

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS Fundada en 1551

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POST GRADO

**La Reforma en salud y la formación
biosocial del médico egresado de la
Facultad de Medicina : Lima - Perú 2000**

TESIS para obtener el Grado Académico de: DOCTOR EN MEDICINA

AUTOR

ELIAS SIFUENTES VALVERDE

ASESOR CARLOS BUSTIOS ROMANÍ

LIMA-PERÚ 2003

..	1
RESUMEN .	3
INTRODUCCION .	5
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .	7
1.1. Formulación del problema .	8
1.2. Justificación . .	8
1.3. Formulación de objetivos .	9
II. MARCO TEORICO CONCEPTUAL . .	11
2.1. SITUACION DE SALUD EN EL PERU EN LA DECADA DE LOS 90 .	11
2.2. Percepción de las autoridades de las organizaciones de educación médica .	15
2.3. Percepción de los líderes de las organizaciones médicas .	16
2.4. El sistema formal de producción de servicios de salud .	18
2.5. El mercado de servicios médicos .	19
2.6. Fuentes de trabajo médico y conceptos afines .	21
2.7.El mercado de trabajo médico . .	23
2.8. Relación del trabajo médico y la educación médica .	26
2.9. El Perfil Académico Profesional del Médico .	27
2.10. Percepciones sobre el desfase entre trabajo médico y educación médica . .	28
2.11.Percepción de las autoridades de las organizaciones de educación médica .	29
2.12 HIPOTESIS DE TRABAJO . .	30
III. METODOLOGIA .	31
3.1. Tipo de estudio . .	31
3.2. Población y muestra .	31
3.3. Instrumentos y procedimientos para la obtención de los datos . .	32
3.4. Procesamiento y análisis de los datos .	32
IV. RESULTADOS .	33
4.1. Area: docentes . .	33

4.2. AREA: ALUMNOS . .	57
4.3. ÁREA: ANÁLISIS DE LOS SILABOS . .	61
V. RESULTADOS .	73
BIBLIOGRAFIA .	75
ANEXOS .	79
TEXTO COMPLETO EPUB . .	101

Mi agradecimiento profundo sincero al Dr. Carlos Bustios Romani por su asesoramiento. A mi madre A mi esposa A mis hijos

RESUMEN

La reforma de la salud ha abierto debate sobre si las universidades públicas y privadas están modificando sus planes curriculares con el propósito de adecuarse a las necesidades de salud que el país requiere. Para cumplir con los objetivos propuestos, el estudio está organizado en tres áreas: docentes, alumnos y análisis de los cursos relacionados con el tema de Reforma en Salud: Salud Comunitaria, Gerencia en Salud, Epidemiología y Atención Integral.

La población muestral estuvo referida a 22 profesores de las asignatura en estudio y en 150 alumnos del último año de estudios de medicina.

Es un estudio no experimental, de tipo descriptivo, analítico/observacional y de corte transversal. Las conclusiones más destacadas fueron: la Facultad de Medicina de San Fernando no ha participado significativamente en la Reforma de la Salud, no existe coordinación entre el Ministerio de Salud, EsSalud, los servicios de Sanidad de la Defensa y el Ministerio del Interior, el sector privado y la Facultad de Medicina de San Fernando en la formulación de los planes curriculares para la formación del perfil profesional del médico que el país requiere.

INTRODUCCION

Dada la problemática de la reforma en salud como política de gobierno y la formación académico-profesional de los médicos, nos hicimos ciertas preguntas, que muchas veces no tenían respuesta inmediata. ¿Qué tanto conocemos de la Reforma en Salud? ¿Cuáles son los conocimientos que tienen docentes y alumnos egresados de la Facultad de Medicina de San Fernando?

El presente estudio focaliza su quehacer en tres áreas: a) conocimientos que tienen los alumnos del último año de estudios de la Facultad de Medicina de San Fernando; b) conocimientos que tienen los profesores del Departamento Académico de Medicina Preventiva sobre la Reforma, opiniones sobre sus logros y errores; c) analizar los cursos básicos que involucran contenidos de los eventos principales relacionados con la Reforma en salud. El análisis de las asignaturas de Salud Comunitaria, Epidemiología, Gerencia en Salud y Atención Integral nos permitió conocer esta realidad.

La información adicional sobre los entretelones del proceso de la reforma en salud, datos sobre el mercado, el perfil ocupacional y otros similares, son temas que pueden servir a otros investigadores.

Para el presente estudio, se realizó una investigación no experimental, de tipo cualitativo, descriptivo, transversal y observacional, con una población muestral que comprende a 22 docentes de las asignaturas mencionadas y a 150 alumnos del último año de estudios de medicina que llevaron los cursos anteriormente mencionados.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A partir de 1996, en nuestro país, toma mayor vigencia una política de Reforma en Salud, orientada hacia el logro de un sector salud con equidad, eficiencia y calidad, con la misión de promover y garantizar la salud individual y colectiva de la población peruana. Todo esto reforzado con la declaración de la Organización Panamericana de la Salud que define a la Reforma del Sector Salud como "un proceso orientado a introducir cambios sustanciales en las diferentes instancias y funciones del sector, con el propósito de aumentar la equidad en sus pretensiones, la eficiencia en su gestión y la eficacia de sus acciones".

Por otro lado, uno de los principios y objetivos de la universidad peruana es justamente la de formar profesionales de salud con características cualitativas y cuantitativas que correspondan a las necesidades de salud de la población peruana, así como a los requerimientos de las políticas sectoriales de salud.

A la vez, nos preguntamos si el sistema formal de producción de servicios de salud está en consonancia con la formación biopsicosocial que se pretende dar en la universidad peruana. Todavía no se encuentra respuesta definida en las universidades públicas y privadas, formadoras de la fuerza de trabajo médico, porque no tienen una posición ideológica y valorativa homogénea. Así, preguntas tan sencillas como ¿para quién? y ¿para dónde preparar médicos? o ¿qué tipos de médicos preparar?, no obtenemos respuestas satisfactorias, críticas, realistas y competentes en esta etapa de la globalización y más recientemente de la integración nacional, regional y local.

Actualmente, aún se desconoce cuáles son los niveles de correspondencia entre los

reales conocimientos y actitudes de los alumnos egresantes de las Facultades de medicina del país con los conocimientos y actitudes de trabajo que el Sector Salud exige a los profesionales médicos participantes en la instrumentación de dicha política.

En 1997, el Ministerio de Salud (MINSA) realizó un Seminario Internacional sobre la Reforma del Sector Salud, donde se dió importancia a los análisis de las brechas y metodologías que superarán en el enfoque del análisis sanitario el uso de los promedios y la focalización de las intervenciones sobre patologías y grupos prioritarios. Se definió a la reforma sanitaria “como un nuevo modo de percibir la realidad que busca plantear la salud como componente central del desarrollo y que expresa las nociones necesarias de desarrollo de la ciudadanía, de la nacionalidad y de la paz, nuevas y mayores capacidades de gobierno, un nuevo sistema de cuidado de la salud individual y colectiva, un nuevo modelo de financiamiento y un nuevo sistema de gerencia de servicios de salud”.

Esbozando lo anterior, nos hicimos una pregunta en particular, como sanmarquinos y sanfernandinos, ¿estamos cumpliendo con éstos nuevos enfoques de la Reforma en Salud, en la Facultad de Medicina de San Fernando?, ¿estamos contribuyendo a la formación biospsicosocial de nuestros futuros médicos? ¿Cómo se responde a éstos avances científicos y humanísticos, precisamente en nuestro Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública?

Tal inquietud lleva a una interrogante precisa del problema.

1.1. Formulación del problema

¿Habrá correspondencia entre la formación biospsicosocial del futuro médico con la enseñanza-aprendizaje de asignaturas de profundidad social como son Medicina Comunitaria, epidemiología, Gerencia en Salud y Atención Integral en Salud y la Reforma en Salud propiciada por el Estado Peruano que se ofrece en el Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública?

1.2. Justificación

Se necesita saber si los esfuerzos actuales de la Universidad y de la Facultad de Medicina de San Fernando están vinculados hacia la reorientación de la formación médica que garantice la calidad y la eficiencia del ejercicio médico profesional en el país. Eficacia medida en términos de la correspondencia de sus conocimientos, aptitudes y actitudes con las necesidades reales de salud de la población peruana y los requerimientos de las políticas sectoriales de salud. Estamos seguros que con éste diagnóstico preliminar se podrá reorientar, y reformular las estrategias educativas y así poder definir medidas correctivas en los enfoques educativos y profesionales.

1.3. Formulación de objetivos

Objetivo General

Formar profesionales médicos que se identifiquen con la realidad social, humanística y de comprensión y vivencia social con sus pacientes y la política sectorial de salud.

Objetivos Específicos

1. Determinar si los conocimientos que tienen los alumnos de la Facultad de Medicina de San Fernando sobre los orígenes, avances y limitaciones guardan concordancia con el proceso de la Reforma de la Salud en las asignaturas específicas de Medicina Comunitaria, Epidemiología, Gerencia en Salud y Atención Integral en Salud.

2. Conocer si los docentes del Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública han incorporado en los contenidos que involucran la enseñanza y los objetivos de la Reforma en Salud, en las asignaturas anteriormente mencionadas en el numeral 1.

3. Evaluar los silabos de los cursos de Salud Comunitaria, Epidemiología, Gerencia en Salud y Atención Integral en Salud en sus objetivos, contenidos y estrategias educativas.

II. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

Se conoce que la elección de un problema adecuado es difícil, no sólo para los principiantes sino aún para los investigadores más experimentados que se aproximan con precaución y, a veces con vacilaciones, a la posible solución. Todo implica que requiere una seria responsabilidad y demanda mucho tiempo y energía en la vida universitaria del docente.

Se ha tratado de evaluar el problema de la formación biospsicosocial de los estudiantes bajo la premisa de que sirva de guía útil para la evaluación del trabajo universitario y de guía para sucesivas investigaciones a la luz de su competencia.

En este marco teórico y conceptual se ha tratado de reunir todos aquellos parámetros que conduzcan a una mejor comprensión y ejecución de los objetivos curriculares con referencia a la reforma en salud.

2.1. SITUACION DE SALUD EN EL PERU EN LA DECADA DE LOS 90

La reforma del sistema formal de salud

El modelo teórico de la "reforma del sistema formal de salud" utilizado en América Latina y en el Perú en las dos últimas décadas del Siglo XX tiene un carácter

economicista, aunque se reconocen dos estadios en su desarrollo: el “modelo de mercado libre de servicios de salud” y el “modelo de mercado atípico de servicios de salud”. El primero de ellos se planteó bajo el supuesto fundamentalista de que el usuario del sistema formal de salud elige y calcula medios y fines desde el punto de vista de la maximización de los beneficios o de expectativas de beneficios (en términos de poder o lucro). Modelo teórico que subyace a los planteamientos que en términos de la teoría de la decisión se hace en Microeconomía. Los cuales indican que las decisiones en la asignación de recursos escasos tienen que tomarse necesariamente en función de los criterios de “eficiencia económica”, medida por la relación costo-beneficio, y de “eficacia social” en función de la relación impacto-costos. De éstas medidas se derivan otros índices, el más conocido de los cuales en el campo de la salud es el QALY (quality adjusted life years) o AVAC (años de vida ajustados según la calidad).

La propuesta de privilegiar la teoría de la ciencia económica y, por ende, el modelo de mercado libre de servicios de salud en el campo de la reforma sanitaria fue recogida e impulsada durante la década de los 80 por el “Banco Mundial”. El método propuesto se fundamenta en el análisis económico, utilizado para revelar esencialmente la dimensión fiscal y financiera de la producción de servicios de salud. A partir de éste tipo de análisis, los gobiernos latinoamericanos iniciaron reformas del Sector Público y de la Seguridad Social en Salud, supuestamente sobredimensionados. La búsqueda de la “eficiencia” fue el argumento inicial y único con que los gobernantes justificaron el recorte de los gastos públicos en salud.

Los resultados de la aplicación rígida de ese primer modelo mostró, rápidamente, de que en el campo social existen casos en los cuales las soluciones del mercado no son necesariamente eficientes, debido a la existencia de las llamadas “fallas del mercado”, ya descritas parcialmente en páginas anteriores. Además se comenzó a reconocer, siempre desde la perspectiva economicista, que la existencia de pobreza o la distribución demasiado desigual de la riqueza tenían que ser consideradas como otras fallas de mercado. Se comenzó a aceptar, lo evidente, que los individuos pobres, de bajo nivel educativo no están en igualdad de condiciones y de oportunidades que los individuos en situación favorecida; y que, en consecuencia, no es equitativo el punto de partida. Otros teóricos más ortodoxos, argumentan, que aún en el caso de que no fuera una falla del mercado, se justificaría la intervención del Estado - más aún en países subdesarrollados - si se considera que la existencia de grupos que viven en extrema pobreza constituyen una traba para el desarrollo de la sociedad a la vez que puede ser una fuente de inestabilidad social que limite los espacios de gobernabilidad de un país. No obstante, ambos tipos de teóricos coinciden en opinar que el hecho de la existencia de fallas de mercado que afecten especialmente a los bienes y servicios del área social, no implica necesariamente que el Estado deba proveer el bien o servicio. Así como los mercados no son perfectos, la acción del Estado puede tener fallas: ineficiencia, corrupción, nepotismo, favoritismo, excesiva burocracia, etc. La participación del Estado en el área social debería ser de manera tal que refuerce y que no sustituya al mercado en el papel de asignador de recursos.

A partir de las evidencias e ideas arriba expuestas, el primer modelo de la reforma del sistema formal de salud tuvo que ser modificado y reemplazado por el que

llamaremos el “modelo de mercado atípico de servicios de salud”. Para ello, se definieron algunos principios generales que debían guiar la intervención del Estado en los campos de la salud y de la educación, en el caso de que ésta sea necesaria:

- Cuando el Estado tenga que proveer servicios de salud y educación, es deseable que la producción de los mismos esté a cargo del sector privado. La participación del Estado en la provisión de servicios debe ser subsidiaria, no debe impedir la intervención del sector privado en la misma.
- Cuando, con el objeto de reducción de la pobreza, el Estado intervenga en la economía, es preferible que lo haga a través de subsidios directos a los grupos que desea favorecer y que dicho gasto esté cuidadosamente focalizado.
- A fin de resolver los problemas de información asimétrica y mercados imperfectos, en la mayoría de los casos basta que el Estado actúe como ente regulador.

Desde esta segunda concepción de reforma del sistema formal de salud, se afirma que la estrecha relación entre salud y pobreza determina que la responsabilidad que corresponde al Estado en materia de salud es la de propiciar un entorno económico que asegure el incremento de los ingresos de los más pobres, de manera que los individuos mejoren sus condiciones de vida y sus niveles de educación, todo lo cual resulta en mejores condiciones de salud de la población. Además, se argumenta que el Estado debe intervenir específicamente en el campo de la salud, utilizando la inversión de recursos públicos y la regulación. Sin embargo, se enfatiza que el punto de partida de estas intervenciones debe ser la consideración que debe corresponder a los individuos de ocuparse de su salud pues, debidamente informados, están en mejores posibilidades de destinar libremente el gasto a sus necesidades y preferencias en servicios de salud, ya sea directamente o a través de seguros privados. En resumen, al Estado sólo le corresponde regular las fallas del mercado, ocuparse de las externalidades, fomentar la competencia y financiar la salud de los pobres extremos como un medio para reducir la pobreza.

En consecuencia, de lo anterior, sólo serían servicios de salud de responsabilidad del Estado los que tienen un efecto no individualizable sobre la salud colectiva, así como los que, teniendo un efecto individualizable, generan externalidades positivas para los demás miembros del colectivo social. La no individualización del beneficio y dichas externalidades determinan que estos bienes no pueden ser producidos por el mercado, pues no hay una forma apropiada de cobrar por ellos; es por ésto que se requiere que el Estado los produzca. El Estado debe, entonces, ser responsable de la producción de los siguientes servicios: (a) erradicación de vectores, (b) control de brotes epidémicos; (c) educación en materia de tabaquismo, alcoholismo y drogas; (d) difusión de información nutricional y sanitaria; (e) prevención del SIDA, cólera y otras transmisibles, (f) fortificación de alimentos con proteínas, fierro y/o yodo, vitaminas y otros; (g) campañas de vacunación; (h) asistencia para planificación familiar. Todos ellos determinan beneficios que son bienes públicos o generan externalidades, con un gran impacto social medido en términos de costo-beneficio.

Desde esa perspectiva es fundamental relacionar la eficiencia de la asignación del

gasto público en salud con la equidad en la prestación de servicios públicos de salud, en el sentido de que con la cofinanciación y la recuperación de costos de éstos servicios (los que pueden pagarlos deben hacerlo) se liberan recursos para asignarlos a las poblaciones más pobres. Esto último lleva a la definición del principio de “focalización” - en oposición al principio de universalidad defendido por los igualitaristas - como el compromiso del Estado en apoyar esencialmente a los pobres extremos. Como consecuencia, el indicador utilizado para evaluar los logros en la reducción de la pobreza, no es el gasto social total, sino el impacto, en términos de costo-beneficio, en la “población objetivo” (pobres extremos) para el cual fue diseñado.

Finalmente, desde la perspectiva economicista la acción del Estado en el campo de la Reforma de Salud deberá ser subsidiaria y, por ende, orientarse por los siguientes lineamientos:

- Priorización del gasto público, escogiendo el financiamiento de las acciones más eficaces en relación a los costos. Una política racional de gasto público en salud debe atender sólo a las siguientes prioridades: (a) las acciones de salud pública, tal como éstas son definidas y delimitadas por la autoridad sanitaria; y (b) el cuidado de la salud individual de los pobres extremos. Así, el Estado debe financiar “servicios clínicos básicos” o de atención médica de baja complejidad gratuitos para aquellos que se encuentren en situación de pobreza extrema. Intentar financiar todo tipo de servicios de atención médica podría restar recursos para atender las necesidades esenciales. Es por ello que se debe definir un conjunto mínimo de servicios que se aseguren como gratuitos y continuados para los más pobres. Existe consenso respecto a que estos servicios de “salud básica” incluye cinco grupos de atenciones: asistencia prenatal y obstétrica; servicios de planificación familiar; tratamiento de enfermedades comunes de la niñez; tratamiento de la tuberculosis; y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. La ampliación de la gratuidad a otros servicios debe ser definida de acuerdo con las condiciones de salud de la población, el costo-beneficio del gasto y las posibilidades fiscales. Los recursos públicos no deben ser destinados para cubrir las necesidades de los no pobres. Estos o la población incluida en el sector laboral formal puede estar cubierta con seguros públicos o privados y, por tanto, cuenta con los medios para cuidar de su salud individual. Atender también a quienes tienen recursos genera el efecto de profundizar las desigualdades sociales.
- Promoción de la competencia para mejorar la eficiencia en la prestación de servicios de salud. El Estado debe modificar su rol de prestador de servicios por el de financiador; los agentes privados en competencia con los establecimientos públicos, pueden administrar las prestaciones financiadas por el Estado, en un esquema de subsidios a la demanda, en el que los recursos públicos se asignarían en función del rendimiento producido. Dado que los establecimientos públicos tendrían que competir con el sector privado, se requiere facilitar su gestión otorgándoles independencia y flexibilidad. En el escenario óptimo, el Estado podría transferir al sector privado, en propiedad o en concesión, los hospitales. Ello permitiría que el beneficiario pudiera escoger a su proveedor de servicios de salud en función de la calidad del servicio, así como un mejor control de costos y por tanto, lograr ahorro ganado por eficiencia que

podiera ser aplicado a la ampliación de la cobertura de salud.

