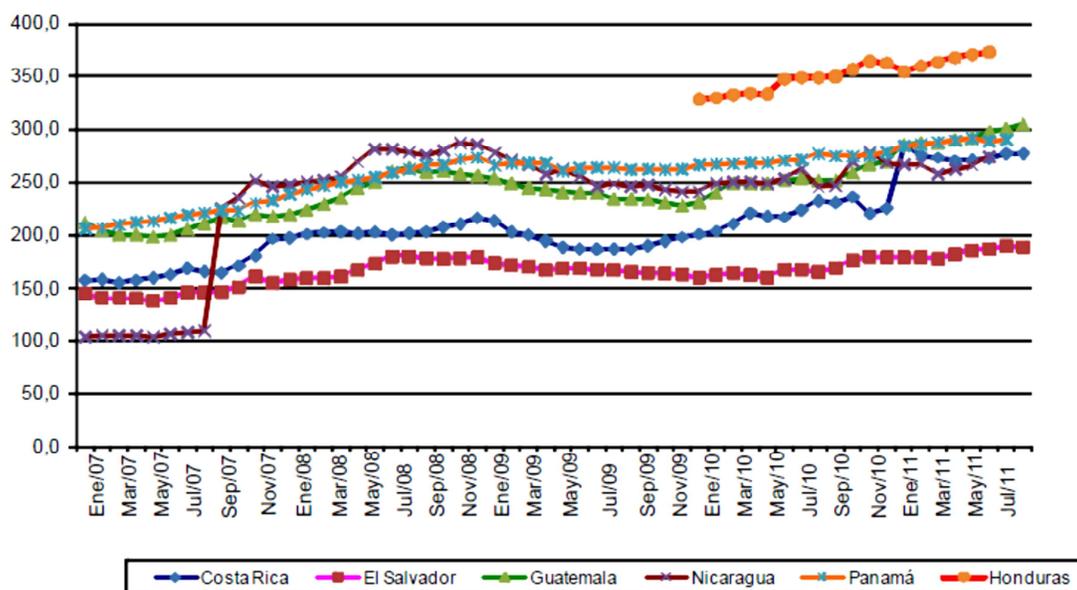
*Fuente: PRESANCA II – PRESISAN, FAO. “Centroamérica en Cifras. Datos de seguridad alimentaria nutricional y agricultura familiar”. Diciembre 2011.

**Fuente: Sistema Regional de Indicadores de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SIRSAN). Internet:<http://www.sica.int/SIRSAN/Indicadores.aspx?indicador=2090&data=Datos.aspx%3FIndicador%3D129&dummy=>

Al comparar los sueldos de los médicos en los países de Centroamérica se puede determinar que todos sobrepasan con sus sueldos el costo de la Canasta Básica Alimentaria (CBA) de sus respectivos países. Los que se encuentran mejor posicionados respecto a la CBA son Panamá y Costa Rica, seguidos de Honduras, Guatemala y el Salvador; en una situación menos favorable se encuentran República Dominicana y Nicaragua en que el costo de la CBA representa la mitad de los sueldos de los médicos.

Tabla 22: Centroamérica: Costo Mensual de la CBA (US\$). Enero 2007 - Agosto 2011

⁷² Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social-SESPAS (2009) Información sobre recursos humanos de salud. República Dominicana: 78.



Fuente: PRESANCA II – PRESISAN, FAO. Centroamérica en Cifras. Datos de seguridad alimentaria nutricional y agricultura familiar. Diciembre 2011.

3.6 Condiciones laborales

Un aspecto complementario a las remuneraciones que percibe el personal de la salud es la satisfacción laboral en el centro de trabajo.

Al respecto se establece en la Meta Regional 14 la necesidad de que por lo menos el 80% de los países en la Región deban implementar políticas de salud y seguridad para los trabajadores de la salud, incluyendo el apoyo a programas para reducir enfermedades y accidentes ocupacionales. Esto se cumple, según la información de los directivos consultados en el Estudio de Línea Basal, al 100% en Nicaragua, al 53,3% en Costa Rica –el más protector-, y al 50% en Panamá. Son significativamente bajos los porcentajes que asignaron los propios funcionarios consultados a República Dominicana (16,7%), El Salvador (16,7%) y Guatemala (8,3%). Belice no registra información.

No existe un sistema de seguimiento a las condiciones laborales en salud en los países centroamericanos, lo que expresa el soslayamiento de este aspecto en la gestión de recursos humanos. En todo caso, lo poco que hay en términos de encuestas de satisfacción laboral, no está disponible. Hay así, en la documentación, menciones al paso y algunos estudios parciales. En el caso de **Honduras** llama la atención el que, a pesar de sus mejoras salariales, “el informe de la OPS (2011) resalta que en vista que se carece de un Plan para la gestión de los REHUS, no se han generado ambientes de

trabajo saludables y probablemente esta situación este generando insatisfacción laboral en los trabajadores”⁷³. En **Costa Rica**, hay estudios sobre satisfacción del personal, que muestran un buen nivel de capacitación anual, pero necesidades laborales y expectativas laborales insatisfechas. Es evidente que, además de las remuneraciones, el tema relacionado a las condiciones laborales es un factor generador de malestar laboral.

3.7 Régimen de contratación

En el origen del empleo precario está la forma de vínculo laboral existente en los países centroamericanos, que muestra una superposición entre el antiguo régimen de contratos indefinidos y la fórmula de los 90 de los contratos temporales y precarios.

3.7.1. Régimen de contratación

En los países centroamericanos predominan los contratos de tiempo indefinido entre los trabajadores de los sistemas de salud. Panamá es el país que cuenta con una mayor cantidad de trabajadores en una situación laboral permanente, seguido de Guatemala y el Salvador. En el caso de Costa Rica, se identifica que solo un poco más de la mitad de los trabajadores de la Caja del Seguro Social se encuentra laborando con un régimen de contratación permanente. Una situación más precaria para los trabajadores de la salud se da en Belice, en que solo la tercera parte se encuentra en una situación laboral permanente.

Tabla 23: Regímenes de contratación permanente y temporal (%)

Países	Permanente	Temporal
Belice	38% MINSAs (2009)	62% MINSAs (2009)
Costa Rica	55.48% CCSS (2011)	44.52% CCSS (2011)
El Salvador	75% MSAS (2011)	25% MSAS (2011)
Guatemala	78% MINSAs (2009)	22% MINSAs (2009)
Honduras	ND	ND
Nicaragua	ND	ND
Panamá	87% MINSAs (2011)	13% MINSAs (2011)
Rep. Dominicana	ND	ND

Fuentes: OPS, 2009, 2011, CCSS, Ministerio de Salud de Panamá

⁷³Organización Panamericana de la Salud. Planes de Recursos Humanos y Atención Primaria de Salud: Desafíos para la Coordinación Intersectorial y Social. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 2011: 133.

