



Anales de la Facultad de Medicina

ISSN: 1025-5583

anales@unmsm.edu.pe

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Perú

Lip, César; Vargas, Amador; Zevallos, Willy; Longa, John; Hurtado, Jorge
Situación del Profesional Médico Cirujano a Ocho Años de Iniciada la Reforma de la Salud y la
Seguridad Social
Anales de la Facultad de Medicina, vol. 61, núm. 2, 2000, pp. 99-124
Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37961202>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Situación del Profesional Médico Cirujano a Ocho Años de Iniciada la Reforma de la Salud y la Seguridad Social*

CÉSAR LIP, AMADOR VARGAS, WILLY ZEVALLOS, JOHN LONGA y JORGE HURTADO

RESUMEN

En este trabajo se pretende, a partir de fuentes secundarias, describir la configuración actual de la profesión médica teniendo en cuenta, en lo posible, un doble marco de referencia: la reforma sanitaria que se procesa en el país y las tendencias seculares en los campos de formación, capacitación y trabajo médico. El estudio es un primer esfuerzo de mirar el acontecer del trabajo médico desde aportes que viene realizando la teoría de los sistemas dinámicos no lineales.

Palabras claves: Salud, Legislación & Jurisprudencia; Médicos, Legislación & Jurisprudencia; Recursos Humanos en Salud; Seguridad Social, Perú.

PERUVIAN PHYSICIAN'S REALITY, EIGHT YEARS AFTER THE INITIATION OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY REFORMS

SUMMARY

We discuss the current reality of peruvian physicians considering a number of variables, mainly the Reform in which our Health Sector is involved and the secular trends in the training, qualifying and performance of physicians. This is a first step in order to make an outline of the work that our physicians are performing.

Key words: Health, Legislation & Jurisprudence; Physicians, Legislation & Jurisprudence; Health Manpower; Social Security, Peru.

* Trabajo realizado por encargo del Colegio Médico del Perú como uno de los documentos base para promover la reflexión, intercambio de opiniones y toma de posición en el V Congreso Médico Nacional realizado en julio de 1999 en la ciudad de Lima.

I. LA REFORMA EN EL SECTOR SALUD

Según el Ministerio de Salud (MINSU), el proceso de reforma del sector salud es: *"el desarrollo progresivo de un modelo transformador de las relaciones y de las funciones entre los agentes sociales en el campo de*

la salud, y por otro lado la aplicación progresiva de medidas para revertir las deficiencias que se han ido acumulando para, a partir de ello, instalar nuevos arreglos institucionales y nuevas relaciones entre el individuo y las instituciones, y de éstas con el Estado. Este proceso de reforma sectorial se inicia en 1991, con medidas de urgencia dirigidas a reestablecer la capacidad operativa de los servicios, ordenando para ello el conjunto de recursos disponibles, en función de un esquema transformador" ⁽¹⁾.

Correspondencia:

Dr. Amador Vargas Guerra
Facultad de Medicina - UNMSM.
Av. Grau 755. Lima 1, Perú
E-mail: avargas@colmedi.org.pe

Aunque se señala ⁽¹⁾ como primer signo público de la reforma la presentación de los Lineamientos de

Política para el quinquenio 1995-2000 en diciembre de 1995; también en 1991, año señalado como el inicio de la reforma del sector salud, se dio el Decreto Legislativo Nº 718/91 mediante el cual el Congreso de la República creó el Sistema Privado de Salud con carácter complementario al sistema administrado por el IPSS. En virtud del mismo fueron creadas las Organizaciones de Servicios de Salud (OSS) encargadas de administrar el Sistema Privado de Salud. La función asignada a las OSS era *“el otorgamiento de prestaciones y servicios de salud, ya sea directamente o a través del financiamiento de las mismas”* ⁽²⁾. Como sabemos, las OSS nunca se implementaron.

Asimismo, en 1994 se inició el Programa de Salud Básica Para Todos (PSBPT), que es parte del Programa de Gasto Social Básico* cuyo objetivo es disminuir en 50% la pobreza extrema antes del cambio de siglo, uno de los componentes fundamentales de la reforma del sector salud.

Entre 1991 y 1995, el MINSA desarrolla un proceso de acumulación de capacidades institucionales para desarrollar propuestas e iniciar la reforma. La tarea de sentar las bases de la reforma fue encargada al Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud ⁽¹⁾.

Desde 1995, el Gobierno peruano plantea centrar las funciones del Estado en áreas no elegibles por el sector privado o donde primen criterios de equidad social, regulación de mercado y de seguridad. Pretende asimismo, promover la eficiencia y generar capacidades institucionales que fortalezcan la gobernabilidad y rectoría del sector, reorientando la administración pública a las funciones de financiamiento, regulación y fiscalización, delegando en general la provisión de servicios ⁽³⁾.

No existe una entidad con carácter nacional y capacidad política y técnica encargada del diseño e implementación de la reforma sanitaria o modernización del sector salud. El MINSA ha logrado sólo parcialmente la *rectoría* del proceso. El entonces Ministro de Salud, Marino Costa Bauer, en 1997 expuso que los cuatro principios de la reforma eran la equidad, la solidaridad, la eficiencia y la calidad, y la naturaleza de su acción se desarrollaba en seis ámbitos ⁽⁴⁾:

- a) Un nuevo marco jurídico que garantice la existencia de mecanismos e incentivos para que los agentes del sector puedan articularse mejor, coordinando sus actividades y complementándose, de forma tal que asegure una mayor racionalidad en la inversión, asignación y uso de los recursos nacionales que se destinan a la salud.
- b) Nuevas y mayores capacidades de gobierno que permitan fortalecer al Ministerio de Salud, desarrollando su liderazgo y rectoría, y a las demás instituciones públicas del sector para dar respuesta a los problemas de salud de la población y promover el desarrollo de los mercados de salud, corrigiendo sus imperfecciones.
- c) Perfeccionamiento del sistema de cuidado de la salud colectiva, como responsabilidad fundamental del Estado en lo preventivo-promocional, y coordinación de la acción multisectorial del Estado como medio para controlar y disminuir los riesgos a la salud de los individuos.
- d) Nuevo sistema de salud individual, como medio para garantizar el acceso universal a los servicios de salud individual y mejorar los niveles de eficiencia en la prestación de dichos servicios, e incentivo del desarrollo de sistemas de previsión para la salud, tanto públicos como privados, para que se complementen con aquellos sistemas de carácter asistencial.
- e) Nuevo sistema de financiamiento del cuidado de la salud, mejorando la asignación de los recursos financieros públicos, focalizándolos para subsidiar la demanda de los sectores de mayor pobreza y las necesidades más relevantes, así como búsqueda de mayor eficacia y eficiencia, convirtiendo el gasto en salud en un aumento real de cobertura, con resultados de mejor calidad y una población más saludable, e incentivar al sector privado en la misma dirección.
- f) Nuevo sistema de gestión de servicios de salud, haciendo posible que se instale una nueva forma de hacer gerencia bajo condiciones propicias de motivación, organización del trabajo en equipo, para la solución de problemas, y dedicados a atender las demandas y preferencias de los usuarios ⁽⁴⁾.

* Inicialmente se denominó Programa de Focalización del Gasto Social Básico, el cual empezó en junio de 1994 y fue creado por Ley 26268 - Presupuesto del Sector Público para 1994.

El marco jurídico del sector salud fue modificado mediante dos leyes generales: la Ley 26790 “Ley de Modernización de la Seguridad Social” (Mayo de 1997) y la Ley 26842 “Ley General de Salud” (Junio 1997). Sus artículos iniciales enuncian un nuevo sistema de cobertura que busca abarcar a toda la población, conformado por:

- a) El régimen contributivo (Seguro Social del Perú a cargo del IPSS y complementado por las Entidades Prestadoras de Salud: EPS) y
- b) El régimen estatal, no contributivo, a cargo del Ministerio de Salud, cuya responsabilidad es otorgar prestaciones de salud individual para la población sin capacidad de acceder al régimen contributivo.

Adicionalmente, el estado mantiene la responsabilidad de proveer las prestaciones de salud colectiva para toda la población. Resumidamente, según Costa Bauer, “*la política de salud (...) se orienta hacia la universalización de la cobertura de salud a toda la población del país*”, teniendo como visión que “*hacia fines de la década actual, el Perú contará con un sistema integral de atención de la salud, liderado, promovido y regulado por el Estado, con una participación articulada de todos los servicios de salud, como son: el Instituto Peruano de Seguridad Social, el Ministerio de Salud y el sector privado*” ⁽⁴⁾.

En consonancia con los enunciados anteriores, en 1997 se puso en marcha el seguro escolar gratuito, extendido después a los estudiantes universitarios. Se ha anunciado para agosto de este año el inicio del seguro materno-infantil.

El Colegio Médico del Perú (CMP), la Federación Médica Peruana (FMP) y sus bases, han sido actores activos en el debate generado tanto a nivel de la concepción global de la reforma así como de las diversas medidas específicas que se ha venido implementando. El Consejo Nacional del CMP, en base a las conclusiones del IV Congreso Médico Nacional realizado en diciembre de 1996 y los dictámenes de la Comisión de Alto Nivel, aprobó una Propuesta de Reforma en Salud y una Propuesta Alternativa al Decreto Legislativo N° 887 ⁽⁵⁾. A continuación reproducimos algunos de los puntos principales de la primera.

1. *Se reconoce la necesidad e importancia de la Reforma en Salud en el Perú, entendida como un proceso de cambios estructurales en lo político, en lo*

técnico y en lo administrativo, dirigido a lograr mejor calidad de vida y la cobertura de servicios de salud a toda la población.

2. *La reforma en salud debe sustentarse imperativamente en los **principios de equidad, solidaridad y universalidad**.*
3. *Las **políticas de salud** son parte integrante de las políticas sociales y de un proyecto nacional de desarrollo humano, y deberán considerarse como **elementos fundamentales la integralidad, la descentralización, la participación social, la atención primaria de salud, la eficiencia, eficacia y calidad**.*
4. *La salud es un **derecho básico** de la persona humana y constituye el requisito para ejercer el conjunto de todos los demás derechos. **No debe ser considerada como una simple mercancía, ni estar sujeta al libre juego de la oferta y la demanda. La participación del Estado es indispensable e indeclinable**, y debe concretarse fundamentalmente en:*
 - a) ***Su papel rector**, desarrollando las tareas de normalizador, conductor y supervisor del bien común en el campo de la salud; asimismo, deberá asumir un papel de articulador y regulador **permitiendo el equilibrio adecuado entre lo público y lo privado**.*
 - b) ***Formular políticas debidamente sustentadas**, las cuales serán exitosas en la medida que sean **concertadas** con los actores sociales involucrados y, en este aspecto, sostenemos que **la participación de la profesión médica es imprescindible y de trascendental importancia**.*
5. *Los procesos sociales cobran autonomía al margen de las voluntades políticas y es así que, en el momento actual, se tiene un proceso de reconfiguración desregulada del sistema sanitario peruano, que es necesario sustituir por un proceso de reforma de carácter progresivo, en la medida que se respeten los principios señalados en el punto 2 (...).*
6. *El hombre, por su propia naturaleza y como miembro de la sociedad, está expuesto a una serie de contingencias debidas a su condición biológica, al ambiente y a su participación como miembro integrante de la sociedad. Por ello, el proceso de reforma en salud debe propender a la **búsqueda de un sistema de seguridad social universal**, tal como lo consagra la constitución.*

7. *El IPSS es uno de los efectores importantes del Sistema Nacional de Salud y **debe ser repotenciado, extendiendo progresivamente su cobertura. El incremento consecuente de sus recursos financieros, con base en cálculos matemáticos actuariales** permitirá una atención de calidad, además de reducir la demanda sobre los recursos que el Ministerio de Salud destina a los más pobres.*
8. *La extensión significativa de la cobertura del IPSS generaría una sobredemanda, que podría ser **asumida por las instituciones públicas y privadas mediante el establecimiento progresivo de un sistema regulado de libre elección y el diseño de seguros complementarios.** Consecuentemente, las opciones de seguros alternativas al IPSS en sus antiguas y nuevas versiones las rechazamos por inconvenientes, pues reducirían la cobertura de la Seguridad Social y tenderían al desfinanciamiento de ella en aras del lucro por las nuevas entidades que se crearían. Asimismo, el Colegio Médico del Perú se opone a cualquier intento de privatizar, hacer voluntarios y/o eliminar los aportes de salud al IPSS, debiéndose recuperar el carácter tripartito de su financiamiento.*

El CMP en mayo de 1998 llevó adelante el "I Seminario de Salud y Seguridad Social. Balance de la modernización de la seguridad social en salud a un año de la promulgación de la ley 26790", al cual asistieron representantes del MINSA, IPSS, Congreso de la República y expertos en seguridad social (en calidad de expositores), y participaron 420 profesionales. Enseguida anotamos parte de las conclusiones de este Seminario, aprobadas unánimemente por los asistentes y que corresponden a las posiciones impulsadas por el CMP y la FMP:

1. *A un año de promulgada la Ley 26790 y nueve meses de reglamentada, se reconoció su inoperancia y se admitió que la Ley no ha cumplido ninguno de sus propósitos, particularmente, aquellos destinados a extender la cobertura de salud, mejorar la calidad de atención y elevar la eficiencia de los servicios. Se reconoció, asimismo, que el mencionado dispositivo atenta flagrantemente contra principios constitucionales y convenios internacionales suscritos por el Perú, y establece discriminaciones frente al derecho a la vida y la salud en razón de diferencias económicas entre los asegurados, destruyendo el principio de Solidaridad e Igualdad. (...)*

2. *Se estableció que el atentado más grave se daba en la estructura principista de la Seguridad Social, desvirtuando sus fines, limitando sus beneficios, alterando las relaciones entre los actores principales, mercantilizando los procedimientos y despojando a los servicios de su indispensable y humana calidad. Adicionalmente, los dispositivos de modernización, aun en el supuesto que alcanzaran alta rentabilidad financiera, serían esencialmente modelos económicos pero no sanitarios.*

3. *En cuanto a la propuesta alternativa, se admitió como base los planteamientos formulados por el CMP, (...) que incluyen los siguientes criterios:*

- *Reconocer a la Seguridad Social no sólo como un derecho de los trabajadores dependientes sino como expresión de un derecho humano.*
- *Impulsar el desarrollo de la Seguridad Social en salud, con tendencia a su universalización progresiva, basada en los principios de solidaridad, igualdad, integralidad y unidad, teniendo como institución única para su financiamiento al IPSS con mecanismos de prestación directa a través de servicios propios que coexistan con un sistema de libre elección en el cual el asegurado pueda escoger al médico y/o centro asistencial de su preferencia. El CMP y la FMP se constituirán en las instituciones que garanticen justos honorarios y tarifas adecuadas a la naturaleza social del servicio (...).*

La seguridad social en salud fue nuevamente objeto de la política actual mediante la promulgación de la Ley 27056; Ley de creación del Seguro Social de Salud (EsSALUD), el 29 de enero de 1999.