- Regulación de los mercados privados de seguros, de servicios de salud y de medicamentos. En el de seguros las deficiencias o distorsiones del comportamiento a ser reguladas por el Estado son: (a) las de los aseguradores, que se niegan a asegurar a personas que ya están enfermas o que tienen altas probabilidades de enfermarse o establecer costos mayores para su atención (selección adversa); (b) las de los proveedores que pueden indicar más servicios de los que el paciente necesita por tener el pago respaldado por la aseguradora (riesgo moral); y (c) las de los mismos usuarios, que pueden exigir mayores atenciones, dado que ya desembolsaron el costo de la prima. En el mercado de servicios de salud, se debe regular los problemas derivados de la asimetría de información; para ello se requiere que el Estado: (a) califique, acredite y supervise a todos los prestadores de servicios de atención médica; y (b) proporcione información a los usuarios sobre el costo, la calidad y los resultados estándares de las atenciones de salud típicas. En el mercado de medicamentos, el Estado también tiene que regular la asimetría de información; debe evitar políticas comerciales controlistas y restrictivas que limitan la competencia y, por tanto, encarecen los productos; y, debe garantizar la calidad de las medicinas que adquieren los usuarios, a través de controles en todos los tipos de establecimientos farmacéuticos.

Durante el período 1991-2000, el Gobierno del Perú dictó y aplicó - como parte de sus estrategias de privatización del Estado y de lucha contra la pobreza - un conjunto de instrumentos jurídicos y administrativos orientados a la reforma de la normatividad del sistema formal de salud. Entre los principales de tales instrumentos debemos mencionar a los siguientes:

- En 1995, el PFSB en Salud se convierte en el “Programa de Salud Básica para Todos”, uno de sus componentes será el “Programa de Administración Compartida”.
- Decreto Legislativo N° 887 “Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud”. Noviembre de 1996.

Percepciones sobre el desfase entre trabajo médico y educación médica

En el mercado de trabajo médico existe una convergencia de intereses de distintos actores sociales, muchas veces conflictivos. Esto se produce como consecuencia del hecho de que el mercado de trabajo es sólo un mercado derivado en tanto existe en función del mercado de servicios de salud, en el cual coinciden intereses de actores sociales del campo de la medicina, de la docencia universitaria, de la administración y de la política. Cada uno de ellos con una percepción y una explicación diferente de los problemas que afectan al trabajo médico y, en consecuencia, con propuestas de control o de solución distintas y conflictivas.

2.2. Percepción de las autoridades de las

organizaciones de educación médica

Las instituciones educativas, si bien reconocen su papel de formadoras de la fuerza de trabajo médico, no tienen una postura teórico-ideológica y valorativa homogénea. Las respuestas de las universidades públicas y privadas, así como de las antiguas y las nuevas a las preguntas como ¿para quién y para dónde preparar médicos? y ¿qué tipo de médicos preparar? son diversas. Desde la perspectiva de las públicas, se les da más importancia a las posiciones de trabajo por lo que éstas demandan para que el trabajo que se realiza sea competente que a lo que ellas ofrecen. Los valores dominantes son la autonomía académica, la excelencia, la responsabilidad y la igualdad. En 1998, en la Facultad de Medicina de la UNMSM, se comentaba sobre los efectos negativos del desordenado y excesivo incremento de la fuerza de trabajo médico en el Perú en las últimas décadas: "...hasta 1968 San Marcos tuvo la única Facultad de Medicina...en la década del 70 eran 6 Facultades de Medicina y actualmente existen en funcionamiento 21 Facultades de Medicina y la percepción que existe un deterioro en la formación médica derivado del crecimiento desordenado de facultades de Medicina sin una infraestructura suficiente con un mínimo de profesores no acorde con el número de alumnos; actualmente el país tiene alrededor de 25,000 médicos, siendo su distribución desigual, pues más del 50 % se encuentra en Lima y anualmente egresan alrededor de 1,200 médicos a nivel nacional". Opinión que coincidía con el pronunciamiento que, un año antes, había hecho la Federación Médica Peruana P: "El anárquico y desmesurado incremento del número de Facultades de Medicina en el país, muchas de las cuales no tienen los requisitos mínimos que garanticen la calidad académica y la pertinencia de la formación profesional. Incremento que obedeciendo, fundamentalmente, al criterio de lucro no corresponde a los requerimientos cuantitativos y cualitativos del sistema nacional de salud ni, muchos menos, a las necesidades de la población. En ese sentido, es criticable la indiferencia o escaso interés de las autoridades responsables de la definición de las regulaciones que posibiliten la racionalización de la formación de los profesionales médicos".

Estimamos que éste marco teórico-conceptual no estaría completo si no incluyéramos algunas otras percepciones que vemos en el campo de la salud, como son: a) la percepción que tenemos de los líderes de las organizaciones médicas; b) la de los reguladores de la fuerza del trabajo médico.

No estarían completas nuestras percepciones, si dejáramos de mencionar lo que significa para nosotros el **SISTEMA FORMAL DE PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** , derivándose en el **SISTEMA FORMAL DE SALUD** , que daría nacimiento al concepto de **FUERZA DE TRABAJO EN SALUD** .

2.3. Percepción de los líderes de las organizaciones médicas

Los médicos y sus organizaciones representativas, como son la “Federación Médica Peruana” (FMP) y el “Colegio Médico del Perú” (CMP), enfatizan el aspecto cuantitativo y cualitativo de las posiciones laborales; tienen en su perspectiva lo que se le ofrece y lo que se le demanda desde las organizaciones empleadoras.

Respecto al aspecto cuantitativo, las organizaciones médicas se preocupan por que haya un número suficiente de plazas de trabajo que garanticen el empleo apropiado de sus colegiados; al mismo tiempo se preocupa porque la fuerza de trabajo no crezca al grado de que los salarios y los títulos académicos se vean afectados por el exceso de oferta; asimismo, que ese crecimiento no signifique el deterioro de la calidad de la formación médica y, por ende, del prestigio de la orden médica en la sociedad. Al respecto, la FMP denunciaba, alrededor del año 1997, lo siguiente: “Las nuevas normas de flexibilización laboral que están provocando una creciente inestabilidad en el trabajo del médico joven, con un incremento de la proporción de los cargos médicos contratados en las entidades públicas, bajo el régimen privado o del pago por servicios, así como la diversificación de los contratos para un mismo cargo y la subcontratación con la modalidad de capitación o destajo. Se estarían creando las condiciones para un mayor control de la fuerza de trabajo médica por los grupos empresariales, que influirán cada vez más, de continuarse con esta política, en la regulación del ingreso al mercado de trabajo médico, de las formas de pago y de las modalidades y condiciones de trabajo. El aumento de las denuncias sobre negligencia y mala praxis médica, las cuales son amplificadas por un tratamiento periodístico unilateral y sensacionalista de las mismas. Aumento que puede expresar un deterioro de la calidad de la formación profesional y de las condiciones de trabajo y/o la existencia de una campaña de desprestigio de la orden médica...”. En julio de 1998, a través de su Presidente, insistía: “En el sector público...el trabajo médico atraviesa la peor de sus crisis, como consecuencia de una política remunerativa impuesta por el gobierno de manera arbitraria...sólo en el Ministerio de Salud existen cuatro mil médicos...que laboran bajo la modalidad contractual de servicios no personales, con honorarios mensuales por debajo de la remuneración promedio de un nombrado, y con una absoluta desprotección en lo que se refiere a prestaciones de salud, accidentes de trabajo, beneficios previsionales, etc.”. Posteriormente, durante el VI Congreso Médico Nacional, organizado por el Colegio Médico del Perú y realizado entre 14 y 16 de junio del 2001, se concluía: “Las remuneraciones reales de los profesionales y trabajadores del sector público se encuentran congeladas desde 1994, lapso en el cual la inflación ha superado el 60%. Debe reconocerse y declararse de interés público el proceso de Recertificación Profesional del Médico...como un mecanismo que permita la educación médica continua resulta indispensable planificar el requerimiento de personal profesional y técnico, con la finalidad de racionalizar su formación buscando mecanismos de acreditación de las instituciones formadoras que garanticen la calidad y la excelencia”.

En cuanto al aspecto cualitativo, para los médicos son fundamentales los valores de autonomía y de independencia; autonomía, para establecer las normas que rigen el desempeño de su ejercicio profesional, e independencia para hacer frente a las autoridades políticas y administrativas con respecto a las decisiones que ellos han definido como materia de su exclusiva competencia. Es así, que la FMP denunciaba, alrededor del año 1997, lo siguiente: “La falta de voluntad de las autoridades del actual

Gobierno para establecer un diálogo leal y transparente con los representantes de las profesiones médicas y de los trabajadores de salud. Renunciando, de esta manera, a encontrar respuestas creativas y concertadas a los problemas enumerados, Peor aún, pareciera existir un deliberado esfuerzo gubernamental por debilitar la institucionalidad de las organizaciones representativas de los profesionales y de los trabajadores de salud”.

En el mismo sentido, durante el mencionado de VI Congreso Médico Nacional, se reiteraron y se ampliaron esas críticas: “...la década pasada ha estado signada por la ausencia de una política orientada al desarrollo de los recursos humanos en salud. Antes bien, uno de los supuestos implícitos de la reforma neoliberal que se emprendió era el de debilitar toda forma de articulación y representación de los profesiones de la salud a efectos de disminuir o liquidar su capacidad de participación o negociación”.

2.4. El sistema formal de producción de servicios de salud

El **sistema formal de producción de servicios de salud** es entendido como un componente del sistema social global, definido como “el sistema social particular conformado por las personas jurídicas públicas y privadas creadas y/o autorizadas, por una norma legal específica, para realizar actividades vinculadas directamente con la producción de servicios de salud”, y denominado, para los fines de este trabajo, **sistema formal de salud**. Este sistema tiene un carácter social e histórico. Social, no sólo en cuanto es una respuesta colectiva a una necesidad básica, sino en cuanto es parte de la sociedad en que se desarrolla y, en consecuencia, está sometido a las mismas determinaciones y a las mismas relaciones que explican el cambio del todo social. Histórica, no sólo en tanto alude a los cambios de su contenido, límites, y posibilidades en el tiempo, sino a la determinación final de estos cambios por el desarrollo de “lo económico” y “lo político”.

Después de la crisis de 1929 y la II Guerra Mundial, las condiciones de trabajo, vivienda, educación y salud de los grupos medios y populares comenzaron a tener una importancia creciente en la agenda política de un Estado que debía atender una doble necesidad: satisfacer los requerimientos del aparato productivo (mantenimiento y reproducción de la fuerza de trabajo para la reactivación económica) y garantizar la conservación del orden público (disminución de las tensiones sociales, legitimación y búsqueda de consenso). En cumplimiento de esta agenda, el Estado amplió e intensificó sus políticas sociales, incrementando el gasto público en infraestructura social. Por su parte, los distintos actores de la sociedad civil comprometidos, utilizando los recursos de poder que controlaban, trataron de condicionar la dirección e intensidad de dichas políticas en función de sus intereses. Esta compleja interacción determinó, en las últimas décadas, la delimitación jurídica de tres subsectores (estatal, seguro social y privado) en el sistema formal de salud, con una diferenciación de los segmentos de población a cargo, de las condiciones de trabajo de su personal, y de los alcances y límites efectivos

de su cobertura y calidad de atención.

El “subsector estatal” cumple, en el sistema, funciones de gobierno, organización, financiamiento y de producción de servicios de salud. El financiamiento de sus dependencias se hace con el tesoro público, y su producción de servicios médicos se destina a la población en condiciones de pobreza o sin acceso a los otros subsectores. No se encuentra orientado a la percepción de un beneficio sino a la realización de un servicio de índole social. La actividad del subsector está condicionada fuertemente por la disponibilidad de recursos financieros; es decir, por los recursos asignados por el Estado a la satisfacción de las necesidades de salud de esa población. Además, el subsector se constituyó en la principal área de prácticas para la formación, especialización y educación continua del médico.

El “subsector del seguro social” cumple, en el sistema, funciones de organización, financiamiento y producción de servicios de salud destinados a sus beneficiarios (asegurados obligatorios y sus dependientes, asegurados facultativos). Se orienta por los principios de la seguridad social vigentes en cada sociedad concreta. El financiamiento de sus actividades se hace, básicamente, por los aportes obligatorios de los trabajadores asalariados, patronos y Estado. El acceso a sus servicios médicos está supeditado a la magnitud y continuidad de los aportes efectivos, así como al cumplimiento de ciertos requisitos administrativos. En la realidad latinoamericana, los principales beneficiarios del subsector son los trabajadores públicos, y los que laboran en empresas privadas de la economía moderna, especialmente las ubicadas en el área urbana.

El “subsector privado” organiza y autofinancia servicios de atención médica destinados a la población con capacidad de pago directo o cubierta por un seguro privado, en general bajo las modalidades de libre elección del profesional y pago o copago por prestación. La razón esencial de su actividad es la generación de un beneficio destinado a ser apropiado en forma privada. La organización misma de la práctica puede variar desde el consultorio individual aislado hasta las grandes empresas médicas.

Los tres subsectores mantienen relaciones semiestructuradas y variables en un sistema formal de alta complejidad, el cual se constituye en un instrumento de intermediación entre la oferta de fuerza de trabajo médico y la demanda de servicios de salud de parte de la población, entre ellos los servicios médicos.

De los requerimientos totales del conjunto de procesos de producción de servicios de salud a cargo del sistema formal - especialmente los servicios de atención médica - depende la magnitud de la demanda de fuerza de trabajo médico, expresada en un número determinado de puestos o posiciones de trabajo en los que el profesional médico es retribuido mediante un salario, y en un número variable de actos médicos, retribuidos mediante honorarios pagados directamente por los usuarios, o de manera indirecta a través de los mecanismos de los seguros social y privado (I).

2.5. El mercado de servicios médicos

El **mercado de servicios de salud** no se ajusta a los supuestos del “modelo de un mercado de libre competencia”, diseñado por la microeconomía; es decir, no cumple las condiciones que se establecen, en forma teórica, para considerar al mecanismo del mercado como el mejor asignador de recursos. Para todos es verificable que:

- Los servicios de salud pertenecen a una categoría de bienes en la que el producto y el proceso de producción son idénticos. Son bienes que no se prueban, no existen en stock, requieren ser consumidos para concretarse, lo cual hace necesario, además, un elemento de confianza entre el usuario y el proveedor.
- Existe una demanda inducida por el proveedor. Las personas en su condición de pacientes o usuarios carecen de la información suficiente como para evaluar sus necesidades de atención y se ven obligadas a delegar en los profesionales gran parte de su libertad de elección. La supuesta soberanía del consumidor está limitada.
- Las prestaciones médicas son producidas por la combinación de distintos factores especializados que no pueden sustituirse. Existe una gran rigidez en la combinación de factores muy especializados. Por ejemplo, la normatividad reguladora sobre las profesiones impiden el que haya entrada libre de ofertantes al mercado formal de salud. Aunque este tipo de normatividad se justifica como medida para proteger al usuario contra el proveedor incompetente, también actúa como una barrera al mercado.
- Existen transferencia de costos, en el sentido que quienes financian los gastos no son los beneficiarios directos de dichos gastos. Esto puede referirse en particular a los gastos en la formación de profesionales que aparecen ocultos entre los gastos operativos de los hospitales públicos, donde realizan su entrenamiento estudiantes de universidades públicas y privadas.
- Incertidumbre tanto en la probabilidad de enfermar como en los resultados de la atención médica genera cierta preferencia por transferir los riesgos - la enfermedad es un riesgo costoso más allá de los costos sociales puesto que puede derivar en incapacidades futuras para obtener ingresos - a cambio de un pago fijo preestablecido.
- Externalidades positivas y negativas (beneficios o perjuicios no diferenciados y sin valorizar) originados en el desarrollo de programas preventivo-promocionales, de investigación y en la organización misma del sistema formal de servicios de salud. Su existencia implica la no comercialización de muchos bienes al carecer de precios unitarios diferenciables.
- En el área rural y aún en la mayor parte de la urbana, el mercado es demasiado limitado para justificar suficientes médicos en cada categoría para cumplir con los requisitos de un mercado competitivo.

Los desajustes comentados, con relación a los supuestos del modelo de libre competencia, problematiza el uso convencional del término **mercado** en el campo de la salud, o al menos nos obliga a redefinirlo como un mercado atípico. En este último sentido, el **mercado de servicios de salud** será entendido, en este documento, como la relación entre la oferta y demanda de servicios de promoción, protección y recuperación de la salud individual y colectiva, independiente de la mayor o menor intervención (del

Estado) que exista sobre esta relación, y/o de la existencia de transacciones de naturaleza monetaria. En este mercado atípico, la demanda está constituida por el total de requerimientos efectivos y potenciales que la población hace de servicios de atención integral de la salud; en tanto que la oferta es equivalente a la capacidad de producción de este tipo de servicios de parte del sistema formal de salud.

Para los fines de éste documento, distinguimos un segmento especial de éste mercado atípico, al que denominaremos **mercado de servicios médicos**, al cual concurrirían sólo ofertantes y demandantes de servicios de atención médica producidos por el sistema formal de salud. En un mercado, así acotado, se puede plantear la hipótesis de que no existe un solo mercado de demanda y oferta de servicios médicos sino tres mercados que, al corresponder a los tres subsectores identificados para el sistema formal de salud, se diferenciarían por su base jurídica, fuente de financiación y accesibilidad resultante. Este tipo de sistema y el desigual desarrollo de cada subsector condicionan las modalidades que asume, en cada uno de los subsectores, el mercado de trabajo médico. Modalidades que presentan diferencias en cuanto a la organización, la índole de las prestaciones más frecuentes, el énfasis de la práctica curativa en oposición a las preventivas, y las formas dominantes de captación, distribución, y utilización del trabajo médico.

2.6. Fuentes de trabajo médico y conceptos afines

Para la elaboración del marco teórico de éste trabajo hemos revisado la bibliografía sobre recursos humanos en salud, encontrando tres enfoques teóricos. Cada uno de ellos parte de una percepción particular del trabajo humano y, por ende, lo describe a partir de un concepto básico que tiene un particular significado. No obstante las diferencias existentes entre la intensión y la extensión de esos conceptos, los términos que los designan se utilizan, en muchas oportunidades, como si fueran sinónimos. Estos términos son: "recurso humano", "fuerza de trabajo" y "personal de salud". Para evitar confusiones vamos a convenir en sus significados.

El término de **recurso humano**, subordina su significado a las necesidades de maximizar económicamente la utilización de un recurso específico del proceso productivo: la fuerza o capacidad de trabajo de los individuos, en los ámbitos micro y macro administrativos. La expresión **recurso humano en salud** se refiere a "todo individuo o grupo que, de manera formal o informal, puede participar como recurso en un acto médico y/o en el proceso de producción de servicios de salud". De manera distinta, el término **personal de salud**, hace referencia sólo a los recursos humanos con una inserción institucional en el mercado de trabajo en salud, es decir, sólo a los individuos o grupos organizados y autorizados para actuar en el sistema formal de salud.

El término **fuerza de trabajo** se deriva de la Economía Política, y tiene un uso que es simultánea mente descriptivo y analítico, con propósitos de un mejor conocimiento de hechos demográficos y macroeconómicos. En una primera aproximación, el concepto **fuerza de trabajo en salud** se define como "aquel subconjunto de los recursos humanos

y del personal que participa en acciones de salud recibiendo una remuneración”; haciendo referencia al “conjunto de personas vinculadas directa o indirectamente a la prestación de servicios de salud y sujetas a una relación de compra y venta de esa mercancía especial constituida por la capacidad de trabajo”. Una concepción más amplia de esta expresión es equivalente al de “población económicamente activa” y su sentido es el mismo: “tiene por fin determinar el potencial de trabajo en salud utilizable por la sociedad”.