En una revisión por países, se aprecia que en **Belice** solo un 38% de los trabajadores en el sector salud tienen contratos que garantizan una pensión, seguro médico y continuidad en el empleo. A su vez, las enfermeras auxiliares y el personal administrativo son quienes tienen la mayor cantidad de personal permanente (71% y 60% respectivamente).⁷⁴

Tabla 24: Belice: Términos de empleo para los trabajadores de la salud, 2009

Términos del empleo	Total	Porcentaje
Permanente	486	38.0
Directivo	217	16.97
Voluntario	171	13.37
Práctica privada	103	8.05
Contrato	83	6.49
Temporal	83	6.49
Voluntario cubano	44	3.44
Perdidos	83	6.49
Total	1 279	100

Fuente: OPS, 2009

En **Costa Rica** se observa que la proporción entre el personal nombrado y temporal de la CCSS es casi similar. Se identifica a 27 388 trabajadores nombrados, que representan más de la mitad del personal estable (55.48% nombrados), mientras que existen 21 970 trabajadores temporales⁷⁵ (44.52% trabajadores interinos).

Tabla 25: Costa Rica, octubre de 2011: Distribución de trabajadores por grupo y subgrupo ocupacional según tipo de nombramiento vigente

Grupo y Subgrupo Ocupacional	Total	Trabajadores	
		Propiedad	Interinos
Administrativos	9,351	4,730	4,621
Enfermería y servicios de apoyo	20,098	11,915	8,183
Profesionales en ciencias médicas	11,672	5,447	6,225
Servicios generales	8,237	5,296	2,941
Total general	49,358	27,388	21,970

Fuente: CCSS, Archivo Maestro de la Enero 2012, SPL

⁷⁴ OPS. Core Data Human Resources for Health: Stocks and Flows – Education – Management. Belize 2009. Tracking Regional Goals for Human Resources for Health: A Shared Commitment. Washington, 2009: 47

⁷⁵ Página web de la Caja Costarricense del Seguro Social: <http://rrhh.ccss.sa.cr/documentos/estadisticas/C-3-.jpg> (Revisado el 11 de enero de 2012)

En **El Salvador**, de acuerdo a los registros del Ministerio de Salud para la Asistencia Social (MSPAS), el personal nombrado o con contrato a tiempo indefinido llega al 75%, mientras un 25% de los trabajadores de este sector se encuentran bajo el régimen de contratos temporales. Evidentemente el personal que trabaja de manera temporal está fuera de la carrera pública sanitaria⁷⁶.

Por otro lado, en **Guatemala**, en el año 2009 la proporción del personal de salud que se encontraba laborando de manera permanente en el MINSAL llegaba al 78%, mientras que el resto de trabajadores no permanente representaba el 22%. En Guatemala hay cinco submodalidades de contratación del personal del MINSAL, como se muestra a continuación.

Tabla 26: Guatemala 2009: modalidades de contratación del personal del MINSAL

	Renglón 011	Renglón 021	Renglón 029	Renglón 031	Renglón 0182
Médico	1563	1242	127		675
Enf. Graduada	1227		36		195
Enf. Auxiliar	6136		278		647
Administrativo	5048		1228		263
Especializado	1303				
Operativo	5121			1021	
Total	20488 (78%)	1242 (5%)	1669 (6%)	1021 (4%)	1780 (7%)

Fuente: OPS y Universidad Rafael Landívar, 2009.

En lo que respecta a **Panamá**, el 87% de trabajadores de la salud está bajo un régimen laboral permanente o indefinido, mientras que el personal con contrato temporal y sin beneficios solo llega al 13%, de acuerdo a las estadísticas del MINSAL⁷⁷.

3.7.2. Carrera sanitaria

Costa Rica, El Salvador, Guatemala y Honduras, no cuentan actualmente con alguna legislación referente a la carrera sanitaria, aunque en Guatemala actualmente se viene trabajando en una norma que regule la carrera sanitaria del Ministerio de Salud. En el caso de Honduras ésta se encuentra regulada por la ley de carrera administrativa⁷⁸.

En el caso de **Nicaragua**, existe una Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa, la cual fue el marco de referencia para la Ley de Carrera Sanitaria creada en febrero de 2011 por la Comisión de Salud y Seguridad Social. Este conjunto de normas y

⁷⁶ Organización Panamericana de la Salud. Planes de Recursos Humanos y Atención Primaria de Salud: Desafíos para la Coordinación Intersectorial y Social. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 2011:83.

⁷⁷ MINSAL. Relación del Personal Contratado y Permanente. Panamá, 2011.

⁷⁸ Página web de Honduras Laboral: <http://www.honduraslaboral.org/leer.php/8564458> (revisado 12 de enero de 2012)

estructuras básicas regulan los mecanismos de ingreso, salario, desarrollo, capacitación, evaluación, ascenso, promoción y egreso de los miembros del Ministerio de Salud. Una de las características de esta ley es la inhabilitación de ejercer el cargo conferido a los servidores públicos que utilicen los bienes del Estado para fines partidarios⁷⁹.

Con respecto a **Panamá**, el régimen laboral sanitario se encuentra establecido por un modelo de carrera sanitaria estipulado en la Constitución Política de la República de Panamá⁸⁰ y el Código Sanitario (Ley 66,1947). Esta última establece las disposiciones que regulan el servicio público en materia de salud para los trabajadores del MINSAL y de la CSS. Por otra parte, la ley de carrera administrativa de este país es de carácter supletorio a las disposiciones del MINSAL y la CSS.

En **República Dominicana** existe la ley General de Salud 42-2001, que regula la carrera sanitaria. En esta se reconoce que los recursos humanos en Salud son la base fundamental del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Por otro lado, la Ley de Función Pública 41-2008, en el Artículo 37, dispone la creación y desarrollo de sistemas de Carreras Especiales⁸¹. No obstante, actualmente, en la Asamblea, se espera la modificación de algunos artículos relacionados a la Carrera Sanitaria, los cuales han sido revisados y aprobados por las autoridades responsables del Ministerio de Salud Pública (setiembre de 2011) y el Anteproyecto en el congreso, pendiente de aprobación del Dirección Nacional de Redes de Salud (DINAR), que será responsable de la gestión del Sistema de Carrera Sanitaria.