El CMP, la FMP, la Asociación Médica del IPSS, (así como el resto de bases médicas) y muchas otras organizaciones rechazaron, desde que tomaron conocimiento, tal iniciativa al considerar que "atenta contra el derecho a la salud de todos los peruanos, creando inequidad y discriminación; legaliza el uso de los recursos de la Seguridad Social con fines ajenos y diferentes a la atención de los asegurados, tal y como ha ocurrido con la ilegal transferencia de seiscientos millones doscientos mil nuevos soles del IPSS a la ONP, el día 20 de Noviembre (...)" (6). Una vez aprobada la Ley de creación de EsSALUD en el Congreso de la República, el CMP se pronunció manifestando, entre otros

puntos, que *“rechaza la conducta asumida por la Mayoría Oficialista que ha hecho caso omiso a la demanda de las instituciones vinculadas a la salud y la seguridad social, que sin excepción expresaron su total oposición al negativo proyecto de ley”* (¹).

Los diversos aspectos de la reforma sanitaria y su influencia en la profesión del médico cirujano serán tratados en los acápites posteriores.

II. FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DE LOS MÉDICOS

II.1. La formación de médicos: configuración de la oferta de trabajo médico

Según datos del CMP, la gran mayoría de los médicos peruanos (89,7%) ha cursado sus estudios de pregrado en universidades peruanas, y sólo la décima parte (10,3%) lo hicieron en el extranjero. En este informe trataremos exclusivamente el campo de la formación en el país.

Los análisis acerca de la formación de los médicos en el país, usualmente se han realizado desde una perspectiva demográfica y son relativamente frecuentes los informes que nos muestran los siguientes fenómenos a lo largo del siglo:

1. El aumento explosivo de las facultades y escuelas de medicina. Pasamos de tener sólo una facultad en 1958 hasta tener 24 en 1998.
2. En relación con lo anterior, se ha dado un notable crecimiento de alumnos matriculados y egresados. Iniciamos esta segunda mitad del siglo XX con cerca de tres mil estudiantes matriculados y estamos finalizando con cerca de 15 000 estudiantes matriculados y aproximadamente 1 025 médicos graduados anualmente.
3. La mayoría de facultades y escuelas de medicina eran estatales y ahora son privadas. Hasta 1990 había 14 facultades, de ellas sólo 3 eran privadas; actualmente lo son 10 de las 24 existentes. En términos de alumnos, 6 346 de los 14 711 (43%) estudian en facultades de universidades particulares. Sin embargo, es posible predecir que pronto serán la mayoría, debido a que de las ocho facultades nuevas (que aún no tienen alumnos en todos los años), siete son privadas. Esta tendencia es también posible de inferir a

partir de la suma del número de estudiantes que en promedio están matriculados por año: 2 548 en facultades de universidades privadas y 1 212 en nacionales.

4. La mayoría de facultades tenían su sede en Lima al inicio de la “explosión”, pero ahora la mayoría está en los otros departamentos: 8 en Lima y 14 en provincias. Los estudiantes de provincias ya constituyen el 51,8% del total de estudiantes de medicina a nivel nacional. Una observación al conjunto no permite predecir con claridad cual será la evolución de esta variable, ello dependerá de las vacantes ofertadas por cada universidad en los años futuros.

El aumento de vacantes para estudiar medicina no ha llevado a una situación en la cual la oferta supere a la demanda: la sobreoferta para estudiar medicina no existe. Sin descartar el fenómeno de que la oferta esté induciendo la demanda de formación médica, la explicación de esta situación conjuga por lo menos dos elementos:

- La sobredemanda histórica. Al comienzo de los 60's los postulantes quintuplicaban el número de vacantes y a mediados de los 80's el número de postulantes era quince veces superior al de las vacantes.
- La accesibilidad económica al contarse con facultades de medicina cuya sede académica se encuentra cerca del hogar.

Una mirada global a la formación médica en el país, nos permite identificar un patrón caracterizado por dos fenómenos: fragmentación y homogenización, los cuales aparecen como dos caras de la misma medalla. En el marco de este documento, desarrollaremos brevemente el significado de esta caracterización y sus implicancias para los médicos.

La configuración del sistema formador de médicos puede apreciarse en cuatro de sus características:

1. Fragmentación: Numerosas y heterogéneas.
2. Globalización: Homogenización curricular.
3. Atractores extraños.
4. Aislamiento del sector salud.

II.1.1. Fragmentación: Numerosas y heterogéneas

La dinámica reseñada anteriormente ha devenido en un sistema formador con numerosos y heterogéneos

componentes. Habíamos mencionado 24 facultades de medicina (Tabla N° 1), las cuales muestran notables diferencias. Apreciamos, por un lado, la Facultad de Medicina San Fernando de la UNMSM con una experiencia institucional de más de 140 años que maneja 214 alumnos en promedio por año de estudios, y la Facultad de Medicina Alberto Hurtado de la UPCH que maneja 112, y por otro lado, facultades recientemente creadas con promedios mayores: U. Privada de Tacna (1994): 155, U. Privada Antenor Orrego (1996): 236, U. Peruana de Los Andes (1996): 220, U. Privada San Pedro (1996): 126, U. Privada San Juan Bautista (1997): 117, U. Ricardo Palma (1998): 120. De las universidades nacionales de creación relativamente reciente, la U.N. del Centro del Perú (1991) tiene 45 alumnos matriculados en promedio por año de estu-

dios, la U. N. de Cajamarca (1991): 59, la U. N. Faustino Sánchez Carrión (1990): 36 y la U. N. de Piura (1983): 44.

No sólo existe diferenciación en lo referente a experiencia académica institucional entre las facultades de medicina del país, sino también en los recursos existentes, tanto potenciales como reales. A modo de ilustración, San Fernando cuenta con más médicos en su cuerpo docente que la cantidad total de médicos en ejercicio (y mucho más de médicos aptos para ser docentes) existentes en los departamentos de Ancash, Cajamarca, Cusco, Junín, Loreto, Puno, Tacna, Ucayali, entre otros. Evidentemente, si se examina según distribución de especialistas, la disparidad será mayor aún.

Tabla N° 1.- Facultades de Medicina. Perú 1999*.

N°	Universidad	Sede	Año de inicio
1	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	Lima	1856
2	Universidad Nacional de Trujillo	Trujillo	1958
3	Universidad Nacional de San Agustín	Arequipa	1961
4	Universidad Peruana Cayetano Heredia	Lima	1963
5	Universidad Nacional Federico Villarreal	Lima	1963
6	Universidad Nacional de San Luis Gonzaga	Ica	1980
7	Universidad Nacional de San Antonio Abad	Cusco	1982
8	Universidad Nacional del Altiplano	Puno	1982
9	Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo	Lambayeque	1982
10	Universidad Nacional de la Amazonía	Iquitos	1983
11	Universidad P. San Martín de Porres	Lima	1983
12	Universidad Nacional de Piura	Piura	1983
13	Universidad Católica Santa María	Arequipa	1990
14	Universidad Nacional F. Sánchez Carrión	Huacho	1991
15	Universidad Nacional del Centro	Huancayo	1991
16	Universidad Nacional de Cajamarca	Cajamarca	1991
17	Universidad Privada de Tacna	Tacna	1991
18	Universidad Privada Antenor Orrego	Trujillo	1994
19	Universidad Peruana de Los Andes	Huancayo	1996
20	Universidad Privada San Pedro	Chimbote	1996
21	Universidad Privada San Juan Bautista	Lima	1996
22	Universidad Ricardo Palma	Lima	1997
23	Universidad Nacional de Ucayali	Pucallpa	1997
24	Universidad Científica del Sur	Lima	1998

* Fuente: Asamblea Nacional de Rectores, Abril de 1999.

En este contexto cabe preguntarse: ¿cuáles son los criterios seguidos por las facultades para determinar el número de vacantes que ofertan para medicina?.

Está pendiente estudiar la eficacia (denominada “eficiencia interna”) de las nuevas instituciones formadoras. La eficiencia interna (medida por un índice que se obtiene dividiendo el número de graduados 1980 a 1989, entre el número de ingresados de 1975 a 1984) alcanzada por las facultades de medicina de entonces fue de 97%, la más alta entre las facultades de las universidades peruanas (*). Por ejemplo, de las universidades que iniciaron sus actividades entre 1982 y 1983, se habían inscrito en el CMP hasta 1998: 63 médicos graduados en la U. N. del Altiplano, 169 graduados en la U. N. Pedro Ruiz Gallo, 74 de la U. N. de la Amazonía Peruana, 862 de la Universidad San Martín de Porres, 156 de la U. N. de Piura y 144 de la Universidad Católica Santa María. De las facultades creadas en 1990 y 1991, que tienen currículas de 6 años, ocho años después no se había registrado, hasta 1998, ningún graduado de la UN Faustino Sánchez Carrión de Huacho, ni de la Universidad Nacional del Centro del Perú, y sólo se habían registrado 5 egresados de la U. N. de Cajamarca.

El CMP se encuentra en fase de recolección de datos para conocer la eficacia interna de las nuevas universidades. No puede trabajarse con ingresantes por año y hacer el seguimiento como una cohorte única debido que los estudios no tienen igual duración en las distintas universidades; así, Cayetano Heredia mantiene un currículo de 8 años, San Antonio de Abad y Piura de 6 años, y el resto de 7 años. Esto también es parte de la heterogeneidad del sistema formador.

II.1.2. Globalización: Homogenización curricular

A pesar que comprender la dinámica cuantitativa de la formación médica preocupa a nuestro Colegio, punto central de reflexión y acción ha sido lo cualitativo de dicha formación.

Globalmente, para entender la dinámica cualitativa de cómo las facultades forman a los futuros colegas, un referente central es el currículum de estudios, ya sea el currículum explícito como el implícito. Si bien

los datos cuantitativos nos permiten ver un patrón fragmentado, lo curricular* nos permite ver la otra cara de la medalla: la homogenización.

Al respecto es necesario notar dos aspectos: el primero, la creación de facultades de medicina fuera de Lima usualmente ha estado sustentada en el argumento de que es necesario que los médicos formados lo sean con referencia a realidades regionales, los casos más ilustrativos podrían ser los de la Facultad de Medicina de Cajamarca -primera etapa- cuya misión inicial (inicios de los 60's) era formar “médicos rurales” y el de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional San Antonio de Abad del Cusco que se inició con un notable énfasis curricular en Medicina Comunitaria.

El segundo aspecto es que a diferencia de lo observado en los 70's y 80's, el tema de la reforma curricular ha desaparecido de la agenda universitaria, tanto de estudiantes -en mucho sus principales propulsores- como de los profesores. Quizá lo más indicativo al respecto es que el cambio curricular producido en la presente década, por lo general ha ido al desmontaje de las experiencias de aprendizaje relacionadas con la medicina comunitaria, como es el caso de la Facultad de Medicina de la UPCH. Esta merma del aprendizaje en el campo de la medicina comunitaria y en el de la salud pública en general, viene teniendo importantes repercusiones en el trabajo actual que realizan los médicos en las zonas rurales y periurbanas, tal como veremos posteriormente.

II.1.3. Atractores extraños[§]

A comienzos de esta década, como parte de la denominada modernización del Estado Peruano, se desactivó el Instituto Peruano de Planificación bajo el postulado que la libre competencia sería la mano invisible que regularía los mercados, entre ellos el educacional. La gran ilusión de la planificación educacional de la formación de médicos, en particular, y de los recursos humanos en general, se abandonó.