Utilizando la concepción más amplia, entendemos a la **fuerza de trabajo médico** como la constituida por médicos que trabajan o buscan trabajo en organizaciones públicas y privadas de salud, educación y otras en la que se brinda una parte o la totalidad del servicio profesional. Los médicos desempleados que buscan posiciones o puestos de trabajo, así como los residentes que realizan trabajo médico en organizaciones de salud como parte de su preparación académica, se consideran también fuerza de trabajo médica; sólo los médicos jubilados y los que por cualquier otra causa no están activos ni buscan posiciones de trabajo como profesional médico, no están incluidos.

En el subconjunto de médicos ocupados se distinguen tres grupos:

a. Médicos trabajando por cuenta propia o autónomos, teniendo o no en propiedad un establecimiento o consultorio para desempeñar su trabajo. Ocupando posiciones o puestos de trabajo proporcionados por el subsector privado del sistema formal de salud.

b. Médicos trabajando, en condición de asalariados, en organizaciones cuya misión es la prestación de servicios de salud. Ocupando puestos de trabajo proporcionados por los subsectores estatal, del seguro social y privado del sistema formal de salud.

c. Médicos empleados en organizaciones ubicadas fuera del sistema formal de salud ; es decir, que siendo profesionales médicos, están ocupando posiciones o puestos de trabajo en otros sistemas sociales particulares; como por ejemplo, la Universidad, la empresa farmacéutica, etc.

Dadas las peculiaridades del trabajo médico, muchos profesionales pueden pertenecer a dos o tres de los grupos descritos. Un mismo médico tiene la posibilidad de actuar como **trabajador autónomo**, conservando condiciones propias de la práctica artesanal o liberal; como funcionario asalariado o **fuerza de trabajo** en un proceso de producción de servicios no orientado a la obtención de lucro, formando parte entonces del personal de una organización de los subsectores estatal o del seguro social; y como **fuerza de trabajo** en una empresa dirigida fundamentalmente a la valorización de un capital. En éste último caso el **recurso humano** se transforma en insumo de un proceso de producción que ya no tiene como misión la satisfacción de una necesidad social, sino la generación de un beneficio susceptible de apropiación privada y de su acumulación como capital.

Además, la acumulación y profundización del conocimiento médico y sanitario, impulsado por el desarrollo científico-tecnológico mundial, está produciendo una necesaria división técnica del trabajo en el interior de la profesión médica, la que se expresa en un aumento del número de especialidades y subespecialidades médicas. Esta división conduce a una diferenciación, entre los productores de los servicios médicos, en

tres niveles: por objeto inmediato del trabajo (grupo etéreo, patología, aparato orgánico, órgano, etc.), por instrumentos de trabajo (información, equipo), y por tipo de acción técnica sobre ese objeto (4). Pero, la especificidad del trabajo desarrollado por cada especialidad permite sólo un abordaje parcial de la unidad biopsicosocial que constituye el ser humano, creando así una dependencia recíproca entre especialistas para atender la necesaria recomposición de dicha unidad; es decir, la exigencia de un trabajo complementario en equipo, que garantice la integralidad de la atención médica. Esta circunstancia, sumada a la complejidad del equipamiento y los costos crecientes de la nueva tecnología médica, favorecería el trabajo en grandes organizaciones orientadas a facilitar una atención integral (1).

2.7.El mercado de trabajo médico

El **mercado de trabajo médico**, entendido como un mercado derivado del mercado de servicios médicos, puede definirse como “la relación entre la oferta y demanda de profesionales calificados para el ejercicio de la medicina” (1). De manera más amplia, también se puede definir como “la relación cuantitativa y cualitativa entre la fuerza de trabajo de la comunidad médica y los puestos o posiciones de trabajo médico existentes en el sistema social global” (8). Relaciones que dependen, fundamentalmente, de las características particulares que asumen, en una sociedad concreta, dos procesos sociales complejamente articulados: el proceso de producción de capacidad de trabajo médico (educación médica) y el proceso de producción del sistema formal de salud (práctica médica).

De acuerdo a la segunda definición, que es la adoptada en este documento, el trabajo médico presenta dos elementos esenciales: (i) el estructural, conformado por los puestos o posiciones de trabajo médico identificables en el sistema social global; por lo general, se trata de las posiciones establecidas en organizaciones del sistema formal de servicios de salud mediante las cuales se realiza la actividad profesional; y, (ii) el funcional, conformado por la comunidad médica, es decir por el conjunto de hombres y mujeres que constituyen la fuerza de trabajo médico profesional. Al considerar ambos elementos conceptuales, estamos haciendo referencia a dos submercados: el de la fuerza de trabajo médico y el de posiciones o puestos médicos. Es evidente que los miembros de la comunidad médica necesitan de posiciones o puestos médicos en las organizaciones del sistema social global, para aplicar y concretar sus capacidades como fuerza de trabajo especializada.

El **submercado de la fuerza de trabajo médico**: en el que se establecen relaciones cuantitativas y cualitativas entre la oferta que la comunidad médica hace de su fuerza de trabajo, y la demanda que los usuarios, de manera directa, y las organizaciones del sistema social global (entendidas como intermediarias de las demandas de la población) hacen de la misma.

La oferta que de su fuerza de trabajo hace la comunidad médica a sus empleadores se

describe, cualitativamente, por las características sociales, demográficas y académicas de los médicos, por sus expectativas económicas o de otra índole del ejercicio profesional, y por sus actitudes con respecto a sus diferentes modalidades.

La demanda que de ésta fuerza de trabajo hacen los empleadores a la comunidad médica, se refiere a la solicitud de un tipo de trabajo médico que corresponda a las características que dichos empleadores han definido para cada una y todas las posiciones y puestos de trabajo; su calidad se detalla por todas las obligaciones que se entiende han sido contraídas por un médico por el hecho de serlo, y los requisitos específicos que le son exigidos para ocupar dichas posiciones y permanecer y/o ascender en las mismas dentro del mercado interno (corresponde teóricamente al “perfil ocupacional”).

El **submercado de posiciones o puestos de trabajo médico**: en el que se establecen relaciones cuantitativas y cualitativas entre la oferta que el sistema social global hace de posiciones o puestos de trabajo médico, y la demanda que la comunidad médica hace de los mismos.

La calidad de la oferta de posiciones y puestos de trabajo, que los empleadores hacen a la comunidad médica, está detallada por las retribuciones económicas y las otras condiciones de trabajo (horario, lugar de trabajo, prestaciones, oportunidades de superación laboral y académica, etc.) que corresponden a cada posición o puesto ofrecido al médico a cambio de sus servicios profesionales. En el estudio de la oferta es importante tener en cuenta las diferencias entre las condiciones de trabajo establecidas por los distintos subsectores y organizaciones en los distintos niveles del sistema formal de salud, debido a que ellas puedan estar influyendo de manera importante en la captación y distribución institucional y geográfica de los médicos.

La calidad de la demanda de posiciones y puestos de trabajo que la comunidad médica hace al sistema se describe a través del conjunto de condiciones que desde diversos puntos de vista (económico, laboral, desarrollo personal, seguridad, reconocimiento social, etc.) exigen los médicos, individual o corporativamente, a los empleadores para ocupar tales posiciones o puestos.

El mercado de trabajo médico puede ser **externo e interno**. Las posiciones o puestos de trabajo existen en la sociedad de manera independiente, a que estén o no ocupadas por profesionales médicos, en un momento determinado; asimismo, la capacidad de fuerza de trabajo médico existe sin estar necesariamente concretada como tal en dicho momento. Las posiciones no ocupadas y la fuerza de trabajo no utilizada se ubican en el mercado externo de trabajo médico. Una vez que las fuerzas de trabajo ocupan las correspondientes posiciones de trabajo en una organización del sistema, ambas salen de éste mercado externo, ya que por lo menos a corto plazo, la demanda de posiciones por parte de la fuerza de trabajo, así como la demanda de fuerza de trabajo por parte de esa organización, cesa. En éstas circunstancias, la fuerza de trabajo y las posiciones de trabajo de la organización pasan a formar parte del mercado interno.

Una vez que un médico ocupa una posición o puesto en el mercado interno, inicia un proceso caracterizado por el paso de un puesto de trabajo a otro, dentro de la misma

organización, generalmente en una secuencia jerárquica. El mercado interno de trabajo no debe entenderse como un sistema cerrado al mercado externo; lo real es que la fuerza de trabajo de una organización puede tener o no tener las posibilidades de ocupar un puesto jerárquicamente superior, por lo que podría buscar o aceptar ubicarse en el mercado externo a dicha organización. De igual manera, las organizaciones pueden ofertar ése puesto jerárquicamente superior en el mercado interno o en el externo.

Las relaciones entre los submercados de fuerza de trabajo y de posiciones de trabajo pueden ser adecuadas o inadecuadas. En el primer caso, existe la correspondencia cuantitativa y cualitativa deseada entre el número y tipo de médicos económicamente activos y el número y tipo de posiciones y puestos de trabajo médico requeridos y ofertados por el sistema social global. En el segundo caso, se asiste a la falta de correspondencia cuantitativa y/o cualitativa entre las mismas variables, que se manifiesta en el desempleo o subempleo médico, el desfase entre la demanda de perfiles ocupacionales y la oferta de perfiles profesionales, la caída de los niveles salariales, la excesiva tendencia a la especialización, la devaluación de los títulos profesionales, la insatisfacción de los médicos en el trabajo, así como otros desequilibrios.

La “relación cuantitativa inadecuada” entre los submercados, se refiere a la existencia de un exceso de médicos con respecto al número de posiciones de trabajo, o viceversa. Sin embargo, lo anterior podría interpretarse, también, como la escasez de posiciones de trabajo o de médicos, respectivamente. La interpretación del desequilibrio dependerá del analista y de las circunstancias. Es así, que en una situación de crisis económica, tal desequilibrio será, desde la perspectiva de la comunidad médica, un problema de escasez de posiciones de trabajo; en tanto que se entenderá, desde la perspectiva de los reguladores y empleadores del sistema formal de salud, como un problema de exceso de médicos. Cualquiera sea la interpretación, éste relativo desequilibrio trae como consecuencia objetiva, la reducción del valor del trabajo médico y el aumento del desempleo y subempleo; lo cual, a su vez, promueve una desmotivación del médico, que se manifiesta - muchas veces - en una disminución de la calidad de la atención médica y del interés en adquirir una mejor capacitación profesional.

La “relación cuanti-cualitativa inadecuada” hace referencia a un desequilibrio en los dos submercados; es decir, existe simultáneamente posiciones de trabajo sin fuerza de trabajo médica, y médicos sin posiciones o puestos de trabajo. Este tipo de relación es consecuencia de los diferentes criterios que dieron origen, por un lado, a la división de la fuerza de trabajo médica y, por otro, a la de las posiciones de trabajo. En el caso de división de la fuerza de trabajo, los criterios son principalmente de tipo tecnológico y académico, los subconjuntos resultantes están determinados y jerarquizados por el desarrollo tecnológico de la profesión, en función del número de años de estudio, de títulos y de grados académicos de los médicos. Actualmente, se asigna a los doctores, maestros y especialistas el mayor prestigio cognitivo y técnico, así como el mayor reconocimiento social, lo que está generando una creciente demanda de la comunidad médica por la especialización y los estudios de post-grado. De manera distinta, en el caso de las posiciones de trabajo se han dividido, de acuerdo con criterios políticos y sociales, siguiendo el desarrollo histórico y social de la práctica médica, en dos grandes subconjuntos: las posiciones liberales o autónomas y las posiciones organizacionales.

Estas últimas, a su vez, se han dividido en cargos de conducción, administración, servicio, investigación y docencia, como respuesta a los requerimientos de los subsectores del sistema formal de salud y de otros sistemas particulares afines, todos los cuales están determinados, fundamentalmente, por la estructura política y social vigente. En resumen, los criterios tecnológicos y académicos no se corresponden, necesariamente, con los políticos y sociales utilizados, lo que hace previsible la existencia y persistencia de los desequilibrios comentados en tanto no se utilicen criterios uniformes o de similar naturaleza.

2.8. Relación del trabajo médico y la educación médica

La relación del trabajo médico con la educación médica es básica. De las características de la segunda dependerá la dinámica y la calidad de la oferta de fuerza de trabajo médica. Entre estas características pueden distinguirse las cuantitativas (matrícula, tiempo y costo de la formación y capacitación, índices de deserción, etc.) y las cualitativas (como el perfil profesional-académico, los objetivos y contenidos educativos, la tecnología educativa, etc.) características que están condicionadas por múltiples factores, uno de ellos es la demanda social de la educación médica, especialmente la procedente del sistema formal de salud.

Frenk y colaboradores distinguen tres niveles de interacción entre el sistema de educación médica y el sistema formal de salud: el “curricular”, el “organizativo” y “el práctico”.

- El primero, resulta de la adopción de un determinado currículum universitario como respuesta a la demanda que las organizaciones de salud hacen por un determinado tipo de médico, cuya fuerza de trabajo corresponda a los requisitos de las posiciones o puestos de trabajo que dichas organizaciones están ofertando. Formalmente, las características de éste tipo de interacción se estudian analizando las relaciones entre el perfil profesional-académico y el perfil ocupacional.
- El nivel organizativo, está constituido por la capacidad de las organizaciones de salud para hacer o no viables los proyectos de práctica médica o de posiciones de trabajo propuestos por el sistema educativo; que no necesariamente son coincidentes con los proyectos de las autoridades políticas de salud o de esas organizaciones. Hace referencia a las interacciones que resultan de las iniciativas de algunas de las Facultades de Medicina para instrumentar sus proyectos de cambio en educación médica. Iniciativas que ponen a prueba la capacidad efectiva de las organizaciones de salud para garantizar la factibilidad y viabilidad de esos proyectos. En ésta instancia de interacción se ubican, como ejemplos, las iniciativas de “Medicina Integral”, “Medicina Comunitaria”, “Medicina Familiar”, “Salud Comunitaria”, etc. que tratan de ser concretizadas en las organizaciones de salud del país.

El nivel práctico, se refiere al hecho de que las organizaciones de salud públicas imprimen sus modalidades específicas a los programas educativos al proveer los campos para la práctica de los educandos. Hace referencia al condicionamiento que impone, a los programas de educación médica, los campos de práctica constituidos por organizaciones de salud cuyas modalidades de trabajo no corresponden, por lo general, a las orientaciones de dichos programas. Por otro lado, la masificación de la matrícula médica ha creado dificultades adicionales que se trataron de controlar a través de convenios que pocas veces pudieron ser cumplidos cabalmente.

Es importante destacar, que históricamente las escuelas y facultades de medicina tienden a priorizar la demanda de los grupos políticos dominantes y/o de la comunidad profesional médica para formar y capacitar médicos con los conocimientos, aptitudes y destrezas que se requieren para ocupar las posiciones de trabajo de mayor valoración política, económica y corporativa. Esta tendencia puede ser negativa, en cuanto tales prioridades pueden no corresponder a los principales problemas de salud, la tecnología disponible, los propósitos y prioridades sociales; pudiendo generar, así, una situación en la que los médicos se encuentren limitados para un ejercicio profesional eficaz en otras posiciones realmente prioritarias, para las que no han sido capacitados de manera suficiente. Estas otras posiciones son, por lo general, aquellas destinadas a la atención de la salud de los grupos sociales postergados y en el área rural. Si a lo anterior, se suma el hecho de que las retribuciones y condiciones de trabajo en tales posiciones son las menos atractivas, se hace totalmente previsible una orientación de la oferta de la fuerza de trabajo médica hacia las posiciones privilegiadas.

2.9. El Perfil Académico Profesional del Médico

El "Perfil Académico Profesional" se define como la descripción de las características principales que deberán alcanzar los educandos como resultados de la acción educativa en las áreas personal, social, académica y profesional, después de haber realizado aprendizaje de ciencia, tecnología, humanidades en una determinada carrera profesional. Este perfil debe estar explícito en el Plan Curricular.

Y, el "Perfil Académico Profesional del Médico" puede debe definirse, en pre-grado, como el conjunto de orientaciones, disposiciones, conocimientos, habilidades y destrezas que se consideran deseables y factibles para obtener primero el grado académico de Bachiller Profesional y para ejercer las labores y ocupaciones correspondientes al área de la profesión de médico-cirujano. Este es la base fundamental del proceso de educación médica. Este perfil comprende tres categorías o tiene tres componentes: el "ocupacional", el "académico" y el "psicológico". Enfatizaremos que es importante una adecuada articulación de los tres componentes, en tanto dicha articulación garantiza la armonización de la educación con la sociedad y con el desarrollo humano del médico.

El "perfil ocupacional o profesional", que describe las actividades y tareas típicas o propias de su área de profesión. Expresa la descripción de las exigencias del mercado

de trabajo, traducidas en habilidades, destrezas, rasgos de la personalidad, conformación física y el nivel de educación inherente al desempeño profesional. Comprende las actividades administrativas, técnica-operativas, docentes y de investigación.

- El “perfil académico”, que comprende los conocimientos, las habilidades, destrezas y actitudes que debe poseer el egresado al concluir sus estudios de pregrado y que le permitan un óptimo desempeño en su profesión. Expresa las características deseables que se pretende lograr en las áreas de información, formación y sensibilización y, representa, entonces, los rasgos, las particularidades, los conocimientos y las expectativas que califican a una persona para recibir el diploma o el certificado académico de Bachiller Profesional.
- El “perfil psicológico”, también llamado de personal o de características personales deseables en el individuo que va a ejercer la profesión médica. El egresado al culminar su proceso de estudios de pregrado debe tener un perfil psicológico y ético que incluya: alto sentido de responsabilidad y actitud responsable; capacidad autocrítica y actitud crítica; capacidad para tomar decisiones; alto nivel de tolerancia y de persistencia; alto grado de sociabilidad y asertividad; capacidad de liderazgo; actitud crítica e innovadora; actitud altruista.

En función del Perfil Académico Profesional se aplican y/o se formulan las siguientes técnicas y documentos:

- Plan de Estudios, como el conjunto de asignaturas, seminarios, laboratorios, trabajos de campo entre otros, que se planifican y programan en función del Perfil Académico-Profesional y de los Objetivos Curriculares.
- Mapa Curricular, que es la expresión gráfica del Plan de Estudios y las relaciones horizontales y verticales de las asignaturas componentes durante los ciclos de enseñanza y a lo largo de todos los años curriculares. Permite visualizar la organización de los contenidos y los pre-requisitos y requisitos correspondientes.
- Currículo. Es el conjunto ordenado de fines, objetivos, estrategias, contenidos y métodos, que con determinados recursos y en función de una realidad, se ejecuta en determinado nivel de enseñanza con el objetivo de lograr el desarrollo pleno de la persona en sus dimensiones individual, académico-profesional y social.
- Syllabus o Sílabo documento en el que un grupo de docentes comunican lo que se pretende que los estudiantes alcancen al final del curso o asignatura; la manera cómo van a facilitar el logro de los objetivos y los criterios y medios que emplearán para lograrlos. Para la Dra. Natalia Rodríguez, el sílabo es el instrumento de programación curricular y más, propiamente, un instrumento del perfil académico profesional, que orienta el desarrollo global de una asignatura a cargo de un profesor.

2.10. Percepciones sobre el desfase entre trabajo

médico y educación médica

En el mercado de trabajo médico existe una convergencia de intereses de distintos actores sociales, muchas veces conflictivos. Esto se produce como consecuencia del hecho de que el mercado de trabajo es sólo un mercado derivado en tanto existe en función del mercado de servicios de salud, en el cual coinciden intereses de actores sociales del campo de la medicina, de la docencia universitaria, de la administración y de la política. Cada uno de ellos con una percepción y una explicación diferente de los problemas que afectan al trabajo médico y, en consecuencia, con propuestas de control o de solución distintas y conflictivas.

