

Los trabajadores de salud, los actores olvidados de las reformas

Workers in health, the forgotten actors by reform's

Víctor Carrasco-Cortez¹

1. Profesor Principal de la Facultad de Salud Pública de la Universidad Peruana Cayetano Heredia

RESUMEN

El tema de la reforma en salud ha cobrado un nuevo impulso en el Perú, debido a que vía decretos legislativos, se quiere implementar una serie de cambios a los cuales se les ha denominado de manera inadecuada 'reforma de salud', ya que no altera en lo fundamental la estructura y funcionamiento de nuestro sistema segmentado y excluyente. En este contexto, se vuelve a relegar y postergar a los actores claves de las reformas, a saber: los trabajadores de salud. Las evidencias de esta situación, entre otras, son las siguientes: la persistencia de la ausencia de rectoría en el campo de los recursos humanos; el sector público no dispone de recursos humanos suficientes para universalizar la cobertura de atención en salud; alarmante déficit de especialistas en regiones, con una distribución centralista e inequitativa; la precarización del empleo, los crecientes problemas de salud ocupacional, la alta migración de profesionales, la desregulación de la formación y del ejercicio profesional en el Perú. Urge cumplir con los desafíos establecidos para la Década de los Recursos Humanos en Salud 2006-2015.

PALABRAS CLAVE. Trabajadores de salud, recursos humanos en salud, salud.

ABSTRACT

The health reform has gained a new momentum in Peru, because via legislative decrees, wants to implement a series of changes which have been called improperly "health care reform", because it does not alter fundamentally the structure and functioning of our exclusionary and segmented system. In this context, it becomes relegated to postpone key actors of the reforms, namely: workers health. The evidence of this are persistence of: the lack of government in the field of human resources, centralist and inequitable distribution, the precariousness of employment, rising occupational health problems, high migration, the deregulation of training and professional practice in the Peru. It is urgent to meet the challenges set for the Decade of human resources in health 2006-2015.

KEY WORDS. Health care reform, workers health, health human resources.

INTRODUCCIÓN

Las reformas de salud de inspiración neoliberal se caracterizaron por priorizar el tema del financiamiento y la promoción de la participación privada en la provisión de servicios de salud. Más recientemente, se incorporaron temas vinculados con la ampliación de coberturas, pero con distorsión del concepto de universalidad, que pasó de 'todo para todos' a 'lo mejor que se pueda para todos', concepto operacionalizado con los denominados 'paquetes, canastas o planes de atención', lo que ha constituido en la práctica, una medicina pobre para pobres.

Al mismo tiempo, y con el argumento de la "resistencia al cambio", se promovían cambios para flexibilizar y precarizar el empleo de los trabajadores de salud con las consecuencias

conocidas en el bajo desempeño y la baja calidad de atención.

En Perú, vía decretos legislativos, se quiere implementar una mal llamada "reforma de salud". Este conjunto de normas no aborda los temas centrales de una transformación del sistema de salud que haga realidad el derecho a la salud, se pasó de su reconocimiento formal a garantías explícitas para su cumplimiento; que integre operativamente a los principales prestadores, para superar la segmentación; que universalice la cobertura poblacional, financiera y prestacional; que brinde un trato digno, seguro y de calidad; que disponga de recursos humanos en cantidad y competencias necesarias, distribuidos descentralizada y equitativamente, con trabajo digno.