Tabla 27: Ley de Carrera sanitaria en los países de Centroamérica y Rep. Dominicana

Países	Carrera Sanitaria	Campo de Aplicación	Énfasis
Costa Rica	No. Ley de Carrera Administrativa	Servicios Públicos	Énfasis en el ingreso y forma de determinación de la relación laboral
El Salvador	No. Ley de Carrera Administrativa	Incluye a los servidores públicos excepto a los que desempeñen cargos políticos o de confianza	Regula el servicio civil y las condiciones de ingreso a la administración, promociones y ascensos con base en mérito y aptitud, los traslados, suspensiones, cesantías, los deberes de los servidores públicos. Garantiza estabilidad laboral. Reglamenta el retiro y montos de jubilación.
Guatemala	No. Ley de Carrera Administrativa	Incluye a los trabajadores del Estado. Las relaciones del estado y sus entidades descentralizadas o autónomas con sus	

⁷⁹ Página web de la Asamblea de Nicaragua <http://legislacion.asamblea.gob.ni/Diariodebate.nsf/1e91f0054ac77a85062572e50067fde4/1bc07fdc8074d689062578960058ed08?OpenDocument> (revisado el 12 de enero de 2012)

⁸⁰ Constitución Política de la República de Panamá. Capítulo 3. Artículo 300

⁸¹ Sánchez. Documento de Trabajo: Taller Regional de Carrera Sanitaria, desarrollado el 26 al 28 de octubre. Nicaragua, 2011: 21-22.

trabajadores se rigen por la Ley de Servicio Civil			
Honduras	No. Ley de Carrera Administrativa	Servidores Públicos	La ley regula el servicio civil Regula las condiciones de ingreso a la administración pública, las promociones y ascensos a base de méritos y aptitudes; la garantía de permanencia, los traslados, suspensiones y garantías; los deberes y derechos.
Nicaragua	- No tiene carrera sanitaria - Proyecto de Ley de Carrera Sanitaria y Política Retributiva. - Ámbito Nacional	Todo el Personal	- Política Retributiva (Clasificación de cargos y salarios, incentivos) - Gestión del desempeño - Salud y Seguridad ocupacional - Ingreso (acreditación y provisión) - Desarrollo Profesional - Retiro
Panamá	No. Ley de Carrera Administrativa		La Carrera sanitaria se incluye dentro de la Carrera Administrativa
República Dominicana	Si. Primero fue el Reglamento de Recursos Humanos. Actualmente es la Ley de Carrera Sanitaria	Personal de Salud	4. Plantea estabilidad funcional con limitaciones 5. Énfasis: - Derechos y Deberes - Formación - Capacitación - Incentivos Laborales: Incentivos económicos de acuerdo al perfil y desempeño, sobre sueldo base - Bienestar - Protección y Seguridad - Escalafón

Fuente: OPS, Carlos Rosales, 2008

3.8 Rectoría de la formación

Prosigue en la región centroamericana, como en todos los países latinoamericanos, siete tendencias en la formación en salud:

- a) expansión de la formación en carreras de pregrado y postgrados, con la multiplicación indiscriminada de universidades y facultades de ciencias de la salud;
- b) dualización e informalización del sistema formativo, con polos de excelencia y una gran masa de instituciones de baja calidad, así como una fuerte autoregulación;
- c) dislocamiento entre el mundo del trabajo en salud y el mundo de la formación en salud, en la medida en que la demanda de nuevos profesionales de salud para el sistema educativo ya no es sólo nacional sino internacional;

- d) dificultad mayor para la regulación de la formación universitaria, ya no sólo por la autonomía universitaria y la fuerza del nuevo empresariado universitario sino por la falta de un balance oferta-demanda;
- e) ausencia de un movimiento claro de reforma universitaria, que corresponda a los intentos de reforma en salud, salvo muchos intentos de cambios curriculares institucionales, bastantes dispersos en su orientación;
- f) esfuerzos de acreditación incipientes en la mayoría de los países.

Esta situación de debilitamiento de la capacidad para orientar el sistema universitario en ciencias de la salud hacia algún norte, se expresa de muchas maneras.

Una de ellas, muy importante, atañe a las competencias sobre las cuales se enfatiza en los actuales modelos formativos. Justamente una de las Metas Regionales, la meta 17, establece que el 80% de las escuelas de ciencias de la salud oriente su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria, incorporando para ello estrategias para la formación interprofesional. Los resultados de la medición han sido bajos en la mayoría de casos. Belice alcanzó el 55% de cumplimiento de la meta, seguido de República Dominicana (38.5%) y El Salvador (31%), siendo el más bajo de todos los países de la región Costa Rica (7.7%).

La información disponible sobre El Salvador, Guatemala y Honduras ratifica esta mayor dificultad para la rectoría. En **El Salvador**, según información del Ministerio de Salud y Asistencia Social, al 2010 existe un gran porcentaje de trabajadores que no cuentan con las *competencias requeridas para implementar el modelo de atención integral* en salud basado en la estrategia de atención primaria, ya que la formación y los programas de educación permanente en salud han tenido, históricamente, un enfoque clínico, por lo que se requiere de grandes esfuerzos para adecuar la fuerza laboral a las necesidades institucionales y sociales de la población⁸².

En el caso de **Guatemala** se ha caracterizado que la evolución de la definición de criterios de formación de los recursos humanos en salud, no se ha dado de una forma coordinada. Se destaca que *la agenda de formación de recursos humanos*, se ha definido de acuerdo a la demanda que se ofrece a los estudiantes y no a las demandas y necesidades del país; encima se ha sectorizado el tema y no hay esfuerzos por unificar criterios de ingreso y egreso de profesionales⁸³.

⁸² MPSAS/OPS enero 2010. Plan de trabajo 2010. Desarrollo de Recursos Humanos de Salud. San Salvador.

⁸³ Universidad Rafael Landívar. Instituto de Ciencias de la Salud. Estudio: Información de Recursos Humanos en Salud. Análisis de los principales componentes de la fuerza de trabajo en el país. Datos básicos para el análisis de los componentes de la fuerza de trabajo en salud en Guatemala. Guatemala 2009. (pg. 19-20)

Por último, un informe de la OPS del 2011 indica que en **Honduras** se ha diversificado la formación del REHUS pero perdido el control por parte de la Secretaría de Salud. En ese caso los perfiles de personal no han sido revisados desde los años ochenta, no se ha trabajado en la gestión y la administración de los recursos humanos - más bien, se han desligado de los mismos -, no se evalúa el desempeño, el proceso se ha politizado y la Subgerencia de Recursos Humanos en Salud solo enfatiza en aspectos normativos y administrativos⁸⁴.