2.11. Percepción de las autoridades de las organizaciones de educación médica

Las instituciones educativas, si bien reconocen su papel de formadoras de la fuerza de trabajo médico, no tienen una postura teórico-ideológica y valorativa homogénea. Las respuestas de las universidades públicas y privadas, así como de las antiguas y las nuevas a las preguntas como ¿para quién y para dónde preparar médicos? y ¿qué tipo de médicos preparar? son diversas. Desde la perspectiva de las públicas, se les da más importancia a las posiciones de trabajo por lo que éstas demandan para que el trabajo que se realiza sea competente que a lo que ellas ofrecen. Los valores dominantes son la autonomía académica, la excelencia, la responsabilidad y la igualdad. En agosto de 1998, el Decano de la Facultad de Medicina de la UNMSM, comentaba sobre los efectos negativos del desordenado y excesivo incremento de la fuerza de trabajo médico en el Perú en las últimas décadas: "...hasta 1968 San Marcos tuvo la única Facultad de Medicina...en la década del 70 eran 6 Facultades de Medicina y actualmente existen en funcionamiento 21 Facultades de Medicina y la percepción que existe un deterioro en la formación médica derivado del crecimiento desordenado de facultades de Medicina sin una infraestructura suficiente con un mínimo de profesores no acorde con el número de alumnos; actualmente el país tiene alrededor de 25,000 médicos, siendo su distribución desigual, pues más del 50 % se encuentra en Lima y anualmente egresan alrededor de 1,200 médicos a nivel nacional". Opinión que coincidía con el pronunciamiento que, un año antes, había hecho la Federación Médica Peruana P: "El anárquico y desmesurado incremento del número de Facultades de Medicina en el país, muchas de las cuales no tienen los requisitos mínimos que garanticen la calidad académica y la pertinencia de la formación profesional. Incremento que obedeciendo, fundamentalmente, al criterio de lucro no corresponde a los requerimientos cuantitativos y cualitativos del sistema nacional de salud ni, muchos menos, a las necesidades de la población. En ése sentido, es criticable la indiferencia o escaso interés de las autoridades responsables de la definición de las regulaciones que posibiliten la racionalización de la formación de los profesionales médicos".

2.12 HIPOTESIS DE TRABAJO

Aun cuando el trabajo de investigación es eminentemente descriptivo se considera que es mucho mejor esbozar una hipótesis de trabajo que permita encontrar la respuesta adecuada.

Los conocimientos y actitudes de los alumnos egresantes de la Facultad de Medicina de San Fernando no guardan relación con los criterios y conocimientos exigidos por la actual Reforma en Salud para interpretar la política que propicia esta Reforma.

III. METODOLOGIA

3.1. Tipo de estudio

Como se dijera anteriormente, es un estudio de carácter no experimental, de tipo descriptivo, observacional y transversal, estableciendo una hipótesis operativa que ha servido de guía, dada la naturaleza y magnitud del problema.

Se considera este trabajo de investigación descriptiva porque sólo indaga la presencia y los valores que se manifiestan en una o más variables en uno o más grupos de personas, objetos o indicadores en determinado momento, observando fenómenos tal como se dan en su contexto natural para después ser analizados.

3.2. Población y muestra

Nuestra población comprendió tres áreas de estudio: docentes, alumnos y los sílabos de los cursos que tienen que ver con la Reforma de la Salud, como son las asignaturas de: Salud Comunitaria, Gerencia en Salud, Epidemiología y Atención Integral. Todos ellos atendidos por el Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública de la

Facultad de Medicina de San Fernando.

En este estudio adoptamos los criterios de considerar nuestra población blanco en una población muestral observacional, dado que habíamos centralizado nuestra atención en los alumnos del último año de estudios de medicina que ya hubieran llevado las asignaturas mencionadas. De ahí que nuestra población muestral estuviera compuesta de 150 alumnos.

En el área de los docentes, toda la población muestral se redujo sólo a los profesores responsables y coordinadores de estos cursos. Se tomó en cuenta las diferentes categorías docentes que ostentaban por la experiencia en la enseñanza y/o actualización de conocimientos, a fin de recabar las diversas opiniones que tuvieran respecto al problema en cuestión.

Nuestra tercera área la constituyó el análisis de los silabos de los cursos que directamente tienen que ver con la reforma de la salud, es decir, Salud Comunitaria, Epidemiología, Gerencia en Salud y Atención Integral.

La población muestral de los docentes estuvo constituida por 22 docentes del Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública.

3.3. Instrumentos y procedimientos para la obtención de los datos

Para la recolección de los datos, vimos por conveniente utilizar un instrumento ágil y práctico como es la encuesta que nos permitiría recoger las opiniones tanto de los alumnos como la de los docentes. Se dieron los siguientes pasos:

- a) Se elaboraron las dos encuestas de tipo cualitativo, dado que recogían opiniones.
- b) Se procedió a validarlas con las respuestas a un estudio piloto que nos permitió corregir, aumentar y retirar algunas preguntas consideradas no pertinentes al estudio.
- c) El trabajo de campo lo hicimos en el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública con la inapreciable ayuda de docentes y alumnos.

3.4. Procesamiento y análisis de los datos

Dado el carácter de investigación cualitativa, hemos recibido sólo a una parte de la investigación descriptiva como son las medidas porcentuales en la distribución de frecuencias, utilizando el sistema computarizado.

IV. RESULTADOS

4.1. Area: docentes

AREA: CUESTIONARIO PARA DOCENTES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA

CUADRO 1 : Con relación a los eventos vinculados con la reforma en salud efectuada en el país durante 1995-2000

Este cuadro da un panorama de los 22 docentes encuestados, responsables de las asignaturas relacionadas con la Reforma en Salud.

Se puede observar que las categorías docentes de asociados y auxiliares tienen los porcentajes más altos con el 45.45% y el 18.18%, respectivamente. Solamente hay 2 profesores principales, o sea el 9.09%. Así mismo, se observa que de los 22 profesores encuestados, el 31.81% ostentan las clase docente de tiempo completo (7) y tiempo parcial (7).

Es preocupante que un 27.27% no respondan o no consignen categoría y clase.

Clase.	CLASE DOCENTE									
	Total		D.E.		T.C.		T.P.		Ignorado	
Cat. Docente	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total	22	100	2	9.09	7	31.81	7	31.81	6	27.27
Principales	2	9.09	1	4.54	-	-	-	-	1	4.54
Asociados	10	45.45	-	-	4	18.18	3	13.63	3	13.63
Auxiliares	4	18.18	1	4.54	2	9.09	1	4.54	-	-
T.P.	3	13.63	-	-	1	4.54	1	4.54	1	4.54
Contratado	1	4.54	-	-	-	-	-	-	1	4.54
Invitado	2	9.09	-	-	-	-	2	9.09	-	-

CUADRO 2 - RESUMEN

Este cuadro comprende la relación de todos los profesores clasificados por categoría, eventos principales y las opiniones personales sobre los mismos.

Utilizando los indicadores de bueno, regular, malo y no opina encontramos resultados en las diversas tablas que van desde 2.0 a 2.6, que llaman la atención conocer que en un 50% opinan que los resultados de la reforma son regulares y malos, como por ejemplo, el 50% y el 18% para la Ley General de Salud; el 40.91% de regular para la Superintendencia de EPS y Sistema de Seguridad Social, y como malo alcanzan el 18.18 Y 31.81%, respectivamente. Opiniones totalmente negativas alcanzan la Ley de Modernización SSS con el 54.55%; y, con el 50% para la Ley de Creación de EsSalud.

Alcanzaron calificativo de bueno, sólo algunos eventos como Seguro Escolar Gratuito con el 22.72%; CLAS y Focalización del Gasto con iguales porcentajes, 22.72%.

Sorprende el número de profesores que no emiten opinión sobre algunos eventos importantes como Régimen Contributivo de Salud, con el 68.18%; Gestión Autónoma Red E, con el 50% y Gestión Autónoma Hospitalaria, Municipalización de la Atención Básica, Recuperación de costos y Subsidio a la Demanda alcancen el 45.45% cada uno.

Los profesores asociados alcanzan el mayor porcentaje de opinión.

TABLA Nº 2 TODAS LAS CATEGORÍAS

EVENTOS PRINCIPALES	OPINIÓN SOBRE RESULTADO								TOTAL
	Bueno		Regular		Malo		No opina		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
a. Ley General de Salud	2	9.09	11	50	4	18.18	5	22.72	22
b. Ley de Modernización SSS	1	4.54	2	0.09	12	54.54	7	31.81	22
c. Ley de Creación de EsSalud	-	-	4	18.18	11	50	7	31.81	22
d. Empresas Prestadoras de Salud EPS	2	9.09	5	22.72	10	45.45	5	22.72	22
e. Superintendencia de EPS	1	4.54	9	40.90	4	18.18	8	36.36	22
f. Sistema de Seguridad Social	-	-	9	40.90	7	31.81	6	27.27	22
g. Régimen Contributivo de Salud	-	-	4	18.18	3	13.63	15	68.18	22
h. Seguro Escolar Gratuito	5	22.72	8	36.36	3	13.63	6	27.27	22
i. Seguro Materno Infantil	4	18.18	7	31.81	3	13.63	8	36.36	22
j. Seguro Universitario	4	18.18	5	22.72	3	13.63	10	45.45	22
k. CLAS y Programa Administ. Compartido	5	22.72	7	31.81	2	9.09	8	36.36	22
l. Focalización del gasto	5	22.72	7	31.81	1	4.54	9	40.90	22
m. Gestión Autónoma Hosp.	3	13.63	5	22.72	4	18.18	10	45.45	22
n. Gestión Autónoma Red E.	3	13.63	7	31.81	1	4.54	11	50	22
ñ. Municipalización At. Básica	3	13.63	3	13.63	6	27.27	10	45.45	22
o. Recuperación de costos	1	4.54	7	31.81	4	18.18	10	45.45	22
p. Subsidios a la demanda	1	4.54	7	31.81	4	18.18	10	45.45	22

n = 22 profesores

TABLA Nº 2.1. PROFESORES PRINCIPALES

EVENTOS PRINCIPALES	OPINION SOBRE RESULTADO								TOTAL
	Bueno		Regular		Malo		No opina		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
a. Ley General de Salud			1	50			1	50	2
b. Ley de Modernización SSS			1	50			1	50	2
c. Ley de Creación de EsSalud					1	50	1	50	2
d. Empresas Prestadoras de Salud EPS					1	50	1	50	2
e. Superintendencia de EPS			1	50			1	50	2
f. Sistema de Seguridad Social			1	50			1	50	2
g. Régimen Contributivo de Salud							2	100	2
h. Seguro Escolar Gratuito			1	50			1	50	2
i. Seguro Materno Infantil			1	50			1	50	2
j. Seguro Universitario					1	50	1	50	2
k. CLAS y Programa Administ. Compartido							2	100	2
l. Focalización del gasto							2	100	2
m. Gestión Autónoma Hosp.							2	100	2
n. Gestión Autónoma Red E.							2	100	2
ñ. Municipalización At. Básica					1	50	1	50	2
o. Recuperación de costos							2	100	2
p. Subsidios a la demanda							2	100	2

n = 2 profesores

TABLA Nº 2.2. PROFESORES ASOCIADOS

EVENTOS PRINCIPALES	OPINION SOBRE RESULTADO								TOTAL
	Bueno		Regular		Malo		No opina		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
a. Ley General de Salud	1	10	4	40	3	30	2	20	10
b. Ley de Modernización SSS	-	-	-	-	7	70	3	30	10
c. Ley de Creación de EsSalud	-	-	1	10	6	60	3	30	10
d. Empresas Prestadoras de Salud EPS	1	10	1	10	6	60	2	20	10
e. Superintendencia de EPS	-	-	4	40	3	30	3	30	10
f. Sistema de Seguridad Social	-	-	3	30	5	50	2	20	10
g. Régimen Contributivo de Salud	-	-	3	30	1	10	6	60	10
h. Seguro Escolar Gratuito	2	20	4	40	1	10	3	30	10
i. Seguro Materno Infantil	1	10	3	30	2	20	4	40	10
j. Seguro Universitario	2	20	3	30	1	10	4	40	10
k. CLAS y Programa Administ. Compartido	3	30	3	30	-	-	4	40	10
l. Focalización del gasto	3	30	3	30	1	10	3	30	10
m. Gestión Autónoma Hosp.	1	10	2	20	3	30	4	40	10
n. Gestión Autónoma Red E.	1	10	4	40	1	10	4	40	10
ñ. Municipalización At. Básica	-	-	3	30	3	30	4	40	10
o. Recuperación de costos	-	-	4	40	1	10	5	50	10
p. Subsidios a la demanda	-	-	5	50	1	10	4	40	10

n = 10 profesores

TABLA Nº 2.3. PROFESORES AUXILIARES

EVENTOS PRINCIPALES	OPINION SOBRE RESULTADO								TOTAL
	Bueno		Regular		Malo		No opina		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
a. Ley General de Salud	-	-	2	50	-	-	2	50	4
b. Ley de Modernización SSS	-	-	1	25	1	25	2	50	4
c. Ley de Creación de EsSalud	-	-	1	25	1	25	2	50	4
d. Empresas Prestadoras de Salud EPS	-	-	1	25	1	25	2	50	4
e. Superintendencia de EPS	-	-	1	25	1	25	2	50	4
f. Sistema de Seguridad Social	-	-	1	25	1	25	2	50	4
g. Régimen Contributivo de Salud	-	-	1	25	1	25	2	50	4
h. Seguro Escolar Gratuito	2	50	-	-	1	25	1	25	4
i. Seguro Materno Infantil	2	50	-	-	1	25	1	25	4
j. Seguro Universitario	1	25	-	-	1	25	2	50	4
k. CLAS y Programa Administ. Compartido	1	25	2	50	-	-	1	25	4
l. Focalización del gasto	1	25	1	25	-	-	2	50	4
m. Gestión Autónoma Hosp.	1	25	1	25	-	-	2	50	4
n. Gestión Autónoma Red E.	1	25	1	25	-	-	2	50	4
ñ. Municipalización At. Básica	1	25	-	-	-	-	3	75	4
o. Recuperación de costos	-	-	2	50	1	25	1	25	4
p. Subsidios a la demanda	-	-	2	50	-	-	2	50	4

n = 4 profesores

TABLA Nº 2.4. JEFE DE PRACTICA

EVENTOS PRINCIPALES	OPINION SOBRE RESULTADO								TOTAL
	Bueno		Regular		Malo		No opina		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
a. Ley General de Salud	-	-	2	66.66	-	-	1	33.33	3
b. Ley de Modernización SSS	-	-	-	-	3	100	-	-	3
c. Ley de Creación de EsSalud	-	-	1	33.33	1	33.33	1	33.33	3
d. Empresas Prestadoras de Salud EPS	-	-	2	66.66	1	33.33	-	-	3
e. Superintendencia de EPS	-	-	1	33.33	-	-	2	66.66	3
f. Sistema de Seguridad Social	-	-	2	66.66	-	-	1	33.33	3
g. Régimen Contributivo de Salud	-	-	-	-	-	-	3	100	3
h. Seguro Escolar Gratuito	-	-	1	33.33	1	33.33	1	33.33	3
i. Seguro Materno Infantil	-	-	1	33.33	-	-	2	66.66	3
j. Seguro Universitario	-	-	1	33.33	-	-	2	66.66	3
k. CLAS y Programa Administ. Compartido	-	-	1	33.33	1	33.33	1	33.33	3
l. Focalización del gasto	-	-	1	33.33	-	-	2	66.66	3
m. Gestión Autónoma Hosp.	-	-	1	33.33	-	-	2	66.66	3
n. Gestión Autónoma Red E.	-	-	-	-	-	-	3	100	3
ñ. Municipalización At. Básica	-	-	-	-	1	33.33	2	66.66	3
o. Recuperación de costos	-	-	-	-	1	33.33	2	66.66	3
p. Subsidios a la demanda	-	-	1	33.33	-	-	2	66.66	3

n = 3 profesores

TABLA Nº 2.5. PROFESORES CONTRATADOS

EVENTOS PRINCIPALES	OPINION SOBRE RESULTADO								TOTAL
	Bueno		Regular		Malo		No opina		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
a. Ley General de Salud	1	100	-	-	-	-	-	-	1
b. Ley de Modernización SSS	1	100	-	-	-	-	-	-	1
c. Ley de Creación de EsSalud	-	-	1	100	-	-	-	-	1
d. Empresas Prestadoras de Salud EPS	1	100	-	-	-	-	-	-	1
e. Superintendencia de EPS	1	100	-	-	-	-	-	-	1
f. Sistema de Seguridad Social	-	-	-	-	1	100	-	-	1
g. Régimen Contributivo de Salud	-	-	-	-	1	100	-	-	1
h. Seguro Escolar Gratuito	-	-	1	100	-	-	-	-	1
i. Seguro Materno Infantil	-	-	1	100	-	-	-	-	1
j. Seguro Universitario	-	-	1	100	-	-	-	-	1
k. CLAS y Programa Administ. Compartido	-	-	1	100	-	-	-	-	1
l. Focalización del gasto	1	100	-	-	-	-	-	-	1
m. Gestión Autónoma Hosp.	1	100	-	-	-	-	-	-	1
n. Gestión Autónoma Red E.	1	100	-	-	-	-	-	-	1
ñ. Municipalización At. Básica	1	100	-	-	-	-	-	-	1
o. Recuperación de costos	1	100	-	-	-	-	-	-	1
p. Subsidios a la demanda	1	100	-	-	-	-	-	-	1

n = 1 profesores

TABLA N° 2.6. PROFESORES QUE NO SEÑALAN SU CATEGORIA

EVENTOS PRINCIPALES	OPINION SOBRE RESULTADO								TOTAL
	Bueno		Regular		Malo		No opina		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
a. Ley General de Salud	-	-	2		-	-	-	-	2
b. Ley de Modernización SSS	-	-	-	-	1	50	1	50	2
c. Ley de Creación de EsSalud	-	-	-	-	2	100	-	-	2
d. Empresas Prestadoras de Salud EPS	-	-	1	50	1	50	-	-	2
e. Superintendencia de EPS	-	-	2	100	-	-	-	-	2
f. Sistema de Seguridad Social	-	-	2	100	-	-	-	-	2
g. Régimen Contributivo de Salud	-	-	-	-	-	-	2	100	2
h. Seguro Escolar Gratuito	1	50	1	50	-	-	-	-	2
i. Seguro Materno Infantil	1	50	1	50	-	-	-	-	2
j. Seguro Universitario	1	50	-	-	1	50	-	-	2
k. CLAS y Programa Administ. Compartido	1	50	-	-	1	50	-	-	2
l. Focalización del gasto	-	-	2	100	-	50	-	-	2
m. Gestión Autónoma Hosp.	-	-	1	50	1	50	-	-	2
n. Gestión Autónoma Red E.	-	-	2	100	-	-	-	-	2
ñ. Municipalización At. Básica	1	50	-	-	1	50	-	-	2
o. Recuperación de costos	-	-	1	50	1	50	-	-	2
p. Subsidios a la demanda	-	-	2	100	-	-	-	-	2

n = 2 profesores

CUADRO N° 3 – RESUMEN

Este cuadro comprende las tablas 3.0 y 3.5 que exploran la opinión de los profesores de todas las categorías sobre temas relacionados con los eventos principales de la Reforma de la Salud, eventos ya incluidos o que deberían incluirse en las asignaturas a cargo del Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Según puede observarse en el Cuadro 3, casi todos los eventos señalados deben ser incluidos en la asignatura Gestión en Salud Comunitaria con altos porcentajes de apreciación como Ley General de Salud, con 45%, le sigue Gestión Autónoma Hospitalaria, también con 45%.

