

La Formación Profesional y el Trabajo en Salud: El Verdadero Desarrollo del Potencial Humano

GIOVANNI ESCALANTE

*Médico Salubrista. Consultor en Desarrollo y Gestión de Recursos Humanos.
Proyecto Generación de Capacidades en el Ministerio de Salud.*

RESUMEN

El Ministerio de Salud se encuentra en pleno proceso de reforma sectorial que contribuye al cierre de las brechas en salud, al acceso equitativo y universal a los servicios de salud eficientes y de calidad. Bajo este marco, el desarrollo del potencial humano tiene dos dimensiones importantes: la poblacional y la del trabajador de salud. La segunda es dependiente de la primera. La problemática existente muestra discordancias entre la formación de los profesionales de salud, y las necesidades de los servicios de salud y sus respectivas poblaciones. Igualmente, persisten desigualdades en la distribución de los profesionales médicos por la concentración en grandes centros urbanos y hospitales, fundamentalmente. Existe además una mayor proporción de médicos altamente especializados. Los conflictos de adaptación y de formación previa de los profesionales médicos cuando comienzan a laborar en establecimientos de primer nivel hacen que se planteen alternativas para la mayor vinculación entre el mundo académico y el laboral mediante la educación permanente y la formación flexible.

Palabras claves: Educación Médica Continua; Recursos Humanos en Salud; Desarrollo de Personal.

WORKING ENVIRONMENT AND PROFESSIONAL TRAINING: THE TRUE HUMAN RESOURCE DEVELOPMENT

SUMMARY

The Peruvian Ministry of Health is undertaking a health sector reform to reduce health gaps, to improve a universal and equitable access to efficient and quality services. Under this framework, human resources development has two basic dimensions: both population and health workers. The later depends on the former. There are problems regarding disagreements between professional training and health care services and population needs. Additionally, we found an asymmetrical physician distribution, who were concentrated on biggest urban medical centers and hospitals. Overspecialized physicians and different problems to start working on rural areas have been observed. There is a need to set up a better link between academia and working on health through progressive education and open learning.

Key words: Education Medical, Continuing; Health Manpower; Staff Development.

Correspondencia:

Dr. Giovanni Escalante Guzmán
Av. Salaverry S/N Cuadra 8
Jesús María, Lima II - Perú
E-mail: gescalante@minsa.gob.pe

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud se encuentra en pleno proceso de reforma sectorial que implica cambios profundos en la concepción y en la forma de regular, financiar, gestionar y brindar servicios de salud. Es un proceso convocante, una exploración progresiva de nuevas y mejores fórmulas, y un renovado compromiso social que cierre progresivamente las brechas en salud, que garantice el acceso universal y equitativo a servicios de salud eficientes y de calidad en un marco descentralizado con participación de la población.

Tal como se expresa en los "Lineamientos de Política de Salud 1995-2000" (1) la salud otorga "un sentido ético a las actividades económicas y productivas centrándolas en el ser humano". Se considera que el desarrollo del potencial humano tiene dos dimensiones importantes. La primera dimensión hace referencia al impulso de las capacidades de toda la población para poder llevar una calidad de vida más integral, productiva y saludable que contribuya activamente al desarrollo nacional.

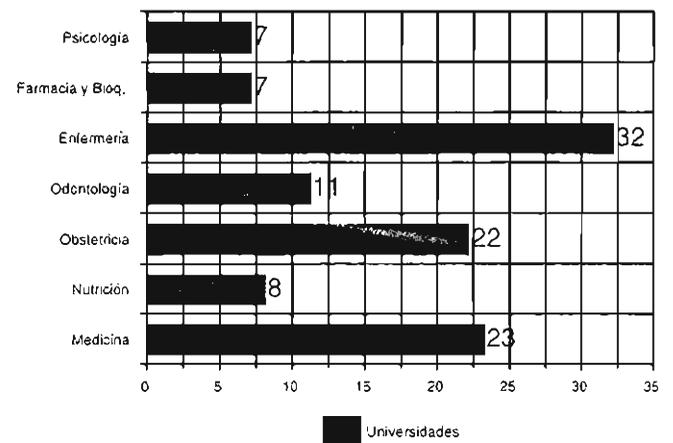
La segunda dimensión está en estrecha vinculación con la primera pues, para lograr este propósito, se requiere que los trabajadores de salud estén acreditados, sean competentes y motivados. Por ende, los incentivos, la capacitación y retribución debe estar en concordancia con las necesidades poblacionales, organizacionales y su contexto social, político y estratégico.