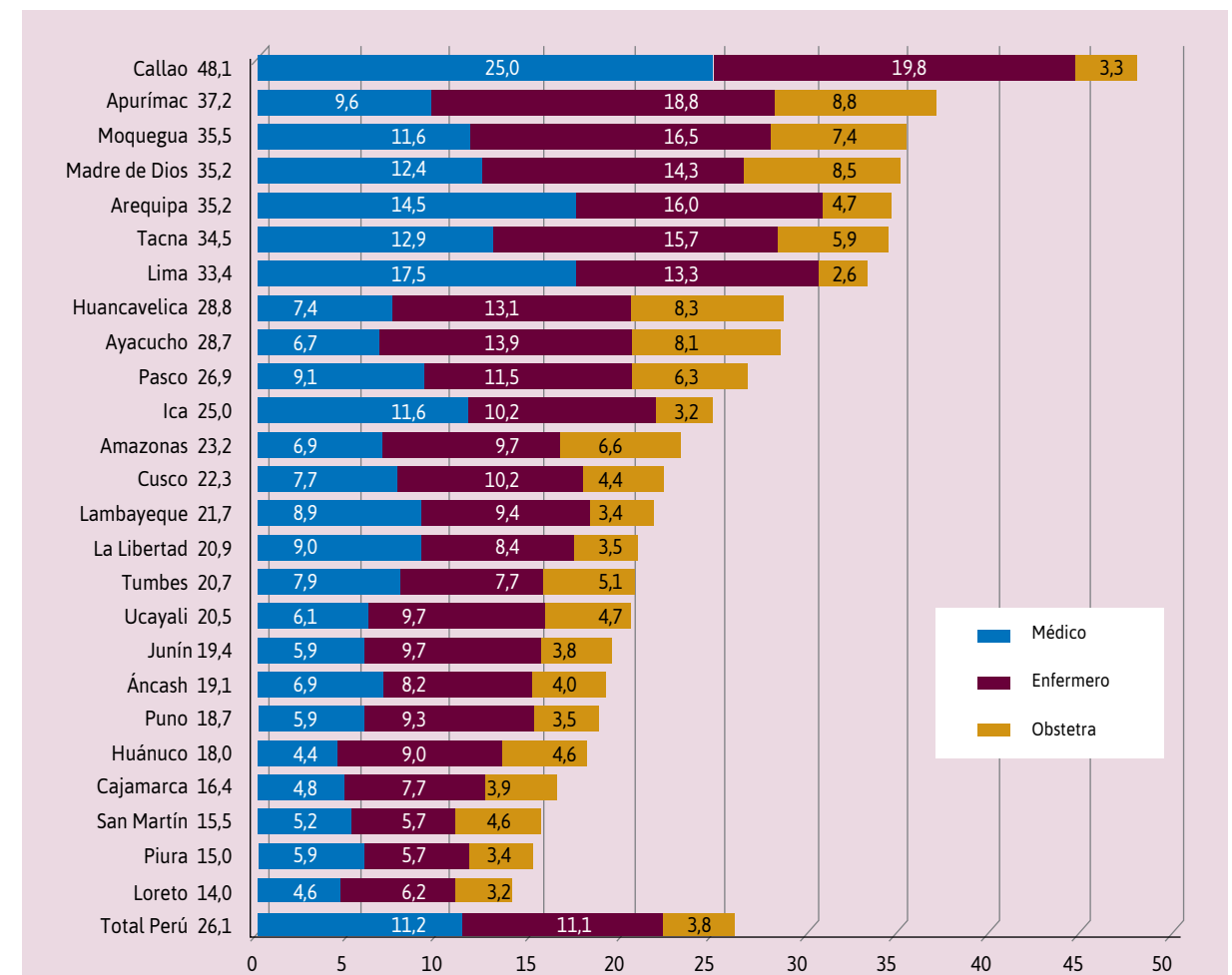


Figura 1. Densidad (por 10 000 habitantes) de recursos humanos en el sector Salud, por departamentos. Perú, 2000. Fuente: Base de datos de Recursos humanos del Minsa y Gobiernos regionales, 2012. Elaborado por Minsa, Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú.

TRABAJADORES EN SALUD Y REFORMA

La situación actual de los trabajadores de salud luego de varios años de reforma, en síntesis, es la siguiente:

Ausencia de rectoría en el campo de recursos humanos en salud

Con la disolución del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH), a cargo del gobierno aprista, se retrocedió en la posibilidad de ir constituyendo una autoridad en el campo de recursos humanos que neutralizara los efectos de la segmentación del sistema de salud y avance a sentar las bases de la integración a través de la gobernabilidad y la conducción estratégica de los recursos humanos en salud.