Ninguno de los eventos de la Reforma está incluido en el curso de Epidemiología, pero consideran que podrían incluirse los siguientes: Ley General de Salud con 22.72%; Seguro Escolar Gratuito 9.09%; Seguro Materno Infantil 9.09%; CLAS y Recuperación de Costos, ambos con el 4.55%.

Al analizar las opiniones personales por categoría docente, observamos que los profesores principales (2) no emiten ninguna opinión sobre si estos eventos ya están incluidos en los cursos del Departamento; sin embargo, estiman que deberían ser incluidos en Gestión de Salud y Salud Comunitaria (Tabla 3.1.).

Los profesores asociados consideran que la mayor parte de los temas ya están incluidos en Gestión Comunitaria, Salud Comunitaria y Atención Integral. Estiman que

deberían incluirse en Epidemiología: Ley General de Salud, Seguro Escolar Gratuito, Seguro Materno Infantil, CLAS y Recuperación de Costos.

Los profesores auxiliares tampoco emiten opinión sobre los temas propuestos, pero recomiendan su inclusión en las asignaturas anteriormente mencionadas. De igual opinión son los Jefes de Práctica, pero que deberían ser incluidos en Salud Comunitaria.

CUADRO 3: RESUMEN. OPINIÓN DE LOS PROFESORES SOBRE LOS TEMAS RELACIONADOS CON LOS EVENTOS PRINCIPALES DEL PROCESO DE REFORMA DE LA SALUD QUE YA ESTAN INCLUIDOS O DEBEN INCLUIRSE EN LAS DIVERSAS ASIGNATURAS QUE DICTA EL DEPARTAMENTO ACADEMICO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

TABLA N° 3.0. TODAS LAS CATEGORÍAS

n = 22 profesores

TABLA N° 3.1. PROFESORES PRINCIPALES

n = 2 profesores

EVENTOS PRINCIPALES	INCLUSIÓN EN EL CONTENIDO DE LAS ASIGNATURAS																									
	Ya están incluidos						Deberían incluirse																			
	Epidemiología		Salud Comunitaria		Gestión en Salud		Atención Integral		Otro		No opina		Epidemiología		Salud Comunitaria		Gestión en Salud		Atención Integral		Otro		No opina		Ninguno	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
a. Ley General de Salud					2	66.66					2	66.66			1	33.33	2	66.66							1	33.33
b. Ley de Modernización SSS					1	33.33					2	66.66					2	66.66							1	33.33
c. Ley de Creación de la Salud					1	33.33					2	66.66					1	33.33							2	66.66
d. Empresas Prestadoras de Salud EPS					1	33.33					2	66.66					1	33.33							2	66.66
e. Superintendencia de EPS					1	33.33					2	66.66					1	33.33							2	66.66
f. Sistema de Seguridad Social					1	33.33					2	66.66		1	33.33	1	33.33								2	66.66
g. Régimen Contributivo de Salud					1	33.33					2	66.66		1	33.33	1	33.33								2	66.66
h. Seguro Escolar Gratuito					1	33.33					2	66.66		1	33.33	1	33.33								2	66.66
i. Seguro Materno Infantil					1	33.33					2	66.66		1	33.33	1	33.33								2	66.66
j. Seguro Universitario					1	33.33					2	66.66					1	33.33							2	66.66
k. CILAS y Prog. Adm. Computado					1	33.33					2	66.66					1	33.33							2	66.66
l. Focalización del gasto					1	33.33					2	66.66		1	33.33	1	33.33								2	66.66
m. Gestión Autónoma Hosp.											3	100					1	33.33							2	66.66
n. Gestión Autónoma Red E.											3	100					1	33.33							2	66.66
ñ. Municipalización At. Básica											3	100		1	33.33	1	33.33								2	66.66
o. Recuperación de costos											3	100		1	33.33	1	33.33								2	66.66
p. Subsidios a la demanda											3	100					1	33.33							2	66.66
TOTAL					13						39			5		19									32	

TABLA N° 3.4. JEFES DE PRACTICA

n = 3 profesores

EVENTOS PRINCIPALES	INCLUSIÓN EN EL CONTENIDO DE LAS ASIGNATURAS																									
	Ya están incluidos												Deberían incluirse													
	Epidemiología		Salud Comunitaria		Gestión en Salud		Atención Integral		Otro		No opina		Epidemiología		Salud Comunitaria		Gestión en Salud		Atención Integral		Otro		No opina		Ninguno	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
a. Ley General de Salud											1	100	1	100												
b. Ley de Modernización SSS											1	100												1	100	
c. Ley de Creación de la Salud											1	100												1	100	
d. Empresas Prestadoras de Salud EPS											1	100												1	100	
e. Superintendencia de EPS											1	100												1	100	
f. Sistema de Seguridad Social											1	100												1	100	
g. Régimen Contributivo de Salud											1	100												1	100	
h. Seguro Escolar Gratuito											1	100	1	100												
i. Seguro Materno Infantil											1	100	1	100												
j. Seguro Universitario											1	100												1	100	
k. CLAS y Prog. Adm. Computado											1	100												1	100	
l. Focalización del gasto											1	100					1	100								
m. Gestión Autónoma Hosp.											1	100					1	100						1	100	
n. Gestión Autónoma Red E.											1	100												1	100	
ñ. Municipalización At. Primaria											1	100												1	100	
o. Recuperación de costos											1	100												1	100	
p. Subsidios a la demanda											1	100												1	100	
TOTAL											17	100	3	100			2	100					11	100		

TABLA N° 3.5. PROFESORES CONTRATADOS

n = 1 profesores

EVENTOS PRINCIPALES	INCLUSIÓN EN EL CONTENIDO DE LAS ASIGNATURAS																									
	Ya están incluidos												Deberían incluirse													
Epidemiología		Salud Comunitaria		Gestión en Salud		Atención Integral		Otro		No opina		Epidemiología		Salud Comunitaria		Gestión en Salud		Atención Integral		Otro		No opina		Ninguno		
N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
a. Ley General de Salud											1	100	1	100												
b. Ley de Modernización SSS											1	100												1	100	
c. Ley de Creación de la Salud											1	100												1	100	
d. Empresas Prestadoras de Salud EPS											1	100												1	100	
e. Superintendencia de EPS											1	100												1	100	
f. Sistema de Seguridad Social											1	100												1	100	
g. Régimen Contributivo de Salud											1	100												1	100	
h. Seguro Escolar Gratuito											1	100	1	100												
i. Seguro Materno Infantil											1	100	1	100												
j. Seguro Universitario											1	100												1	100	
k. CLAS y Prog. Adm. Computado											1	100												1	100	
l. Focalización del gasto											1	100					1	100								
m. Gestión Autónoma Hosp.											1	100					1	100						1	100	
n. Gestión Autónoma Red E.											1	100												1	100	
ñ. Municipalización At. Primaria											1	100												1	100	
o. Recuperación de costos											1	100												1	100	
p. Subsidios a la demanda											1	100												1	100	
TOTAL											17	100	3	100			2	100					11	100		

TABLA N° 3.6. PROFESORES SIN CATEGORIA CONOCIDA

n = 2 profesores

CUADRO 4: RESUMEN

Este cuadro comprende las tablas 4.0, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 y 4.5.

En el cuadro resumen (4.0) casi hay uniformidad de los 22 profesores encuestados que los eventos de la reforma de la salud fueron desfavorables, sobre todo en algunos eventos como: Solidaridad social con el 54.54%; Equidad en la Atención de Salud, Eficiencia en la Asignación de Recursos, Sostenibilidad Financiera, Condiciones de Trabajo de Personal y la Continuidad en la Política de Salud, con el 50% cada uno.

Mientras que los profesores principales tienen opinión desfavorable sobre los efectos de la Reforma de Salud, otra mitad no emite opinión. Iguales resultados se obtienen con los profesores asociados que manifiestan no tener ninguna opinión o, que todos los efectos son desfavorables, salvo la focalización del Gasto Público en Salud.

Observamos, también, que los profesores auxiliares y los profesores contratados si están de acuerdo con el proceso de la Reforma de la Salud.

Los profesores Jefes de Práctica no emiten opinión o la consideran desfavorable.

CUADRO 4: RESUMEN

Tabla 4.0: TODAS LAS CATEGORIAS

EVENTOS PRINCIPALES	OPINION SOBRE LOS EFECTOS								TOTAL
	Favorable		Ninguno		Desfav		No opina		
a. Universalidad de la atención de salud	3	13.63	7	31.82	10	45.45	2	9.09	22
b. Equidad en la asignación de recursos	3	13.63	7	31.82	10	45.45	2	9.09	22
c. Equidad en la atención de salud	3	13.63	6	27.27	11	50	2	9.09	22
d. Solidaridad social	3	13.63	4	18.18	12	54.54	3	13.63	22
e. Solidaridad intergeneracional	2	9.09	6	27.27	10	45.45	4	18.18	22
f. Libre elección de atención	4	18.18	6	27.27	9	40.9	3	13.63	22
g. Eficiencia en la asignación de recursos	3	13.63	5	22.72	11	50	3	13.63	22
h. Eficiencia en la utilización de recursos	4	18.18	6	27.27	9	40.9	3	13.63	22
i. Integralidad en la atención de la salud	3	13.63	7	31.82	9	40.9	3	13.63	22
j. Calidad de atención	5	22.72	7	31.82	8	36.36	2	9.09	22
k. Sostenibilidad financiera	2	9.09	5	22.72	11	50	4	18.18	22
l. Focalización del gasto pública en salud	8	36.36	4	18.18	5	22.72	5	22.72	22
m. Sostenibilidad infraestructura básica	3	13.63	6	27.27	10	45.45	3	13.63	22
n. Desarrollo infraestructura básica	3	13.63	5	22.72	10	45.45	4	18.18	22
ñ. Condiciones de trabajo de personal	2	9.09	7	31.82	11	50	2	9.09	22
o. Capacitación del personal de salud	7	31.82	4	18.18	6	27.27	5	22.72	22
p. Continuidad en la política de salud	3	13.63	3	13.63	11	50	5	22.72	22

n = 22 profesores

TABLA Nº 4.1. PROFESORES PRINCIPALES

EVENTOS PRINCIPALES	OPINION SOBRE LOS EFECTOS				TOTAL	
	Favorable	Ninguno	Desfav.	No opina		
a. Universalidad de la atención de salud			1 50	1 50	2	
b. Equidad en la asignación de recursos			1 50	1 50	2	
c. Equidad en la atención de salud			1 50	1 50	2	
d. Solidaridad social			1 50	1 50	2	
e. Solidaridad intergeneracional			1 50	1 50	2	
f. Libre elección de atención			1 50	1 50	2	
g. Eficiencia en la asignación de recursos			1 50	1 50	2	
h. Eficiencia en la utilización de recursos			1 50	1 50	2	
i. Integralidad en la atención de la salud			1 50	1 50	2	
j. Calidad de atención			1 50	1 50	2	
k. Sostenibilidad financiera				2 100	2	
l. Focalización del gasto pública en salud				2 100	2	
m. Sostenibilidad infraestructura básica			1 50	1 50	2	
n. Desarrollo infraestructura básica			1 50	1 50	2	
ñ. Condiciones de trabajo de personal			1 50	1 50	2	
o. Capacitación del personal de salud			1 50	1 50	2	
p. Continuidad en la política de salud			1 50	1 50	2	

n = 2 profesores

TABLA N° 4.2. PROFESORES ASOCIADOS

EVENTOS PRINCIPALES	OPINION SOBRE LOS EFECTOS								TOTAL
	Favorable		Ninguno		Desfav		No opina		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
a. Universalidad de la atención de salud			2	20	7	70	1	10	10
b. Equidad en la asignación de recursos			3	30	6	60	1	10	10
c. Equidad en la atención de salud			2	20	7	70	1	10	10
d. Solidaridad social			1	10	8	80	1	10	10
e. Solidaridad intergeneracional			3	30	6	60	1	10	10
f. Libre elección de atención	1	10	3	30	5	50	1	10	10
g. Eficiencia en la asignación de recursos	1	10	2	20	6	60	1	10	10
h. Eficiencia en la utilización de recursos	2	20	3	30	4	40	1	10	10
i. Integralidad en la atención de la salud			4	40	5	50	1	10	10
j. Calidad de atención	2	20	3	30	4	40	1	10	10
k. Sostenibilidad financiera			2	20	7	70	1	10	10
l. Focalización del gasto pública en salud	3	30	2	20	3	30	2	20	10
m. Sostenibilidad infraestructura básica	1	10	3	30	5	50	1	10	10
n. Desarrollo infraestructura básica	1	10	2	20	5	50	2	20	10
ñ. Condiciones de trabajo de personal			3	30	6	60	1	10	10
o. Capacitación del personal de salud	2	20	3	30	3	30	2	20	10
p. Continuidad en la política de salud	1	10	2	20	4	40	3	30	10

n = 10 profesores

TABLA N° 4.3. PROFESORES AUXILIARES

EVENTOS PRINCIPALES	OPINION SOBRE LOS EFECTOS								TOTAL
	Favorable		Ninguno		Desfav		No opina		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
a. Universalidad de la atención de salud	1	25	2	50	1	25			4
b. Equidad en la asignación de recursos	1	25	1	25	2	50			4
c. Equidad en la atención de salud	1	25	2	50	1	25			4
d. Solidaridad social	1	25	1	25	2	50			4
e. Solidaridad intergeneracional	1	25	1	25	2	50			4
f. Libre elección de atención	1	25	2	50	1	25			4
g. Eficiencia en la asignación de recursos	1	25	1	25	2	50			4
h. Eficiencia en la utilización de recursos	1	25	1	25	2	50			4
i. Integralidad en la atención de la salud	1	25	2	50	1	25			4
j. Calidad de atención	1	25	2	50	1	25			4
k. Sostenibilidad financiera	1	25	1	25	2	50			4
l. Focalización del gasto pública en salud	2	50	1	25	1	25			4
m. Sostenibilidad infraestructura básica	2	50	1	25	1	25			4
n. Desarrollo infraestructura básica	2	50	1	25	1	25			4
ñ. Condiciones de trabajo de personal	1	25	2	50	1	25			4
o. Capacitación del personal de salud	2	50	1	25	1	25			4
p. Continuidad en la política de salud	1	25			3	75			4

n = 4 profesores

TABLA Nº 4.4. JEFE DE PRACTICAS

EVENTOS PRINCIPALES	OPINION SOBRE LOS EFECTOS								TOTAL
	Favorable		Ninguno		Desfav		No opina		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
a. Universalidad de la atención de salud			2	66.6	1	33.3			3
b. Equidad en la asignación de recursos			2	66.6	1	33.3			3
c. Equidad en la atención de salud			1	33.3	2	66.6			3
d. Solidaridad social			1	33.3	1	33.3	1	33.3	3
e. Solidaridad intergeneracional			1	33.3	1	33.3	1	33.3	3
f. Libre elección de atención	1	33.3	1	33.3	1	33.3			3
g. Eficiencia en la asignación de recursos			2	66.6	1	33.3			3
h. Eficiencia en la utilización de recursos			2	66.6	1	33.3			3
i. Integralidad en la atención de la salud			1	33.3	1	33.3	1	33.3	3
j. Calidad de atención			2	66.6	1	33.3			3
k. Sostenibilidad financiera			1	33.3	1	33.3	1	33.3	3
l. Focalización del gasto pública en salud			1	33.3	1	33.3	1	33.3	3
m. Sostenibilidad infraestructura básica			1	33.3	1	33.3	1	33.3	3
n. Desarrollo infraestructura básica			1	33.3	1	33.3	1	33.3	3
ñ. Condiciones de trabajo de personal			2	66.6	1	33.3			3
o. Capacitación del personal de salud			1	33.3	1	33.3	1	33.3	3
p. Continuidad en la política de salud			1	33.3	1	33.3	1	33.3	3

n = 3 profesores

TABLA N° 4.5. PROFESORES CONTRATADOS

EVENTOS PRINCIPALES	OPINION SOBRE LOS EFECTOS								TOTAL
	Favorable		Ninguno		Desfav		No opina		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
a. Universalidad de la atención de salud	1	33.3							1
b. Equidad en la asignación de recursos	1	33.3							1
c. Equidad en la atención de salud	1	33.3							1
d. Solidaridad social	1	33.3							1
e. Solidaridad intergeneracional	1	33.3							1
f. Libre elección de atención	1	33.3							1
g. Eficiencia en la asignación de recursos	1	33.3							1
h. Eficiencia en la utilización de recursos	1	33.3							1
i. Integralidad en la atención de la salud	1	33.3							1
j. Calidad de atención	1	33.3							1
k. Sostenibilidad financiera	1	33.3							1
l. Focalización del gasto pública en salud	1	33.3							1
m. Sostenibilidad infraestructura básica					1	33.3			1
n. Desarrollo infraestructura básica					1	33.3			1
ñ. Condiciones de trabajo de personal					1	33.3			1
o. Capacitación del personal de salud	1	33.3							1
p. Continuidad en la política de salud					1	33.3			1

n = 1 profesores

TABLA Nº 4.6. profesores que no señalan su categoria

EVENTOS PRINCIPALES	OPINION SOBRE LOS EFECTOS								TOTAL
	Favorable		Ninguno		Desfav		No opina		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
a. Universalidad de la atención de salud	1	50	1	50					2
b. Equidad en la asignación de recursos	1	50	1	50					2
c. Equidad en la atención de salud	1	50	1	50					2
d. Solidaridad social	1	50	1	50					2
e. Solidaridad intergeneracional			1	50			1	50	2
f. Libre elección de atención					1	50	1	50	2
g. Eficiencia en la asignación de recursos					1	50	1	50	2
h. Eficiencia en la utilización de recursos					1	50	1	50	2
i. Integralidad en la atención de la salud	1	50			1	50			2
j. Calidad de atención	1	50			1	50			2
k. Sostenibilidad financiera			1	50	1	50			2
l. Focalización del gasto pública en salud	2	100							2
m. Sostenibilidad infraestructura básica			1	50	1	50			2
n. Desarrollo infraestructura básica			1	50	1	50			2
ñ. Condiciones de trabajo de personal	1	50			1	50			2
o. Capacitación del personal de salud	2								2
p. Continuidad en la política de salud	1	50			1	50			2

n = 2 profesores

CUADRO N° 5. OPINION DE LOS PROFESORES SOBRE LOS TRES PRINCIPALES LOGROS DE LA REFORMA EN SALUD Y EN LA SEGURIDAD SOCIAL AL FINAL DEL AÑO 2000

Al analizar los resultados, encontramos que el 31.82% de los profesores encuestados expresan no hubo ningún logro, en tanto que un 9.09% señalaron no identificar ningún logro.

El desconocimiento de objetivos claros y logros alcanzados y el rubro no vislumbran cambios y menos logros de la reforma alcanzan mínimos porcentajes de 4.55% cada uno.

La opinión sobre el CLAS alcanzó un 13.64%.

La focalización del gasto de salud y la implementación del Seguro Escolar Gratuito alcanzaron el 9.09%, respectivamente.

