



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em  
Saúde Coletiva  
Brasil

Arroyo, Juan

Los sistemas descentrados de recursos humanos en salud: el caso del Perú, 1990-2005

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 11, núm. 4, outubro-dezembro, 2006, pp. 1063-1072

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63011427>

- 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

## Los sistemas descentrados de recursos humanos en salud: el caso del Perú, 1990-2005

### Unbalanced human resources systems in health: the Peruvian case, 1990-2005

Juan Arroyo<sup>1</sup>

**Abstract** *This article concludes that today Peru is an example for an unbalanced policy of human resources in health for having lived a long cycle of decline that began in the 90s. This led to a situation characterized by an unbalance between offer and demand of human resources in health, the non-governability of health training and a trade-off between performance and unstable wages and labor conditions for the health personnel. Five key-points are analyzed: a) the dissociation between health work and health education; b) the increase of the productivity of health services based on a higher performance of the health personnel; c) the change of the labor regime from the system of appointments to the system of contracts and the pauperization and insecurity of the health personnel and the status of the health professional; d) the "revolution of the health staff's capacities" claiming for post-degree training, continued education and management; and e) the replacement of governance and governability by self-regulation in a context lacking a point of equilibrium allowing for corrections in the system. We suggest that the human resources policies in health adopted in Peru and many other Latin-American countries were trying to develop competences and performance without promoting the development of human resources in the health area.*

**Key words** *Human resources in health, Health training, Governability, Health systems, Health reforms*

**Resumen** *El artículo concluye que el Perú es hoy un ejemplo de un sistema descentrado de recursos humanos en salud, por haber vivido un ciclo largo de deterioro, que empezó en la década de los 90, que lo ha llevado a un dislocamiento entre la oferta y demanda de recursos humanos en salud, la no gobernabilidad de la formación en salud y un trade off entre el desempeño y la precarización salarial y laboral del personal. Se analizan cinco cambios: a) el dislocamiento entre el mundo del trabajo y el mundo de la formación en salud; b) la ampliación de la producción de servicios de salud, a partir de un mayor rendimiento de la fuerza laboral; c) el cambio del régimen laboral, la pauperización del personal y afectación del status de las profesiones de salud; d) la "revolución de las capacidades" del personal de salud y su viraje a la formación de postgrado, la educación continua y al gerencialismo; y e) el reemplazo de la gobernanza y gobernabilidad por la autorregulación, en un contexto de ausencia de un punto de equilibrio del sistema de recursos humanos que promueva rectificaciones. Se concluye que las políticas de recursos humanos desean desarrollar competencias y desempeño sin promover el desarrollo humano de la fuerza laboral en salud.*

**Palabras claves** *Recursos humanos en salud, Formación en salud, Gobernabilidad, Sistemas de salud, Reformas en salud*

<sup>1</sup> Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Av. del Ejército 1218 - 401, San Isidro, Lima 27, Perú. juanarroyo@terra.com.pe

## Introducción

El presente artículo resume los resultados de un estudio sobre la situación de los recursos humanos en salud del Perú, llevado a cabo para el Ministerio de Salud del Perú entre agosto y octubre del 2005 en base a fuentes primarias y secundarias, en particular bases de datos y estudios parciales preexistentes.

El estudio concluye que se viene viviendo en el Perú un ciclo largo en el campo de recursos humanos en salud, que empezó en la década de los 90, que lo ha llevado a una nueva situación caracterizada centralmente por el dislocamiento entre la oferta y demanda de recursos humanos en salud, la débil gobernabilidad de la formación en salud y un *trade off* entre el desempeño y la precarización salarial y laboral del personal de salud. El Perú es hoy un ejemplo de un sistema descentrado de recursos humanos en salud.

El estudio utiliza como concepto clave el de ciclo de larga duración, concepto similar al de los ciclos de Kondratieff<sup>1</sup> en la economía, aplicado sin determinismos económicos al campo de los sistemas y políticas de salud, y en este caso al tema de recursos humanos en salud. Estos ciclos de larga duración se caracterizan por una serie de regularidades entrelazadas, en este caso, por el nivel de la demanda potencial a convertirse en demanda atendida, la productividad media del sistema, los niveles remunerativos, la modalidad principal de relación laboral, el tipo de vinculación entre el sistema de atención y el sistema de formación en salud, la modalidad central de educación de postgrado y de educación continua y la forma aceptable de gobernabilidad y gobernanza, regularidades que no importa que no hayan nacido a la vez y como parte de una política explícita, pues han terminado por constituir la política de recursos humanos efectiva.

Se ha estabilizado así en el tiempo, con cambios menores que no afectan el ciclo largo, una configuración que mantiene la reproducción de la dinámica de los recursos humanos en su nivel y forma particular actual de regulación, gestión y desempeño. Podrían haber otras configuraciones mejores, pero se mantiene el esquema por aquello que los regulacionistas llamaron alguna vez el “modo de regulación”, esto es, el conjunto de normas, hábitos, leyes, redes de regulación, de reglas y procesos sociales interiorizados, que permiten que las cosas sigan en el tiempo<sup>2</sup>, incluso pese a la periódica sensación de incomodidad.