La observación de los datos del mercado educacional médico mostrados anteriormente nos devuelve una figura altamente compleja, en la que se superponen ele-

* También lo administrativo que no tocaremos en esta ocasión.

§ En Física, un atractor es el punto de la órbita que parece atraer el sistema hacia él.

mentos de fragmentación y globalización. Frente a tal realidad, es pertinente preguntarse ¿cuál es el atractor del sistema? A la luz de la información existente, es posible iniciar la reflexión en torno a dos hipótesis no excluyentes.

La primera hipótesis se refiere al atractor curricular. Sin duda alguna, el atractor de los contenidos y presupuestos curriculares en los setentas y los ochentas fueron las necesidades sanitarias de la población, lo cual se traducía en la búsqueda del “médico que el Perú necesita”. A finales de los noventa, ¿cuál es el médico que el Perú necesita?

En el Perú se viene procesando una transición epidemiológica perversa o acumulación epidemiológica, en la cual existe una agregación de patrones propios de sociedades agrícolas, industriales y post industriales. Sin embargo, el país no está conformado por una sociedad uniforme; por lo tanto las distintas poblaciones que lo conforman tienen dispares perfiles epidemiológicos, los cuales han sido analizados por el MINSA mediante la conformación de estratos poblacionales, que a grandes rasgos se pueden interpretar como que los estratos I y II (zonas con poblaciones más pobres) presentan un perfil epidemiológico correspondiente a sociedades no desarrolladas, y los estratos IV y V (poblaciones menos pobres) tienen perfiles correspondientes a sociedades industriales⁽⁹⁾.

En este contexto epidemiológico, aunque no se cuenta con estudios extensos, los datos de un ensayo piloto realizado por el Consorcio ESAN permiten inferir que los currículos de las facultades de medicina no se concretan en un adecuado porcentaje de médicos con conocimientos suficientes para atender situaciones de salud de mayor frecuencia en los estratos I y II.

El estudio del Consorcio ESAN utilizó un instrumento con 40 preguntas que fue aplicado a médicos que iniciaban su SERUMS. Tal ensayo piloto mostró, entre otros resultados, que sólo el 21% del total de médicos examinados respondieron correctamente a más de 20 preguntas. Examinando los resultados según universidades, por un lado, sólo dos facultades de medicina tuvieron aprobados a cerca del 40% de sus titulados, y por otro lado, facultades de medicina de la cual

todos (100%) los examinados obtuvieron calificación desaprobatoria⁽¹⁰⁾.

Aunque resta probar cómo sería el rendimiento de los médicos recién graduados frente a situaciones de salud propias de los estratos IV y V, perfil de los llamados países desarrollados, es posible manejar la hipótesis que tal perfil es el atractor que organiza el sistema curricular de las facultades de medicina peruanas; de lo contrario estaríamos frente a una situación de incompetencia global, hipótesis que se puede descartar dado los niveles de aprobación de los médicos postulantes al sistema de residentado médico.

La segunda hipótesis se refiere al atractor del importante crecimiento de la oferta de formación médica. La aparición de las facultades de medicina reseñada anteriormente puede encontrar gran parte de su explicación en la interacción entre las instituciones formadoras y el medio ambiente. En el caso de las facultades de medicina, por lo menos tres tendencias macroambientales han jugado papeles importantes, las tendencias políticas, económicas y sociales; obviamente, las tres se han interrelacionado dinámicamente en cada coyuntura. A inicios de los sesentas y de los ochentas la creación de las facultades de medicina fundamentalmente concretaron la política populista predominante entonces -en general y también en lo educacional-, los intereses de grupos políticos con importantes cuotas de poder y la fuerza de las tendencias descentralizadoras. Entre estos años, durante el periodo de gobierno 1968-1975 no se creó ninguna facultad, pero sí aumentó el número de estudiantes de medicina mediante el mecanismo de ampliación de las vacantes para ingresar a las facultades. Esto fue un reflejo del fenómeno social descrito como el desborde popular.

La última ola de creación de facultades de medicina se ha producido desde 1990 y refleja el enfoque neoliberal en la educación médica. Durante esta década de un casi completo monopolio público del financiamiento de las facultades de medicina* se viene pasando a un modelo de financiamiento en el cual predomina el pago de pensiones de los estudiantes. Este es un punto que el CMP abordará próximamente. En este contexto, la segunda hipótesis es que el atractor

* La UPCH, que pertenece al sector privado, hasta finales de los 80's recibía del estado un importante porcentaje de su presupuesto.

actual de la creación de facultades de medicina es la alta demanda[§] existente para estudiar medicina.

II.1.4. Aislamiento del sector salud

Es común escuchar a las autoridades universitarias que se encuentran en “busca de la excelencia” académica. Esta propuesta de enfoque gerencial popularizado por Tom Peters a mediados de los ochentas en el campo de las empresas privadas norteamericanas ⁽¹¹⁾ se extendió en el mundo a todo tipo de instituciones, incluyendo las universidades peruanas. La propuesta mejorada por su mismo autor remarca la idea central que las organizaciones se deben a sus usuarios ⁽¹²⁾.

Los establecimientos y servicios de salud -en general el sector salud- son los usuarios de las instituciones formadoras de médicos, por lo tanto, la performance de sus titulados constituye un obligado referente para juzgar la calidad de la enseñanza médica.

Una situación que llama la atención acerca de las facultades de medicina es que la retroalimentación sistemáticamente obtenida no constituye un mecanismo que el sistema formador de médicos utilice para mejorar su performance. Las facultades actúan como en las primeras etapas del movimiento de la mejora de la calidad, cuando se asumía que la buena calidad de los insumos necesariamente se reflejaba en una buena calidad de los productos. Sin embargo, aun bajo tal supuesto, muchos de los insumos necesarios para una adecuada formación médica se encuentran en insuficiente medida en nuestras facultades, por ejemplo las bibliotecas. En ausencia de retroalimentación se configura una situación en la cual se cuenta con instituciones que enseñan pero que no tienen mecanismos sistemáticos de aprendizaje organizacional a partir de juzgar la calidad de sus productos. Por ello a pesar del paso de las décadas, resulta aplicable en nuestras facultades de medicina la siguiente aseveración de la OPS:

“La actual educación en salud tiene una base predominantemente hospitalaria, supeditada a la incorporación acrítica de la tecnología, con un incremento de la especialización y la sobre especialización, preocupada fundamentalmente en la formación de postgrado en desmedro de la orientación básica y ge-

neral del pregrado e incapaz de poder atender las necesidades de la población, donde el complejo médico-asistencial y el médico a su interior determinan el patrón de atención que premia la capacidad resolutive puntual basada en la excelencia técnica y sofisticación asistencial” ⁽¹³⁾.

El aislamiento del sistema formador respecto al sistema utilizador de fuerza de trabajo médico es evidente. Las demandas derivadas de los avances de la reforma del sector salud no ha permeado la formación de pregrado de los médicos en el país.

II.2. La formación de postgrado

Tradicionalmente, se considera que existen dos tipos de estudios de postgrado: los orientados al campo profesional y los orientados al campo académico.

Los programas de estudio cuya función es mejorar las competencias (conocimientos, habilidades y destrezas) profesionales para intervenir en la atención individual de salud comprenden los de educación continua o permanente (usualmente cursos o pasantías de corta duración) y los conducentes al título de especialista médica: Residencia médica. Este último caso, es tratado en la Ley Universitaria 23733 como “postgrado profesional” o segunda especialización.

El segundo tipo de estudios de postgrado está conformado por los programas que desarrollan competencias académicas, específicamente para generar y transmitir conocimientos. En nuestro caso esto corresponde a los programas de maestría y doctorado en medicina.

II.2.1. La formación de médicos especialistas

Aunque ya en 1957 el 32% de los médicos se declaraba especialista (en una o más especialidades) y en 1964 lo hacía el 73% ⁽¹⁴⁾, recién en 1972 el CMP en su Estatuto establece que una forma de velar por el correcto ejercicio profesional era “controlar al ejercicio profesional de las diferentes especialidades médicas”. En ejercicio de esta atribución, el CMP aprobó su “Reglamento de especialización profesional” y comenzó a otorgar públicamente, a partir del 17 de octubre de 1972, los certificados de calificación de especialistas ⁽¹⁵⁾.

[§] Entendiendo demanda como una necesidad expresada y respaldada por capacidad económica para lograr el satisfactor.

Ese mismo año, el MINSA expidió la Resolución Ministerial 000267-72-SA/DS en la que sienta las bases doctrinarias, legales, programáticas y de organización para la elaboración de convenios con la Universidad. Esta resolución señala que el “residentado de especialización” debía efectuarse en centros asistenciales debidamente acreditados, para lo cual la Universidad Peruana, el MINSA y el CMP debían elaborar el reglamento correspondiente.

Recién en 1974, la UNMSM y la UPCH son autorizadas por el Consejo Nacional de la Universidad Peruana (CONUP) para establecer Programas de Segunda Especialización que otorguen títulos de especialista. Inicialmente, las universidades implementaron programas para formar pediatras, gineco-obstetras y cirujanos generales ⁽¹⁵⁾, y posteriormente, al final de los setentas, para formar superespecialistas.

En 1976, mediante el Decreto Supremo 00659-76-SA se aprueba el “Reglamento del Sistema Nacional de Especialización en Medicina Humana” que señala, además de las normas básicas del residentado, la necesidad de coordinar y adecuar la formación a los requerimientos nacionales de especialistas, así como la de calificar las sedes hospitalarias. A pesar de la pronta implementación de las instancias coordinadoras del Residentado Médico, el Comité Nacional del Residentado Médico (CONAREME), en ningún momento se realizó un trabajo sistemático que permita acreditar las sedes docentes ni la adecuación de la formación a los requerimientos nacionales.

Hasta ese momento, el número de especialistas formados mostraba ya su tendencia al aumento sustantivo año tras año. Así, de 323 especialistas formados en el quinquenio 1967-1971 se había pasado a 977 entre 1972-1976, y 1326 entre 1977-1981. Ya en estos tiempos (1979), la Oficina Sectorial de Planificación del Ministerio de Salud afirmaba que *“en general la demanda de personal profesional de salud por parte del Sector Público es inferior a la oferta ..., a excepción de los médicos en las especialidades de anestesiología, epidemiología y nefrología en que la demanda es mayor. Este desequilibrio ... se debe fundamentalmente a los limitados recursos financieros del Sector, que condiciona el número de plazas que se presupuestan ... problema que se agudiza al no cubrirse todas las plazas, ... debido a que las remuneraciones y condiciones de trabajo no constituyen estímulos para los profesionales”* ⁽¹⁶⁾. En tal sentido, se afirma que: *“existe una*

desproporción en el número y la composición por especialidad del personal egresado de los Programas Académicos de las ciencias de la salud, así como una adecuación de sus conocimientos y esencialmente sus actitudes, en relación a las necesidades de la salud colectiva y a los requerimientos de las entidades de atención médica ...” ⁽¹⁷⁾.

Entre otras iniciativas, los trabajos de Iparraguirre y Bustíos quienes documentaron la inadecuación cuantitativa y cualitativa de la oferta y demanda de médicos especialistas en el país, condujeron a la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM) a organizar en 1985 el seminario “Evaluación del Residentado Médico en el Perú” que impulsó la conformación de una comisión multi-institucional que elaboró un nuevo “Reglamento de Residentado Médico” que sirvió para la elaboración de las normas básicas y reglamento del Programa Nacional de Residentado Médico y su posterior aprobación por el gobierno mediante el Decreto supremo 036-86-SA y la Resolución Suprema 005-87-SA, las cuales fueron reemplazadas por las prescripciones contenidas en el Decreto Supremo 008-88-SA y la Resolución Suprema 009-88-SA ⁽¹⁵⁾. Estos documentos constituyen la normatividad específica actualmente vigente para la especialización médica en el país.

Mientras en el campo de la regulación se iba produciendo la elaboración y aprobación del reglamento del residentado médico, la tendencia incremental en la formación de especialistas continuaba. Así, se formaron 2327 médicos especialistas en el quinquenio 1982-1986, de manera tal que hasta 1986, según datos de la Asamblea Nacional de Rectores, se habían formado 4953 médicos especialistas ⁽¹⁸⁾. Realizando un análisis por conglomerados, la gran mayoría de especialistas formados hasta entonces eran de las llamadas “subespecialidades” y la minoría correspondía a las grandes especialidades (medicina interna, cirugía general, pediatría y gineco-obstetricia). Sin embargo, individualmente las cuatro “grandes especialidades” son las que ocupaban los mayores porcentajes, seguidas por anestesiología, psiquiatría y las especialidades relacionadas con los exámenes médicos auxiliares (radiología, patología clínica y laboratorio clínico) ⁽¹⁸⁾.

El constante aumento de la formación de médicos especialistas ha conducido a la situación que en 1988 describieron Lip, Brito y Lazo en su estudio sobre el trabajo médico en el Perú. Ellos concluyen al respecto

que *“En resumen, la fuerza laboral médica es predominantemente especializada (7 de cada 10 médicos realizan trabajo especializado). Dentro de las especialidades, vistas individualmente, las que agrupan más médicos son las “básicas”, pero globalmente existe un ligero predominio porcentual de los subespecialistas sobre los de especialidades básicas”* ⁽¹⁸⁾.