En este contexto de una formación en salud en expansión pero con una discutible calidad, los intentos de acreditación han visto innumerables escollos para su desarrollo. A nivel de la región existe el Consejo Centroamericano de Acreditación de la Educación Superior, que intenta establecer mecanismos regionales que armonicen, articulen e integren el esfuerzo de diversas instituciones y organizaciones en el ámbito centroamericano, y den validez internacional a la acreditación de la calidad de la educación superior que se realiza en los distintos países de la región. Por otro lado, los países también han constituido agencias de acreditación o instituciones especializadas para monitorear y evaluar la calidad de la educación, como es el caso de República Dominicana, que tiene un Ministerio de la Educación Superior, Ciencia y Tecnología. Sin embargo, en la medición de la línea basal, cuya meta 20 establece que un mínimo de 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública debe ser acreditada por una entidad reconocida u organismo internacional, solo la cumplen Honduras, Panamá y Nicaragua. República Dominicana no registra data y en Costa Rica se registra un cumplimiento de la meta al 37,7%.

Tabla 28: Agencias y sistemas de aseguramiento de la calidad de la educación en los países de Centroamérica y Rep. Dominicana

Países	Institución acreditadora	Ley de creación	Universidades acreditadas en carreras ciencias médicas
Costa Rica	Sistema Nacional de Acreditación de la Educación Superior.	Constituida en 1999. Respaldo legal: Ley 8256 emitida en el 2002.	- Universidad de Costa Rica - Universidad de Ciencias Médicas - Universidad de Iberoamérica
El Salvador	Comisión Nacional de Acreditación	Constituida en 1995. Respaldo legal: Ley de Educación Superior de 1995	Universidad Dr. José Matías Delgado (UJMD) (2003-2008)
Honduras	Sistema Hondureño de Acreditación de la Calidad de la Educación Superior	Constituida en 2010. Respaldo legal: Acuerdo No. 2304-245 del Consejo de Educación Superior	No
Nicaragua	Consejo Nacional de Evaluación y Acreditación del Sistema Educativo	Constituida en 2007. Respaldo legal: Ley 582, Ley General de Educación	No

⁸⁴Secretaría de Estado en el Despacho de Salud. Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos 2009. Evaluación del desarrollo de los recursos humanos para la salud de Honduras en el período 2006-2009. Tegucigalpa.

	Nacional		
Panamá	Consejo Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria de Panamá	Constituida en 2006 Respaldo legal: Ley No.30 para la creación del Sistema Nacional de Evaluación y Acreditación para el mejoramiento de la calidad de la Educación Superior Universitaria	No

Fuente: Consejo Centroamericano de Acreditación de la Educación Superior: <http://www.cca.ucr.ac.cr/>
 Comisión Nacional de Acreditación de el salvador: <http://www.mined.gob.sv/cda/convocatorias.htm>
 Sistema Nacional de Acreditación de la Educación Superior de Costa Rica: http://www.sinaes.ac.cr/carreras_acreditadas/acreditadas_por_area.htm

3.9 Formación de agentes comunitarios o promotores de salud

Este indicador tiene que ver con la meta 18 de la línea basal, que señala que el 80% de las escuelas de ciencias de la salud debían adoptar programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones sub atendidas, haciendo hincapié cuando corresponda, en las comunidades poblaciones indígenas o afro descendientes. Sólo Nicaragua cumple la meta al 100% y Belice al 62%. El resto varía entre el 45% de Guatemala y el 25% de Honduras.

En realidad casi todos los países tienen programas de salud intercultural o programas territorializados para áreas de presencia indígena, pero menos programas de formación de promotores indígenas. La presencia indígena en los países lo exige, sobre todo Guatemala, el país con mayor composición indígena. En el caso de Honduras, de acuerdo a la OPS (2011) tiene cursos de enfermería intercultural en la región de la Mosquita hondureña, dirigidos a formar estudiantes de las etnias Pech, Tawakas, Ladinos, Garífunas y Misquitos. También se realizaron cursos para las etnias lencas, Tolupán, y Creole en las Islas de la Bahía⁸⁵.

3.10 Capacitación de los REHUS en servicio

No existe una información confiable y consistente sobre este aspecto. Las metas 7, 8 y 15 de la línea basal trataron de dimensionarla, pero en base a estimaciones de profesionales especialistas de los países.

⁸⁵ Organización Panamericana de la Salud. Planes de Recursos Humanos y Atención Primaria de Salud: Desafíos para la Coordinación Intersectorial y Social. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 2011

La meta 7 establece que el 70% de los trabajadores de atención primaria de salud son capacitados con “competencias de salud pública e interculturales comparables”. Los resultados precisados son los siguientes: Nicaragua tuvo el nivel de cumplimiento más elevado de la meta (66.7%), seguido de Honduras (64.4%), República Dominicana (55.6%) y Guatemala (55.6%). No obstante, muy por debajo de esas cifras estuvieron El Salvador (44.4%) y Belice (31%),

Respecto a la meta 8 se necesita de más precisión, pues establecía que el 70% de las enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos de salud y agentes sanitarios de la comunidad debían perfeccionar sus aptitudes y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones. Establecida en términos de actividades mas no de resultados, fue cumplida al 100% en Guatemala y Nicaragua, siguiéndoles El Salvador con 85,7% y más atrás Costa Rica con el 75%. Honduras, Panamá y República Dominicana tuvieron 0% en esta meta, mientras que Belice no tiene datos sobre esta meta.

La meta 15 planteó que al menos el 60% de los gerentes de salud debían reunir requisitos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellos los de carácter ético. Pese a ser indicadores poco estimables y sin una operacionalización precisa, Nicaragua estableció que cumple la meta, con un 83,3%, siguiéndole Honduras (80%), El Salvador (60%) y luego Costa Rica y Guatemala (50%). Los más rezagados son Panamá y República Dominicana, ambos con 40%. Evidentemente estas cifras no concuerdan con la información recogida en las entrevistas, que muestran una mezcla de alta motivación y medianas capacidades. Costa Rica y Belice no reportan información.

3.11 Conflictividad Laboral

No existe una información confiable y consistente sobre este aspecto. No se ha construido un sistema de seguimiento que permita prever y gestionar conflictos. De tal forma los conflictos se asumen en su fase crítica. Consignamos, así, información que muestra la necesidad de atender a este flanco del desempeño de los sistemas de salud centroamericanos, pues la meta 16 sólo exigió que los países de la región contaran con mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo.

Costa Rica

- Gran diversidad de normas y medidas regulatorias es fruto y a la vez propicia las constantes negociaciones y conflictos.

- Las regulaciones vigentes para el personal no asistencial que labora en el sector salud (administrativos y de servicios generales), vuelve aún más complejo el tema.
- Existencia de una enorme cantidad de organizaciones de carácter laboral al interior de las dos principales entidades de salud (la CCSS y el Ministerio de Salud)⁸⁶.
- Caso: a fines de noviembre de 2011 los médicos de la CCSS iniciaron una huelga en solidaridad con los especialistas anestesiólogos, en razón de demandas de mejoras laborales a las autoridades de la CCSS. Las demandas de estos especialistas consistieron en el aumento del derecho a unas vacaciones de 15 días, adicionales a los 30 días por ley. La huelga de anestesiólogos provocó la suspensión de 2.000 cirugías que estaban programadas en distintos centros de salud⁸⁷.