Todos los recursos materiales y financieros no tendrían validez si no fueran gestionados y organizados por el personal de salud. Gracias a éste funcionan los servicios de salud, con su mano de obra intensiva, y los pacientes pueden ser atendidos de manera integral.

De allí la importancia categórica de que el personal de salud profesional haya sido formado y sea continuamente capacitado para poder hacer frente a los innumerables retos existentes en el complejo mundo laboral de salud. Sin embargo, la problemática existente en la actualidad afecta el desarrollo del potencial humano y plantea el reto de reducir las brechas existentes entre la formación de los recursos humanos y las necesidades del proceso de producción de los servicios de salud.

Situación Actual del Profesional Médico

En las últimas décadas se ha observado un incremento sostenido en el número de facultades y escuelas formadoras de profesionales de la salud. Para 1996 existían en el ámbito nacional 32 facultades y escuelas de enfermería, 23 facultades de medicina, 22 facultades de obstetricia y 11 facultades de odontología (Figura Nº 1).



Fuente: Asamblea Nacional de Rectores, Laboratorio, PUC, 1998

Fig. Nº 1.- Número de facultades y escuelas formadoras de profesionales de salud, Perú - 1996.

Se ha observado también que ha existido un incremento de 26% en el volumen promedio de estudiantes en las profesiones en salud entre 1985 y 1993. Así, el número de alumnos de obstetricia se incrementó en 31%, el de odontología en 67%, el de enfermería en 20% y el de medicina en 13% (Tabla Nº 1). Es obvio que con la creación de nuevas facultades y escuelas profesionales en salud, que en su gran mayoría son de naturaleza privada, el número de profesionales recientemente egresados seguirá en aumento. Entonces, existirán dificultades para incorporar al mercado laboral a todos los profesionales recientemente formados por razones presupuestales y por medidas de austeridad.

Tabla N° 1.- Evolución del número de estudiantes en las principales profesiones de la salud 1985-1993.

Profesión	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Medicina	12 206	11 825	13 542	12 965	11 355	10 507	12 074	12 038	13 843
Obstetricia	6 228	7 004	7 814	6 966	7 485	4 710	9 459	9 932	8 180
Odontología	4 413	4 244	4 490	4 703	4 577	2 738	6 196	7 044	7 363
Enfermería	9 799	10 660	10 439	10 288	9 567	7 756	10 216	11 723	11 747
Total	32 646	33 733	27 395	34 922	32 984	28 242	37 945	30 737	41 133

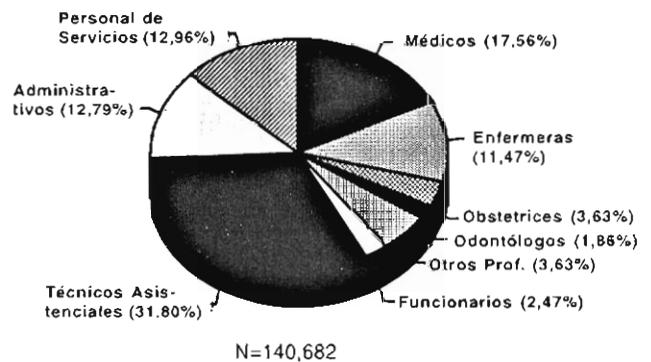
Fuente: Asamblea Nacional de Rectores - Oficina de Estadística 1997.

Brito, Lazo y Lip (7) en un estudio muestral determinaron un 7,6% de médicos desempleados. Sin embargo, las posibles brechas existentes en la actualidad, deben ser debidamente confirmadas determinando y comparando el número anual de los profesionales egresados, los titulados, los colegiados y los que laboran en el sector.

En 1992 existían 16 433 médicos laborando en el Sector Salud (3), y 24 708 médicos en 1996 (4), observándose un incremento de 50.3%. Sin embargo, hay que tener cuidado con estos totales puesto que ambos censos pudieron haber registrado a un profesional médico más de una vez, al poder contar algunos de ellos con más de un empleo (pluriempleo). En un estudio hecho en 1988, Brito, Lazo y Lip (7) reportaron que el 58.8% de los médicos tenían entre dos y tres empleos.