Cuadro N° 5

OPINION	Nº	%
Ninguno	7	31.82
CLAS	3	13.64
Focalización del gasto de salud	2	9.09
Implementación del seguro escolar	2	9.09
Reforma de la reforma	1	4.55
Programa focalización	1	4.55
Mejor programa de salud pública	1	4.55
Manual de acreditación de hospitales	1	4.55
Acentúa la segmentación del sector	1	4.55
La universalidad y la equidad no se dan	1	4.55
Desarrollo de la infraestructura	1	4.55
Equidad en la atención progresiva	1	4.55
Mejora de calidad por competencia	1	4.55
Intento de descentralización	1	4.55
Accesibilidad geográfica y económica	1	4.55
Incorporación de la gestión moderna a los servicios de salud	1	4.55
Desarrollo de ciudadanía	1	4.55
Atención integral	1	4.55
Vigilancia salud pública	1	4.55
El inicio de experiencias pilotos en modelos de atención integral	1	4.55
Experiencias exitosas de atención con calidad locales	1	4.55
Ampliación de la red sanitaria	1	4.55
Calidad de atención	1	4.55
Solidaridad social	1	4.55
No contestó	2	9.09
Desconocimiento de objetivos claros y logros alcanzados	1	4.55
No vislumbra cambios y menos como logros de la reforma	1	4.55
No identifica logros	2	9.09

n = 22

CUADRO Nº 6. OPINION DE LOS PROFESORES SOBRE LOS TRES PRINCIPALES ERRORES O LIMITACIONES DE LA REFORMA EN SALUD Y EN LA SEGURIDAD SOCIAL AL FINAL DEL AÑO 2000

Los indicadores que constituyen mayores errores para los docentes fueron: la marginación de los más pobres con un 1.64%. Le siguen la no existencia del Plan de Reforma con el 9.09% y el tercer lugar lo ocupan dos rubros con igual porcentaje: el aumento de la brecha de la inseguridad y la falta de universalidad y equidad con 9.09%.

De los 22 profesores encuestados no opinaron o no contestaron el 13.64%.

Cuadro Nº 6

OPINION	Nº	%
Marginación de los más pobres	3	13.64
No existió plan de reforma	2	9.09
Aumento de la brecha de la inequidad	2	9.09
Falta de universalidad y equidad	2	9.09
No hay ministerio de salud rector	1	4.55
No hay seguridad social universal	1	4.55
No se diferencia financiación de prestación de servicios	1	4.55
Autogestión en hospitales con tarifarios muy elevados	1	4.55
Acentúa segmentación del sector	1	4.55
No tienen planteamientos claros antes de lanzarse a intentos que resultan fallidos	1	4.55
Fue impuesto y no una iniciativa del sector	1	4.55
No existe conducción y liderazgo	1	4.55
No técnica	1	4.55
No viable	1	4.55
No difusión	1	4.55
Falta de motivación del personal	1	4.55
Desarrollar investigación	1	4.55
Cambio de políticas ante cambio de gobierno	1	4.55
Discontinuidad de la decisión política	1	4.55
Desarticulación temática en el nivel central	1	4.55
Falta de adecuada política de RRHH (Gestión de los RRHH)	1	4.55
Falta de consenso	1	4.55
Falta de libertad	1	4.55
Muy poco tiempo para el proceso	1	4.55
No participación activa de la comunidad	1	4.55
En la seguridad social deberían estar representados los usuarios	1	4.55
Falta de autonomía administrativa y financiera de la Seguridad Social	1	4.55
Continúa la centralización de la gestión de salud en Lima	1	4.55
La salud se ha convertido en mercancía	1	4.55
La gerencia de los proyectos para reformar el sector salud no han cumplido con los objetivos	1	4.55
Manejo político de la reforma	1	4.55
Deficiente gerencia de los procesos	1	4.55
Falta de políticas sociales y estrategias	1	4.55
Influencia de la política de autoritarismo	1	4.55
Predominio de reglas de mercado en salud (20% no acceden a servicios de salud)	1	4.55
Desincentivo y maltrato al recurso humano	1	4.55
Mercantilismo	1	4.55
Deshumanización	1	4.55
No opinó	2	9.09
No contestó	1	4.55

CUADRO Nº 7. OPINION DE LOS PROFESORES SOBRE LA PARTICIPACION DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE SAN FERNANDO Y CUAL DEBIO SER SU PARTICIPACION EN LA REFORMA

El 54.55% de los profesores opinan que no hubo ninguna participación en la reforma de la salud. Un 18.09% considera que ésta participación fue mínima, pasiva o desconocida.

El 18.18% no contestó.

Un 9.09% considera que la Facultad debe opinar y ser consultada.

Rubros que dispersaron la opinión a un 4.55% fueron:

Pésima, no existió como prioridad en la facultad; fue incapaz de entender el proceso y existió incapacidad técnica para pronunciarse en muchos docentes.

Muchos de los docentes participaron en el proceso

No hay opinión ni propuesta

Debe asumir posición de liderazgo

Debe ser protagónica

Publicar artículos sobre el tema, mayor opinión al respecto e investigar

Cuadro Nº 7

OPINION	Nº	%
Ninguna	12	54.55
Muy poca	2	9.09
Desconocida	1	4.55
Ha sido pasiva	1	4.55
Pésima, no existió como prioridad en la Facultad, fue incapaz de entender el proceso y existió incapacidad técnica para pronunciarse en muchos docentes	1	4.55
Muchos de los docentes participaron en el proceso	1	4.55
No hay opinión ni propuesta	1	4.55
No contestó	4	18.18
Debe tener opinión y ser consultor	2	9.09
Debe asumir posición de liderazgo	1	4.55
Debe ser agente social activo	1	4.55
Debe ser protagónica	1	4.55
Publicar artículos sobre el tema, mayor opinión al respecto e investigar	1	4.55

n = 22

CUADRO Nº 8. SI EL PROFESOR OPINA QUE LA PARTICIPACION DE LA FACULTAD DE MEDICINA FUE SIGNIFICATIVA FUNDAMENTE SU OPINION

Siendo la pregunta de carácter abierto, al considerar la respuesta anterior del cuadro Nº 7, como no significativa la participación de la Facultad de Medicina, el análisis del

cuadro N° 8 corrobora esta opinión.

Un 50% señala que no ha habido ninguna participación directa de la Facultad de Medicina, mencionando ciertos rubros como:

Debe renovar cuadros, promover cambios que no se avizoran

Creo que ha sido nula

Fue tiempo de hacerlo

OPINION	Nº	%
Ninguna	2	50.0
Desconocida	1	25.0
Debe renovar cuadros, promover cambios que no se avizoran	1	25.0
Creo que ha sido nula	1	25.0
Fue tiempo de hacerlo	1	25.0
No ha sido positivo	1	25.0

4.2. AREA: ALUMNOS

RESULTADOS

AREA: CUESTIONARIO PARA LOS ALUMNOS

Siendo uno de nuestros objetivos saber qué conocimientos tienen nuestros alumnos de los cursos mencionados sobre los orígenes, avances y limitaciones de la Reforma de la Salud, obtuvimos los siguientes resultados.

Cuadro N° 1: ¿De cuáles de los siguientes sucesos se ha enterado usted? (ninguno sucedió antes de 1995)

La Ley General de Salud obtuvo un 85.33% de conocimiento, le siguen la Ley de Modernización de la Seguridad Social con un 71.33% y el Funcionamiento de la Administración Compartida (CLAS) con un 67,33%.

Los acontecimientos menos conocidos fueron la creación del Régimen Subsidiado en Salud y el Régimen Contributivo de Salud, ambos con un 16%, así como la propuesta de un sistema de identificación del usuario del Ministerio de Salud con un 18.67%.

OPINION	SI	NO	NO SE ENTERO
	Nº	%	Nº
1. La Ley General de Salud (Ley de Salud)	13	85.33	2
2. La Ley de Modernización de la Seguridad Social	11	71.33	4
3. Funcionamiento de la Administración Compartida (CLAS)	10	67.33	5
4. Mecanismos de los Regímenes Prepagados de Salud (RPS)	3	16.67	16
5. Aprobación del Ministerio de Asesoría en Seguridad	3	16.67	16
6. El caso de Representación de los Regímenes Prepagados de Salud	3	16.67	16
7. Funcionamiento de los Centros de Salud del MINSA en la comunidad	3	16.67	16
8. Mecanismos Operativos en Servicio de la Atención del MINSA	3	16.67	16
9. Funcionamiento operativo de otros Regímenes del MINSA en Lima	3	16.67	16
10. Un programa de Sistema de Identificación del Usuario del MINSA	3	18.67	16
11. El caso del Régimen Contributivo en Salud	3	18.67	16
12. El caso del Régimen Subsidiado en Salud	3	18.67	16

Cuadro N° 1. Respuesta de los alumnos en relación a si se habían enterado de los siguientes sucesos (ninguno ocurrió antes de 1995)

n = 150 alumnos

CUADRO N° 2: ¿Cómo evalúa usted la gestión del gobierno actual en los últimos 5 años en los temas siguientes? Califique del 1 al 5, donde 1 es muy malo y 5 es muy bueno)

La gestión de los últimos 5 años comprende la gestión del ex presidente Alberto Fujimori, que es evaluada positivamente por la gran mayoría de los alumnos encuestados. Así, la lucha contra la corrupción alcanza un 85% como muy buena, en tanto que un 8% la califica como buena, lo que hace un 93% de aprobación.

La generación de empleo también alcanza altos porcentajes: 62% como muy buena y 30% como buena, haciendo un total de 92%.

La lucha contra la pobreza, tercer ítem del cuestionario, también alcanza el tercer lugar con un 59% para muy buena y el 27% como buena.

Seguidamente, encontramos el indicador “apoyo a la universidad pública” con un 42% y un 35%, respectivamente.

Son calificadas como buena y regular la gestión en relación con: la regulación de los precios de los medicamentos, el aumento de la cobertura de la atención médica, la descentralización de los servicios de salud y la propiedad de las acciones preventivo-promocionales.

La “lucha antiterrorista” tuvo muy baja calificación en la escala cualitativa señalada. Muy mala con 39% y mala con 37%.

	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy Buena		Total
	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	
1. Lucha contra la corrupción	1	1.0	0	0.0	17	11.3	62	41.3	69	45.7	130
2. Lucha contra la pobreza	6	4.0	22	14.7	34	22.7	57	37.3	31	20.3	150
3. Lucha contra el terrorismo	57	38.0	32	21.3	37	24.7	16	10.7	18	11.9	150
4. Estabilidad económica	10	6.7	27	18.0	40	26.7	52	34.7	21	14.0	150
5. Generación de empleo	10	6.7	27	18.0	37	24.7	57	37.3	27	18.0	150
6. Apoyo a la Universidad Pública	42	28.0	35	23.3	31	20.7	31	20.7	11	7.3	150
7. Reforma del Sistema de Salud	14	9.3	31	20.7	39	26.0	42	28.0	24	16.0	150
8. Modernización de la Seguridad Social en el Perú	17	11.3	30	20.0	37	24.7	37	24.7	3	2.0	150
9. Regulación de los precios de los medicamentos	13	8.7	25	16.7	34	22.7	47	31.3	31	20.7	150
10. Descentralización de los Servicios de Salud	10	6.7	27	18.0	40	26.7	52	34.7	21	14.0	150
11. Atención de los enfermos de la comunidad	20	13.3	32	21.3	37	24.7	42	28.0	21	14.0	150
12. Propiedad de las acciones preventivo-promocionales	11	7.3	24	16.0	37	24.7	42	28.0	36	24.0	150

Cuadro N° 2 ¿Cómo evalúa Ud., la gestión del gobierno actual en los últimos cinco años en los temas siguientes?

Cuadro N° 3: Si fuera posible, anote a continuación los nombres de tres personajes que Ud., considere han sido los más importantes en el inicio y desarrollo de la Reforma Peruana en el campo de la salud y de la Seguridad Social.

Los tres personajes más importantes en el desarrollo de la reforma peruana en el campo de la salud y de la seguridad social fueron identificados Luis Castañeda Lossio (ex presidente del IPSS) con un 39%, siguiendo los doctores Eduardo Yong Motta y Marino Costa Bauer (ex Ministro de Salud) con el 6% y 5%, respectivamente.

Ha de destacarse que el 49% de los 150 alumnos encuestados no respondieron o no sabían, o expresaron que no existía ningún personaje importante con un 3%.

La mayoría de los 35 indicadores sólo alcanzan el 1%.

Cuadro N° 3. Si fuera posible anote a continuación los nombres de tres personajes que Ud., considera han sido los más importantes en el juicio y desarrollo de la Reforma Peruana en el campo de la Salud y la Seguridad Social:

Personajes	Nº veces nombrado	%
LUIS CASTAÑEDA LOSSIO	58	39%
BANCO MUNDIAL	2	1%
DR. YONG MOTTA	9	6%
MONTESINOS	1	1%
FUJIMORI	3	2%
MANUEL A. ODRIA	1	1%
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS	2	1%
J. CASTRO GOMEZ	3	2%
GRAL. JUAN VELASCO ALVARADO	1	1%
LA LUCHA DEL TRABAJADOR POR HACERSE RESPETAR	1	1%
MARINO COSTA BAUER	8	5%
MAX CARDENAS	3	2%
SANCHEZ MORENO	1	1%
ALEJANDRO AGUINAGA	3	2%
UNIVERSIDAD CAYETANO HEREDIA	1	1%
PROYECTO FORTALECIMIENTO	6	4%
GUILLERMO ALMENARA	1	1%
CARLOS VIDAL LAYSECA	1	1%
HOSPITAL REBAGLIATI	1	1%
DAVID TEJADA	2	1%
URIEL GARCIA	1	1%
DR. ROCA	2	1%
LUIS DELGADO APARICIO	1	1%
FRANCISCO MORALES BERMUDEZ	1	1%
FERNANDO BELAUNDE TERRY	1	1%
MANUEL VELASQUEZ PERALES	1	1%
RAUL CARPIO BARBIEN	2	1%
LUZ SALGADO	1	1%
CLAS	1	1%
HUGO PESCE PESSETO	1	1%
JULIO COTTLER	1	1%
AMERICO FERNANDEZ	1	1%
PRIMO PACHECO	1	1%
NINGUNO	5	3%
NO SABE / NO RESPONDE	69	46%

n = 150 alumnos

CUADRO Nº 4: ¿Cuál cree Ud., que es el poder real de los siguientes actores sociales en las decisiones que se están tomando para reformar el Sector Salud y la Seguridad Social en el país?

Con los indicadores de medición porcentual de mucho, lo suficiente, regular, poco, muy poco y no sabe/no responde (NS/NR)

Los resultados en este cuadro, son muy variados: el indicador suficiente, señala al Ministerio de Salud con un 26%, siguiéndole el Ministerio de Economía y Finanzas, la Presidencia del Consejo Directivo de EsSalud, la Comisión de Salud del Congreso y el Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional, con el 26%, 24%, 23% y 24%, respectivamente.

Para el indicador mucho se menciona al Ministerio de Salud, con el 19%; Banco Mundial y FMI con el 18% y el Ministerio de Economía y Finanzas con un 16%.

Para el indicador regular, encontramos los siguientes resultados: la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS) con un 33%; siguiéndole el MEF, EsSalud y el CMP que alcanzan el 29% cada uno.

El indicador poco alcanza los siguientes resultados: EsSalud, la OPS y la universidad Cayetano Heredia alcanzan un mismo porcentaje, el 31%.

Hacen muy poco las universidades de San Marcos y Cayetano Heredia, con el 34% y el 30%, respectivamente; en tanto, la Federación Médica Peruana alcanza el 23%.

	MUCHO		LO SUFICIENTE		REGULAR		POCO		MUY POCO		NS/NR	
	Cases	%	Cases	%	Cases	%	Cases	%	Cases	%	Cases	%
1. Ministerio de la Presidencia	26	17.3	46	30.7	44	29.3	11	7.3	20	13.3	6	4.0
2. Ministerio de Economía y Finanzas	16	10.7	21	14.0	26	17.3	24	16.0	20	13.3	9	6.0
3. Ministerio de Salud	19	12.7	31	20.7	33	22.0	34	22.7	22	14.7	6	4.0
4. Presidencia del Consejo Directivo de EsSalud	8	5.3	21	14.0	23	15.3	24	16.0	9	6.0	6	4.0
5. Comisión de Salud del Congreso	24	16.0	26	17.3	23	15.3	11	7.3	12	8.0	4	2.7
6. Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional	24	16.0	26	17.3	23	15.3	11	7.3	12	8.0	4	2.7
7. Oficina Sanitaria Panamericana (OPS)	11	7.3	33	22.0	29	19.3	29	19.3	20	13.3	7	4.7
8. Universidad Federico Villarreal	11	7.3	31	20.7	29	19.3	29	19.3	20	13.3	7	4.7
9. Universidad Nacional Cayetano Heredia	11	7.3	31	20.7	29	19.3	29	19.3	20	13.3	7	4.7
10. Universidad Nacional de San Marcos	11	7.3	30	20.0	29	19.3	29	19.3	20	13.3	7	4.7
11. Federación Médica Peruana	11	7.3	23	15.3	23	15.3	23	15.3	20	13.3	7	4.7
12. Otros	8	5.3	11	7.3	9	6.0	7	4.7	9	6.0	12	8.0

Cuadro Nº 4. ¿Cuál cree Ud., que es el poder real de los siguientes actores sociales en las decisiones que se están tomando para reformar el Sector Salud y la Seguridad Social en el país?

- (*) Universidad San Martín de Porres
- Pueblo
- Presidente de la República
- Ministro de Trabajo
- Universidad Federico Villarreal
- Trabajadores de salud
- Gobiernos locales
- Gobierno Central

Entidades privadas

Club de París

CUADRO N° 5: ¿Cuál cree que es la influencia real de los siguientes profesionales en el asesoramiento a las autoridades nacionales que están tomando las decisiones políticas sobre la Reforma en Salud y la Seguridad Social?

En éste cuadro 5, para el indicador mucho, se puede apreciar que los planificadores de la salud y los economistas profesionales alcanzan ambos un 9%. Esta inclinación se plasma igualmente en el indicador lo suficiente con el 24% y el 27%, respectivamente.

Con mayores porcentajes en el indicador regular aparecen dos nuevos componentes, los médicos especialistas en Epistemología y los médicos especialistas en Economía de la Salud, con el 41% y el 37%, respectivamente.

Poco y muy poco en influencia aparecen los médicos de práctica privada, los abogados, los sociólogos y otros licenciados en Ciencias Sociales con un 33%, 37% y 33%, respectivamente.

	Muy poco		Poco		Regular		Lo suficiente		Mucho		N/A	
	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%		
a. Los médicos de la práctica privada	40	33.3	30	25.0	30	25.0	11	9.2	9	7.5	9	7.5
b. Los médicos especialistas en Epistemología	8	6.7	42	35.0	42	35.0	25	20.8	9	7.5	9	7.5
c. Los médicos especialistas en Economía de la Salud	8	6.7	34	28.3	39	32.5	19	15.8	11	9.2	9	7.5
d. Los planificadores de la Salud	8	6.7	39	32.5	30	25.0	40	33.3	11	9.2	9	7.5
e. Los economistas profesionales	11	9.2	24	20.0	30	25.0	40	33.3	11	9.2	9	7.5
f. Los administradores profesionales	11	9.2	24	20.0	40	33.3	11	9.2	9	7.5	9	7.5
g. Los abogados	28	23.3	30	25.0	40	33.3	14	11.7	9	7.5	9	7.5
h. Los sociólogos u otros licenciados sociales	11	9.2	30	25.0	30	25.0	17	14.2	9	7.5	9	7.5
i. Los profesionales	1	0.8	8	6.7	8	6.7	9	7.5	9	7.5	9	7.5

Cuadro N° 5. ¿Cuál cree que es la influencia real de los siguientes profesionales en el asesoramiento a las autoridades nacionales que están tomando las decisiones políticas sobre la Reforma en Salud y la Seguridad Social?