## El actual ciclo largo de recursos humanos y su modo de regulación

Es central para la reproducción del actual ciclo largo de recursos humanos una manera de regulación y autorregulación, no sólo jurídica sino política, social y cultural. Todos los estudios de recursos humanos en el Perú realizados en los últimos años revelan aspectos de este “modo de regulación” – de desregulación debiéramos decir –, que ha terminado por modificar el *status* de las profesiones de salud y el de la formación en salud.

Solo revisando la historia del sector salud peruano se advierten las diferencias con otros ciclos largos de recursos humanos en salud y sus “modos de regulación”. Paz Soldán<sup>3</sup>, Lastres<sup>4</sup>, Rubin et al.<sup>5</sup>, Bustíos<sup>6</sup>, Bermejo<sup>7</sup>, Vallejo<sup>8</sup>, entre otros, cuentan las preocupaciones sobre los recursos humanos de otros ciclos largos, cuando no sobraban sino faltaban facultades de medicina, cuando las entidades educativas discutían largamente “el perfil de egresado que el país necesita” o cuando la planificación en recursos humanos intentaba el equilibrio entre la oferta y la demanda. Todo ello fue completamente desplazado en los 90.

Esta forma de apreciar lo sucedido por ciclos y sus “modos de regulación” evita la mirada dispersa, que acumula información, superponiéndola, sobre la disponibilidad de recursos humanos, la distribución, la matrícula, el número de facultades, las especialidades, los postgrados, las remuneraciones y todo lo demás, sin revelar su lógica general.

El ciclo largo actual ha venido configurándose a partir de varios desplazamientos, en particular cinco, que han terminado produciendo la nueva situación de los recursos humanos en salud en el Perú, que denominamos sistema descentrado:

a) El dislocamiento entre el mundo del trabajo en salud y el mundo de la formación en salud, los cuales marchan en sentidos contrarios y bajo lógicas diferentes. La oferta educativa en salud viene creciendo muy por encima de la demanda de profesionales por los servicios, y sin embargo, la demanda educativa en salud sigue rebasando la oferta de las universidades e institutos superiores.

b) El establecimiento de un nuevo nivel histórico de demanda efectiva de atención en salud en el Perú desde 1995 en adelante, que expresa

una ampliación de la respuesta institucional a los problemas de salud, pero a partir no sólo de una ampliación de la infraestructura física y del financiamiento sino principalmente a partir de un mayor rendimiento de la fuerza laboral en salud.

c) El cambio en simultáneo del régimen laboral, del sistema de nombramientos al de contrataciones y la mantención del nivel de los salarios reales sólo en determinadas franjas, con la pauperización consiguiente de las otras franjas, la afectación del *status* de las profesiones de salud y en algunos casos su paso a semi-profesiones, el retorno de la conflictividad laboral y la fuerte dualización entre los profesionales asistenciales y los administrativos.

d) La "revolución de las capacidades"<sup>9</sup> del personal de salud y su viraje a la formación de postgrado, la educación continua y al gerencialismo, como efecto indirecto de la globalización, pero como demostración, también, del rasgo emprendedor de los recursos humanos del sector salud peruano.

e) El serio debilitamiento de la rectoría, con la dispersión de los ámbitos de rectoría formal y real, tanto dentro como fuera del sector salud, el reemplazo de la gobernanza y gobernabilidad por la autorregulación, en un contexto de ausencia de un punto de equilibrio del sistema de recursos humanos que promueva rectificaciones.

Estos cinco desplazamientos han desestructurado el anterior sistema de recursos humanos de la década de los 80, que ya era difícil de catalogar como sistema y han terminado configurando un sistema descentrado. Diferentes estudios y reuniones internacionales habían estado advirtiendo que la desregulación de los 90 estaba generando una crisis de gobernabilidad del campo de recursos humanos en los países de América Latina pero se referían básicamente a la débil rectoría en el campo de recursos humanos<sup>10, 11</sup>. Lo que planteamos aquí es que la oferta de formación en salud en el Perú ha devenido no regulable incluso por la modalidad de mercado porque la demanda de formación excede con creces la demanda de nuevo personal por parte de los servicios, en razón del subempleo y de las crecientes migraciones de profesionales de salud. El nuevo sistema descentrado ya no tiene un punto de equilibrio intrasectorial entre oferta y demanda.

El estudio reveló, además, que la precarización, llevada a un punto, confronta al discurso gerencialista del desempeño, formándose una relación inversa entre precarización y desempeño, por el bloqueo del desarrollo de competen-

cias que trae la precarización en un cierto nivel. La situación peruana hoy combina así una crisis de gobernabilidad de la formación en salud con un incremento de la conflictividad laboral, que eventualmente podría generar más adelante una ingobernabilidad sectorial. La pregunta de fondo es hasta qué punto se puede desarrollar competencias y desempeño sin desarrollo humano, paradoja que resume el esfuerzo de más de una década de políticas efectivas de recursos humanos en salud en el Perú y en el continente.