Los profesionales médicos ocuparon el 18% del total de puestos laborales en el ámbito sectorial en 1996 constituyendo la segunda fuerza laboral para ese año (Figura N° 2). Sin embargo, en ese mismo ámbito, se ha observado que persisten aún las desigualdades en sus tasas de distribución. Si en 1964 existían 14 médicos para diez mil habitantes y en Huancavelica había 3 médicos para cien mil habitantes, en 1996 Lima contaba con 18 médicos por diez mil habitantes y Huancavelica tenía 2 médicos por diez mil habitantes. En ese mismo año, 19 departamentos todavía tenían tasas de distribución de médicos inferiores al promedio nacional (Tabla N° 2). Múltiples factores explican este fenómeno, como las dificultades que tienen los profesionales para laborar en departamentos con poblaciones rurales y dispersas, cuyos habitantes poseen diferentes patrones cultu-

rales e incluso distintos idiomas. Otro posible factor sería el tipo de formación que los mencionados profesionales han recibido. Si han tenido un enfoque hospitalario y meramente biológico, entonces será muy difícil laborar en medios donde el modelo de atención es distinto al nosocomial.



Fuente: OEI/PFSS 1996
Elaboración: Proyecto Generación de Capacidades 1997

Fig. N° 2.- Personal de salud por sectores 1996.

Estas distribuciones obviamente no corresponden al nivel de pobreza y deprivación de los departamentos. Sólo últimamente el Ministerio de Salud, a través del

Programa de Salud Básica para Todos, está intentando revertir esta situación mediante asignaciones de recursos humanos de acuerdo a los estratos de pobreza. Para diciembre de 1997, este programa contaba con 1 573 médicos distribuidos en estratos poblaciones pobres y muy pobres (³).

Tabla N° 2.- Evolución de la disponibilidad de médicos 1957-1996. Tasas por diez mil habitantes.

Departamentos	1957 (⁷)	1964 (⁸)	1981 (⁹)	1991 (¹⁰)	1992 (¹¹)	1996 (¹²)
Amazonas	0,89	1,53	0,32	1,25	1,22	3,30
Ancash	1,02	1,43	1,73	4,86	4,79	6,38
Apurímac	0,31	0,42	0,32	0,56	0,55	2,92
Arequipa	3,93	5,88	9,83	3,39	3,32	14,51
Ayacucho	0,35	0,66	0,55	1,04	1,03	4,29
Cajamarca	0,44	0,58	0,51	1,07	1,06	3,07
Callao	---	11,11	---	21,82	21,43	21,26
Cuzco	0,96	1,39	1,62	2,40	2,36	5,05
Huancavelica	0,30	0,36	0,32	0,76	0,76	2,78
Huánuco	0,69	0,01	1,67	1,94	1,90	3,68
Ica	4,92	5,54	7,61	11,87	11,68	12,14
Junín	2,21	2,27	2,30	3,17	3,11	5,82
La Libertad	2,00	3,12	6,40	8,33	8,17	8,26
Lambayeque	2,58	3,33	4,87	10,36	10,12	7,83
Lima	17,27*	14,28	17,14*	14,13	13,80	18,93
Loreto	3,30	2,27	2,16	2,23	2,18	4,15
Madre de Dios	4,42	2,22	3,59	10,63	10,30	9,86
Moquegua	1,54	3,85	8,77	11,63	11,36	11,61
Pasco	1,60	2,86	3,70	4,05	3,95	5,66
Piura	0,46	2,17	2,78	3,93	3,86	6,40
Puno	0,39	0,64	0,77	2,75	2,72	3,39
San Martín	0,68	1,39	1,01	2,47	2,38	4,32
Tacna	4,41	3,70	5,94	6,31	6,11	10,69
Tumbes	7,55	4,17	1,88	2,99	2,91	7,03
Ucayali	---	---	---	3,67	3,58	4,25
NACIONAL	4,35	4,57	7,63	7,47	7,32	10,32

* Incluye Lima y Callao.

En el caso del Ministerio de Salud, el 58% de los médicos laboraban en puestos hospitalarios en 1996, 26% en Centros de Salud y 13% en Puestos de Salud. En el ámbito sectorial, 66% de los médicos se concentraban en los hospitales. Se afirma pues, que existen aún preferencias por trabajar en los hospitales, tanto en Lima como en el resto de departamentos. Según datos del II Censo de Infraestructura y Recursos Humanos de 1996 (¹³), los hospitales representaban el 6,5% del total de establecimientos en el Sector Salud y el 2,3% de los establecimientos en el MINSa, lo que hace reflexionar sobre la viabilidad de continuar incorporando nuevos profesionales en establecimientos de mayor complejidad sabiendo que hay mayores necesidades de personal médico en establecimientos del primer nivel de atención.