La tendencia a la especialización de los médicos ha continuado, desde 323 por año en el quinquenio 1967-1971 hasta 662,3 por año en el trienio 1988-1990. Sin embargo, a partir de 1985 se da un cambio cualitativo: los médicos formados en las especialidades básicas dejan de ser la mayoría; en el trienio 1985-1987 y 1988-1990, 54,7% y 59%, respectivamente, ingresaron al Programa de Residentado Médico, para formarse en una subespecialidad ⁽¹⁵⁾.

Casi una década después, el MINSA informa que en 1996 existían 1 779 médicos especializándose; 1741 de ellos (97,86%) en hospitales y el resto en centros y puestos de salud ⁽¹⁹⁾. 1 450 médicos residentes, de los cuales la gran mayoría (81,5%) estaba en hospitales de Lima y Callao, corresponden fundamentalmente a estudiantes de las facultades de medicina de la UNMSM, UPCH, Federico Villarreal y San Martín, 108 (6,2%) están en hospitales de Arequipa (UN San Agustín), 107 (6,15%) en hospitales de La Libertad (UN Trujillo), 45 (2,58%) en Ica (UN San Luis Gonzaga) y 24 (1,38%) en Lambayeque (UN Pedro Ruiz Gallo). Pero también se informa de médicos residentes en hospitales de Cajamarca (4), Cusco (1), Loreto (1) y Moquegua (1).

Llama la atención la presencia de médicos residentes en centros o puestos de salud de Ancash (2), Cajamarca (2), Junín (5), Lambayeque (1), Lima (8), Loreto (1), Piura (3), Puno (1) y Tacna (1) ⁽¹⁹⁾.

Hasta el momento, la reforma del sector salud no ha permeado el sistema de formación de médicos especialistas, esta sigue procesando la misma tendencia de las últimas décadas.

II.2.2. La formación académica

Los médicos pueden buscar su perfeccionamiento académico mediante diversos programas que ofrecen las universidades y que conducen a optar los grados de maestro (*master o magister*) o de doctor. De hecho, los médicos (estrictamente hablando, los bachilleres en

medicina) constituyen el principal contingente de muchos de los programas de maestría en ciencias de la salud, como son los casos de los programas de maestría en Salud Pública, en Epidemiología, en Administración de Salud, en Gestión de Servicios de Salud o en Gerencia y Gestión de Servicios de Salud; sin embargo, en rigor, estos campos no son de acceso exclusivo para médicos, son más bien programas interdisciplinarios. Debido a la importancia de la participación médica en dichas maestrías, el Colegio Médico lo considera un campo de interés corporativo por lo cual está promoviendo un estudio al respecto. De hecho, la preocupación de los organismos médicos en relación a la formación académica de sus miembros llevó a la FMP a impulsar el planeamiento e implementación del Programa de Maestría en Política Social con mención en Salud y Seguridad Social en la UNMSM bajo la dirección académica de las unidades de postgrado de las facultades de Ciencias Sociales y de Medicina.

Con referencia a la formación de maestros y doctores en medicina, hasta la dación de la Ley Universitaria actual, el grado académico de Doctor en Medicina era otorgado por nuestras universidades esencialmente a todo médico que cumpliera con dos requisitos: a) aprobación de un trabajo de investigación realizado, y b) acreditación de una práctica profesional superior a cinco años. La nueva ley cambió esta costumbre y estableció el mecanismo escolarizado para optar los grados de maestro y doctor.

Si bien los médicos no requieren de tales grados académicos para el ejercicio de su práctica profesional, sí los requieren para ascender en la carrera docente y para mejorar su puntaje curricular en los casos de diversos concursos. La Escuela de Postgrado Víctor Alzamora Castro de la UPCH fue la primera en desarrollar en 1991, un programa académico de maestría en medicina de tipo escolarizado. Este programa de la UPCH ha servido de modelo para otros que han implementado las universidades de Trujillo, San Luis Gonzaga, San Agustín y San Marcos. Dicha escuela también fue la primera en implementar un programa para optar el grado de Doctor en Medicina y recientemente lo ha hecho la UNMSM.

II.3. Capacitación

Los cambios producidos en la situación de salud en el país, en las concepciones, doctrinas y políticas sani-

tarias, en la ciencia y tecnología médica, entre otras grandes mudanzas, y sus derivaciones organizacionales implican cambios en las competencias que los médicos necesitan para un trabajo efectivo, eficiente y eficaz. La naturaleza prácticamente constante de los cambios hace necesario que las diversas instituciones del sector salud diseñen, ejecuten y evalúen programas de capacitación o educación permanente*.

En este sentido, se espera que la capacitación del personal de salud y dentro de ellos de los médicos sea *“un proceso constante que promueva el desarrollo integral de los trabajadores durante su vida laboral, utilizando el acontecer habitual del trabajo, el ambiente normal del quehacer en salud y el estudio de los problemas reales y cotidianos, como los instrumentos y situaciones más apropiados para producir el aprendizaje. La educación permanente constituye un instrumento para buscar alternativas de solución a las demandas y necesidades de salud”* ⁽²⁰⁾.

Esta definición, si bien estuvo constantemente presente en las oficinas de capacitación de las instituciones prestadoras de servicios de salud, no pudo operacionalizarse como un esfuerzo sustantivo, sistemático y sostenido. Nunca ha existido esfuerzos sectoriales (globales) de educación permanente en el país. En la práctica y en el mejor de los casos, los esfuerzos eran aislados, débiles y de poca envergadura, usualmente obedeciendo al propio interés de los trabajadores, de los mismos servicios o a los de otros actores sanitarios como colegios profesionales, agencias cooperantes, universidades, etc. Ello también ha sido la constante en las instituciones, que no cuentan con planes de capacitación para todo su personal.

Una excepción constituyó el importante esfuerzo desarrollado por la Gerencia de Capacitación del IPSS denominado Sistema Descentralizado e Integrado de Capacitación e Investigación (SIDECAPI-IPSS), instancia cuya labor central era la coordinación funcional de todas las acciones de desarrollo del potencial humano del IPSS. Se pretendía configurar el SIDECAPI-IPSS como una red de productores y usuarios de capacitación e investigación tendiente a satisfacer las necesidades intelectuales, de producción y desarrollo perso-

nal de los recursos humanos del IPSS para el logro de la excelencia competitiva. Sus productores y usuarios se articularían en órganos de acción de nivel local, departamental, macro regional y nacional. Creado en 1995, el SIDECAPI fue prácticamente desactivado a mediados de 1997 con el cambio de las autoridades. A pesar de tal desactivación, el IPSS de la década del 90's es la institución cuyos programas de capacitación para médicos fueron los de mayor envergadura y con mayor correspondencia con el concepto de educación permanente que anotamos al comienzo de este subcapítulo[§].

En el MINSA, la Comisión de Capacitación Técnico Administrativa (CCTA) inició sus acciones en Julio de 1995 con la misión de “establecer un foro de debate de las propuestas y acciones en capacitación para evitar que las actividades se dupliquen”. Entonces, su finalidad es “impulsar una planificación cada vez más concordante en materia de capacitación” ⁽²¹⁾.

Los asistentes al taller de Pachacamac, personal del MINSA mayormente con responsabilidades directivas y oficiales de agencias cooperantes como OPS, UNICEF, ODA y Unión Europea, sancionaron por consenso que los principales problemas de capacitación del personal de salud eran ⁽²²⁾:

- No existe visión y misión de la capacitación en el MINSA.
- Enfoque centralista, vertical y desarticulado en la planificación, implementación y financiamiento en la capacitación realizada por programas y proyectos.
- Atomización, descoordinación y superposición de capacitación en las subregiones.
- Debilidad técnica y de gestión de la capacitación regional.
- Divorcio entre implementación de redes y actividades de capacitación.

Esta saludable autocrítica fue aún más allá. Los participantes identificaron los que llamaron nudos críticos de tal situación-problema. Estos nudos críticos, priorizados también por consenso, fueron:

* En esta ocasión utilizaremos los términos capacitación, educación permanente y educación continua como equivalentes.

§ No contamos con datos de la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales.

- Ausencia de una política de desarrollo de recursos humanos.
- Inexistencia de una instancia normativa reguladora en la gestión de la capacitación que lidere procesos.
- No hay decisión local ni central para fortalecer los equipos locales de capacitación.
- La estructura organizativa del MINSA no considera unidades de DRRHH en los niveles descentralizados, impidiendo la coordinación y regulación de las acciones de capacitación.
- Debilidad en los procesos de planificación, programación, ejecución y gestión de la capacitación en todos los niveles.

Frente a dichos nudos críticos se proponía eliminar los “cuellos de botella” de manera tal que se logren los resultados esperados:

- Niveles de Alta Dirección Nacional y Regional comprometidos con el fortalecimiento de los equipos locales de capacitación;
- Comité de Capacitación activo, reconocido y con capacidad de decisión;
- MINSA con una política de desarrollo de recursos humanos;
- Generar y desarrollar procesos integrados de planificación y gestión para poder optimizar la capacitación en todos los niveles.

En la reunión se sancionó por consenso que en relación a capacitación, la misión del Ministerio de Salud era “Fortalecer las competencias del potencial humano mediante estrategias y metodologías innovadoras, con el fin de mejorar continuamente el desempeño individual y en equipo, en la atención que se brinda a la población, partiendo de las necesidades locales y contribuyendo a la modernización del sector” y su visión: “(ser) un Subsistema de Capacitación descentralizada, eficiente, efectiva, equitativa y sostenible que fomente una cultura institucional orientada tanto al desarrollo humano como al mejoramiento de la atención de salud” ⁽²²⁾.

Para lograr estos resultados se prepararon planes y propuestas de trabajo.

Finalmente, para traducir su voluntad de cambio, los asistentes firmaron el *Acta de Pachacamac* en la cual se comprometen con la misión de Capacitación en salud, manifiestan que se identifican con la visión, expresan que contribuirán con la ejecución y evaluación de las propuestas generadas en el taller, se comprometen a acompañar activamente los procesos de cambio hacia una cultura organizacional en la cual la capacitación para el desempeño y el desarrollo personal, colectivo e institucional constituye una de sus principales características, reconocen y apoyan a la Comisión de Capacitación del MINSA y, finalmente, reconocen la necesidad de contar con los lineamientos de política para el desarrollo de recursos humanos. Dos años después de estas conclusiones y de los compromisos adoptados, pese a la constante y activa preocupación y esfuerzos de los miembros de la Comisión de Capacitación y algunos funcionarios del MINSA, los nudos siguen sin desatarse.

III. EL TRABAJO MÉDICO

III.1. Disponibilidad, distribución y procedencia académica

III.1.1. Disponibilidad de fuerza laboral médica

La actualización y mejoramiento de los registros del colegio médico se inició con el proceso de recarnetización llevado a cabo, a iniciativa del Consejo Nacional. Dicho proceso nos ha permitido contar con una base de datos de la cual se pueden obtener los siguientes resultados. Hasta el 30 de abril de este año, había en nuestro Colegio Profesional 34 687 médicos inscritos; de ellos 32 590 están vivos actualmente.

De los 32 590 médicos vivos, a la misma fecha, 29,431 médicos se consideran médicos en ejercicio. La diferencia entre ambas cifras se compone de los médicos que se han retirado de la actividad médica y los que residen en el extranjero. En la Tabla Nº 2 se muestra su distribución según Consejo Regional.

III.1.2. Distribución de médicos según ámbito geográfico: centralismo y fracaso de las políticas redistributivas

La distribución de los médicos en ejercicio según departamento se muestra en la Tabla Nº 3. Puede apreciarse que el 65,19% se encuentra en Lima y 34,81% en el res-

Tabla Nº 2.- Distribución de médicos en ejercicio según Consejo Regional (30 de abril de 1999).

Consejo Regional	Inscritos
CR I – Trujillo	1719
CR II – Iquitos	316
CR III – Lima	19186
CR IV – Huancayo	450
CR V – Arequipa	2488
CR VI – Cusco	766
CR VII – Piura	819
CR VIII – Chiclayo	898
CR IX – Ica	1121
CR X – Huánuco	142
CR XI – Chimbote/Huaraz	395
CR XII – Tacna	352
CR XIII – Pucallpa	126
CR XIV – Puno	339
CR XV – San Martín	155
CR XVI – Ayacucho	159
Total	29,431

Fuente: Oficina de Informática del Colegio Médico del Perú

to del país, destacando los departamentos de Arequipa donde se encuentra el 8,45% del total (2 488 médicos) y La Libertad con 5,84% del total (1719 médicos). La distribución geográfica de los médicos (entre otros recursos humanos) es una constante preocupación de los actores sanitarios peruanos. El centralismo, fenómeno tan patente en la vida nacional, también se manifiesta con claridad en la distribución de médicos.

En 1957, se encontraban en Lima el 75,47% del total de médicos del país ⁽²³⁾, en 1964 Thomas Hall informó un 65% ⁽¹⁴⁾, en 1988-89 se encontraba el 66,3% ⁽¹⁸⁾ y en la actualidad, según datos del CMP, Lima concentra al 65,19%. Este patrón distributivo responde a la demanda de trabajo médico y a las expectativas de los médicos en el marco de los problemas estructurales de la formación social peruana.