### Cinco desplazamientos tendientes a la desestructuración del campo de recursos humanos

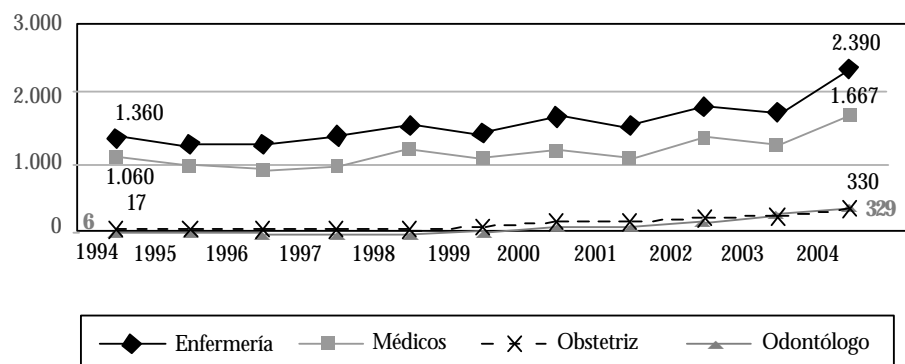
#### El desplazamiento entre el mundo del trabajo y el mundo de la formación en salud

El descentramiento consiste en la no correspondencia entre la necesidad, la demanda y la oferta en el campo de recursos humanos en salud. Hoy la oferta educativa en salud produce egresados y titulados en número muy superior a la demanda de los servicios de salud; a pesar de ello, esta oferta ya incrementada de las universidades e institutos superiores sigue siendo inferior a la demanda por educación universitaria en salud, de tal forma que las universidades casi siempre reajustan hacia arriba las vacantes ofrecidas por el gran número de postulantes.

De esta manera, el mundo del trabajo y el mundo de la formación en salud marchan en sentidos diferentes: al no haber plazas y trabajo, la educación en salud ya no adquiere su sentido real de las demandas de los servicios sino en parte, obedeciendo mayoritariamente a los impulsos de una enorme demanda de egresados de secundaria que está desempleada o subempleada, además de haber comenzado a producir en forma importante egresados emigrantes (Figura 1).

El sistema educativo peruano atiende anualmente a cerca de 8,6 millones de niños y jóvenes, de los cuales se matriculan en educación secundaria de menores cerca de 2,3 millones de alumnos. De este total, egresan anualmente del quinto año 296,183 estudiantes. Éste es el universo juvenil que tiene que escoger entre el trabajo, la educación técnica y la educación universitaria. Dada la crisis de empleo que se vive en el Perú, la juventud escoge seguir estudios, lo que incrementa el mercado de educación superior universitaria y no universitaria (o técnica). En el año 2003 los institutos tecnológicos superiores tuvieron a

Figura 1  
Profesionales que no reportaron regreso al país luego de los dos años de su partida (1994-2004).



Fuente: Dirección Nacional de Migraciones del Ministerio del Interior, 2005.

389 mil matriculados. De los 942 institutos superiores tecnológicos existentes, 372 (39%) ofrecen carreras técnicas en salud. Existe además la opción de los Centros de Educación Ocupacional, que tienen a 252 mil matriculados<sup>12</sup>. Sin embargo, éstos sólo acogen una parte minoritaria del universo de egresados de secundaria, lo que aumenta la presión del resto por el ingreso a las universidades. Dado que recientemente se ha incrementado en 15% la matrícula en secundaria y este aumento ha sido del 34% en las áreas rurales, el mercado de educación superior, sin regulación alguna, seguirá en ascenso<sup>12</sup>. Esta enorme presión favorece el incremento de universidades y facultades de ciencias de la salud (Figura 2).

En 1980 había sólo 35 universidades, 25 públicas y 10 privadas en el Perú, con un total de 257,220 alumnos, 183,317 en las públicas y 73,903 en las privadas. Hoy hay 76 universidades en el Perú, 31 públicas y 45 privadas, con 35,455 docentes, 415,465 matriculados y 103,398 ingresantes<sup>13</sup>. Las facultades o escuelas de medicina fueron 3 en 1960, 13 en 1992 y 28 el 2003; las facultades o escuelas de enfermería pasaron de 8 a 34 y 44 en los mismos años. El número de estudiantes de medicina aumentó de 11,400 en 1990 a 16,800 en el 2002, mientras los de enfermería igual, pasaron de 7,500 a 14,000 en el mismo periodo. Los matriculados en la carrera de obstetricia llegaron a su valor más alto en 1997, con 11,000 alumnos<sup>14</sup>. Los porcentajes de incremento del personal de los servicios de salud fueron menores.

Este desajuste oferta-demanda es cuantitativo, al no existir una correspondencia entre las vacantes ofrecidas y la disponibilidad requerida, pero es también cualitativo, pues la masificación ha traído la mediocrización y la dualización de la formación universitaria y técnica en salud, con lo que se ha cuestionado la calidad del personal formado y el propio *status* de las profesiones de salud en la sociedad.

Esta nueva situación contradice el propósito mismo de la educación superior y de las políticas de recursos humanos en salud en dos de sus temas más preciados: el equilibrio entre oferta y demanda y la articulación docencia-servicios. Durante décadas la "preocupación demográfica" ha sido central en el campo de recursos humanos y las discusiones sobre disponibilidad, distribución y ajuste entre el requerimiento proyectado y las tendencias de la provisión de titulados y egresados<sup>15</sup>. Hasta ahora el debate sobre planificación de recursos humanos contraponía a los que planteaban partir de las necesidades y los que planteaban partir de la demanda. La planificación tradicional planteaba una fórmula de "relación directa" entre las necesidades de salud (NS), la demanda de atención (SS) y la demanda de recursos humanos de salud (RHS<sup>d</sup>):