Tabla N° 3.- Distribución de médicos por instituciones 1996.

Institución	Hospitales	CCSS	PPSS	Otros
MINSa	5603	2559	1303	193
IPSS	3968	456	26	45
Privados	4593	2730	0	62
FFAA-FFPP	1392	289	26	0
Otros	694	657	22	90
Total	16250	6691	1377	390

CCSS: Centros de Salud; PPSS: Postas de Salud; MINSa: Ministerio de Salud; IPSS: Instituto Peruano de Seguridad Social; FFAA: Fuerzas Armadas; FFPP: Fuerzas Policiales.
Fuente: II Censo de Infraestructura y Recursos Humanos 1996

De otro lado, el MINSa es el principal empleador de los profesionales médicos en salud, aunque el Sub-Sector Privado constituye un importante mercado laboral para los médicos (28% de los puestos laborales). La situación en el mercado privado habría mejorado con respecto a estudios anteriores pues en 1957 sólo 6,2% de los médicos laboraban en el Sub-Sector privado (¹⁴) mientras Brito, Lazo y Lip (¹⁵) registraron 8,4% de médicos trabajando exclusivamente para este subsector. Pero sería necesario documentar con mayores evidencias si el personal médico censado en 1996 en puestos laborales privados trabajaba también en otros subsectores.

Mientras que la proporción de médicos que se declaraba especialista fue 32% en 1957, en 1964 fue de 73%, y en 1988 fue 72% (?). Si en 1988, el 46.4% de los médicos declaraban tener una de las especialidades básicas, en 1996 sólo el 24.5% tenía una especialidad básica y el 25% tenía una subespecialidad. Se estaría frente a una transición profesional donde los médicos optan cada vez por subespecialidades ante un mercado cada vez más exigente de tecnología en hospitales de grandes centros urbanos.

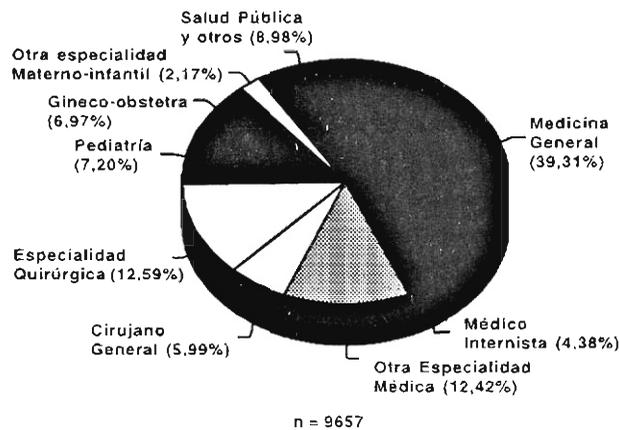


Fig. Nº 3.- Especialidades médicas. Ministerio de Salud 1996.

Diversas visitas a los establecimientos y entrevistas al personal profesional del primer nivel de atención en el período 1995-1997 posibilitaron recoger la problemática existente:

Escaso énfasis de cursos relacionados con las ciencias sociales, salud pública y gestión de servicios de salud durante la formación del pregrado. Existen comentarios de profesionales que lamentan no haber prestado la debida atención a asignaturas y contenidos de esta naturaleza al no haber identificado oportunamente la utilidad práctica.

El limitado contacto precoz y sistemático con las redes de servicios durante la formación profesional.

Mayor concentración hacia prácticas intrahospitalarias cuyos contenidos son orientados a la medicina recuperativa y centrada hacia patologías más que a personas enfermas. El profesional de salud siente una marcada "desilusión o choque cultural" pues, luego de haber sido formado para trabajar en ámbitos hospitalarios, inician su carrera trabajando durante los primeros años en establecimientos de salud alejados o de difícil acceso, cuyas poblaciones poseen diferentes patrones culturales que incluyen idioma, costumbres y cierta "desconfianza" por la forma en que se venían ofertando los servicios. En repetidas ocasiones, los profesionales médicos intentan reproducir y adaptar su contexto de trabajo en los establecimientos de salud del primer nivel, a un entorno semejante a un "pequeño hospital".