Los datos muestran con claridad que las escasas políticas implementadas por el Estado en el último medio siglo para redistribuir a los médicos no han sido exitosas. No han tenido un efecto redistributivo el programa de medicina rural ni el SECIGRA que posterior-

mente se transformó en el actual SERUMS. Los datos muestran que la reforma sanitaria emprendida en la década actual con sus estrategias de focalización y política de flexibilización laboral, tampoco viene consiguiendo un efecto significativo en la redistribución porcentual de médicos a nivel nacional.

Las modificaciones en la redistribución por departamentos producidas en los últimos cincuenta años pueden apreciarse en la Tabla Nº 4. Puede observarse que los cambios mayores fuera de Lima se encuentran en Arequipa, Ica, La Libertad, Lambayeque y Piura. Evidentemente muchas pueden ser las razones que den cuenta del aumento porcentual que al interior del país han logrado estos departamentos. Entre las varias hipótesis, dos de ellas aparecen como las que aportan más a la explicación de este fenómeno. La primera mencionada por Lip, Brito y Lazo quienes en 1990 dicen:

“El estudio actual permite ... constatar la existencia de ... ámbitos geográficos más o menos definidos que teniendo como eje una ciudad que cuenta con institución formadora de médicos ya consolidada, ejercen una especial atracción sobre los médicos allá formados, probablemente por las mismas razones que determinan la distribución en el ámbito nacional. De esta manera, de los médicos formados en un área de distribución específica una fracción significativa ... laboran activamente en ella” ⁽¹⁸⁾.

La segunda hipótesis, actualmente en estudio por el CMP, es que el dimensionamiento de los hospitales dispuesto por la dirección del entonces denominado IPSS produjo un incremento importante en relación a algunos departamentos como Arequipa y Lambayeque.

Es importante observar que la participación porcentual de los departamentos de Ancash, Apurímac, Cajamarca, Huancavelica, Junín, Pasco y Tumbes entre otros ha disminuido. Esta situación debe reforzar el trabajo de formulación e implementación de políticas que se orienten a buscar la equidad.

III.1.3. Distribución de médicos según entidad donde trabajan: ¿De público a privado?

Las diferentes metodologías empleadas en los estudios realizados sobre la distribución de médicos según entidad empleadora no permiten la comparación entre los mismos, sin embargo, ellos aportan información que permite tener una idea clara de la dinámica en los últi-

Tabla Nº 3.- Distribución de los médicos en ejercicio según departamento.

Departamento	Médicos	%
Amazonas	72	0,24
Ancash	395	1,34
Apurímac	76	0,26
Arequipa	2488	8,45
Ayacucho	159	0,54
Cajamarca	115	0,39
Cerro de Pasco	32	0,11
Cusco	661	2,25
Huancavelica	57	0,19
Huánuco	110	0,37
Ica	1121	3,81
Junín	393	1,34
La Libertad	1604	5,45
Lambayeque	826	2,81
Lima	19186	65,19
Loreto	316	1,07
Madre de Dios	29	0,10
Moquegua	92	0,31
Piura	732	2,49
Puno	339	1,15
San Martín	155	0,53
Tacna	260	0,88
Tumbes	87	0,30
Ucayali	126	0,43
Total	29431	100,00

Tabla Nº 4.- Distribución de médicos según departamentos 1957 y 1999.

Departamento	Médicos 1957		Médicos 1999	
	n	%	n	%
Amazonas	8	0,21	72	0,24
Ancash	56	1,49	395	1,34
Apurímac	11	0,29	76	0,26
Arequipa	135	3,59	2488	8,45
Ayacucho	17	0,45	159	0,54
Cajamarca	30	0,80	115	0,39
Cerro de Pasco	19	0,51	32	0,11
Cusco	65	1,73	661	2,25
Huancavelica	10	0,27	57	0,19
Huánuco	22	0,59	110	0,37
Ica	83	2,21	1121	3,81
Junín	98	2,61	393	1,34
La Libertad	102	2,71	1604	5,45
Lambayeque	67	1,78	826	2,81
Lima	2837	75,47	19186	65,19
Loreto	77	2,05	316	1,07
Madre de Dios	3	0,08	29	0,10
Moquegua	7	0,19	92	0,31
Piura	26	0,69	732	2,49
Puno	30	0,80	339	1,15
San Martín	9	0,24	155	0,53
Tacna	21	0,56	260	0,88
Tumbes	26	0,69	87	0,30
Ucayali	-	-	126	0,43
Total	3759	100,00	29431	100,00

mos cincuenta años. Diversas instituciones del Estado Peruano, especialmente el MINSA, han sido y son las principales empleadoras de la fuerza de trabajo médico. En la información consignada en los párrafos siguientes se muestra ello con detalle.

En 1957, el Estado empleaba al 51,6% del total de médicos (MINSA: 31%, Fuerzas armadas y policiales: 16,3%, otras entidades del Estado: 4,3%). Dos entidades autónomas empleaban a gran parte del resto de médicos: la Beneficencia Pública al 22,2% y el Seguro Social al 19,2%. El 4,3% trabajaban en instituciones del subsector privado ⁽²³⁾.

En 1964, las cifras correspondientes fueron: Estado 53,3% (Ministerio de Salud: 35,9%, Fuerzas ar-

madadas y policiales: 14,5%, otras entidades gubernamentales: 2,9%). La beneficencia había reducido su participación al 15% y el Seguro Social cambió al 25,4%. Las instituciones del subsector privado empleaban al 6,2% ⁽¹⁴⁾.

En 1979 se estimaba por descarte que cerca del 27% del total de médicos había adoptado la práctica privada como única alternativa de trabajo ⁽¹⁵⁾. El restante 73% trabajaba en instituciones del Estado y del Seguro Social. De este 83%, el 70,5% estaban empleados por el Estado y el 29,4% por el Seguro Social.

En 1988-89, el 78,7% de los médicos mantenía relaciones laborales con el Estado y el IPSS; 21,3% no tenía relación contractual alguna con ellos. El

8,4% de los médicos tenía una práctica profesional autónoma ⁽¹⁸⁾.

En 1996, de un total de 24 708 médicos censados por el MINSA, 47,9% trabajaba para el Estado (40% en el Ministerio de Salud) y 18,2% en el IPSS, el total suma 66,1%. El restante 33,9% trabajaba en el subsector privado (30,7% en entidades lucrativas y el restante 3,2% en entidades no lucrativas).

Una mirada global a los datos presentados muestra por lo menos dos grandes tendencias:

1. El subsector privado aumentando su participación como empleador de la fuerza de trabajo médico. Esta participación ha aumentado significativamente durante la última década: 22,3% entre 1988 y 1989 a 33,9% en 1996, esta última es la más alta de las conocidas en el siglo que acaba; y
2. El Estado continuando como el principal empleador de la fuerza de trabajo médica, ahora aumentada por la adscripción de EsSALUD al Ministerio de Trabajo.

III.1.4. Médicos y tipo de establecimientos donde laboran: mantenimiento del modelo centrohospitalario

Entre 1988-89, Lip, Brito y Lazo encontraron, mediante el análisis de una muestra, que el 59% de los médicos del Ministerio de Salud y del IPSS trabajaban en establecimientos del tercer o cuarto nivel, mientras que en el primer nivel sólo lo hacía el 17,9% y en segundo nivel laboraba el 23,1%. La tendencia a ubicarse en el tercer y cuarto nivel va aumentando a medida que aumenta el tiempo de ejercicio profesional.

Aunque no son estudios metodológicamente comparables, es interesante observar los resultados del II Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud realizado el año 1996. Este estudio muestra que: en establecimientos hospitalarios laboraba el 65,77% del total de médicos, mientras que en centros y puestos de salud lo hacía el 27,07 y el 5,57%, respectivamente. Finalmente, en unidades administrativas trabajaba el 0,94% y en otro tipo de establecimientos el 0,64%. Pese a no contar con información sistemática de las décadas anteriores, es posible afirmar que tal modelo de distribución centrohospitalaria ha sido y sigue siendo el de mayor prevalencia.

Este modelo nacional de distribución médica centrohospitalaria, se observa también en cada uno de los departamentos. Con excepción de Amazonas, Huancavelica y Tumbes, donde el mayor porcentaje de médicos trabaja en centros de salud, en todos los otros departamentos la mayoría lo hace en hospitales. Las cifras llegan a ser tan altas como 75% en el Callao, 74% en Lambayeque, 71% en Junín, aproximadamente 68% en Lima, Ica y La Libertad. A pesar de los esfuerzos descentralizadores llevados adelante en las dos últimas décadas, este modelo continúa siendo el dominante. Entre ellos resalta la creación y funcionamiento, entre 1985 y 1989, de las Unidades Departamentales de Salud (UDES)- una de las medidas con las cuales el entonces ministro de Salud buscaba operacionalizar la estrategia de Atención Primaria de Salud. Las UDES que reemplazaron a las Áreas Hospitalarias, marcaron la independencia presupuestal de los establecimientos de salud llamados periféricos (centros y puestos de salud) con relación a los hospitales.

En el último lustro, el Programa de Lucha contra la Pobreza adoptó la focalización del gasto público como una de sus estrategias. En el sector salud derivó en la creación del Programa de Focalización que posteriormente se transformara en el Programa de Salud Básica Para Todos, para el cual los ámbitos prioritarios son los distritos en extrema pobreza catalogados por el Ministerio de la Presidencia en su trabajo "El Mapa de la Pobreza en el Perú". Por lo menos hasta 1996, cuando se realiza el II Censo de Infraestructura Sanitaria y de Recursos del Sector Salud, tal estrategia no parece haber influido en la distribución porcentual de los médicos entre los establecimientos de salud.

III.1.5. Distribución de los médicos según área poblacional

Los médicos se encuentran altamente concentrados en las áreas urbanas donde labora casi el 87,8% (21 700 médicos). En las áreas urbano-marginal y rurales labora el 3,7% y el 8,4% respectivamente. Sumando las poblaciones urbana y urbano-marginal, tendremos que el 91,4% de los médicos trabajan en ciudades ⁽²⁴⁾. Tales cifras no guardan proporción alguna con la distribución de la población peruana del mismo año (1996): urbana 58,2%, rural 41,8% ⁽²⁵⁾.

Este comportamiento de los médicos se da en todos los departamentos del país, incluso en departamentos

con alta ruralidad y con menor proporción de su población en ciudades como los casos de Cajamarca (24,7%) y Huancavelica (26,1%), los médicos están aún más concentrados, 88,8% y 89,6% respectivamente para los departamentos mencionados ⁽²⁵⁾.

Es importante hacer notar que los médicos del Servicio Médico Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS) son los que sostienen, en alta medida, la atención médica en el área rural. En esta área trabajaban 908 “médicos serumistas” en 1996. Éstos en casi todos los departamentos (excepto Madre de Dios, Piura y Tacna) superaban a los médicos no “serumistas” ⁽²⁵⁾. En estos datos aparece con claridad el papel del SERUMS y a su vez también explica el por qué los pobladores rurales manifiestan su disconformidad con la rotación del personal médico de los establecimientos de su ámbito.

III.2. Los médicos especialistas

Anteriormente se comentó la tendencia de los médicos hacia la especialización. Puntos importantes de información sobre esta tendencia se encuentran el clásico estudio de Thomas Hall, el cual afirma que mientras en 1957 el 32% de los médicos del Perú se autocalificaba de especialista, en 1964 lo hacía el 72,6% ⁽¹⁴⁾.

En 1988, un estudio muestral encontró que el 60,8% refirió ser especialista, el 0,5% que era especialista y estaba cursando otra especialidad, el 27,9% dijo no ser especialista y el 10,7% manifestó no ser especialista pero encontrarse cursando estudios para serlo ⁽¹⁸⁾. En ese momento, entonces, realizaban trabajo especializado 72% de los médicos del país. Aunque la cifra es similar a la encontrada por Hall en 1964, el cambio sustantivo se encontraba en la formación escolarizada de los especialistas actuales.

En 1995, el 78% del total de médicos manifestó tener una especialidad médica o estar siguiendo estudios de especialización. El 88,2% de los especialistas ejercían su especialidad ⁽¹⁵⁾.

Teniendo en cuenta las cifras anteriores (cerca del 70% de especialistas) y el número de médicos en ejercicio: 29 431 al 30 de abril de 1999, deberíamos contar con aproximadamente 20 000 médicos especialistas, sin embargo, en la misma fecha se habían registrado en el Colegio Médico 10 920 especialistas (poco más de la mitad), lo que corresponde al 37,1% del total de médi-

cos en ejercicio. Estas cifras muestran una importante disparidad. La explicación radica en los criterios adoptados para considerar especialista a un médico. Algunos han considerado especialista al médico que se autodefine como tal ⁽¹⁴⁾. Ajustando los datos, en el trabajo de Swayne y Ruiz, del 71% que se declaró especialista sólo el 64% era titulado (por vía escolarizada o no), ello resulta en que del total solamente el 53,9% podría registrarse en el CMP como especialista.

Lo mismo sucede con el estudio de Lip, Brito y Lazo. De los autocalificados como especialistas, 8% fue por la vía no escolarizada y 56,2% por la escolarizada; además de los que se reportan como especialistar por “otra modalidad” (maestrías en salud pública o pasantías en el extranjero) que correspondían al 8%, resultando un total de 72,2% del 61,3% que se autodenominó especialista, esto es 44,3% del total de entrevistados.