$$RHS^d = f(SS, NS)$$

Vujicic<sup>16</sup> planteó que estaba empíricamente documentado el impacto de otros factores sobre la demanda de recursos humanos en salud, además de las necesidades poblacionales. Estos factores podían ser las tarifas, las donaciones, el en-

torno político, los ingresos individuales, etc. En consecuencia, la planificación según el nuevo concepto de demanda se basa en una fórmula que incorpora estos otros factores (X, Y):

$$RHS^i = f(SS(NS, X) Y)$$

Sin embargo, el caso peruano ilustra la nueva fórmula que rige la demanda de recursos humanos en salud para países con gran subempleo y fuertes migraciones, que tiene que considerar la demanda "normal" que proviene de los servicios y sus "multiplicadores" X y Y, la demanda de la franja de egresados de secundaria sin empleo (DES) y la demanda exterior y sus potenciales migrantes (DPM):

$$RHS^i = f[(SS(NS, X) Y) + (DES) + (DPM)]$$

Un nuevo nivel de demanda efectiva de atención en base a un mayor rendimiento

Periódicamente la sociedad peruana ha venido instalando niveles superiores de cobertura de su sistema de salud, en una evolución que ha ido expandiendo la demanda efectiva conforme el país ha ido democratizando la salud. Lo nuevo en la última fase de expansión 1993-2005 es que viene reposando en un mayor rendimiento de los recursos humanos.

El "factor de expansión" principal de la productividad y el rendimiento en el caso del MINSA, que es el principal proveedor de servicios en el Perú, es el Seguro Integral de Salud (SIS). Este seguro es un fondo financiero que paga mediante reembolso a los establecimientos de salud del Estado las atenciones a sus afiliados, sobre una tarifa que no paga los costos fijos. De esta manera expande el uso de la capacidad instalada ociosa.

Desde antes de la creación de este tipo de seguros en el Perú (1997) se fue dando este aumento en la productividad del sistema. La evolución del sistema de salud del Perú registra una crisis operativa de los servicios de salud entre los años 1989 y 1991, que significó una caída de la producción y productividad. De ahí en adelante vino una expansión, basada primero en la explotación extensiva e intensiva de recursos, hasta 1997, y luego, con el Seguro Escolar Gratuito y Seguro Materno Infantil creados en 1997-988, en una explotación intensiva, basada en el mayor rendimiento de los recursos humanos. Hablamos de una explotación extensiva en referencia a un aumento tanto de la producción como de los recursos físicos, financieros y humanos, y de una explotación intensiva, a un aumento de la producción con el

mismo o similar volumen de recursos en general.

En el MINSA ha aumentado la cantidad de atenciones y atendidos producto del incremento del personal. Pero también ha habido un aumento de la productividad del personal. En 1992 la cantidad promedio de atenciones por personal de salud del MINSA fue de 229 y de atendidos por personal de salud de 86. En 1996 la relación atención/recurso humano ascendió a 405 y la de atendido/recurso humano a 115; en 1999 ambas relaciones aumentaron a 629 y 164 respectivamente. Para el año 2002 estas razones están en 744 atenciones y 252 atendidos por personal. Esto significa que la productividad y rendimiento promedio del personal del MINSA ha aumentado (Figura 3).

La diferencia entre las dos etapas señaladas estriba en que en la etapa 1993-1997 hubo una explotación extensiva e intensiva de los recursos, simbolizada por el despliegue del Programa Salud Básica para Todos (PSBT) creado en 1994, que aumentó en forma importante el financiamiento, recursos humanos y establecimientos de salud de primer nivel en el Perú. Pero a partir de 1997 se creó el Seguro Escolar y luego el Seguro Materno-Infantil, que en el año 2001 se fusionaron en el actual SIS, que incrementaron la productividad y el rendimiento al utilizar capacidad instalada disponible, pasándose a una explotación intensiva de los recursos y en particular de los recursos humanos. El SIS prosigue esta estrategia, habiendo financiado hasta julio del 2005, en 39 meses de funcionamiento, 50,2 millones de prestaciones con 763 millones de soles (aproxí-

Figura 2  
Oferta y demanda en el Mercado Educativo Superior.



madamente 224 millones de dólares). Al no existir un incremento del presupuesto en salud ni de los recursos humanos en la misma medida que el de la producción, la expansión ha reposado en una mayor eficiencia técnica fruto de un incremento del rendimiento.

El cambio del régimen laboral, la afectación del *status* de las profesiones de salud y el retorno de la conflictividad laboral

Con el nuevo ciclo de recursos humanos el panorama varió de la baja disponibilidad a una disponibilidad promedio considerada suficiente, pero el aumento en cantidad se acompañó de un cambio en el régimen laboral, la precarización, el multiempleo y al final, la afectación del *status* de las profesiones de salud.