Las difíciles condiciones de trabajo como el clima, la geografía, el aislamiento de su ambiente social y familiar, producen un desecho continuo de "volver a la civilización". Consideran, por lo tanto, que este tipo de trabajo es transitorio, circunstancial y un forzoso peldaño inicial para un posible ascenso profesional.

Algunos médicos aprecian el trabajo en establecimientos del primer nivel y desearían permanecer por más tiempo. Pero surgen interrogantes sobre los posibles retrasos en su desarrollo profesional, capacitación y actualización permanente.

La aparente o real inestabilidad laboral o salarial produce una tendencia a buscar la especialización profesional.

Una mayor necesidad de contar con una asistencia técnica, apoyo permanente y un acompañamiento tanto de las instancias oficiales del Sector Salud como de Universidades y otras instituciones formadoras.

Limitado interés por validar las propuestas y contenidos académicos sobre la base de la experiencia de los egresados que laboran en áreas rurales y urbano-marginales.

ALTERNATIVAS PARA EL VERDADERO DESARROLLO DEL POTENCIAL HUMANO

La situación descrita evidencia una innecesaria separación entre la formación profesional y las necesidades identificadas en el trabajo en salud. En primer lugar, no es posible que el crecimiento de las facultades

de medicina no esté estrechamente vinculado con las necesidades que demandan los servicios de salud en función de sus poblaciones de referencia. Resulta imprescindible generar mecanismos de regulación concordados entre la ASPEFAM, Colegio Médico, Asamblea Nacional de Rectores y el Ministerio de Salud.

En segundo lugar, el diseño del perfil profesional del médico debe estar lo más estrechamente cercano a los distintos perfiles ocupacionales que demandan los servicios de salud y sus contextos. En su construcción se tendría que considerar los nuevos ámbitos de desarrollo profesional como la mayor expansión de los establecimientos del primer nivel de atención, sobre todo hacia zonas rurales y urbano marginales de la Sierra, Selva y Costa, y la necesidad de mejorar la equitativa asignación de profesionales a nivel departamental.

Ante la necesidad de un óptimo desempeño laboral, se requiere estrategias de educación permanente en salud que permitan desarrollar en el profesional las necesarias competencias para hacer frente a las crecientes demandas poblacionales por mejores servicios de salud. De tal forma, se considera que el proceso de formación profesional no termina con la finalización de los estudios de pregrado. Por ello sería necesario establecer alianzas estratégicas entre las diversas universidades y otras instituciones formadoras para desarrollar programas de formación que estén estrechamente vinculados a las necesidades generadas en el trabajo cotidiano. No resultan sostenibles las estrategias educativas basadas en contenidos sino más bien aquellas centradas en el aprendizaje. Los grados de flexibilidad en la forma, el tiempo y el modo de aprendizaje deberían ser los más amplios con el objeto de no separar innecesariamente al profesional de su medio ambiente laboral.

Sería importante otorgar un mayor énfasis a cursos relacionados con las ciencias sociales, la salud pública, la gestión de servicios de salud y la investigación. Esto implica un renovado esfuerzo de vinculación entre los ámbitos del conocimiento y los campos de acción. Los alumnos se beneficiarían en gran medida si se ponen en contacto precozmente con la organización y los servicios de salud en todos sus niveles y sus respectivas poblaciones.

Habría que reorientar progresivamente el residentado médico, incentivando las grandes especialidades y, sobre todo, la medicina familiar y comunitaria. Este proceso debe ser fortalecido por los servicios de salud, ga-

rantizando mejores oportunidades para aquellos profesionales que optan por ellas. Durante el residentado, sería conveniente incorporar con mayor énfasis un trabajo práctico extrahospitalario en servicios de salud de primer nivel de atención y la comunidad, en el entendido de que el hospital es parte de una red integrada de servicios de salud. Además, habrá que potenciar los mecanismos para la acreditación de sedes docentes, pues no todos los hospitales estarían calificados para poder desarrollar programas de residentado.

De otro lado, se podría delinear sistemas de cooptación de los profesionales más competentes egresados de los programas de residentado. Vale decir, poder incorporar a los servicios de salud a aquellos profesionales que han demostrado capacidad y excelencia profesional, evitando así pérdidas innecesarias o "fuga de talentos".