El Comité Nacional de Articulación, Docencia, Atención de Salud e Investigación (Conadasi) del Consejo Nacional de Salud (CNS) nunca ha logrado avanzar más allá de recomendaciones formales sin ningún carácter vinculante, y la actual Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos (DGDRHS) tiene un alcance limitado incluso a nivel del Ministerio de Salud (Minsa).

La integración del sistema de salud requiere institucionalizar un Consejo Nacional de Recursos Humanos en Salud que revalore el aporte de los trabajadores, planifique estratégicamente su formación y empleo, que regule el mercado de trabajo y que favorezca el desarrollo profesional continuo.

Sector público no dispone de recursos humanos suficientes para universalizar la cobertura de atención en salud

El Minsa admite que en las últimas tres décadas ha empleado diversas estrategias para mejorar la atención en el primer nivel y extender la cobertura en zonas de escaso desarrollo socioeconómico. Sin embargo, actualmente aún persiste el problema de inequidad para el acceso a los servicios de salud en los diferentes niveles de atención, básicamente debido al déficit de recursos humanos adecuadamente calificados para brindar una atención de salud con calidad y pertinencia.

Solo 10 de las 25 regiones del país superan la razón de recursos humanos en salud establecida como aceptable por la Organización Mundial de la Salud (OMS), 25 x cada 10 mil habitantes.

Tabla 1. Densidad (por 10 000 habitantes) de recursos humanos en el sector Salud, por departamentos. Perú, 2000

Carrera profesional	2008			2005			Incremento 2008-2005 (%)		
	Total	Privadas	(%)	Total	Privadas	(%)	Total	Privadas	Públicas
▲ Enfermería	26 698	17 324	(64,9)	18 898	10 178	(53,9)	41,3	70,2	7,5
▲ Odontología	20 626	17 634	(85,5)	11 535	8 990	(77,9)	78,8	96,2	17,6
▲ Medicina	17 700	10 495	(59,3)	13 982	7 448	(53,3)	26,6	40,9	10,3
▲ Psicología	17 363	14 164	(81,6)	11 976	9 722	(81,2)	45,0	45,7	41,9
▲ Obstetricia	10 584	7 229	(68,3)	8 854	5 387	(60,8)	19,5	34,2	-3,2
▲ Farmacia y bioquímica	7 286	4 429	(60,8)	4 892	2 679	(54,8)	48,9	65,3	29,1
▲ Biología	6 648	1 543	(23,2)	4 345	453	(10,4)	53,0	240,6	31,2
▲ Medicina veterinaria	6 098	2 535	(41,6)	5 175	2 004	(38,7)	17,8	26,5	12,4
▲ Tecnología médica	4 974	3 339	(67,1)	2 048	1 477	(72,1)	142,9	126,1	186,3
▲ Nutrición	2 525	790	(31,3)	1 624	438	(27,0)	55,5	80,4	46,3
Total	120 502	79 482	(66,0)	83 329	48 776	(58,5)	44,6	63,0	18,7

Fuente: Base de datos de Recursos humanos del Minsa y Gobiernos regionales, 2012
Elaborado por Minsa, Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú

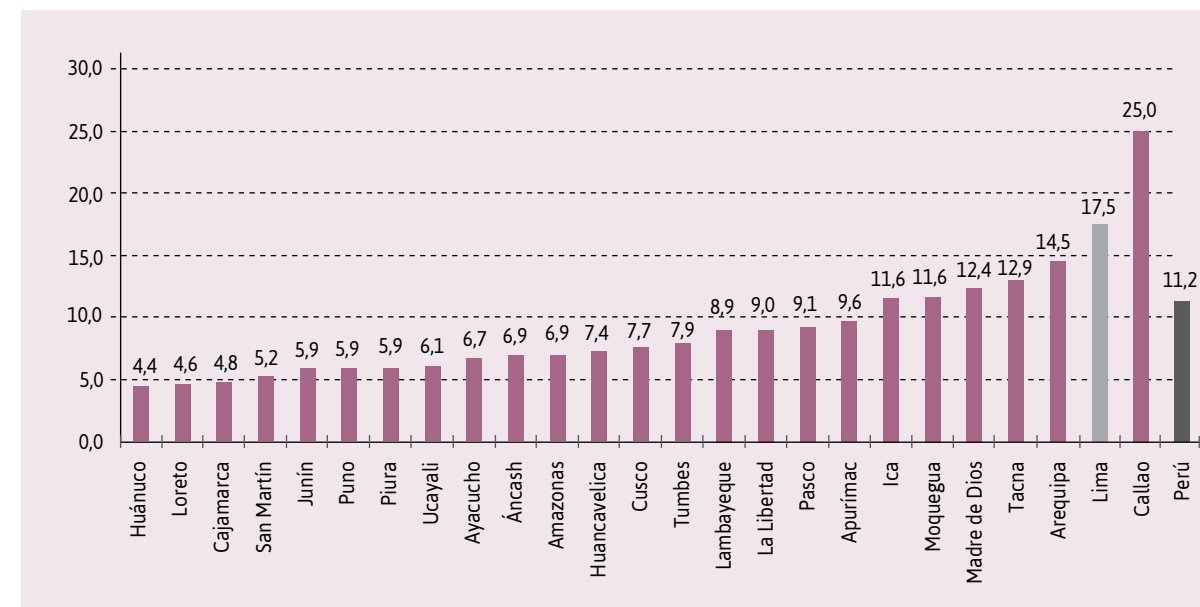


Figura 2. Tasa de profesionales médicos x 10 000 habitantes. Perú 2012. Fuente: Base de datos de Recursos humanos del Minsa y Gobiernos regionales, 2012. Elaborado por Minsa, Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú.

Las estrategias empleadas se han centrado en el Serums, servicio que si bien ha ayudado a mejorar transitoriamente la cobertura profesional de atención, ha demostrado ser completamente insuficiente para una solución estructural del problema.

Por otro lado, no existen los incentivos ni las condiciones laborales y profesionales para una efectiva distribución equitativa y descentralizada de los recursos humanos en salud.

Esta situación es similar y hasta peor en el caso de la distribución de los profesionales médicos. Solo 7 de las 25 regiones superan la tasa de médicos por habitante recomendada por la OMS, 10 x 10 mil.

La distribución por quintiles de pobreza muestra la inequidad en la distribución de profesionales médicos. En el quintil poblacional V, de mayores ingresos, la tasa de médicos por 10 mil se mantiene casi cuatro veces más que la del quintil poblacional I, de menores ingresos, en el período 2009-2012.

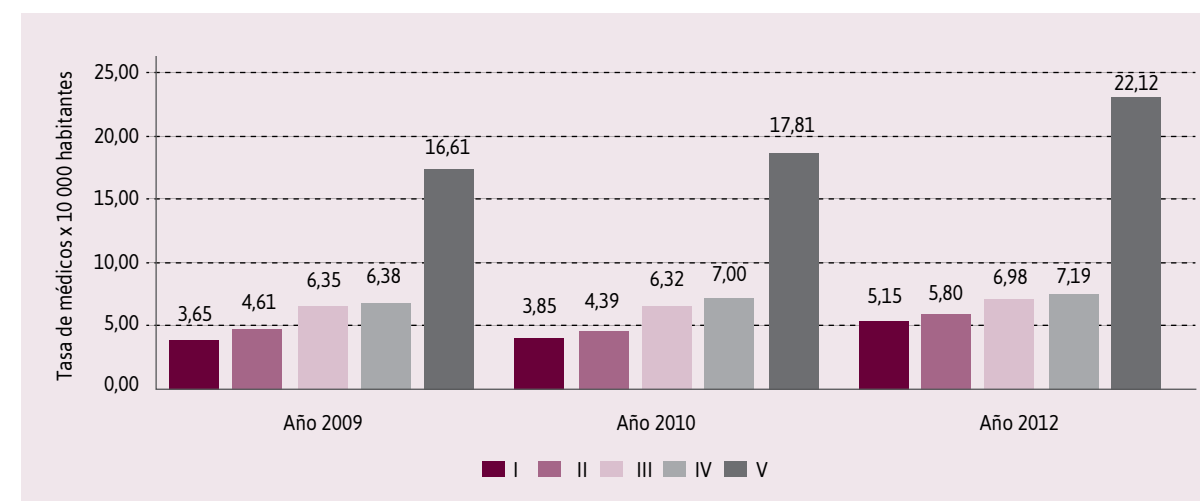


Figura 3. Distribución de los profesionales de Medicina Humana por quintiles de pobreza, 2012. Fuente: Base de datos de Recursos humanos del Minsa y Gobiernos regionales, 2012. Elaborado por Minsa, Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú.