En los últimos 15 años crecieron los recursos humanos del sector salud. En el año 1992 el total de la fuerza laboral del MINSA y ESSALUD sumaba aproximadamente 66,000 trabajadores; para el año 1996 ésta se incrementó aproximadamente a 101,000 y ahora último, en el año 2005, comprendía a 132,781 trabajadores, de los cuales 97,382 trabajaban en el MINSA y 35,399 en el Seguro Social. Entre ambas instituciones suman

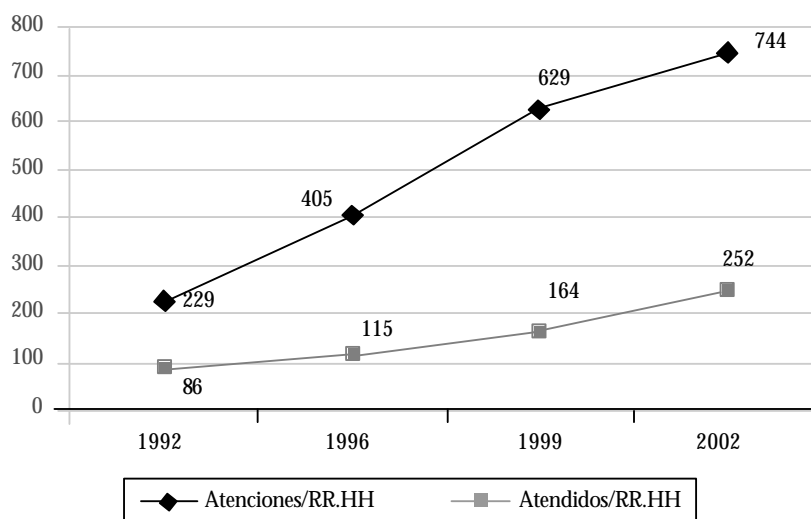
más del 90% de la fuerza laboral en salud en el Perú, que se calcula en 139,231 trabajadores y profesionales<sup>14</sup>.

Las actuales tasas de disponibilidad son de 11,5 médicos por cada 10 mil habitantes, 7.56 para las enfermeras, 2.9 para las obstétricas y 1.1 para los odontólogos. Comparadas estas tasas con las de la región, el Perú tiene tasas bajas de médicos y de odontólogos, pero muy altas de enfermeras<sup>17</sup>. En cuanto a la tasa de técnicos y/o auxiliares es de 17.48 por 10,000 habitantes, mientras en República Dominicana es de 15 por 10000 (2001) y Nicaragua reportó en el 2003 una tasa de 4.3 Técnicos Diversos por cada 10,000 habitantes. Esta fuerza laboral en salud cuenta con un financiamiento en salud al año equivalente al 4,7% del Producto Bruto Interno del Perú, por debajo del promedio de América Latina y el Caribe, que es del 7,3%. El gasto en salud per cápita prácticamente no se ha movido en los últimos 10 años y está en 97 dólares por persona, bordeando el financiamiento sectorial los 2,500 millones de dólares anuales, de los cuales los hogares financian el 38%, las empresas el 34,1% y el gobierno el 24,8%<sup>18</sup>.

Mientras crecía, esta fuerza laboral ha vivido un profundo cambio en su vinculación laboral y en sus condiciones remunerativas: hasta los 70 el sector salud fue relativamente privilegiado en

Figura 3

Atenciones y atendidos por recurso humano, 1992-2002.



suelos y régimen laboral y las principales profesiones de salud gozaron entonces de un prestigio social que las hizo carreras muy apreciadas por los postulantes a universidades. Sociológicamente el Perú tenía un sistema de salud de clases medias para atender a pobres, clases medias y ricos y fue estructurado como sistema segmentado para que cada franja social autoseleccionase su proveedor. La Facultad de Medicina de San Fernando, la más antigua del país, tenía en esos años miles de postulantes para 120 vacantes. En los 80, cuando empezó la proliferación de facultades, la masificación y la contención de sueldos, las profesiones de salud advirtieron este intento de reposicionamiento profesional e hicieron grandes huelgas anuales, expresiones de que se estaba perdiendo el *status* anterior. En los 80 el sector salud llegó a una alta ingobernabilidad por conflictividad laboral. Esa etapa de huelgas terminó en 1990 con la Ley de Trabajo Médico, que homologó los sueldos del MINSA con los del Seguro Social, que eran más altos.

Pero en los 90 el régimen fujimorista quebró los dos diques que regulaban el sistema de recursos humanos. En el mundo del trabajo quebró el dique político-gremial, que actuaba de contrapeso de la pauperización de los profesionales y trabajadores de salud, en defensa del régimen de nombramientos y de los niveles salariales. En el mundo de la formación quebró el dique que normaba las condiciones para la formación de nuevas universidades y facultades de ciencias de la salud, que regulaba las vacantes universitarias y técnicas en salud, apoyando la concepción de la educación superior como simple negocio.

En el mundo del trabajo durante la década fujimorista las huelgas perdieron efectividad para replantear las cosas, los profesionales y trabajadores de salud pasaron de ser nombrados a ser contratados y las remuneraciones se fraccionaron en ingresos múltiples: nació así un régimen que dispersaba la fuerza laboral, en la búsqueda de adicionales, en lugar de concentrarla en su tarea. En el sector salud en la etapa 1992-1996 los nombrados aumentaron un 27% mientras que los contratados a plazo fijo lo hicieron en 68% y los contratados por servicios no personales en más de 400%. En el caso más específico del MINSA, los nombrados aumentaron alrededor del 20% en el período 1992-1999, mientras los contratados por servicios no personales aumentaron 430%. Los contratos por servicios no personales se generalizaron con el Programa Salud Básica y los Comités Locales de Administración en Salud (CLAS).