El Ministerio de Salud, como ente rector del sector, requerirá diseñar políticas para el desarrollo del potencial humano en salud. Implicará nuevos sistemas de reclutamiento, selección, contratación, motivación, incentivos, capacitación y remuneración. Será necesario también promover nuevos sistemas de certificación y licenciamiento profesional que garanticen periódicamente la idoneidad y la competencia profesional.

Para aquellos profesionales médicos que permanecen en los servicios de salud de primer nivel y que desean continuar en ellos, se podría desarrollar programas de educación permanente a la medida de sus necesidades, donde el papel de las universidades y los colegios profesionales sea primordial. Al establecer sistemas de capacitación acreditables, los profesionales pueden posteriormente certificar sus competencias para futuros ascensos o promociones. De tal forma, no estarían limitados por su condición a ser médicos del primer nivel de atención.

Para concluir, se considera que los futuros esfuerzos a desplegar no serán atribuibles a una sola instancia o institución, sino más bien, una responsabilidad compartida. Por lo que sería importante fomentar instancias de coordinación descentralizadas para el desarrollo de recursos humanos, representadas por las Autoridades de Salud, las entidades formadoras, los colegios profesionales y la población. Por ello, se considera que la formación profesional y el trabajo en salud constituyen dos caras de una misma moneda, y por ende son indisolubles.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) **Ministerio de Salud.** El desafío del cambio de milenio: un sector salud con equidad, eficiencia y calidad. Lineamientos de política de salud 1995-2000. 1995.
- 2) **Aguinaga A.** Situación de la Salud en Perú y sus tendencias: la reforma sectorial. En: Ministerio de Salud. Seminario Internacional. Reforma del Sector Salud. Lima Perú. 1997.
- 3) **Ministerio de Salud.** Censo de Infraestructura y Recursos Humanos 1992
- 4) **Ministerio de Salud.** II Censo de Infraestructura y Recursos Humanos 1996.
- 5) **Ministerio de Salud.** Programa de Salud Básica para Todos. Memoria 1994-1997. Lima - Perú 1998.
- 6) **Hall T.** Health Manpower in Perú. A case study in planning. The Johns Hopkins Press, Baltimore, Maryland, EE.UU., 1969.
- 7) **Brito P, Lazo O, Lip C.** El Trabajo Médico en el Perú. Organización Panamericana de la Salud - UPCH. 1990.
- 8) **Bustíos C.** Atención Médica y su Contexto 1963-1983. Escuela de Salud Pública. Ministerio de Salud. OPS/OMS. Lima - Perú. 1985.
- 9) **Martínez J, Martineau T, editores.** Workshop on Human Resources and Health Sector Reforms. Research and Development Priorities in Developing Countries. Liverpool School of Tropical Medicine. 1996.
- 10) **Martineau T, Martínez J.** Human Resources in the Health Sector. Guidelines for Appraisal and Strategic Development. Health and Development Series. Working Paper N° 1. January 1997. European Commission. Brussels.
- 11) **Consortio Asociación Patronal Sanitaria.** II Jornades de Recursos Humans. 9 i 10 de novembre de 1995. Lloret de Mar, Catalunya, España.
- 12) **Brito P, Campos F, Novick M.** Organizadores. Gestión de Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales en Salud: Cambios y Oportunidades. Organización Panamericana de la Salud. Washington. 1996.
- 13) **World Health Organization - Europe.** European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies. WHO Regional Publications, European Series. N° 82. Copenhagen. 1997.
- 14) **OPS/OMS. Reunión Regional.** Recursos Humanos: Un Factor Crítico de la Reforma Sectorial en Salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 8. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Marzo 1998.
- 15) **OPS/OMS.** Selección de Informes de los Comités Técnicos de PALTEX. Enseñanza de las Ciencias de la Salud en América Latina. 1990.
- 16) **OPS/OMS.** Educación Médica y Salud. Educación Permanente de Personal de Salud 1987; 21(1).
- 17) **Ministerio de Salud.** Proyecto Salud y Nutrición Básica. Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud y Nutrición Infantil. Cusco. Informes de Investigación/4. 1997.
- 18) **Frisancho A.** Salud Comunitaria en el Ande Peruano. Reflexiones sobre una experiencia de Cooperación con Médicos y Enfermeras en Servicio Rural. Programa de Salud Comunitaria en el Trapecio Andino. 1993.
- 19) **Mapa de Salud del Perú.** Oficina de Estadística e Informática. 1993.