Honduras

- Ha cumplido el 100% de la meta
- Sin embargo se han identificado constantes demandas del personal de salud para mejorar sus salarios, bonificaciones por los servicios prestados, vacaciones, así como el pago puntal del Estado hondureño a los trabajadores de este sector⁸⁸.

Panamá

- Caso: en el año 2010 se dio una huelga, en protesta por la Ley 349 o la ley de Asociaciones público-privadas. El paro tenía como finalidad lograr el compromiso del Gobierno en derogar la presente ley, que promovía alianzas entre el sector público y privado que, de acuerdo al gremio, privatizaría la atención sanitaria. Esta posición de los gremios se debió por la negativa de los diputados de la Asamblea Nacional a bajar del segundo al primer debate el proyecto de ley 349, que estaba a un paso de ser aprobado cuando el Parlamento entró en su periodo de vacaciones. La huelga, liderada por unos 5.000 médicos de los hospitales de la CSS y del MINSA, presionó al Gobierno para que en las sesiones extraordinarias que tendrán los diputados, en diciembre próximo, sea retirada la ley. Asimismo, además de los médicos, también se mantuvieron en huelga funcionarios administrativos de la CSS y diferentes asociaciones de profesionales y trabajadores de la salud, sumando aproximadamente entre todos unos 20.000 huelguistas y manifestantes⁸⁹.

República Dominicana

- Caso: conflictos relacionados a demandas por un incremento de los beneficios y remuneraciones al personal de la salud. En agosto de 2009, los gremios médicos estuvieron casi una semana en huelga en demanda de un aumento salarial. Se precisa que desde abril de 2008, el personal de este sector ha participado en más de 50 paros y huelgas⁹⁰.

3.12 Rectoría del campo de recursos humanos

Costa Rica cuenta al momento con una Dirección de Recursos Humanos en Salud y se resalta que existe una gran expectativa respecto a lograr el ejercicio de una rectoría

⁸⁶ OPS. Perfil del sistema de Salud de Costa Rica. Washington 2009: 47

⁸⁷ Página web Diariocolatino:

<http://www.diariocolatino.com/es/20111129/internacionales/97870/Gremio-m%C3%A9dico-de-Costa-Rica-declar%C3%B3-huelga.htm> (Revisado 10 de enero de 2012)

⁸⁸ Universidad Autónoma de Honduras. Análisis de los Recursos Humanos en Salud Honduras. Facultad de Ciencias Médicas. Tegucigalpa, 2009: 32.

⁸⁹ Página web de Yahoo Noticias. <http://es-us.noticias.yahoo.com/termina-paro-m%C3%A9dico-panam%C3%A1-gobierno-desiste-ley-asociaci%C3%B3n-012818084.html> (Revisado el 3 de enero de 2012)

⁹⁰ Página web de Global Voices:

<http://es.globalvoicesonline.org/2009/08/27/republica-dominicana-médicos-en-huelga/print/> (Revisado 10 de enero de 2010)

que integre las distintas dimensiones, la interinstitucional y la intersectorial; sin embargo aún no están establecidos la estructura, mecanismos e instrumentos suficientes para instalar un proceso sistemático de dialogo, consenso y decisión política en materia de REHUS⁹¹.

Por otro lado, la visibilidad del tema REHUS depende del reconocimiento de las autoridades políticas sobre la importancia de estos recursos para garantizar la operación del sistema de salud. Muchas veces esta asociación entre REHUS – Operación del sistema de salud, no se da en el trabajo, pues las Direcciones de Servicios de salud para las personas corresponden a los Viceministerios Técnicos mientras que las direcciones de REHUS se mantienen dependientes de los Viceministerios o Direcciones Administrativas⁹².

Las principales debilidades anotadas para un efectivo ejercicio de la Rectoría en REHUS son:

- Débil desarrollo de una instancia de conducción sectorial en el Ministerio de Salud, con la estructura organizativa, mecanismos de coordinación, el apoyo político, recursos y capacidades requeridos para desarrollar la función rectora.
- Falta de un proceso de conducción sostenido desde el ente rector que facilite la concertación, la negociación y el desarrollo de alianzas estratégicas entre los diversos actores relacionados con la regulación, la formación, la educación permanente, la planificación de recurso humano, entre otros.
- Insuficiente desarrollo de sistemas de información que faciliten la toma de decisiones en el campo⁹³.

En síntesis, al 2011, se concluye que es fundamental avanzar en la construcción de un espacio de conducción interinstitucional e intersectorial de REHUS para la conducción de la política con una visión nacional, integral e integradora.

Según el informe de la OPS (2011) en **El Salvador** no existió en el pasado un interés político por el desarrollo de los recursos humanos de la salud. A pesar de ello, la Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud, que fue constituida por Decreto Ejecutivo número 51 de fecha 24 de junio del año 2003,

⁹¹Solano, Anargerie; Rivera, Luis (CCSS), Ponencia al I Encuentro comisión técnica de RHUS COMISCA, OPS. Octubre 2010. San Salvador. El Salvador. *Citado en: Organización Panamericana de la Salud. Informe de Desarrollo de Recursos Humanos en la Agenda de Integración Centroamericana. San Salvador, 27 al 29 de Octubre 2010: 10.*

⁹²Solano, Ibídem. pp. 10.

⁹³ Ibíd.

realizó un esfuerzo interinstitucional para la elaboración de una “Propuesta Política de Desarrollo de Recursos Humanos”, que no logró su cometido.

Posteriormente se creó la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos, responsable de la conducción estratégica para el desarrollo de los recursos humanos para la salud, la cual está constituida por dos unidades: Unidad de Gestión del Trabajo y Unidad de Formación y Capacitación de los Recursos Humanos. Uno de los retos principales de esta Dirección es el diseño y ejecución de una Política concertada de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud⁹⁴.

En el caso de **Guatemala** se cuenta con una Dirección General de Recursos Humanos, dependiente del Despacho Ministerial, sus funciones se proyectan al sector y mantiene la administración del personal sanitario del MINSAL. La Dirección General de Recursos Humanos en Salud es la dependencia del Nivel Central del Ministerio de Salud responsable de la formación, capacitación y administración de los recursos humanos en función de la implementación y desarrollo del Sistema de Atención Integral en Salud⁹⁵.

Además es la encargada del diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas de desarrollo de REHUS de la institución y de la coordinación con todas las instituciones del Sector Salud para el logro de los objetivos sectoriales manteniendo un análisis permanente del mercado laboral y educativo; de las políticas de formación y capacitación de las demás instituciones y una política de puestos y salarios acorde con los requerimientos de la institución.