De otro lado, las remuneraciones promedio mensuales cayeron: hoy los médicos del MINSA ganan en promedio 705 dólares mensuales, las enfermeras 294 dólares, las obstétricas 290 y los odontólogos 289. Los técnicos de enfermería ganan 209 dólares mensuales y los auxiliares de enfermería 195. En el caso del Seguro Social, las remuneraciones son mayores en relación al MINSA: en el caso de los médicos ganan 1.5 veces más y de los otros profesionales 2,2 veces más. Diversos estudios han mostrado que las remuneraciones promedio del sector público del año 2003 se han reducido a un octavo respecto a las de 1960, mientras las del sector privado se redujeron a una tercera parte<sup>19</sup>.

En el mundo de la formación la ley de creación del Consejo Nacional para la Autorización y Funcionamiento de Universidades (CONAFU), en el año de 1995, y el decreto legislativo de Promoción de la Inversión Privada en la Educación (1996), propiciaron la proliferación de universidades y facultades más allá de si había trabajo o no para sus egresados. El criterio rector era el lucro, no la educación: ni bien se creó CONAFU aparecieron 21 nuevas universidades, 18 privadas y sólo 3 públicas, en el lapso de 5 años.

Las consecuencias de todo este panorama en el mundo laboral han sido el aumento de la conflictividad gremial y un clima de relativa insatisfacción laboral. Hoy el 59.4% del personal de salud opina que su sueldo o remuneración no es adecuado en relación al trabajo que realiza, el 49.9% opina que no existe preocupación por las necesidades primordiales del personal, el 37.1% opina que no tienen oportunidad de recibir capacitación en atención integral y 35.4% opina que no tiene oportunidad para recibir una capacitación que permita el desarrollo humano.

Dicho malestar se refleja en que los países donde se realizaron más huelgas en salud en el año 2004 fueron República Dominicana (13), Bolivia (12) y Perú (11). En los tres países se concentró el 56,80% de las huelgas ocurridas en la región el 2004<sup>20</sup>. El 81,25% de las demandas que motivaron las huelgas estaban referidas a temas relativos a la economía política del sector, en particular al incremento de salarios y otros beneficios y al reclamo de mayor presupuesto para el sector salud de los países.

La revolución de las capacidades del personal de salud y su viraje a la educación continua y los postgrados

En estos 15 años ha habido una mudanza



importante en el perfil de capacidades de la fuerza laboral en salud, que en sus estratos profesionales y técnicos se ha involucrado en un importante esfuerzo de actualización y renovación, en lo asistencial y administrativo.

La percepción de los profesionales y técnicos sobre la necesidad de “retomar los estudios” ha superado la visión anterior de una etapa de estudios y una posterior de práctica profesional. La formación es ahora permanente y ello ha motivado la multiplicación de las especializaciones y los postgrados en el Perú, y la adaptación de metodologías para una educación en el trabajo. Según una encuesta tomada en 1995<sup>21</sup>, más del 20% de los médicos estaba en posiciones de gestión, lo que unido a la fuerte rotación en los cargos, ha promovido la formación en gestión.

Esto necesariamente ha cambiado el perfil de capacidades y optimizado el desempeño, con todos los déficits que aun se arrastran. Hasta 1993 no había ingresado al sector salud el paradigma gerencial, existiendo capacidades asistenciales pero muy pocas de gestión. Hoy se puede decir que el sector salud posee capacidades asistenciales y de gestión, si bien ello es desigual por categorías ocupacionales y ha aumentado la brecha entre los profesionales y los técnicos administrativos. A pesar de ello, prosigue abierto el déficit de capacidades directivas de macro-gestión y gobierno.

Pese a estos avances, la especialización y los postgrados han sufrido también la dualización e informalización que se ha vivido en la formación de pre grado. Mientras algunos han preservado su calidad, otra franja universitaria ha multiplicado indiscriminadamente su oferta, sin sustento docente ni autoexigencia en cuanto a calidad. La falta de regulación acompaña también el desarrollo de especializaciones, maestrías e incluso doctorados, sin respaldo académico.

Serio debilitamiento de la rectoría,  
en un contexto de ausencia  
de un punto de equilibrio del  
sistema de recursos humanos

El panorama ya presentado confirma que el “modo de regulación” del campo de recursos humanos en el Perú es desregulado y autorregulado. En todos los países se dan a la vez la regulación y la autorregulación y normalmente el campo de los recursos humanos constituye un sistema. En los países con políticas intervencionistas estos sistemas de recursos humanos están regidos por una planificación normativa y normas

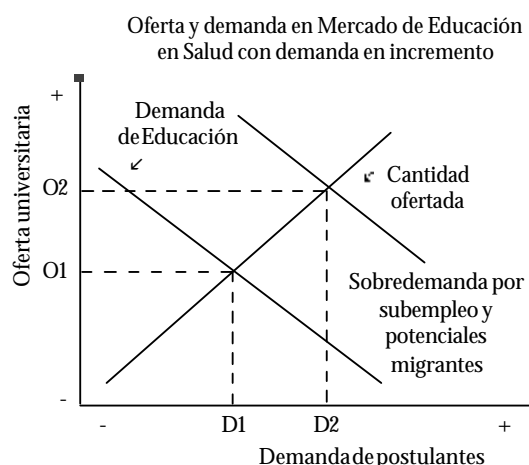
de personal. En los países con enfoques de mercado estos sistemas de recursos humanos son desregulados desde el Estado pero regulados por la homeostasis o búsqueda constante de puntos de equilibrio de los sistemas de recursos humanos y sus subsistemas del trabajo y de formación. La demanda regula la oferta y ésta modifica la demanda, fluctuando ambas dentro de ciertos márgenes.