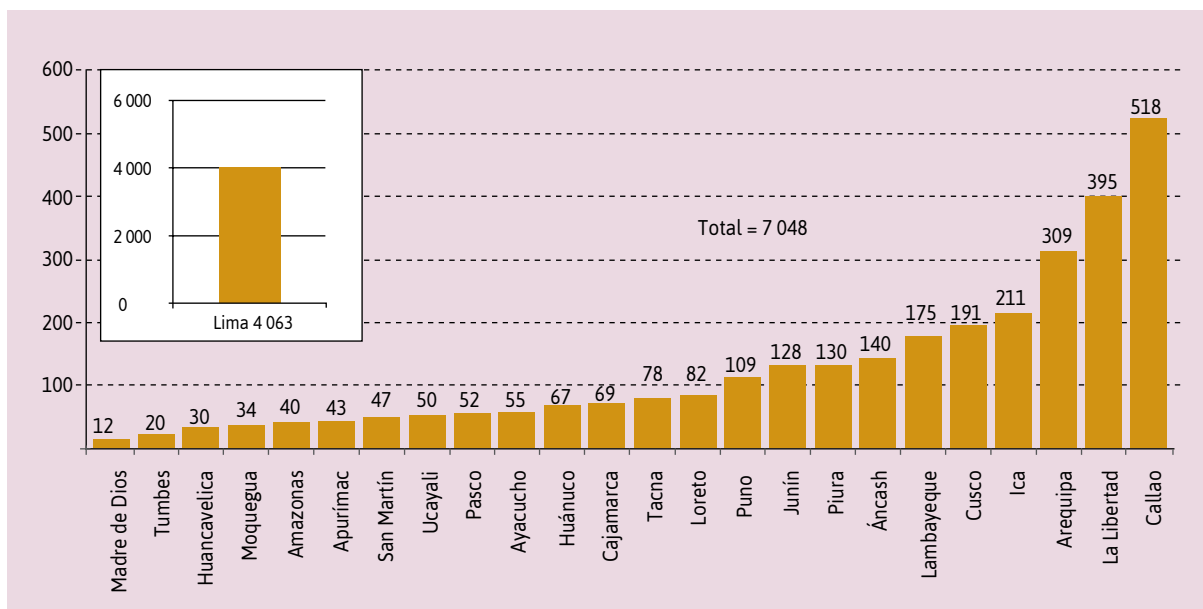


Figura 4. Dotación de médicos especialistas en Minsa y Gobiernos regionales por departamento, 2012. Fuente: Base de datos de Recursos humanos del Minsa y Gobiernos regionales, 2012. Elaborado por Minsa, Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú.

Alarmante déficit de especialistas en regiones

De los 7 048 médicos especialistas que trabajan en el Minsa y regiones, 65 % se encuentran en Lima (4 063) y Callao (518), y existen regiones como Madre de Dios donde solo trabajan 12 especialistas.

Aunque finalmente se ha logrado establecer que los especialistas deben recibir una bonificación y se ha establecido el mecanismo de servicios complementarios, se requiere ahora orientar y regular la formación en las especialidades médicas prioritarias y, al igual que para médicos generales, establecer los incentivos y las condiciones laborales y profesionales que permitan una mayor disponibilidad de especialistas en las regiones.

Alta migración de profesionales de salud

Prácticamente, como válvula de escape a las condiciones de trabajo de profesionales de salud (médicos, enfermeras y obstetras, principalmente), muchos de ellos vienen abandonando el país en busca de nuevas oportunidades en el extranjero. Mientras en 2008 se reportaron 135 médicos que emigraron sin reportar retorno a los tres años, en 2013 esta cifra se elevó espectacularmente hasta 2 532.