En el caso de la administración y gestión de los recursos humanos en salud en **Honduras**, la Secretaría de Salud (SESAL) posee dos estructuras que tienen bajo su responsabilidad la formación, el desarrollo, la selección y la administración del personal. Estas instancias son la Subsecretaría de Recursos Humanos y el Departamento de Recursos Humanos, instancias que están concebidas como independientes y cuya relación es más bien ocasional y puntual. Acorde a sus funciones y obligaciones, dichas instancias se relacionan con otras Secretarías o

⁹⁴ Organización Panamericana de la Salud. Planes de Recursos Humanos y Atención Primaria de Salud: Desafíos para la Coordinación Intersectorial y Social. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 2011.

⁹⁵ Ayapan, Sergio (MS); Valenzuela, Ingrid (MS). Ponencia I Encuentro comisión técnica de RHUS COMISCA, OPS. Octubre 2010. San Salvador. El Salvador. *Citado en: Organización Panamericana de la Salud. Informe de Desarrollo de Recursos Humanos en la Agenda de Integración Centroamericana. San Salvador, 27 al 29 de Octubre 2010: 14.*

entidades estatales, con las que coordinan y establecen alianzas según sus competencias y necesidades concretas⁹⁶.

Se identifica que en **Nicaragua** la Instancia encargada de Recursos Humanos para la Salud es la División General de Recursos Humanos adscrita a la máxima autoridad del Ministerio de salud. Esta División General cuenta con tres Divisiones específicas:

- Formación y Gestión de los Recursos Humanos.
- Planificación de los Recursos humanos.
- Relaciones Laborales y Administración de la política Salarial⁹⁷.

El ejercicio de la rectoría y la capacidad de conducción de política de REHUS, está directamente relacionada con el grado de liderazgo, concertación, participación y estructuración de una agenda común en este tema.

En **Panamá** es la Dirección de Desarrollo Integral de Recursos Humanos, que está ubicada como órgano de asesoría y apoyo en la estructura del Ministerio de Salud, la que tiene el encargo, siendo sus objetivos de trabajo proyectarse al ámbito sectorial y cumplir las responsabilidades administrativas sobre los REHUS en el Ministerio⁹⁸.

Finalmente **República Dominicana**, a través de la Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), cuenta con una Dirección General de Recursos Humanos, dependiente del Vice Ministerio Administrativo – Financiero. El SESPAS cuenta con un Departamento de Residencias Médicas bajo la Dirección General de Calidad de la Atención que a su vez depende del Vice ministerio de atención a las personas⁹⁹.

Esta Dirección inicia desde el 2006 un proceso de diseño, consulta y concertación de una ley de carrera sanitaria en el marco de la agenda estratégica de la reforma del sector salud y el plan decenal de salud, al día de hoy República Dominicana cuenta con:

⁹⁶ Organización Panamericana de la Salud. Planes de Recursos Humanos y Atención Primaria de Salud: Desafíos para la Coordinación Intersectorial y Social. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 2011.

⁹⁷ Ministerio de Salud de Nicaragua. Informe Prioridades en Materia de Recursos Humanos. Managua, 2011.

⁹⁸ Gómez, María del Carmen (Ministerio de Salud) Ponencia I Encuentro comisión técnica de RHUS COMISCA, OPS. Octubre 2010. San Salvador, El Salvador. Citado en: *Organización Panamericana de la Salud. Informe de Desarrollo de Recursos Humanos en la Agenda de Integración Centroamericana. San Salvador, 27 al 29 de Octubre 2010: 11.*

⁹⁹ Sanchez, Nery (MS). Ponencia I Encuentro comisión técnica de RHUS COMISCA, OPS. Octubre 2010. San Salvador. El Salvador. Citado en: *Organización Panamericana de la Salud. Informe de Desarrollo de Recursos Humanos en la Agenda de Integración Centroamericana. San Salvador, 27 al 29 de Octubre 2010: 18.*

- a. Formulación conceptual de la Carrera Sanitaria: existe propuesta de Ley de Carrera Sanitaria a nivel del Senado.
- b. Establecimiento de políticas salarial y planes de compensación basados en el buen desempeño y cumplimiento de los objetivos del sistema de salud. Existe una Propuesta de Ley Nacional de Salarios y un Sistema de estímulo (incentivos y beneficios laborales) definidos, para el personal de salud, aplicada hasta el 2009.
- c. Creación de espacios de negociación y concertación para el manejo de las demandas de los trabajadores de salud y la gestión de conflictos. Una Mesa de diálogos para el análisis.

Se resalta que esta propuesta incluye los siguientes elementos: Clasificación y Valoración de Cargos, Sistema Retributivo, Reclutamiento y Selección, Formación, Capacitación y Desarrollo, Promoción, Movilidad Territorial, Régimen Ético, y Registro, Certificación y Re-certificación del Profesional de la Carrera Sanitaria.

Índice de Tablas

<i>Tabla 1: Extensión territorial, población, fecundidad y urbanización, 2010</i>	7
Tabla 2: Centroamérica: indicadores de situación por países, 2010-2011	7
Tabla 3: Centroamérica: Evolución de la pobreza y pobreza extrema por países,	8
<i>Tabla 7: Ley de Carrera sanitaria en los países de Centroamérica y Rep. Dominicana</i>	22
<i>Tabla 11: Niveles de cumplimiento del 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</i>	36
<i>Tabla 12: Niveles de cumplimiento del 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</i>	38
<i>Tabla 13: Niveles de cumplimiento del Desafío 5: Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para producir profesionales sanitarios sensibles a las necesidades de la comunidad y calificados</i>	41
<i>Tabla 14: Razón de médicos y enfermeras por cada 10 000 habitantes en los países de Centroamérica y Rep. Dominicana</i>	43
Tabla 15: Guatemala 2009: médicos por departamento y niveles de pobreza	46
Tabla 16: Costa Rica: Profesionales y técnicos en salud según sector institucional,	48
Tabla 17: Centroamérica y Rep. Dominicana 2010: Población y distribución Institucional de los recursos humanos (%)	49
Tabla 18: Belice 2009: Distribución ocupacional del personal del MINSA	50
Tabla 19: Costa Rica: Caja del Seguro Social, Distribución de trabajadores por grupo y subgrupo ocupacional, 2012	51
Tabla 20: El Salvador: ISSS: Personal de Administración y Servicios Médico-Hospitalarios, 2009-2010	52
Tabla 21: Nicaragua: INSS: Número de empleados según grupo ocupacional, 2010	53
<i>Tabla 22: Stock de Emigrantes calificados de 25 años y más con origen en Centroamérica y República Dominicana, 2007</i>	56
<i>Tabla 23: Enfermeras de América Latina en EEUU y Canadá, valores absolutos, 2004</i>	58
<i>Tabla 24: Pérdida de enfermeras: El Salvador, Guatemala y Panamá, 2004</i>	58
<i>Tabla 26: Centroamérica 2012: Salario de los médicos MINSA en los países de Centroamérica (en USD\$)</i>	59
<i>Tabla 27: Nicaragua 2011: salario de médicos</i>	60
Tabla 28: Centroamérica y Rep. Dominicana: Comparación de los Salarios de los médicos y el Costo de la canasta básica alimentaria (CBA) / promedio mensual / USD\$	61
Tabla 29: Centroamérica: Costo Mensual de la CBA (US\$). Enero 2007 - Agosto 2011	61
<i>Tabla 32: Regímenes de contratación permanente y temporal (%)</i>	63
<i>Tabla 33: Belice: Términos de empleo para los trabajadores de la salud, 2009</i>	64
<i>Tabla 34: Costa Rica, octubre de 2011: Distribución de trabajadores por grupo</i>	64
<i>Tabla 35: Guatemala 2009: modalidades de contratación del personal del MINSA</i>	65
<i>Tabla 36: Ley de Carrera sanitaria en los países de Centroamérica y Rep. Dominicana</i>	66
<i>Tabla 37: Agencias y sistemas de aseguramiento de la calidad de la educación en los países de Centroamérica y Rep. Dominicana</i>	69