4.3. ÁREA: ANÁLISIS DE LOS SILABOS

AREA: ANÁLISIS DE LOS SILABOS

El sentido y la intensidad de las relaciones entre el trabajo médico y la educación médica se manifiestan en la realidad práctica; básicamente en el grado de adecuación de las demandas cualitativas de fuerza de trabajo médico de las organizaciones de salud con las nuevas ofertas que, a través de sus egresados de pregrado y postgrado, hacen las facultades de medicina a la sociedad, grado de adecuación que se puede medir o estimar en tres niveles o instancias.

El primer nivel o “nivel curricular” alude al tipo de interacción que el Ministerio de Salud estableció con las distintas facultades de Medicina, con el fin de que adecuaran, hasta cierto sentido, sus planes de formación médica a las necesidades del perfil ocupacional del llamado “médico que el Perú necesita”, definido por las autoridades de salud como el “médico sanitario” en 1946; el “médico integral” en la década de los

sesenta; el “médico de la atención primaria” en la década de los ochenta y el “médico emprendedor” en la década de los noventa. En este nivel se ubican, el Programa de SECIGRA. Los cambios en la currícula de formación médica y las actividades de ASPEFAM.

En un primer análisis se puede llegar fácilmente a establecer que las relaciones establecidas y las interacciones realizadas no fueron suficientes para evitar los desequilibrios y desfases entre la demanda y la oferta de trabajo médico actualmente existente. Opinión que se sustenta en uno de los lineamientos de política de salud vigentes, cuando se propone textualmente “contribuir a una mejor articulación de las instituciones formadoras de recursos humanos en salud con las actividades prestadoras y con el Ministerio de Salud, para una mejor adecuación de la formación profesional y técnica a las necesidades de salud de la población”. (31)

La Facultad de Medicina de la U.N.M.S.M. cumpliendo parcialmente las disposiciones estatutarias ha desarrollado revisiones de su currículo con el propósito de evaluarlo y actualizarlo de acuerdo con los avances de la ciencia y de la tecnología, así como con los cambios sociales y políticos, para éstas revisiones y la formulación de los nuevos planes curriculares aplica, desde el año 1995, una metodología que debe partir de la definición del perfil académico-profesional.

En la actualidad pocos dudan que la vinculación de la universidad con el aparato productivo y la sociedad es una necesidad imperiosa para que el Perú se enfrente a la globalización, entendiéndose así a las instituciones universitarias como organismos creados por la sociedad para generar, adaptar, almacenar, transmitir y difundir conocimientos científicos, tecnológicos y humanísticos, útiles para el desarrollo del país. Este producto genérico se ofrece a la sociedad incorporando personas, recursos materiales, documentos y servicios. Tal conocimiento se utiliza para planear o emprender el desarrollo económico, social, político y cultural, lo que además, permite seleccionar el que existe en otras sociedades y cultivar nuevos saberes.

Lo anteriormente expuesto, es totalmente válido para argumentar la necesidad y la urgencia de articular los mercados de trabajo y de educación médica, donde los actores sociales de éstos mercados tienen grandes responsabilidades con la sociedad. No basta tener el conocimiento y los recursos materiales que ésta requiere, sino aportarlos e instrumentarlos con oportunidad y racionalidad práctica. Sólo así cuando sus nexos con la sociedad adquieren una dimensión real y una trascendencia ética y política suficiente.

En este análisis de los cambios en las sumillas y contenidos curriculares de las asignaturas que tienen relación con la formación del médico y de la Reforma en Salud, temas centrales en nuestro estudio cualitativo, tenemos 4 asignaturas: Salud Comunitaria, Epidemiología, Gerencia en Salud y Atención Integral en Comunidad.

En el año de 1990, Medicina Comunitaria se enseñaba en dos partes, como Medicina Comunitaria I de cuatro créditos, dictado en el segundo año, y Medicina Comunitaria II con seis créditos, lo que hacía un total de diez créditos con códigos diferentes. En los años de 1996 y 2001 Medicina Comunitaria toma el nombre de Salud Comunitaria con cuatro créditos (4.0); de lo que se deduce que se han perdido seis créditos (6.0).

En los cursos de Administración, Planificación y Gerencia en Servicios de Salud, se

observa que no hay coherencia entre el Plan Curricular y los sílabos de 1990, sea en nombre, semestre académico o número de créditos, los silabos de 1996 y 2001 ya son más coherentes.

El curso de Epidemiología en 1990, se desarrolló en dos partes, como Epidemiología I y Epidemiología II, enseñándose en el cuarto y quinto años de estudio, con 8.0 créditos anuales. En 1996, se redujo el creditaje a cinco (5.0) créditos, enseñándose en el V semestre del tercer año. En el año 2001, Epidemiología se reduce a tres (3.0) créditos.

Atención Integral en Comunidad se denominaba en realidad Atención Integral Servicios Periféricos de Salud y Comunidad con catorce (14.0) créditos. En 1996 toma el nombre de Atención Integral en la Comunidad y es complementario del curso de Gerencia, con un valor académico de cinco (5.0) créditos y es anual, dictándose en el sexto año. En el año 2001, con el mismo nombre de Atención Integral en Comunidad, se reduce el creditaje a un (1.0) crédito. Como se puede observar, en este curso, hay una pérdida de créditos.

1990

Medicina Comunitaria I

- 1.1.Código 150738
- 1.2.Segundo año de estudios IV semestre académico
- 1.3.Créditos: 04
- 1.4.Aprendizaje: conocimientos teóricos y prácticos
- 1.5.Enfoque trabajo
- 1.6.Lugar: Centro de Salud

Medicina Comunitaria II

- 2.1.Código 411527
- 2.2.Sexto año de estudios Semestre académico XII
- 2.3.Créditos: 06
- 2.4.Asignatura final de pregrado
- 2.5.Aplicativa: conocimientos, destrezas, actitudes, experiencia
- 2.6.Estudio de la realidad de salud, problemas, soluciones de la comunidad
- 2.7.Lugar: Centro de Salud

Administración y Planificación de Salud

A. Según plan curricular

- 3.1. Año de estudios: quinto año, noveno y décimo semestre
- 3.1.Créditos: 04
- 3.2.Código: no indica

B. Estructura y administración del servicio de salud (planificación y planificación de salud)

3.3. Año de estudios: sexto año

3.4. Créditos: 04

3.5. Semestre académico: XI, XII

3.6. Ingresantes 1982 hasta 1990, año de estudios: 9 años en la universidad

3.7. Código: 411524

Epidemiología General I

Código: 411313

Créditos: 05

Año de estudios: Cuarto año

Semestre curricular: I y II

Epidemiología II

Código: 411515

Créditos: 03

Año de estudios: Quinto año

Semestre curricular: X

Atención Integral en Comunidad

Atención integral en servicios periféricos de salud y comunidad

1996

Salud Comunitaria

Según el plan de estudios reemplaza a la Medicina Comunitaria I y II

1.1. Código 411527

1.2. Créditos: 04

1.3. Tercer año – V semestre

1.4. Capacita en las estrategias, planes, programas y, acciones de salud preventiva, formacional y de salud pública en el ambiente local: Centro de Salud

Gerencia en Salud

A. Según el plan curricular de la EAP de Medicina Humana

2.1. Créditos: 07

2.2. Código: no figura

2.3. Año de estudios: sexto año

2.4. Semestre: XI – XII

2.5. Capacita al alumno para gerenciar establecimientos y servicios de salud

B. Según syllabus es administración y planificación de salud

2.6. Código: 411503

2.7. Créditos: 04

2.8. Año de estudios: sétimo año

Epidemiología

Código: MO1019

Créditos: 05

Tercer año

V semestre

Atención Integral en Comunidad

Créditos: 05

Sexto año

Semestre XI – XII

2001

Salud Comunitaria

1.1.Código 411527

1.2.Creditos: 04

1.3.Tercer año – V semestre

1.4.Contribuye al desarrollo social y a la transformación del sistema de servicios de salud

Gerencia en Salud

A. Según el plan curricular de la EAP de Medicina Humana

2.1. Sexto año de estudios

2.2. XI y XII semestre

2.3. Código MO1031

2.4. Créditos: 05

2.5.Capacita al alumno para gerenciar establecimientos y servicios de salud para elevar la calidad y efectividad en la atención de los servicios de salud

B. Según syllabus Gerencia en Salud

2.6. Año académico 2001

2.7. Código MO1031

2.8.Año de estudios: sexto año

Epidemiología

Código: TO4028

Créditos: 03

Atención Integral en Comunidad

Créditos: 01

UNMSM. Facultad de Medicina. Escuela Académico Profesional de Medicina Humana.

Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Estudio comparativo de la sumilla de los Syllabus de los siguientes cursos.

1990

1. Medicina Comunitaria I.

Código 150738

Sumilla: La asignatura de Medicina Comunitaria I comprende el conocimiento teórico y práctico básico sobre los enfoques conceptuales, estrategias, programas y actividades de trabajo de salud con la comunidad, para contribuir a la defensa y desarrollo de la vida y salud. Se propone promover el desarrollo de las capacidades del estudiante de medicina en el trabajo de salud con la población y con el Centro de Salud

2. Medicina Comunitaria II

Código 411527

Sumilla: La asignatura de Medicina II con la que culmina la formación de pregrado del estudiante de medicina humana, es eminentemente aplicada con los conocimientos, destrezas, actitudes y experiencias adquiridas durante la formación escolarizada, a través del estudio de la realidad de salud y la propuesta de soluciones a los problemas de una comunidad determinada, tomando al Centro de Salud como eje de articulación del proceso de integración docencia-atención de salud.

3 Epidemiología General I.

Código 411313

Sumilla: La asignatura comprende un conjunto de conocimientos, metodología y técnicas de epidemiología general, destinados a desarrollar en el estudiante una actitud de integración frente al estudio y política de la atención de la salud tanto individual como de grupo humano. La enseñanza, que corresponde al nivel básico de esta disciplina se imparte en cuatro bloques interrelacionados y secuenciales que se complementa con un trabajo práctico en la comunidad. El primer bloque es teórico-doctrinario y sirve de sustento a los siguientes; el segundo desarrolla la metodología de investigación epidemiológica; el tercero describe y analiza el proceso epidemiológico de las enfermedades transmisibles y no transmisibles y el cuarto que es aplicativo e instrumental. De acuerdo a las disposiciones generales de la E.A.P. Medicina Humana, Epidemiología General (I) se ofrece a los estudiantes de cuarto año de Medicina, paralelamente con Medicina Interna y Anatomía Patológica Especial. Tiene una duración de 32 semanas y equivale a cinco créditos. Es requisito de Epidemiología Clínica (II).

4

Epidemiología II.

Código 411515

Sumilla: Epidemiología II corresponde al Quinto Año de Medicina Humana. Se ofrece en dos bloques de ocho semanas de duración, a la mitad de los alumnos de la promoción, cada uno.

El desarrollo de la asignatura está orientado a que los estudiantes consoliden el concepto que las enfermedades no se producen aleatoriamente en las poblaciones humanas y que la metodología epidemiológica es el instrumento que permite estudiar; su distribución, patrones de presentación y su relación con los factores ambientales.

En otra etapa se capacita a los alumnos para que emprendan estudios epidemiológicos dirigidos a identificar los factores causales de algunas enfermedades de importancia en nuestro medio, comparando la incidencia en expuestos y no expuestos a una hipotética causa, lo que se logra a través de modelos de investigación analítica, que se han desarrollado con el apoyo de otras disciplinas médicas y sociales.

El objetivo es resaltar la formación de los futuros médicos que toda su actividad profesional debe estar orientada a la atención integral de la salud y a la prevención y control de las enfermedades y no sólo el diagnóstico y tratamiento.

5. Estructura y Administración de Servicios de Salud (Administración y Planificación de Salud). Código 411524

Sumilla: Para cumplir con los objetivos de la asignatura de Estructura y Administración de Servicios de Salud para los alumnos del Sexto Año de la E.A.P. Medicina Humana, se desarrolla un contenido docente que se inicia con la exposición de temas doctrinarios y conceptuales, relativos a la salud dentro del contexto económico y social.

La teoría de sistemas, sistemas sociales y políticos, sistemas administrativos y sistemas de servicios de salud, planificación global del desarrollo y planificación y programación de la salud, y la forma como deben organizarse y administrarse los recursos del sector para formular y ejecutar planes y programas dirigidos a satisfacer las necesidades de salud en nuestra población, en base a una política de salud consistente, coherente, realista, viable y factible.

Los conocimientos doctrinarios son básicos para que posteriormente el alumno en el Curso de Medicina Comunitaria II pueda apreciar como se llevan a cabo en la práctica los programas, palpando los logros y dificultades que se afrontan para desarrollarlas. Paralelamente el alumno elaborará un proyecto de trabajo de actividades en un Servicio Periférico de Salud, incluyendo actividades de proyección a la comunidad y un trabajo de gabinete que se lleva a cabo con el fin de reconocer y analizar los principales problemas de salud, así como lo referente a la organización, funcionamiento, producción de los servicios de salud y los métodos y técnicas utilizados en nuestro medio, para la planificación y programación de actividades de salud.

Tanto en la elaboración del Proyecto de Actividades en Servicios Periféricos de Salud como en los trabajos de gabinete, se aprovecha de estimular la actitud analítica, crítica y creativa en el estudiante, para que tengan conocimientos integrales de nuestra compleja problemática de salud y la manera de utilizar mejor los cursos disponibles con la

finalidad de lograr un buen funcionamiento y mayor cobertura de los servicios de salud a futuro.

6. La Comunidad y su Ambiente.

Código 150701

Sumilla: La comunidad es un curso introductorio a la Medicina Social, dirigido a alumnos que recién inician el Primer año de estudios en la Escuela de Medicina Humana.

El curso tiene como objetivo aproximarse a la comprensión de la salud en la sociedad peruana, dando énfasis a la relación que tienen los factores ambientales, económicos, sociales, políticos y demográficos en la persona como individuo y ser social.

A la vez este curso inicia al estudiante en el trabajo práctico con la comunidad, bajo modalidades diversas: aplicación de técnicas de diagnóstico social y ecológico, determinación de algunos indicadores gruesos de salud y población, manejo de estrategias e instrumentos de trabajo social con la comunidad.

7. Ciencias Sociales Aplicadas a la Medicina. Código 411106

Sumilla: El curso de Ciencias Sociales aplicadas a la Medicina está dirigido a alumnos del Primer año de estudios de la E.A.P. de Medicina Humana. Es un curso introductorio a la a la medicina social vinculada a la realidad nacional.

Tiene como finalidad que el estudiante se inicie en la comprensión de la salud integral en la sociedad peruana, dando énfasis a la interrelación que tienen los factores políticos, económicos, socio culturales, demográficos y naturales, con la persona considerada como individuo y como ser social. Para tal comprensión el alumno recibirá conocimientos básicos de sociología, antropología, economía, demografía y ecología. Así mismo, este curso inicia al estudiante en el trabajo práctico con la comunidad, bajo modalidades diversas tales como la aplicación de técnicas de diagnóstico social y ecológico, determi-nación de algunos indicadores de salud y población y manejo de instrumentos de trabajo social con la comunidad.

8. Metodología de la Investigación Médica I

Código 411525

Sumilla: Las asignaturas de Metodología de la Investigación Médica I y II se imparte a los alumnos del 1º año de Medicina Humana y contribuye específicamente a fortalecer en el estudiante su función de investigación así como lo capacita para la elaboración de su tesis de Bachiller.

El estudiante recibe contenidos teórico prácticos sobre la importancia de la investigación en el campo de la salud, y a través de las experiencias de aprendizaje propuestas, se espera que sea capaz de elaborar un proyecto de investigación que incida sobre problemas prioritarios de salud del país y que contribuya al avance científico de la Medicina tanto a nivel asistencial, administrativo como docente.

1996

2. Medicina Comunitaria II

Código 411527

Sumilla: El curso de Medicina Comunitaria II se ha estructurado con un enfoque aplicativo, programático e integrador de las asignaturas que el Departamento ha desarrollado a lo largo de los estudios de pregrado, con una visión realista sobre la forma de actualizar la visión realista y la situación de salud para formular la programación de las actividades de salud más efectivas, que contribuyen los mejores niveles de vida. La asignatura se ha estructurado como un proyecto aplicable a la realidad concreta de un Centro de Salud y de la población que reside en su jurisdicción.

Permitirá que el estudiante identifique los problemas y aspiraciones que la comunidad en estudio y de los medios actuales y potenciales de que dispone para satisfacerlas. Al término de la asignatura, se espera que el estudiante esté preparado y motivado para actuar como agente promotor de cambios. Basado en el análisis de la situación de salud, está en condiciones de formular programas realistas, que sobre la base de los recursos disponibles, tienden a satisfacer las necesidades y aspiraciones de la comunidad.

3. Epidemiología.

Código MO-1019

Sumilla: El curso de Epidemiología se dicta a los alumnos de la Escuela Académico Profesional de Medicina Humana en el Quinto año de estudios.

La asignatura proporciona conocimientos sobre el proceso de propagación de enfermedades, así como los instrumentos para el diseño de investigaciones epidemiológicas, haciendo énfasis en el establecimiento de relaciones causales y el estudio, diseño y ejecución de intervenciones de prevención y control de enfermedades

5. Administración y Planificación de Salud

Código 411503

Sumilla: El curso Administración y Planificación de Salud está diseñado para los alumnos de la Escuela de Medicina Humana que han alcanzado los objetivos de aprendizaje de las unidades temáticas del Plan de Estudios de Formación Profesional vinculadas con la atención de la salud colectiva, fundamentalmente los relacionados con las Ciencias Sociales Aplicadas a la Medicina, Estadística, Demografía y Epidemiología. El contenido del curso se desarrolla a través de actividades de enseñanza-aprendizaje destinadas a capacitarlos en la teoría y en la práctica de la gestión en los servicios de salud, con énfasis para el trabajo de salud y la comunidad

8. Metodología de la Investigación Médica I

Código 411111

Sumilla: La asignatura de Metodología de la Investigación Médica I se imparte a los alumnos del 1º año de Medicina Humana y contribuye específicamente a fortalecer en el estudiante su función de investigación así como lo capacita para la aplicación del método científico.

El estudiante recibe contenidos teórico prácticos sobre el proceso de investigación referidos fundamentalmente al campo de la salud, y a través de las experiencias de aprendizajes propuestos, se espera que sea capaz de conocer sus principios básicos y

utilizarlos en el diseño de investigaciones de tal manera que contribuya al avance científico, tanto a nivel asistencial, administrativo y docente.

9. Historia de la Medicina.

Código MO1020

Sumilla: La asignatura "Historia de la Medicina proporciona al estudiante una visión del desarrollo de la Medicina Humana, abarcando el contexto histórico y las principales corrientes del pensamiento médico, asimismo se estudia las instituciones vinculadas al quehacer de salud, la actuación de los personajes, los descubrimientos científicos y los principales problemas de la Medicina en su evolución histórica.

10. Metodología de la Investigación Médica II.

Código 411208

Sumilla: La asignatura de Metodología de la Investigación Médica II tiene como finalidad formar en el estudiante de medicina una actitud científica frente a los problemas de salud, a través de la enseñanza del método científico para aplicarlo en la elaboración y ejecución de un proyecto de investigación.

11. Proyectos de Investigación

Cód. MO1021

Sumilla: La asignatura de Proyectos de Investigación tiene como finalidad formar en el estudiante de medicina una actitud científica frente a los problemas de salud, a través de la enseñanza del método científico para aplicarlo en la elaboración y ejecución de un proyecto de investigación.

12. Atención Integral en la Comunidad

Código MO1036

Sumilla: Capacitar al alumno para la solución de los problemas más frecuentes de atención integral, tanto en la comunidad, servicios periféricos, como las unidades biopsicosociales familiares.

El estudiante aplicará los conocimientos médico-sociales adquiridos a lo largo del plan de estudios, de acuerdo al diagnóstico situacional, la formulación de estrategias de intervención, la ejecución, conducción y seguimiento de las acciones programadas, así como con los mecanismos para evaluar sus resultados e impactos.