Sin embargo en el Perú se ha dislocado el sistema de recursos humanos y casi todo reposa en la autorregulación, sin formas de contención ni de mercado por la amplia franja de subempleo y la migración. En otras palabras, aplicando las enseñanzas de Hirschman<sup>22</sup> sobre salida, voz y lealtad, en los sistemas entre oferta y demanda existe un “castigo” a la baja calidad y alto costo de los productos, que son en primera instancia las quejas y en segunda instancia la salida de los usuarios o traslado a otro proveedor, pero en el caso peruano el dislocamiento entre necesidades, oferta y demanda hace que no existan contrapesos que obliguen a rectificaciones y las posibilidades de voz y salida son limitadas.

En el mundo de la formación en salud se ha roto la barrera que significaba regirse por la demanda generada desde los servicios, produciendo sin límite para la “exportación” y el desempleo/subempleo. Así, la calidad de la educación de un entidad puede ser mala pero el bolsón de subempleo incluye siempre segmentos para los cuales tal entidad educativa regular o mediocre es un paso arriba en sus expectativas. La lógica del subsistema formativo ya no obedece así sólo a las necesidades y las demandas en salud sino a las de un universo más amplio: el actor social creador de universidades y de carreras en salud (por lo general un empresario) calcula sus costos e ingresos en base a una sobre-demanda surgida del bolsón de egresados de secundaria sin opciones y potenciales migrantes. En estos términos, la demanda deviene inelástica a las variaciones de la calidad, con lo cual no se producen “salidas” y la institución no se da por enterada de problema alguno relacionado a su calidad (Figura 4).

La Dirección Nacional de Migraciones informa que entre 1994 y el 2004 los médicos emigrantes anualmente pasaron de 1,060 a 1,667, las enfermeras emigrantes de 1,360 a 2,390, las obstetrices igual de 6 a 329 y los odontólogos de 17 a 330. Así, anualmente salen miles de profesionales de salud del país. Esto quiere decir que se reconfiguró totalmente el anterior sistema de recursos humanos y estamos ante un nuevo pro-

Figura 4  
Relación entre la oferta y la demanda en el mercado de educación en salud.



blema: el de las migraciones, problema que se suma al problema previo del enorme bolsón de subempleo, generador de postulantes con expectativas muy bajas de calidad educativa. En consecuencia, se han instalado dos problemas: la sobre-demanda por el subempleo nacional y la sobre-demanda internacional. El Perú ahora es un país exportador de profesionales de salud.

De otro lado, en el mundo del trabajo funciona normalmente un efecto de contrapeso a toda política de descuido de la reproducción social de la fuerza laboral: si el descuido es muy grande hipotéticamente podría llegarse a un punto en que se afecte la calidad del servicio. Esto ya ha pasado en el sector educación peruano, al masificarse el magisterio, bajar los salarios por debajo de la línea de pobreza e inhabilitar a los docentes como gestores del conocimiento. En el caso de salud, para que exista un “efecto de rebote” de cualquier descenso se requeriría un usuario con voz, que advierta las caídas en la calidad, además de la voz del “cliente interno”. Pero en el país este sistema de cultura de atención a las quejas todavía está en construcción.

Evidentemente las profesionales de salud han ido advirtiendo las consecuencias de este proceso general de desregulación y precarización: el ingreso de grandes franjas profesionales a la condición de subempleo, la dificultad para la inserción laboral de las nuevas promociones de egre-

sados, la ampliación del empleo múltiple, la inestabilidad laboral y la búsqueda permanente de nuevas oportunidades, las migraciones, en suma, la mudanza completa del ejercicio profesional y el riesgo de variar de *status* a semi-profesiones. Cuando una profesión pasa a semi-profesión pierde el control del territorio profesional y se devalúa, existiendo muchas externalidades sobre el acceso, la selección, la proyección y reglamentación de los participantes en la profesión. Es, por ejemplo, el riesgo de la profesión de enfermería, cuyo censo el año 2001 encontró que el 5,8% de las 21,000 enfermeras censadas estaban desempleadas y el 98% de las que trabajaban estaban subempleadas<sup>23</sup>.

#### Escenarios futuros

Al final el gran desafío aquí es superar la fórmula utilitaria de más producción con menos desarrollo humano, por otra más comprensiva de buen desempeño con desarrollo humano, pese a la escasez fiscal. La nueva política tendría que reequilibrar paulatinamente el campo de recursos humanos, tanto la relación entre el mundo del trabajo y el de la formación, como los equilibrios dentro de estos dos mundos: el equilibrio entre la cantidad y la calidad en la formación, y el equilibrio entre los sueldos y condiciones laborales – el régimen laboral – y el desempeño. Es inviable una prohibición de las migraciones pero sí un control de la cantidad de matriculados y la calidad de la educación fortaleciendo la acreditación de instituciones formadoras, hoy prácticamente muy débil.

Los gremios y colegios profesionales durante el período 2001-2005 han afrontado el problema global mostrado con el impulso de las leyes de profesiones de salud, que intentan preservar el status profesional delimitando los territorios entre ellas. Han salido 4 leyes de profesiones. El problema es sin embargo mayor e incumbe a todos. De otro lado, la acreditación como un filtro a la creación de facultades de medicina, creada en 1998, se ha debilitado y no existe en otras carreras. El nudo crítico sigue así indemne y tiene que ver con la regulación efectiva, el régimen laboral, el mecanismo de pago y la carrera pública. Ahora último se ha nombrado a una parte de los médicos anteriormente contratados en el MINSA, pero es una medida aislada.