Situación laboral actual de los médicos en Perú

La situación laboral de los médicos, y en general de los trabajadores de salud, está determinada por el desorden administrativo, por la existencia de múltiples regímenes laborales, la ausencia de la carrera pública, los bajos niveles salariales y condiciones de trabajo limitadas.

Respecto al desorden administrativo, en el sector público peruano existen más de 20 regímenes laborales; sin embargo, son tres los que concentran al 70 % de empleados públicos, los de los regímenes del DL 276, DL 728 y CAS. En el sector salud, este desorden laboral se agrava por la existencia de leyes especiales para cada grupo profesional.

En el año 2008, mediante Decreto Legislativo N° 1 023, se creó la Autoridad Nacional del Servicio Civil (Servir), rectora del Sistema Administrativo de Gestión de Recursos Humanos. Se supone que Servir es parte de una reforma laboral que pondría orden, establecería la carrera pública y dotaría a la gestión pública de un cuerpo de gerentes altamente calificados. Nada de esto ha sucedido a seis años de su creación.

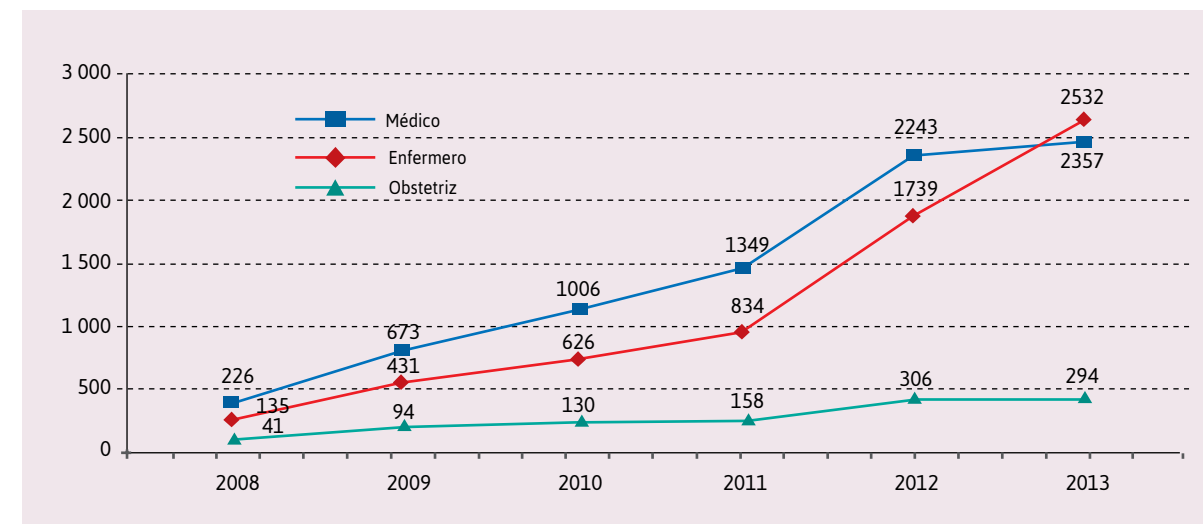


Figura 5. Profesionales médicos, enfermeros y obstetras migrantes sin retorno 2008-2013. Fuente: Superintendencia de Migraciones, Perú.

El reciente DL N° 1 153, mediante el cual se pretende regular la llamada política integral de compensaciones y entregas económicas al personal de salud, además de su carácter anticonstitucional, obliga a medio millar de profesionales de la salud –en cálculos de la Federación Médica Peruana– a cambiarse del régimen pensionario público (Ley N° 20 530) al privado (AFP), lo que afecta su derecho a acumular su tiempo de servicio.

Además, no establece la remuneración mínima, deroga el artículo N° 23 de la Ley del Trabajo Médico, desconoce el carácter remunerativo del pago por trabajo de guardia y, entre otros, elimina el derecho a pago por vacaciones trunca.

Riesgos de salud de profesionales de salud

Los riesgos para la salud de los profesionales del sector son muy altos. Varios estudios han demostrado esta situación, sobre todo en lo relacionado a la tuberculosis.