A partir de los datos mostrados, podemos inferir que los médicos que cumplen con los criterios para inscribirse como especialistas en el CMP deben estar entre el 53,9% -15 863 según los estimados de Swayne- y el 44,3% -13 037 según los estimados de Lip, Brito y Lazo- de los que están actualmente en ejercicio.

Más aún, estudios hechos por el BID y OPS muestran que sólo 33% y 30% de los médicos peruanos son especialistas ⁽²⁶⁾. Entonces, la cifra de 37,1% -10 920 especialistas- reportada por el Colegio estaría mostrando un subregistro que puede estar entre el 16 y 32% pero no de las dimensiones que dejan entrever las cifras iniciales.

Dada su naturaleza censal y los criterios de calificación de especialista, usaremos los datos del Colegio Médico para mostrar algunas de las características de los médicos especialistas.

La Tabla Nº 5 muestra la distribución de los médicos en ejercicio y médicos especialistas por departamento. Puede apreciarse, en términos generales que la tendencia a concentrarse en los departamentos de mayor desarrollo está presente en los especialistas aún en mayor medida que en la población médica global. La concentración en Lima es mayor entre los especialistas que en la población médica general (70,7% y 65,2%, respectivamente). Le siguen a Lima, Arequipa, La Libertad, Ica y Lambayeque, ciudades que son sedes de facultades de medicina con programas de residentado médico.

Para el caso de la distribución de los especialistas por departamento son válidos los comentarios y explicaciones que hemos sostenido anteriormente para la distribución de los médicos en general.

A pesar de que el Colegio Médico reconoce 70 especialidades médicas, sólo tiene registrados en 41 de ellas. La distribución de los médicos según especialidad al 30 de abril del presente año se muestra en la Tabla N° 6.

El 45,4% son especialistas en las llamadas especialidades básicas (Gineco-obstetricia 13,6%, Pediatría 12,2%, Cirugía General 9,9% y Medicina Interna 9,7%) y en Medicina Integral Familiar (0,2%). En relación a

1964 existe un aumento significativo ya que entonces ejercían las especialidades básicas el 31,1% (Cirugía General 10,5%, Pediatría 8,5%, Gineco-obstetricia 7,6%, y Medicina Interna 4,5%) de los 5 235 médicos activos ⁽¹⁴⁾, cifras no muy diferente a las de diez años atrás cuando se encontró el 44,7% en las especialidades básicas (Pediatría 13,4%, Cirugía General 12,6%, Ginecología y Obstetricia 11,1% y Medicina Interna 7,6%) ⁽¹⁸⁾.

Dada la composición del Comité Nacional de Residencia Médico (CONAREME), en el cual los representantes de las facultades de medicina son amplia mayoría, generalmente la distribución de plazas para ingresar al residenciado médico queda a decisión de las facultades y dentro de ellas a la presión ejercida por sus bases de docencia en los hospitales. Aunque en varias ocasiones ASPEFAM ha tratado el punto de la especialización médica, en realidad no se cuenta hasta el momento con una situación-objetivo de lo que se desea lograr en relación al mercado educacional y menos en el mercado de trabajo de los médicos especialistas.

Pocos han sido los esfuerzos de parte del Estado para modular el mercado de trabajo en relación a los especialistas. Los mayores intentos han sido dos. El primero, la regulación del Residencia Médico (como parte del Plan Sectorial de Salud 1971-1974) que buscaba, entre otras cosas, enfrentar la insuficiencia de especialistas en anestesiología, patología, psiquiatría, radiología y endocrinología; y el segundo intento por modificar dicho mercado fue la creación de la especialidad de Medicina Integral Familiar o Medicina General Integral, para la cual se destinó la mitad de plazas financiadas en ese momento por el Ministerio de Salud. Sin embargo, estas plazas no fueron ocupadas por falta de postulantes y progresivamente se fueron reduciendo hasta cifras prácticamente simbólicas en el total de plazas ofertadas para la residencia médica.

Durante esta década no se ha producido como parte de la reforma sanitaria esfuerzos sustantivos y sostenidos por regular este mercado.

III.3. Procedencia académica de la fuerza de trabajo médica

III.3.1. Distribución de los médicos según universidad de procedencia

Los datos reunidos hasta el 7 de abril del presente año por el CMP con referencia a la distribución de los

Tabla N° 5.- Distribución de los médicos en ejercicio y médicos especialistas.

Departamento	Médicos en ejercicio		Médicos Especialistas	
	n	%	n	%
Amazonas	72	0,2	15	0,1
Ancash	395	1,3	179	1,6
Apurímac	76	0,3	22	0,2
Arequipa	2488	8,5	698	6,4
Ayacucho	159	0,5	29	0,3
Cajamarca	115	0,4	87	0,8
Cusco	661	2,2	150	1,4
Huancavelica	57	0,2	24	0,2
Huánuco	110	0,4	49	0,4
Ica	1121	3,8	220	2,0
Junín	393	1,3	159	1,5
La Libertad	1604	5,5	625	5,7
Lambayeque	826	2,8	306	2,8
Lima	19186	65,2	7725	70,7
Loreto	316	1,1	82	0,8
Madre de Dios	29	0,1	1	0,0
Moquegua	92	0,3	56	0,5
Pasco	32	0,1	6	0,1
Piura	732	2,5	211	1,9
Puno	339	1,2	69	0,6
San Martín	155	0,5	47	0,4
Tacna	260	0,9	100	0,9
Tumbes	87	0,3	35	0,3
Ucayali	126	0,4	25	0,2
Total	29431	100,0	10920	100,0

Tabla Nº 6.- Médicos colegiados según especialidad registrada.

Especialidad	Registrado	
	n	%
Administración y gestión en salud	62	0,6
Anatomía patológica	141	1,3
Anestesiología	620	5,7
Cardiología	371	3,4
Cirugía de cabeza y cuello	52	0,5
Cirugía general	1085	9,9
Cirugía pediátrica	118	1,1
Cirugía plástica y reparadora	116	1,1
Cirugía torácica y cardiovascular	131	1,2
Dermatología	148	1,4
Endocrinología	124	1,1
Enfermedades infecciosas y tropicales	68	0,6
Gastroenterología	257	2,4
Genética	6	0,1
Geriatría	32	0,3
Ginecología y obstetricia	1490	13,6
Hematología	52	0,5
Inmunología y alergia	19	0,2
Medicina de emergencia y desastres	9	0,1
Medicina física y rehabilitación	182	1,7
Medicina integral familiar	17	0,2
Medicina intensiva	31	0,3
Medicina interna	1055	9,7
Medicina legal	9	0,1
Nefrología	139	1,3
Neonatología	9	0,1
Neumología	125	1,1
Neurocirugía	165	1,5
Neurología	186	1,7
Neurología pediátrica	2	0,0
Oftalmología	464	4,2
Oncología médica	106	1,0
Oncología quirúrgica	112	1,0
Ortopedia y traumatología	466	4,3
Otorrinolaringología	294	2,7
Patología clínica	315	2,9
Pediatría	1337	12,2
Psiquiatría	399	3,7
Radiología	299	2,7
Reumatología	94	0,9
Urología	213	2,0
Total	10920	100,0

médicos inscritos según universidad de procedencia (Tabla Nº 7), muestran que la UNMSM continúa siendo la mayor proveedora de médicos en el país (43,2%) seguida por Federico Villarreal (10,6), San Agustín (10,1%), Trujillo (8%) y San Luis Gonzaga (5,2%). San Fernando, la facultad de medicina de la UNMSM fue creada en 1856 y las otras entre 1958 y 1963. Ello explica que tengan la mayor proporción. Sin embargo, la Facultad de Medicina de la Universidad de San Martín de Porres ya ha aportado el 2,7% a pesar de haber sido creada en 1983; esta facultad ha producido entre 5 y 12 veces más titulados que las facultades que fueron creadas en tiempos cercanos. Más aún, la tendencia es que siga aumentando su aporte ya que en la actualidad su promedio de alumnos por año (377) es superior en 42% al promedio de San Fernando (221 alumnos por año) que es la más próxima.

III.3.2. Procedencia universitaria de los médicos según departamento: hacia el autoabastecimiento

Es interesante observar la procedencia según universidad de los médicos en los departamentos del Perú.

Tabla Nº 7.- Distribución de los médicos inscritos en el CMP según universidad donde se tituló.

Universidad	Inscritos	
	n	%
U. Nacional Mayor de San Marcos	13685	43,24
U. Nacional Federico Villarreal	3349	10,58
U. Nacional San Agustín	3207	10,13
U. Nacional de Trujillo	2529	7,99
U. Peruana Cayetano Heredia	2026	6,40
U. Nacional San Luis Gonzaga	1646	5,20
U. Particular San Martín de Porres	862	2,72
U. Nacional San Antonio de Abad	276	0,87
U. Nacional Pedro Ruiz Gallo	169	0,53
U. Nacional de Piura	156	0,49
U. Católica de Santa María	144	0,45
U. Nacional de la Amazonía Peruana	74	0,23
U. Nacional del Altiplano	63	0,20
U. Nacional de Cajamarca	5	0,02
Universidades del extranjero	3368	10,64
No especificado	92	0,29
Total	31651	100,00

Así, de la base de datos del CMP al 07 de abril de 1999, se puede obtener la siguiente información -mostraremos sólo las dos o tres universidades que tienen el mayor aporte numérico:

- En Amazonas, de 57 médicos, 38,6% proviene de la UNMSM y 24,5 de universidades extranjeras.
- En Ancash, de 395 médicos, 35,4% proviene de la UN de Trujillo, 30,6% de la UNMSM y 14,4% de universidades extranjeras.
- En Apurímac, de 65 médicos, el 27,6% proviene de la UN San Agustín y 18,4% de universidades extranjeras.
- En Arequipa, de 2 561 médicos, el 85,2% estudiaron en Arequipa (80,2% en la UN San Agustín y 5% de la UC Santa María); entre los que estudiaron fuera: extranjero 8,1% y 5,8% en la UNMSM.
- En Ayacucho, de 89 médicos, el 40% se formaron en la UNMSM y 25% en la UNSLGI.
- En Cajamarca, de 137 médicos, el 43% estudiaron en la UNMSM y 32% en la UN Trujillo.
- En Cusco, de 672 médicos, la UN San Antonio Abad a pesar que fue creada en 1980 ya aporta el 32,1% y del extranjero proviene el 27%.
- En Huancavelica, de 24 médicos, el 50% estudiaron en la UNMSM y el 25% en UNSLGI.
- En Huánuco, de 136 médicos, 60,2% provienen de la UNMSM y del extranjero 18,3%.
- En Ica, de 1 060 médicos, 79% estudiaron en la UNSLGI y en la UNMSM el 10,6%.
- En Junín, de 447 médicos, la UNMSM aporta con 53% y 13,6% estudiaron en el extranjero.
- En La Libertad, de 1 858 médicos, el 76% se formaron en la UN Trujillo y le sigue la UNMSM con 12%.
- En Lambayeque, de 809 médicos, el 24% son de la UNMSM el 22,4% de la UN Trujillo y el 21,2% estudió en el extranjero. La UN Pedro Ruiz Gallo creada en 1982 ya aporta el 17,5% del total departamental.
- En Lima, de 20 868 médicos, son de la UNMSM 55,6% y de la UNFV 14%.
- En Loreto, de 293 médicos, se formaron en la UNMSM el 31%, en la UN de la Amazonía Peruana

cuya sede es Iquitos (creada en 1982) aporta ya el 22% y estudiaron en el extranjero el 19%.

- En Madre de Dios, de 32 médicos, el 50% se formaron en la UN San Agustín.
- En Moquegua, de 112 médicos, el 47,3% proviene de la UN San Agustín y el 23,2% de la UNMSM.
- En Pasco, de 18 médicos, 55% son de la UNMSM y del extranjero 16%.
- En Piura, de 777 médicos, estudió en la UNMSM el 26%, en el extranjero el 21,6% y en la UN Trujillo el 16,6%. La UN Piura cuya facultad de medicina se creó en 1983 aporta ya el 15,7%.
- En Puno, de 356 médicos, el mayor porcentaje (41,5%) proviene de la UN San Agustín y del extranjero 29,4%. La facultad de medicina del UN del Altiplano creada en 1982 aporta el 15,4%.
- En San Martín, de 155 médicos, la mayoría (35,4%) estudió en la UNMSM y el 14,1% en universidades del extranjero.
- En Tacna, de 255 médicos, se formaron en la UN San Agustín el 34,3% y el 25% en la UNMSM.
- En Tumbes, de 85 médicos, son de la UNMSM el 45,8% y de la UN Trujillo el 23,5%.
- En Ucayali, de 95 médicos, el 41% proviene de la UNMSM y de universidades en el extranjero el 17,8%.

Una mirada global nos muestra que los mercados de trabajo departamentales van siendo ocupados por egresados de las universidades cuya sede está en el mismo departamento o en departamentos cercanos; los casos que ilustran con mayor claridad esta afirmación son los de Arequipa e Ica, departamentos donde el 85% y el 79% con egresados de sus propias universidades.