BIBLIOGRAFÍA

Ayapan, Sergio (MS); Valenzuela, Ingrid (MS). Ponencia I Encuentro comisión técnica de RHUS COMISCA, OPS. Octubre 2010. San Salvador. El Salvador. Citado en: Organización Panamericana de la Salud. Informe de Desarrollo de Recursos Humanos en la Agenda de Integración Centroamericana. San Salvador, 27 al 29 de Octubre 2010.

Arroyo-de Cordero Graciela, Jiménez-Sánchez Juana. Repercusiones de la encases versus migración de enfermeras como fenómeno global, en Rev. Enferm. IMSS 2005.

Awases, M.; Gbary, A.; Nyoniet J.; Chatora. R. Migration de professionnels de la santé dans six pays. WHO Brazzaville 2004.

Chen, Lincoln C. M.D. and Boufford, Jo Ivey, M.D. Fatal Flows-Doctors on the Move. New England Journal of Medicine, vol. 353-1850- 1852, oct.2005, number 17.

Dussault, Gilles and Franceschini, Maria Cristina. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce.

Fitzhugh, Mullan. The Metrics of the Physician Brain Drain, New England Journal of Medicine, October 2005, Volume 353.

Gómez, María del Carmen (Ministerio de Salud) Ponencia I Encuentro comisión técnica de RHUS COMISCA, OPS. Octubre 2010. San Salvador, El Salvador. Citado en: Organización Panamericana de la Salud. Informe de Desarrollo de Recursos Humanos en la Agenda de Integración Centroamericana. San Salvador, 27 al 29 de Octubre 2010.

Harvard University Press. Human Resources for Health, Overcoming the crisis. Joint Learning Initiative. 2004.

Malvares, Silvina. Migración de Recursos Humanos para La Salud. Avances y Perspectivas en las Américas. Reunión Andina de Migración de Personal de Salud. PPT. Lima, Marzo de 2009.

Malváres, Silvina y Castrillón Agudelo María. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. En Serie Desarrollo de Recursos Humanos 39. OPS, Washington D.C., 2005

Ministerio de Salud de Nicaragua. Prioridades en Materia de Recursos Humanos. Managua, 2011.

MINSA. Metas Regionales de RRHH para la salud: un compromiso compartido. Panamá, 2011.

Ministerio de Salud. Indicadores de Salud. Panamá, 2010

OIM, SELA (2009). La emigración de recursos humanos calificados desde países de América Latina y el Caribe. Tendencias contemporáneas y perspectivas. Caracas.

OIM (2006). Diálogo internacional de la migración. Migración y recursos humanos para la salud: de la concienciación a la acción.

Oficina Internacional del Trabajo- OIT (2002). Panorama Laboral: América Latina y el Caribe migraciones internacionales y mercado de trabajo global. OIT, Ginebra.

Oficina Nacional de Estadística (ONE). Anuario de Salud 2009. Santo Domingo, 2009.

Organización Mundial de la Salud – OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales. Ginebra 2010.

OMS, OPS. Perfil de los sistemas de salud de Costa Rica. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Tercera edición. San José de Costa Rica 2009.

Organización Panamericana de la Salud - OPS. Manual de medición y monitoreo de indicadores de las metas regionales de recursos humanos para la salud: un compromiso compartido. Washington D. C., 2011.

Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica. Indicadores Básicos 2010. Situación de la Salud en Costa Rica. San José de Costa Rica. 2010.

Organización Panamericana de la Salud. Core Data Human Resources for Health: Stocks and Flows – Education – Management. Belize 2009. Tracking Regional Goals for Human Resources for Health: A Shared Commitment. Washington, 2009.

Organización Panamericana de la Salud. La migración del personal de salud en la región de las Américas, situación, perspectivas y sugerencias para la acción. VIII Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud. 5 Y 6 de Octubre de 2006, Colonia del Sacramento, Uruguay.

Organización Panamericana de la Salud. Planes de Recursos Humanos y Atención Primaria de Salud: Desafíos para la Coordinación Intersectorial y Social. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 2011.

Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de Salud de Costa Rica. Washington 2009.

Organización Panamericana de la Salud. Perfil de los sistemas de salud de Costa Rica. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Tercera edición. San José de Costa Rica 2009.

OPS, SESPAS, Universidad Autónoma de Santo Domingo. Información sobre Recursos Humanos de Salud en República Dominicana. 2009

Organización Panamericana de la Salud. Universidad Rafael Landívar. Información sobre Recursos Humanos de Salud en Guatemala. Tegucigalpa, 2009

Organización Panamericana de la Salud. Core Data Human Resources for Health: Stocks and Flows – Education – Management. Belize 2009. Tracking Regional Goals for Human Resources for Health: A Shared Commitment”. Washington, 2010.

Padilla, Mónica. Documento de trabajo. IV reunión comisión técnica de desarrollo de RHUS Centroamérica y República Dominicana 14 y 15 de noviembre de 2011.

Panamá. Constitución Política de la República de Panamá. Capítulo 3. Artículo 300

Ramos, A. Documento de trabajo: Línea de Base Medición de metas de RRHH República Dominicana, desarrollado el 14 y 15 de noviembre de 2011.

Rosales, Carlos. Carrera Sanitaria: Aspectos Generales y Objetivos. Asunción, ppt, 3 y 4 de diciembre de 2008.

Sánchez. Documento de Trabajo: Taller Regional de Carrera Sanitaria, desarrollado el 26 al 28 de octubre. Nicaragua, 2011.