Un estudio realizado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza obtuvo los siguientes resultados: entre 1993 y 2005 se diagnosticaron 42 trabajadores de salud con tuberculosis, con un aumento de la incidencia de 1,3 a 5,2 por 1 000 trabajadores en ese período.

Un estudio realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia obtuvo los siguientes resultados: de enero de 1994 a diciembre de 2007,

se atendieron 957 enfermos de tuberculosis, de los cuales 159 (16,6 %) fueron TS, con edad promedio de $31,05 \pm 8,79$; 84 (52,8 %) fueron mujeres y 122 (76,7 %) tuvieron enfermedad pulmonar. De los 957, 36,5 % fueron profesionales y 34,6 % estudiantes de ciencias de la salud. Entre los profesionales de la salud hubo 41 médicos (71 %), y de ellos, los residentes fueron mayoría (63 %). Entre los estudiantes de ciencias de la salud, el grupo mayoritario fue el de los estudiantes de medicina (87 %), y dentro de ellos, la mayoría (75 %), externo e interno.

Situaciones similares a esta se describen para otras enfermedades infectocontagiosas.

Formación y regulación del ejercicio profesional de los médicos

En el año 2008 estaban matriculados 17 mil 700 estudiantes de medicina, registrándose un incremento de 26,6 % en relación a 2005, con un marcado incremento de universidades privadas (40,9 %) versus las universidades públicas, con un incremento de 10,3 % en el mismo período, con el consiguiente déficit de campos clínicos para su formación.

Luego de la desactivación de la Comisión para la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina Humana (CAFME) y ante la demora de la implementación del proceso de acreditación

por parte del Consejo de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad de la Educación Superior Universitaria (Coneau), se ha generado un vacío legal que ha permitido una nueva proliferación de facultades de Medicina, que llega a casi 38 en la actualidad, de las cuales ninguna ha sido acreditada nacionalmente y solo 3 se encuentran acreditadas internacionalmente.

Por otro lado, la certificación profesional, de la que el Colegio Médico del Perú fue pionero, se encuentra prácticamente abandonada, en vista de que hasta ahora se mantiene la recertificación con base en el portafolio (cursos de capacitación, principalmente), en vez de hacerlo por competencias profesionales como establece la Ley.

CONCLUSIÓN

La situación descrita permite concluir que las reformas en salud en el Perú han olvidado a los principales actores de cualquier proceso de cambio, que son los trabajadores de salud.

La ausencia de rectoría en el campo de los recursos humanos, la distribución centralista e inequitativa, la precarización del empleo, los crecientes problemas de salud ocupacional, la alta migración, la desregulación de la formación y del ejercicio

profesional en el Perú, son las consecuencias de un sistema de salud segmentado y excluyente, que no valora el desarrollo de su potencial humano.

Urge cumplir con el 'Llamado a la Acción de Toronto', del cual el Perú es signatario y en el que se comprometió a: I) adecuar la fuerza de trabajo de los servicios de salud a las necesidades de salud de la población; II) colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, para lograr una distribución equitativa del personal de salud en las diferentes regiones y de acuerdo a diferentes necesidades; III) regular los desplazamientos de los profesionales de salud, tanto en forma de movimientos dentro del país como en migraciones internacionales, de manera que permitan mantener en funciones los servicios de salud para toda la población; IV) generar vínculos entre los trabajadores y las organizaciones de salud que permitan el compromiso con la misión institucional de brindar buenos servicios de salud a toda la población; V) desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación profesional (Universidades, Escuelas) y las de servicios de salud que permitan adecuar la formación de profesionales de salud para un modelo de atención universal, equitativo y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Segunda medición de las metas regionales de recursos humanos para la salud, Perú 2007-2015. Lima: Minsa; 2013.
2. Danilla M, Gave J, Martínez-Merizalde N. Tuberculosis ocupacional en un hospital general de Lima, Perú. Rev Soc Per Neumol. 2005;49(2):101-105.
3. Accinelli Tanaka R, Noda Milla J, Galloso Benites M, López Oropeza L, Da Silva Caballero J, Bravo Pajuelo Y, et al. Enfermedad tuberculosa entre trabajadores de salud. Acta Méd Peruana. 2009;26(1):35-47.
4. Alva J, Verástegui G, Velásquez E, Pastor R, Moscoso B. Oferta y demanda de campos de práctica clínica para la formación de pregrado de estudiantes de ciencias de la salud en el Perú, 2005-2009. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2011;28(2):194-201.
5. OPS. Llamado a la Acción de Toronto 2006-2015. Una década de recursos humanos para la salud en Las Américas. Washington D.C.: OPS; 2006.