III.4. Regulación y desregulación del trabajo médico

III.4.1. Un siglo de regulación del trabajo médico

El ejercicio de la medicina fue tempranamente regulado por una ley aprobada en 1888 durante el gobierno de Cáceres. Dicha ley delegó en la Facultad de Medicina de la UNMSM (entonces llamada Colegio de la Independencia o de San Fernando) la potestad del control de la calificación de los médicos, estando obligado su De-

cano -o en su defecto el Delegado- a reclamar contra aquellos que ejercieran ilegalmente cualquier ramo de la profesión médica ⁽²⁷⁾.

Hasta 1922 no existían dispositivos que precisaran la acción de regulación del Estado en el funcionamiento de las entidades de cuidado de la salud privadas. A finales de ese año se estableció que “las clínicas, casas de salud y establecimientos de asistencia particular, estarán bajo la vigilancia de la Dirección de Salubridad Pública, la que determinará las condiciones y requisitos” ⁽²⁸⁾.

A partir de la Dirección de Salubridad del Ministerio de Fomento (1903) se creó el Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social en 1935, quedando esta entidad encargada de la normatividad relacionada al cuidado de la salud.

En 1937 se promulgó la ley 8493 que declara carrera pública a la función técnica sanitaria y se crea el Escalafón Sanitario. Además esta ley constituye el primer antecedente nacional del sistema de especialización médica, ya que establece que la Escuela de Médicos Sanitarios, creada un año antes en la Facultad de Medicina San Fernando, será el centro superior para la preparación especializada de postgrado de los futuros médicos sanitarios.

En 1943 se dio la ley 10173 que buscaba asegurar la estabilidad de la carrera sanitaria y prescribía otros incentivos para promover la formación y el ingreso de médicos sanitarios al servicio del Estado a dedicación exclusiva ⁽¹⁵⁾.

En 1945 encontramos una importante intervención del Estado para regular el mercado de trabajo médico. Hasta entonces la oferta de trabajo médico provenía de la única facultad de medicina existente y era insuficiente para dar cuenta de la demanda. Ya en años anteriores diversas personalidades y asociaciones habían llamado la atención al punto de que fuera de Lima existía una insuficiente dotación de médicos. En 1945, el Ministro de Salud Pública, Dr. Constantino Carvallo señalaba un déficit de 5 500 médicos (existían 1 500 y según sus cálculos se requería 7 000 para lograr una tasa de 1 médico por 1 000 habitantes). Para cubrir el déficit patrocinó “la iniciativa de que es necesario que el Perú establezca ... Facultades de Medicina en Trujillo, Arequipa, Cuzco o Puno, donde se forme los médicos que el país necesita ...” ⁽¹⁵⁾. Esta

iniciativa recién se plasma en 1958 con la creación de las facultades de medicina de la UN de Trujillo y de la UN San Agustín.

Según Bustíos: “Desde mayo de 1950, la norma básica que regulaba el trabajo médico en el Sector Público, al igual que al resto de trabajadores públicos era el Decreto Ley 11377, “Estatuto y Escalafón del Servicio Civil”. Por otro lado, el Sistema de Presupuesto Público establecía los niveles remunerativos del personal por medio de la Ley Anual del Presupuesto. Sin embargo, la necesidad de atender los requerimientos, cada vez más urgentes, de personal directivo y médico de los nuevos establecimientos de salud, sobre todo de los grandes hospitales, obligó al Estado a (...) la dación de la “ley de puesto único y sueldo mínimo para los profesionales médicos” (en 1961) que permitió el ingreso al servicio público de un gran número de médicos jóvenes ...” ⁽¹⁵⁾.

En marzo de 1969 el gobierno peruano promulgó el Decreto Ley 17505: Código Sanitario. Ese mismo año se creó el Colegio Médico del Perú que, de acuerdo a la Ley 15173 (concordado con el Decreto Ley 17239), tiene como uno de sus fines: “Velar porque el ejercicio de la profesión médica se cumpla de acuerdo con las normas deontológicas contenidas en el Código de Ética Profesional que el Colegio dicte”. Este código fue aprobado por el CMP en marzo de 1970.

En 1971, se creó el Sistema de Personal en el Sector Público, que definiría las políticas de personal para todos los trabajadores de la Administración Pública. En este mismo año, en el “Plan Sectorial de Salud 1971-1975” tras señalar como problemas básicos de la fuerza de trabajo médica en el país: “su excesiva concentración geográfica en Lima-Callao, la insuficiente demanda de profesionales de parte de las entidades públicas; la escasez de ciertas especialidades médicas como la anestesiología, patología, psiquiatría, radiología, endocrinología, etc.” se establecieron las siguientes medidas: creación del Servicio Médico Social, instrumentación legal del Residentado Médico y regulación de la coordinación entre las entidades docentes y las empleadoras ⁽¹⁵⁾.

En 1972 se dio la Ley Orgánica del Sector Salud, se establece el Servicio Civil de Graduandos de las Ciencias de la Salud (SECIGRA-SALUD) como un claro esfuerzo por redistribuir la fuerza de trabajo médica

considerada excesivamente concentrada en Lima y Callao, y se formaliza y culmina la integración de los servicios hospitalarios de las Beneficencias a la administración por el Ministerio de Salud.

Entre 1972 y 1976 se dan varias leyes que hemos mencionado anteriormente regulando el sistema de formación de médicos especialistas.

En 1979, el gobierno militar crea el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) por integración de las entidades del Seguro Obrero y el Seguro del Empleado.

El 24 de diciembre de 1982 se promulgó la Ley 23536 cuyo objeto era *“establecer las normas generales que regulen el trabajo y la carrera de los profesionales de la salud que prestan servicios asistenciales en el Sector, bajo el régimen de la ley 11377 ...”*. En esta ley se establecen once líneas de carrera, una de ellas es la del “Médico-cirujano”. En este dispositivo se prescribía las normas sobre jornadas y horarios de trabajo, del ingreso, de los niveles, culminación de la carrera y de la estructura remunerativa.

El 28 de octubre de 1985, al inicio del gobierno del Partido Aprista Peruano, se da una nueva Ley Orgánica del Sector Salud (Decreto Legislativo 351) con el fin de realizar las adecuaciones orgánicas para implementar la estrategia de Atención Primaria de Salud enarbolada por el Ministro de Salud de ese entonces.

El 28 de marzo de 1990, mediante el Decreto Legislativo 559 se aprueba la Ley de Trabajo Médico cuyo objeto es *“...normar y regular el trabajo del Médico-Cirujano, con matrícula vigente en el Colegio Médico del Perú, en todas las dependencias del sector público nacional y el sector privado en lo aplicable”*. Esta ley contiene normas sobre las modalidades de trabajo asistencial en el sector público, de la carrera médica y las remuneraciones, y encarga al Poder Ejecutivo reglamentar la ley en el plazo de 45 días, recabando la opinión del CMP y de la FMP. Para elaborar tal reglamento se conformó una comisión, la cual entregó el Proyecto de Reglamento a las autoridades pertinentes el 19 de julio de 1990 ⁽¹⁵⁾, días antes de comenzar su ciclo los actuales gobernantes. Han transcurrido 9 años y la Ley de Trabajo Médico no ha sido reglamentada.

El 29 de marzo de 1990, casi al finalizar el periodo de gobierno del Partido Aprista Peruano, se cambia la Ley Orgánica del Sector Salud, por la actualmente vigente dada en el Decreto Legislativo 584.

III.4.2. *La desregulación o flexibilización del trabajo médico*

La ausencia de reglamentación de la Ley de Trabajo Médico por parte del actual gobierno no es un hecho casual, sino que obedece directamente a su concepción de “flexibilidad laboral”, término que se acuñó en los países desarrollados para referirse al proceso de reformas estructurales de los mercados de trabajo orientados a reforzar la competitividad de sus empresas, elevar la productividad del trabajo, reformular sobre bases más equitativas los principios operativos de la seguridad social y conjurar el desempleo.

Se considera que *“el verdadero objetivo de la flexibilidad del trabajo no es otro que la sustitución, progresiva y controlada, de las regulaciones laborales homogéneas –sea que provenga de la Ley o de los convenios colectivos– por otras regulaciones, más particulares y específicas (de fuente estatal o proveniente de la autonomía colectiva), ...”* ⁽²⁹⁾.

El concepto de flexibilización del trabajo se da en tres sentidos básicos ⁽³⁰⁾:

1. Flexibilidad numérica: ajuste del empleo a la demanda fluctuante del proceso productivo.
2. Flexibilidad salarial: el salario se adecúa en función de la productividad.
3. Flexibilidad funcional: uso flexible de la fuerza de trabajo dentro de los procesos productivos, implica un trabajo polivalente y movilidad interna entre puestos de trabajo, de turnos, horarios, etc.

Enseguida, dentro de los límites de la naturaleza de este documento, desarrollaremos algunos aspectos ilustrativos de que la flexibilización laboral se traduce en precarización del trabajo médico.

Viabilizar la flexibilidad numérica implica modificar la situación de la relación contractual empleado-empendedor pasando de la prevalencia de la “vinculación laboral vitalicia (nombramiento)” alentada por el

Estado hasta 1990 a la prevalencia de la relación por “contratos a plazo fijo” por diversas modalidades (contratos de naturaleza temporal, accidental o por obra o servicio) que se estableció mediante la Ley de Fomento del Empleo (Decreto Legislativo 728).

En 1988-89, el 77,6% de los médicos que tenían relación con el Estado o el IPSS y el 29% de quienes trabajaban en instituciones privadas referían gozar de estabilidad laboral (nombramiento o vinculación laboral vitalicia) ⁽¹⁸⁾.

En 1995, a nivel nacional, el 55,4% de los puestos de trabajo médico ofertados y ocupados estaban en la categoría de nombrados. En ese mismo año, el 63,6% de los médicos del MINSA y el 55,5% de los del IPSS estaban nombrados ⁽¹⁵⁾.

En 1996, la proporción de médicos nombrados en el sector salud era de 50,3%. A nivel hospitalario eran nombrados el 58,8%, en centros de salud el 36,8% y en puestos de salud el 13,2%. En el MINSA el 60,2% era nombrado.

Desde nuestra perspectiva y a la luz de lo que viene sucediendo en diversos países, los datos anteriores son suficientes para señalar la tendencia de los tiempos actuales en las relaciones médico-empleador es el paso de una mayor prevalencia de una relación contractual vitalicia a otra de a plazo fijo. En el extremo se puede encontrar la situación denunciada por la Asociación Médica del IPSS según la cual hace algunos años se habría despedido a 20 000 trabajadores estables para reemplazarlos por 20 000 trabajadores contratados ⁽³¹⁾.

Entonces, mientras en las décadas anteriores la tendencia fue a la proletarización, esto es, el paso del trabajo médico autónomo típico (médico liberal) a trabajo médico dependiente (asalariado) ⁽¹⁸⁾, la tendencia de esta década es el paso del trabajo médico dependiente con vinculación laboral vitalicia al trabajo médico dependiente y precario.

La normatividad laboral peruana actual ha impuesto una serie de recortes a los derechos de los trabajadores, entre las cuales se encuentran la modificación y diversificación de las condiciones de trabajo, la flexibilización de la duración y distribución de la jornada de trabajo, la ampliación de las causales de despido al incorporar a la legislación los motivos económicos y las restricciones a la sindicalización con el consiguiente desplazamiento de la negociación co-

lectiva como forma de establecer las condiciones de trabajo.

Es posible encontrar múltiples situaciones que muestren la precarización del trabajo médico. Enseguida se anotan algunas de ellas:

- El horario extendido y la prácticamente constante incertidumbre sobre la renovación de sus contratos (usualmente cada ochenta días) que sufren los médicos que laboran en el PSBPT, 3 296 médicos a diciembre de 1997 ⁽³²⁾. Aún fuera de este programa, en 1995 Swayne mostró que en los subsectores estatal y seguro social, el 68,1% de los médicos trabajaba más de 36 horas semanales.
- Renovación de contrato dependiente del cumplimiento de metas unilateralmente impuestas por el estamento directivo correspondiente.
- Contratos que usualmente no contemplan el goce de un seguro de salud ni de vacaciones por parte de los contratados ⁽³³⁾.
- Rotación de puestos unilateralmente decididos por la entidad contratante ⁽³³⁾.
- Rotación o acumulación de funciones que implica contar con competencias que aseguren un desempeño polivalente (trabajo asistencial, promocional, preventivo, de rehabilitación, de organización comunitaria, administrativo, etc.) efectivo sin el correspondiente soporte organizacional ni la exigencia de incorporación en las currícula de pregrado. Esta es parte de la denominada flexibilización funcional, junto con la movilidad interna (rotación interna de puestos, de turnos y de horarios de trabajo).
- Remuneraciones no correspondientes al grado de formación profesional. Así:
 - ❖ En 1995 ⁽¹⁵⁾, los ingresos mensuales declarados como resultantes del ejercicio de la medicina fueron:

Ingresos	%
Entre S/. 1000 y S/. 2000	55,5
Entre S/. 2001 y S/. 3000	26,8
Entre S/. 3001 y S/. 4000	12,3
S/. 4001 o más	5,4

- ❖ En noviembre de 1996, la Federación Médica señaló que *“las remuneraciones reales de los médicos ... del sector público (MINSA e IPSS) se encuentran congeladas por casi dos años, lapso en el cual la inflación ha superado el 20%. A octubre de 1995, un economista ganaba en promedio S/. 3 050 y un contador S/. 2 500, mientras el ingreso de los médicos del MINSA era y es de S/. 1 340, inferior incluso al de agente de ventas. Los médicos están percibiendo remuneraciones por debajo de lo que perciben otros profesionales, aun cuando tienen gastos adicionales en la adquisición de instrumentos de trabajo y su capacitación permanente, están expuestos a contagio y tienen una enorme responsabilidad en términos de vidas humanas ...”*
- ❖ En 1997, el grupo profesional médico del MINSA recibió S/. 1 808,65 mensuales, cifra insuficiente a la vista del precio de la canasta básica ⁽³⁴⁾.
- ❖ En la actualidad la situación salarial no se ha modificado en magnitud relevante, es más, persiste una situación escandalosa en cuanto a la remuneración de S/. 1,20 por hora de guardia médica.
- Abandono o desconocimiento del concepto de isonomía salarial. Éste es el tercer aspecto de la flexibilización laboral. La Ley de Trabajo Médico, en su artículo Nº 22, dice: *“Las remuneraciones de los médicos cirujanos del Sector Público Nacional, se nivelarán progresivamente en los meses de Abril, Agosto y Diciembre de 1990, con los del IPSS, respetando las diferencias originadas por el tiempo de servicio. El haber mínimo del Médico Cirujano del Sector Privado sujeto a jornada legal de trabajo, en ningún caso será menor al del Sector Público del Nivel Inicial”*.