Sanchez, Nery. Ponencia I Encuentro Comisión Técnica de RHUS COMISCA, OPS. Octubre 2010. San Salvador. Citado en: Organización Panamericana de la Salud. Informe de Desarrollo de Recursos Humanos en la Agenda de Integración Centroamericana. San Salvador, 27 al 29 de Octubre 2010.

Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social – SESPAS. Información sobre recursos humanos de salud. República Dominicana, 2009

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS); Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) y Organización Panamericana de la Salud (OPS). Informe del Proyecto de Información Sobre Recursos Humanos en Salud República Dominicana 2008- 2009. Facultad de Ciencias de la Salud (FCS). 2009.

Sistemas y Servicios de Salud (HSS-SP), OMS, OPS. Perfil de los sistemas de salud de Costa Rica. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Tercera edición. San José de Costa Rica 2009.

SOLANO, Anargerie (MS); RIVERA, Luis (CCSS), Ponencia I Encuentro comisión técnica de RHUS COMISCA, OPS. Octubre 2010. San Salvador. El Salvador. Citado en: Organización Panamericana de la Salud. Informe de Desarrollo de Recursos Humanos en la Agenda de Integración Centroamericana. San Salvador, 27 al 29 de Octubre 2010.

Universidad Autónoma de Honduras. Análisis de los Recursos Humanos en Salud Honduras. Facultad de Ciencias Médicas. Tegucigalpa, 2009.

Universidad Rafael Landívar. Información de Recursos Humanos en Salud. Análisis de los principales componentes de la fuerza de trabajo en el país. Instituto de Ciencias de la Salud. Datos básicos para el análisis de los componentes de la fuerza de trabajo en salud en Guatemala. Guatemala 2009.

Referencias electrónicas

Asamblea de Nicaragua

<http://legislacion.asamblea.gob.ni/Diariodebate.nsf/1e91f0054ac77a85062572e50067fde4/1bc07fdc8074d689062578960058ed08?OpenDocument>

Caja Costarricense del Seguro Social:

<http://rrhh.ccss.sa.cr/documentos/estadisticas/C-3-.jpg> (Revisado el 11 de enero de 2012)

<http://rrhh.ccss.sa.cr/?proc=17&sidchk=i4odt82ge444mpogveup162i11&nmrchk=u47m120h3984s16160x8950f547k58a1&lnkchk=2814111705#left> Revisado el 01/03/2012.

Central América Data:

http://www.centralamericadata.com/es/article/home/Panam_contratar_mdicos_extranjeros (Revisado el 15 de enero de 2012).

Diario Latino de Costa Rica:

<http://www.diariocolatino.com/es/20111129/internacionales/97870/Gremio-m%C3%A9dico-de-Costa-Rica-declar%C3%B3-huelga.htm> (Revisado 10 de enero de 2010)

Diario el Herald. Ana Acosta: Seguro Social urge contratar 103 especialistas. Publicado el 21 de junio de 2011 en:

<http://archivo.elheraldo.hn/Pa%C3%ADs/Ediciones/2011/06/22/Noticias/Seguro-Social-urge-contratar-103-especialistas> Revisado el 09 de marzo de 2012.

Diario La Nación. Luis Edo Díaz: Caja contratará médicos extranjeros para Limón.

Publicado el 15 de febrero de 2011 en: <http://www.nacion.com/2011-02-15/ElPais/NotasSecundarias/ElPais2684195.aspx> Revisado el 15 de enero de 2012.

Diario La Página de El Salvador:

<http://www.lapagina.com.sv/nacionales/43089/2010/11/22/Los-médicos-salvadoreños-estamos-en-contra-del-convenio-de-salud-con-Cuba>

Diario La Prensa de Nicaragua:

<http://www.laprensa.com.ni/2010/11/05/nacionales/42718>

Global Voices:

<http://es.globalvoicesonline.org/2009/08/27/republica-dominicana-médicos-en-huelga/print/> (Revisado 10 de enero de 2010)

Honduras Laboral: <http://www.honduraslaboral.org/leer.php/8564458> (revisado 12 de enero de 2012)

Indicadores del Banco Mundial:

<http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.RUR.TOTL.ZS>

<http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.CD>

<http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD>

Instituto Hondureño de Seguridad Social:

http://www.igssgt.org/ley_acceso_info/ley_cuatro.html Revisado el 07 de marzo de 2012.

Instituto Nicaragüense de Seguridad Social:

http://www.inss.gob.ni/index.php?option=com_content&view=article&id=149

Revisado el 7 de marzo de 2012.

Instituto Salvadoreño de Seguridad Social:

<http://www.iss.gob.sv/> Revisado el 21 de Marzo de 2012.

Ministerio de salud de Panamá. Relación del personal permanente y contratado. 2011.

Página web del MINSA: http://www.minsa.gob.pa/minsa/modulo_transparencia.html

(Revisado el 2 de enero de 2012).

Ministerio de salud de Costa Rica:

<http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio-memoria-institucional-ms>

Revisado el 6 de marzo de 2012.

Ministerio de Salud de Nicaragua:

http://www.minsa.gob.ni/index.php?option=com_content&view=article&id=1036&Itemid=195

Revisado el 3 de enero de 2012.

Ministerio de Salud de Nicaragua. Sección de Indicadores Básicos de Salud 2007:
http://www.minsa.gob.ni/index.php?option=com_remository&Itemid=52&func=startdown&id=6678
http://www.minsa.gob.ni/index.php?option=com_remository&Itemid=52&func=select&id=1418

Ministerio de Salud de Panamá. Relación del personal permanente y contratado, 2011:
http://www.minsa.gob.pa/minsa/modulo_transparencia.html Revisado el 2 de enero de 2012.

Oficina Nacional de Estadística de República Dominicana:
<http://www.one.gob.do/index.php?module=articles&func=view&catid=94>

Unión Europea:
http://www.europa-honduras.eu/article_cuantogananloshondurenoslosingresospromediossegunlaprofesion_224.html

Yahoo Noticias. <http://es-us.noticias.yahoo.com/termina-paro-m%C3%A9dicos-panam%C3%A1-gobierno-desiste-ley-asociaci%C3%B3n-012818084.html>

MINSA de Panamá. Relación del personal permanente y contratado. 2011:
http://www.minsa.gob.pa/minsa/modulo_transparencia.html (Revisado el 2 de enero de 2012).

Seguro Social de Panamá:
http://defensoria.gob.pa/transparencia/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=95 Revisado el 07 de marzo de 2012.

Sistema Regional de Indicadores de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SIRSAN):
<http://www.sica.int/SIRSAN/Indicadores.aspx?indicator=93&data=Datos.aspx?Indicador=33&dummy=> <http://www.sica.int/SIRSAN/xml.aspx>