Correspondencia

Dr. Víctor Carrasco-Cortez
victor.carrasco@upch.pe

Fecha de recepción: 10 de marzo de 2014.

Fecha de aceptación: 17 de marzo de 2014.

ARTÍCULO HISTÓRICO

In memóriam Jorge Campos Rey de Castro (1921-2014)

In memory of Dr. Jorge Campos Rey de Castro (1921-2014)

Julio Castro-Gómez*

* Exdecano del CMP 2000-2001 / 2008-2009

Recientemente falleció el doctor Jorge Campos Rey de Castro (Arequipa, 3 de enero de 1921 - Lima, 3 de marzo de 2014) eminente figura de la medicina nacional en la segunda mitad del siglo XX. Su trayectoria ha dejado una huella indeleble en diversos campos de su vida profesional, sobre todo en el de su especialidad, la Histopatología; y, en el de la educación universitaria, particularmente de la medicina.

Nacido en Arequipa, terminó sus estudios en el Colegio Nacional de la Independencia, en 1936, e ingresa de inmediato a la Universidad San Agustín, para pasar luego a sus estudios médicos en la Universidad Nacional de San Marcos, entre 1938 y 1945, y se gradúa de médico cirujano en 1947. Sus estudios de postgrado en la especialidad de Anatomía Patológica los realiza, primero, en Rosario, Argentina y, luego, en EEUU, becado por la Facultad de Medicina y la Fundación Kellogg. Se doctoró, en 1953, en San Marcos con la tesis 'Patología de la tuberculosis primaria pulmonar'.

INVESTIGADOR

Las áreas de su interés como investigador fueron en lepra, tuberculosis y cancerología. Desde estudiante del pregrado y luego como especialista desarrolló intensas y creativas investigaciones. Hizo importantes contribuciones en el estudio de la lepra desde 1944, en que empezó a publicar sus investigaciones sobre el tema. Su mayor contribución –como lo señala el doctor José Neyra

Ramírez, en su trabajo sobre La hanseología en Perú– fueron las investigaciones y la preparación de su lepromina bacilar *ex cadavere* (lepromina Campos) extraída del hígado y del bazo de lepromatosos fallecidos. El doctor Campos Rey de Castro llegó a ser jefe del Laboratorio Central de Patología del departamento de Lepra del Ministerio de Salud Pública. En 1950, sus trabajos de investigación en lepra lo hicieron merecedor del Premio Nacional de Cultura 'Daniel A. Carrión'.

En la investigación en tuberculosis se involucró desde sus tareas docentes y asistenciales como jefe de Prácticas de Anatomía Patológica de la Cátedra de Tisiología de la facultad de Medicina de San Marcos (1948-1953) y médico anatómo-patólogo del Hospital Sanatorio N.º 1 (ex Bravo Chico, hoy Hospital Hipólito Unanue, entre 1949-1952). Sus trabajos y publicaciones fueron reconocidos con el Premio 'Aníbal Corvetto' (Padre de la Tisiología en Perú), en 1949 y 1953.

Sus mayores contribuciones las desarrolló en cancerología. La mayor parte de sus más de 70 artículos publicados en revistas científicas nacionales y extranjeras expusieron sus investigaciones en tumores y cáncer realizadas durante su extensa experiencia asistencial en los servicios de Anatomía Patológica en los hospitales Dos de Mayo, Sanatorio N.º 1, como jefe del departamento de Patología del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (1952-1965) y jefe de departamento de Patología del Hospital Central