“Dicha norma legal recoge los preceptos constitucionales de la Carta Magna de 1979, mantenidos en la Constitución vigente. La protección del trabajo por el Estado, la igualdad de trato, la prohibición de relaciones laborales discriminatorias, así como el derecho a una remuneración justa que procure el bienestar material y desarrollo espiritual del trabajador y su familia, son derechos fundamentales cuyo cumplimiento responde a obligaciones asumidas por el Perú como suscriptor de Convenios Internacionales”.

En la actualidad, EsSALUD viene incumpliendo la Ley 27056 «Ley de Creación del Seguro Social del Perú» promulgada el 21 de enero de este año que en el último párrafo del artículo 16º, a la letra dice: *“Los profesionales médicos se registrarán por el régimen laboral establecido en el decreto legislativo Nº 559”* ⁽³⁵⁾.

- Igualmente, el incumplimiento por EsSALUD del pago de las gratificaciones por 25 y 30 años de servicio así como de los subsidios de sepelio y luto, establecidos por el Decreto Ley 276 ⁽³³⁾.
- Existencia de formas ilegales de pago como en caso de EsSALUD que divide la remuneración en un indebidamente denominado pago por productividad a la que también ilegalmente no se le concede carácter pensionable ⁽³⁶⁾. Esta situación ilustra una perversa operacionalización de uno de los elementos de la flexibilización laboral, la flexibilización salarial que corresponde a la adecuación del salario a la productividad del trabajador.

En EsSALUD, además de usarse el concepto de pago por productividad para ilegalmente no reconocer como pensionable una parte del salario que reciben los médicos, se utiliza un mecanismo que deja que los jefes de servicio, sobre la base de la subjetividad, determinen quién y cuánto (entre 0 y 22% del salario) se reciba por productividad. La norma implica que el pago por productividad se realice a los servicios que cumplan con las metas fijadas por la institución, sin embargo, ante la inexistencia de metas de desempeño individualizadas para cada trabajador, el reparto se hace siguiendo, en el mejor de los casos, la evaluación subjetiva de cuánto aportó cada trabajador al cumplimiento de las metas del servicio. Ésta es una aplicación *sui generis* de la propuesta Tayloriana popularizada a comienzos de siglo. Más aún, la evaluación subjetiva determinará que si el médico es calificado con un puntaje menor a 60 de un total posible de 100 puntos será declarado excedente y despedido (Artículo 13 de la Resolución de la Presidencia Ejecutiva Nº 113-PREJ-EsSALUD del 25-05-99).

- Incumplimiento de las leyes laborales, como es el caso de EsSALUD y los médicos beneficiarios del Régimen del DL 20530, es decir, aquellos profesionales que antes de julio de 1962 optaron por este régimen aceptando que de sus remuneraciones se

les descontara una aportación doble a la del resto de trabajadores que optaron por otros regímenes. Los beneficiarios del DL 20530 tienen el derecho de una pensión que automáticamente se debe reajustar con las remuneraciones de los trabajadores activos homólogos. Desde 1994, los diferentes directivos del IPSS entonces y EsSALUD ahora, han escamoteado el pago completo a los despedidos, cesantes y jubilados beneficiarios del DL 20530, a pesar de los pronunciamientos a favor por parte del Tribunal Constitucional (26 de septiembre de 1996). La Corte Suprema de Justicia, el 18 de mayo de 1996, instruyó al Juez Guillermo Aguado Sotomayor del Primer Juzgado Especializado Civil de Lima quien con fecha 11 de Noviembre de 1996, se dirigió al IPSS "A fin de dar cumplimiento con lo ordenado por la Salud de Derecho Constitucional y Social de la Corte Suprema de Justicia" sin que se haya dado cumplimiento a lo que ordena la ley ⁽³⁷⁾.

Finalmente, la flexibilización laboral en su vertiente perversa de precarización del trabajo, para poderse concretar busca redefinir las relaciones laborales anulando los mecanismos de negociación global, esto es, en niveles mayores que las personas aisladas o en el mejor de los casos en el nivel de institución. La aplicación de esta política operacionalizada mediante una serie de normas y estrategias ha derivado en nuestro país, al igual que en otros países de la región, en un debilitamiento de las instituciones que representan los intereses colectivos de los trabajadores.

Las reformas sanitarias tienen las características de una crisis, si bien constituyen una amenaza para diferentes dimensiones de nuestra vida profesional y la salud de la población, también pueden ser fuente de oportunidades. Un ejemplo lo constituye la recientemente aprobada "Ley que institucionaliza la acreditación de facultades o escuelas de medicina". Esta ley elaborada por el CMP en cumplimiento de acuerdos adoptados en el IV Congreso Médico Nacional a propuesta de la FMP, ⁽³⁸⁾ fue aprobada por el Congreso de la República en su sesión plenaria del 15 de Junio de 1999. La Comisión para la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina Humana (CAFME) estará conformada por representantes del MINSA, Ministerio de Educación, Asamblea Nacional de Rectores, Consejo Nacional para la Autorización de Funcionamiento de Universidades (CONAFU) y del CMP.

En este sentido, en el V Congreso Médico del Perú, el último del siglo XX, se reafirmó la necesidad de trabajar para mantener el espíritu unitario de los médicos y fortalecer sus instituciones representativas, que es un imperativo para la defensa de nuestros intereses profesionales, como por ejemplo aumentar nuestro poder de negociación de las tarifas de atención médica con las empresas aseguradoras y para mantener, instalar o reabrir canales permanentes y eficaces para el diálogo y la negociación con los empleadores médicos y otras instancias pertinentes a la problemática sanitaria nacional. En suma, la unidad necesaria para continuar siendo un actor social relevante para la satisfacción de las necesidades de salud de la población peruana.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) **Ministerio de Salud.** Salud II. Segunda etapa del proceso de reforma del sector salud. Documento de trabajo. Lima, 20 de mayo de 1998.
- 2) **Diario Oficial "El Peruano".** Normas legales. Domingo, 10 de noviembre de 1991.
- 3) **Sistema de Información y análisis sobre la reforma del sector salud. Perú.** Iniciativa Reforma Sector Salud. Se consigue en: <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/per.htm> Revisado el 30 de marzo de 1998.
- 4) **Costa Bauer M.** Exposición del señor Ministro de Salud al Pleno del Congreso de la República. Miércoles, 22 de octubre de 1997.
- 5) **Colegio Médico del Perú.** Comunicado publicado en El Comercio del 22 de febrero de 1996.
- 6) **Colegio Médico del Perú.** Comunicado: Los médicos demandamos al Congreso de la República rechazar el proyecto de ley que destruye la Seguridad Social. El Comercio, 24 de enero de 1999.
- 7) **Colegio Médico del Perú.** Comunicado ante la aprobación en el Congreso de la República del Proyecto de Ley que crea el ente denominado "EsSALUD". Gestión Médica, 01 de febrero de 1999.
- 8) **Mc Lauchlan, P.** "La situación de las Universidades Peruanas", en Diálogo sobre la Universidad Peruana. Lima: R Guerra García Edit. (UPCH y Asamblea Nacional de Rectores); 1994 p. 23-50.
- 9) **Ministerio de Salud.** Situación de Salud. Disponible en: www.minsa.gob.pe 1999.
- 10) **Consorcio ESAN.** PCMI. *Propuesta de un sistema de evaluación y concurso de plazas de SERUMS.* Versión 1, 16 de diciembre de 1998.
- 11) **Peters T, Waterman R.** En Busca de la Excelencia. Barcelona: Edit. Folio; 1984.
- 12) **Peters T, Austin N.** Pasión por la Excelencia. Barcelona: Edit. Folio; 1986.
- 13) **OPS/OMS.** División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Desarro-

- llo de Recursos Humanos y Reforma del Sector Salud. Propuesta de Cooperación Técnica. Borrador.
- 14) **Hall T.** Health Manpower in Peru. A case study in planning. Baltimore (Maryland), USA: The Johns Hopkins Press; 1969.
 - 15) **Bustíos C, Swayne J.** Situación de la fuerza de trabajo médica en el Perú. Lima: ENSAP-MINSA; 1998.
 - 16) **Iparraguirre A.** Recursos Humanos del Sector Salud. Período: 1970-1985. Oficina de Recursos Humanos. Oficina Sectorial de Planificación. Ministerio de Salud. 1982
 - 17) **Bustíos C.** Atención Médica y su Contexto. Perú 1953-1983. Lima: ENSAP-OPS/OMS; 1985.
 - 18) **Lip C, Brito P, Lazo O.** El trabajo médico en el Perú. Lima: UPCH-OPS; 1990.
 - 19) **MINSA. PFSS. OEI.** II Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud. 1997.
 - 20) **Brito P, Roschke C, de Otero Ribeiro E.** Educación Permanente, Proceso de trabajo y calidad de servicios en salud.
 - 21) **MINSA.** Programa de Educación Permanente para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud. Lima, 1998.
 - 22) **MINSA.** Taller de Análisis y Evaluación de las Acciones de Capacitación en el Ministerio de MINSA. Pachacamac, Lima, enero de 1997.
 - 23) **Universidad Nacional Mayor de San Marcos.** Facultad de Medicina. Encuesta Médica y Hospitalaria en el Perú. Segundo informe. Lima, 1957.
 - 24) **MINSA, PFSS, OEI.** II Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud 1996. Lima: Edit. del MINSA; 1997.
 - 25) **Swayne J, Ruiz J.** Situación del médico que trabaja fuera de Lima Metropolitana. Año 1995. Lima: ENSAP-MINSA; 1998.
 - 26) **Acuña A, Márquez M.** Perfil del tipo de médico y distribución del médico especialista y enfermeras de hospitales del MINSA en provincias fuera de Lima. Lima: ENSAP-MINSA; 1998.
 - 27) **Valdizán H.** Diccionario de la Medicina Peruana. Lima: Edit. San Marcos, UNMSM; 1958.
 - 28) **Bustíos C.** Perú. La salud pública durante la República Oligárquica. Segunda parte 1896-1933. (Primera versión). Lima: Oficina General de Investigaciones UNMSM; 1997.
 - 29) **Caro L.** La reforma laboral: el miedo a lo desconocido. Se consigue en: <http://www.kumiko.com.ar/luiscaro/reflab.htm>
 - 30) **De la Garza E.** Reestructuración productiva y respuesta sindical. México: Instituto de Investigaciones Económicas; 1993 Se consigue en: www.columbia.edu/cu/ilais/garza.html
 - 31) **Asociación de Médicos del IPSS.** Comunicado: Congresista de la República: No traiciones a tu patria. El Comercio, 03 de diciembre de 1998.
 - 32) **Ministerio de Salud.** Programa Salud Básica Para Todos. Memoria 1994-1997. Lima, 1998.
 - 33) **Colegio Médico del Perú.** Consejo Nacional. Comunicado. El Comercio, 20 de septiembre de 1998.
 - 34) **Ministerio de Salud.** Comisión Nacional de Recursos Humanos. Lineamientos de política para el desarrollo de los recursos humanos en salud. Documento de trabajo, julio 1998.
 - 35) Oficio Nº 237-D-99-CMP al Señor Manuel Vásquez Perales, Presidente de EsSALUD con fecha 11 de mayo de 1999.
 - 36) Oficio Nº 300-D-99-CMP al Señor Manuel Vásquez Perales, Presidente de EsSALUD con fecha 12 de mayo de 1999.
 - 37) **Cárdenas M.** Presentación ante la Comisión de Salud del Congreso de la República. 27 de abril de 1999.
 - 38) **Federación Médica Peruana y otras.** Propuesta Médica 1997-2000. Diez lineamientos de política para una auténtica Reforma en Salud y Seguridad Social. Lima, 1997.