El escenario probable de no hacerse nada o actuarse corporativamente y con medidas dispersas será el peso creciente de la educación superior

en salud para egresados emigrantes y la consiguiente conversión de ésta en una plataforma de exportación, sin posibilidad real de control de su calidad y con impacto negativo hacia los servicios nacionales. Dicho escenario sociológicamente culminaría la conversión del sistema de salud peruano en un sistema de pobres para pobres, que es hacia donde tienden las políticas gubernamentales centradas en las políticas económicas. En ese escenario la pobreza sería doble: de ingresos del personal y de competencias profesionales. Hoy hay pobreza de

ingresos pero no un déficit de la misma magnitud de competencias. De otro lado, la fuerte emigración representa una fuga de capital humano necesario en el país. La baja calidad de los nuevos profesionales de salud redundaría también en un bajo capital humano para el desarrollo del país, pues tanto los que atienden la salud como los atendidos se verían limitados para desarrollar sus potencialidades. En pocas palabras, la inacción se traduciría en grandes costos para el desarrollo del país en el mediano y/o largo plazo.

## Referencias

1. Kondratieff N. Los grandes ciclos de la vida económica. En G Haberler, compilador. Ensayos sobre el ciclo económico. México: Fondo de Cultura Económica; 1956. p. 35-56.
2. Lipietz A. New tendencies in the international division of labour: regimes of accumulation and modes of regulation. En A Scott & M Storper, editores. Production, work, territory: the geographical anatomy of industrial capitalism. Londres: Allen & Unwin; 1986. p. 16-40.
3. Paz Soldán C. El Estado y el médico en el Perú. Conferencia leída en la Asociación Médica Peruana Daniel Alcides Carrión el 15 de mayo de 1945. En Carlos E. Paz Soldán. Rumbos de Política Sanitaria. Lima: Ediciones de La Reforma Médica; 1945. p. 177-233.
4. Lastres J. Historia de la Medicina Peruana. Tomo III, La República. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 1951.
5. Rubín de Celis E, Bermejo R & Sotelo M. Aportes para un modelo de atención. Lima: Ministerio de Salud-Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud; 1994.
6. Bustíos C. La salud pública durante la República Neoliberal. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Consejo Superior de Investigaciones; 1998.
7. Bermejo R. La planificación de la salud en el Perú. En OPS-Perú. Cien años de cooperación al Perú 1902-2002. Lima: OPS; 2002. p. 215-31.
8. Vallejo N. Desarrollo de los recursos humanos de salud en el Perú. En OPS-Perú. Cien años de cooperación al Perú 1902-2002. Lima: OPS; 2002. p. 317-44.
9. Viola E. Reflexões sobre as dimensões da globalização, as novas forças internacionais e a redefinição do horizonte da democracia. En S Gerschman & V Werneck, Maria Lucia, organizadores. A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização. 2ª impressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004. p. 65-77.
10. OPS. Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública (2ª). Reforma Sectorial y Funciones Esenciales de Salud Pública: Desafíos para el Desarrollo de Recursos Humanos; 1999.
11. OPS. Fortalecimiento del recurso humano en salud pública: Factor crítico de la reforma del sector salud. Antigua; 2004.
12. Ministerio de Educación del Perú, Unidad de Estadística Educativa. Cifras de la Educación 1998-2003. Lima: MINEDU; 2004.
13. Comisión Nacional por la Segunda Reforma Universitaria. El sentido de la Segunda Reforma Universitaria. Lima; 2002.
14. Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú, 2005. Accesible en [www.idreh.gob.pe/observatorio](http://www.idreh.gob.pe/observatorio)
15. Hall T. Metodología de Planificación de Recursos Humanos en Salud. Cuernavaca: FUNSALUD-UPCH; 2001.
16. Vujicic, Marko. Re-examining Market Clearing in Health Care Labour Markets: What Economists Can Teach, What Policy Makers Can Learn. Geneva: Department of Human Resources for Health, World Health Organization; 2005.
17. OPS. Situación de la Salud en las Américas. Indicadores Básicos. Washington D.C.; 2004.
18. Ministerio de Salud-OPS. Cuentas Nacionales de Salud. Perú 1995-2000. Lima: MINSA-OPS; 2004.
19. Gonzales de Olarte Efraín. Crecimiento, desigualdad e ingobernabilidad en el Perú de los 2000. En V Vich. El Estado está de vuelta: desigualdad, diversidad y democracia. Lima: IEP; 2005. p. 49-69.
20. Scavino J 2004. La conflictividad de alcance nacional en el sector salud en la región de las Américas en 2003. Informe Anual de Conflictividad Laboral en las Américas; 2004.
21. Bustíos C. Situación de la fuerza de trabajo médica en el Perú. Lima: Escuela Nacional de Salud Pública; 1998.
22. Hirschman A. Exit, voice, and loyalty. Responses to decline in firms, organizations, and States. Massachusetts: Harvard University Press; 1970.
23. Colegio de Enfermeros del Perú 2005. Accesible en: [www.cep.org.pe](http://www.cep.org.pe)