Para enseñar estas habilidades y destrezas se recurrirá a los fundamentos y metodologías de la medicina familiar, la salud comunitaria y la salud pública.

13. Estadística Médica y Demográfica en Salud.

Código MO1011

Sumilla: La asignatura de Estadística Médica y Demográfica en Salud tiene como finalidad formar en el estudiante de medicina una actitud científica frente a los problemas de salud, a través de la enseñanza del método estadístico para aplicarlo en el análisis y evaluación de las investigaciones médicas y afines, referidas al campo de las ciencias de la salud. Asimismo, dar conocimientos fundamentales de la demografía y sus variables en

relación a la salud. Para ello se expondrán los principios básicos de la Estadística y Demografía en relación con la salud.

14. Ciencias Sociales Aplicadas a la Medicina.

Código MO1005

Sumilla: El curso Ciencias Sociales Aplicadas a la Medicina está orientado al conocimiento de la persona y comunidad en relación con su entorno para comprender la dimensión individual y social de interrelación del hombre con su realidad sociocultural.

Ofrece conocimientos básicos de antropología, ecología y sociología relacionados con medicina y salud. Propicia y posibilita el contacto del alumno en el trabajo práctico con la comunidad, su organización, funcionamiento y las diversas técnicas de participación para el desarrollo humano social.

2001

2. Salud Comunitaria

Código 411527

Sumilla: La Salud Comunitaria es un curso regular de la Escuela Académico Profesional de Medicina Humana del Tercer Año de estudios, dictado por el cuerpo docente del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, que proporciona nuevos discursos y significados al futuro médico en relación a su labor de promoción de la salud pública y a la vez aplica instrumentos necesarios para planificar y programar en salud individual y colectiva, que permitan contribuir al desarrollo social y a la transformación del sistema de servicios de salud.

3. Epidemiología

Código TO4028

Sumilla: El curso de Epidemiología está dirigido a los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Medicina Humana, tiene la finalidad de proporcionar al alumno conocimientos básicos de epidemiología, los instrumentos para el diseño de investigaciones epidemiológicas, la discriminación diagnóstica de las pruebas, la eficacia de los tratamientos, de manera que pueda utilizarlos en el desarrollo de las intervenciones de prevención, en la lectura y preparación de trabajos científicos, así como en el desarrollo de las investigaciones.

5. Gerencia en Salud.

Código MO1031

Sumilla: La asignatura de Gerencia en Salud está diseñado para los alumnos del Sexto año de estudios de la Escuela Académico Profesional de Medicina Humana. Capacita al alumno para gerenciar establecimientos y servicios de salud. Interrelaciona la planificación sanitaria con la administración para la toma de decisiones y procurar el desarrollo institucional. Desarrolla los fundamentos metodológicos y técnicos de la gerencia, proponiendo a la optimización de la elevación de la calidad y la efectividad en la atención de los servicios de salud.

9. Historia de la Medicina.

Código MO1020

Sumilla: La asignatura "Historia de la Medicina proporciona al estudiante una visión del desarrollo de la Medicina Humana, abarcando el contexto histórico y las principales corrientes del pensamiento médico, asimismo se estudia las instituciones vinculadas al quehacer de salud, la actuación de los personajes, descubrimientos científicos y los principales problemas de la Medicina en su evolución histórica, con especial énfasis en la medicina peruana.

11. Proyectos de Investigación

Código MO1021

Sumilla: Desarrollo en el estudiante de una actitud científica frente a los problemas de salud, a través de la aplicación del método científico en la elaboración y ejecución de proyectos específicos de investigación.

12. Atención Integral en la Comunidad

Código MO1036

Sumilla: Capacitar al alumno para la solución de los problemas más frecuentes de atención integral, tanto en la comunidad, servicios periféricos, como las unidades biopsicosociales familiares.

El estudiante conocerá la metodología y técnicas de trabajo administrativo en los establecimientos de salud a los que fuese asignado y los contrastará con los adquiridos en los cursos de Medicina Comunitaria y Gerencia de Servicios de Salud, de acuerdo al diagnóstico situacional, las estrategias de intervención, la ejecución, conducción y seguimiento de las acciones programadas, así como con los mecanismos para evaluar sus resultados e impactos.

13. Estadística Médica y Demográfica en Salud. Código

MO1011

Sumilla: La asignatura de Estadística Médica y Demográfica en Salud tiene por finalidad dar al estudiante de medicina los principios básicos de la estadística para aplicarlos en su práctica profesional, en las investigaciones, en la lectura y preparación de trabajos científicos. Asimismo, dar conocimientos fundamentales de la demografía y sus variables en relación a la salud.

14. Ciencias Sociales Aplicadas a la Medicina. Código

MO1005

Sumilla: El curso de Ciencias Sociales Aplicadas a la Medicina está dirigido a alumnos del primer año de estudios de la E.A.P. de Medicina Humana. Es un curso propedéutico para el estudio de la medicina humana. El curso está diseñado para habilitar al alumno en el manejo de conocimientos, enfoques, métodos e instrumentos de las ciencias sociales, facilitándole el desarrollo de competencias para analizar críticamente y comprender la salud y la enfermedad como procesos biopsico-sociales en nuestra propia realidad.

V. RESULTADOS

1. La Reforma en Salud instrumentada en el Perú busca esencialmente la eficiencia.

2. La Mayoría de los 172 encuestados opinan que los tres principales logros de la reforma fueron: la creación de los CLAS, focalización del gasto en salud y la implementación del Seguro Escolar Gratuito.

3. La mayoría de los 172 encuestados opinan que los temas relacionados con la reforma en salud deben ser abordados esencialmente en la asignatura Gerencia en Salud.

4. Los sílabos de las asignaturas Medicina Comunitaria, Epidemiología, Gerencia en Salud y Atención Integral, cuyos contenidos están referidos al análisis de situación, gestión y otorgamiento de las prestaciones de salud, no abordan directamente los temas vinculados con la Reforma en Salud.

5. El perfil ocupacional del médico descrito por las instituciones que mayoritariamente dan ocupación al médico titulado, no concuerda con el perfil académico enunciado por la Facultad de Medicina de San Fernando.

6. Se sugiere que el Ministerio de Salud, como órgano rector del Sistema Nacional de Salud, promueva la coordinación con las Facultades de Medicina responsables en la formación del médico, para que se garantice la formulación y aplicación de perfiles académicos acorde con los perfiles ocupacionales.

BIBLIOGRAFIA

ARROYO JUAN. Perú, 2000. Salud: La Reforma Silenciosa. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Constitución Política Peruana. 29 diciembre 1993.

Decreto Legislativo N° 718. Noviembre 1991. Creación del Sistema Privado de Salud a través de las Organizaciones de Servicios de Salud (OSS).

Decreto Ley N° 26151 y Resolución Ministerial N° 0220-93-SA/DM Abril 1993. Que aprueba la Directiva que norma los procesos de elaboración del Reglamento de Organización y Funciones de las Direcciones Regionales y Subregionales de los Gobiernos Regionales.

Decreto Legislativo N° 887 “Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud”. Noviembre de 1996.

Decreto Supremo N° 006-97-SA. “Estatuto de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud”. Junio 1997.

Decreto Supremo 002-92-SA. Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Agosto 1992.

Decreto Supremo N° 38-94-PCM. Se aprueban Planes Operativos de los programas de focalización del gasto social básico; entre ellos el de Salud. Mayo 1994.

Decreto Supremo N° 009-97-SA, aprueba el “Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud”. Septiembre 1997.

- DONNANGELO, M. C. 1976. "Medicina: Práctica técnica- Práctica social". Cap. I de Saúde e Sociedade. Sao Paulo. Livraria Duas Cidades.
- FRENK, Julio, y colaboradores. Abril 1980. "El Mercado de Trabajo Médico. I. Elementos técnicos y conceptuales". Gaceta Médico de México. Vol. II6, N° 4. Pp. 187-195.
- Ley N° 26268 Diciembre 1993. Ley del Presupuesto Público para 1994. Programa Presupuestario Focalización del Gasto Social Básico (PFGSB). Art 29°
- Ley N° 26530 Agosto 1995. Que modifica la Ley de Política Nacional de Población, con el fin de formalizar el uso de la "Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria" (AQV). Se impulsa el Control de la Natalidad.
- Ley N° 26790, Mayo 1997. "Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud".
- Ley N° 26842, Julio 1997. "Ley General de Salud".
- LIMA QUINTANA, Laura. 1994. "La Asistencia Médica vista como un Mercado Especial". Salud, Mercado y Estado. III Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. AES, Buenos Aires.
- MEDICI, André, y colaboradores. 1991. "El Mercado de Trabajo en Salud: Aspectos Teóricos, Conceptuales y Metodológicos". Educ. Med. Salud. Vol. 25, N° I. Pp. 1 -14.
- Ministerio de Salud. 1989. Guía de Procedimientos para la Elaboración de Perfiles Ocupacionales. Lima-Perú
- Ministerio de Salud. 1997. Evaluación Interna de la Administración Compartida. Lima-Perú.
- Ministerio de Salud. Enero 1991. Documento de Gestión Gubernamental "Hacia un Sistema Nacional Regionalizado e Integrado de Salud".
- Ministerio de Salud. 1995. "Programa de Salud Básica para Todos", "Programa de Administración Compartida".
- Ministerio de Salud. Diciembre 1995. "El desafío del cambio de milenio: un Sector Salud con equidad, eficiencia y calidad. Lineamientos de Política de Salud (1995-2000)".
- Ministerio de Salud. Noviembre 1996. Resolución Ministerial N° 673-96-SA/DM- "Guía para la aplicación del Manual de Acreditación de Hospitales".
- Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 5345-97-SA/DN, creando el "Programa de Administración de Acuerdos de Gestión. Noviembre 1997.
- NOGUEIRA, Roberto. 1986. "Mercado de Trabajo en Salud. Conceptos y Medidas". Educ. Med. Salud. Vol. 20, N° 4. Pp. 524-534.
- OPS y OMS. Paltex Salud 2000. Educación Médica. José Venturelli.
- RAMIREZ DE ARELLANO, Annette. 1990. "El Mercado de Servicios Médicos". Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Análisis de Costos, Demanda y Planificación de Servicios de Salud. HSS/SILOS N° II. OPS/OMS.
- ROVERE, Mario. 1993. "Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud". Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 96. Washington D.C. OPS/OMS, Pp. 44.
- TRONCOSO, María del Carmen, y colaboradores. 1986. "El Mercado de Trabajo Médico y la Producción de Servicios de Salud en la Argentina". Educ. Med. Salud.

Vol.20, N° 4. Pp. 535-558.

UNMSM. Facultad de Medicina San Fernando. Boletín Informativo N° 1 año 1990. Seminario de Reforma de la Educación Profesional en Salud. Lima-Perú.

UNMSM. Facultad de Medicina San Fernando. Plan Curricular de la Escuela Académico Profesional de Medicina Humana. 1996. Lima-Perú.

UNMSM. Facultad de Medicina San Fernando 2001. Guía del Estudiante. Lima-Perú.

UNMSM. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública 2000. Encuesta a los Docentes. Lima-Perú.

UNMSM. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública 2000. Encuesta a los Alumnos Egresantes. Lima-Perú.

UNMSM. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Años 1990, 1996 y 2001. Syllabus, Gerencia en Salud, Salud Comunitaria, Epidemiología, Atención Integral en Comunidad. Lima-Perú.

VAZQUEZ, Domingo. 1995. "Conceptos, Actores y Variables del Mercado de Trabajo Médico". Educ. Med. Salud. Vol. 229, N° I. Pp. 62-75.

VENTURELLI JOSE. 1997. Educación Médica: Nuevos enfoques, metas y métodos. OPS/OMS Washington.

ANEXOS

CUESTIONARIO PARA DOCENTES

CUESTIONARIO PARA DOCENTES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA QUE PARTICIPAN EN LA ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

CATEGORIA:Principal (...) Asociado (...) J. Pract. (...)CLASE:D.Ex (...)T.C. (...) T.P. (...)

1. Con relación a los eventos vinculados con la reforma en salud efectuada en el país durante 1995-2000

PRINCIPALES EVENTOS	OPINION SOBRE RESULTADOS				INCLUSION EN EL CONTENIDO DE LAS						
	Bue	Reg	Mal	N.O.	Ya están incluidos						
					Epi	S Com	Ger S	A Int	Otro	N.O.	Epi
a. Ley General de Salud											
b. Ley de Modernización SSS											
c. Ley de Creación de EsSalud											
d. Empresas Prestadoras de Salud EPS											
e. Superintendencia de EPS											
f. Sistema de Seguridad Social											
g. Régimen Contributivo de Salud											
h. Seguro Escolar Gratuito											
i. Seguro Materno Infantil											
j. Seguro Universitario											
k. CLAS y Prog. Adm. Comp.											
l. Focalización del gasto											
m. Gestión Autónoma Hosp.											
n. Gestión Autónoma Red E.											
ñ. Municipalización At. Básica											
o. Recuperación de costos											
p. Subsidios a la demanda											

NO : No opina

Epi : Epidemiología

S Com : Salud Comunitaria

Ger S : Gerencia en Salud

A Int : Atención integral

2. Opinión sobre los efectos de la Reforma en Salud y Seguridad Social al final del año 2000 sobre los siguientes elementos o aspectos de la atención de la salud colectiva.

ELEMENTOS O ASPECTOS PRINCIPALES	OPINION SOBRE LOS EFECTOS			
	Favorable	Ninguno	Desfav.	No opina
a. Universalidad de la atención de la salud				
b. Equidad en la asignación de recursos				
c. Equidad en la atención de salud				
d. Solidaridad social				
e. Solidaridad intergeneracional				
f. Libre elección de atención				
g. Eficiencia en la asignación de recursos				
h. Eficiencia en la utilización de recursos				
i. Integralidad de la atención de la salud				
j. Calidad de la atención				
k. Sostenibilidad financiera				
l. Focalización del gasto público en salud				
m. Sostenibilidad infraestructura básica				
n. Desarrollo infraestructura básica				
ñ. Condiciones de trabajo del personal				
o. Capacitación del personal de salud				
p. Continuidad en la política de salud				

3. En su opinión ¿cuáles son los tres principales logros de la reforma en salud y en la salud y la seguridad social al final del año 2000?

- 1ro
- 2do.....
- 3ro.....

4. En su opinión ¿cuáles son los tres principales errores o limitaciones de la reforma en salud y en la salud y la seguridad social al final del año 2000?

- 1ro
- 2do.....
- 3ro.....

5. En su opinión ¿cuál ha sido la participación de la Facultad de Medicina de San Fernando y cuál debería haber sido su participación en la Reforma?

6. Si opina que la participación de la Facultad de Medicina ha sido significativa en la Reforma, fundamente su opinión.

Cuestionario para alumnos

CUESTIONARIO PARA LOS ALUMNOS

Las respuestas son anónimas, servirán para un estudio que está realizando el Departamento, solicitamos su colaboración para que lea con cuidado las instrucciones y de respuestas espontáneas y sinceras. Marque con un aspa (X) la opción elegida.

A. ¿De cuáles de los siguientes sucesos se ha enterado usted? (Ninguno sucedió antes de 1995)

A. Se aprobó la Ley General de Salud	SI	NO
B. Se aprobó la Ley de Modernización de la Seguridad Social	SI	NO
C. Se crearon cuatro Empresas Prestadoras de Salud (EPS)	SI	NO
D. Se creó la Superintendencia de las Empresas Prestadoras de Salud	SI	NO
E. Se creó el Régimen Contributivo de Salud	SI	NO
F. Se creó el Régimen Subsidiado de Salud	SI	NO
G. Se propone un Sistema de Identificación del Usuario	SI	NO
H. Asignación financiera en función de la demanda del MINSa	SI	NO
I. Funcionamiento autónomo de cinco hospitales del MINSa en Lima	SI	NO
J. Funcionamiento de la Administración Compartida (CLAS)	SI	NO
K. Aprobación del Manual de Acreditación en Hospitales	SI	NO
L. Transferencia de los centros de salud del MINSa a la municipalidad	SI	NO

B. ¿Cómo evalúa Ud., la gestión del gobierno actual en los últimos 5 años en los temas siguientes? (Califique del 1 al 5, en donde "1" es muy malo y "5" es muy bueno)

A. Lucha contra el terrorismo	1	2	3	4	5
B. Lucha contra la pobreza	1	2	3	4	5
C. Lucha contra la corrupción	1	2	3	4	5
D. Estabilización económica	1	2	3	4	5
E. Generación de empleo	1	2	3	4	5
F. Apoyo a la Universidad Pública	1	2	3	4	5
G. Reforma del Ministerio de Salud	1	2	3	4	5
H. Modernización de la Seguridad Social en Salud	1	2	3	4	5
I. Regulación de los precios de los medicamentos	1	2	3	4	5
J. Descentralización de los servicios de salud	1	2	3	4	5
K. Aumento de la cobertura de la atención médica	1	2	3	4	5
L. Prioridad de las acciones preventivo-promocionales	1	2	3	4	5

C. Si fuera posible, anote a continuación los nombres de tres personajes que Ud., considera han sido los más importantes en el inicio y el desarrollo de la Reforma Peruana en el campo de la salud y de la Seguridad Social

1ro.....

2do.....

3ro.....

D. ¿Cuál cree Ud., que es poder real de los siguientes actores sociales en las decisiones que se están tomando para reformar el sector salud y la seguridad social en el país? (Califique del 1 al 5, en donde "1" es muy poco y "5" es mucho)

a. Ministro de la Presidencia	1 2 3 4 5
b. Ministro de Economía y Finanzas	1 2 3 4 5
c. Ministro de Salud	1 2 3 4 5
d. Presidente del Consejo Directivo de Salud	1 2 3 4 5
e. Comisión de Salud del Parlamento	1 2 3 4 5
f. Colegio Médico del Perú	1 2 3 4 5
g. Federación Médica Peruana	1 2 3 4 5
h. Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional	1 2 3 4 5
i. Oficina Sanitaria Panamericana	1 2 3 4 5
j. Universidad Nacional Mayor de San Marcos	1 2 3 4 5
k. Universidad Peruana Cayetano Heredia	1 2 3 4 5
l. Otro (especifique)	1 2 3 4 5

E. ¿Cuál cree Ud., que es la influencia de los siguientes profesionales en el asesoramiento a las autoridades nacionales que están tomando las decisiones políticas sobre la Reforma en Salud y la Seguridad Social? (Califique del 1 al 5, en donde "1" es muy poca influencia y "5" es mucha influencia)

a. Los médicos de la práctica privada	1 2 3 4 5
b. Los médicos especialistas en epidemiología	1 2 3 4 5
c. Los médicos especialistas en economía de la salud	1 2 3 4 5
d. Los planificadores de la salud	1 2 3 4 5
e. Los economistas profesionales	1 2 3 4 5
f. Los administradores profesionales	1 2 3 4 5
g. Los abogados	1 2 3 4 5
h. Los sociólogos u otros científicos sociales	1 2 3 4 5
i. Otros profesionales (especifique)	1 2 3 4 5

ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS PERFILES ACADEMICOS DE LOS AÑOS 1990, 1996 Y 2000 DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Estudio comparativo de los perfiles académicos de los años 1990, 1996 y 2001 de la Facultad de Medicina de la UNMSM

1990

PERFIL PROFESIONAL DEL MEDICO CIRUJANO

Definición de Medicina

Ciencia y arte de prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades, identificando las condiciones biológicas, económicas y sociales. Tiene como finalidad mantener el estado de salud individual y colectivo para contribuir a elevar los niveles de vida de la población.

Definición del Médico

El médico que debemos formar es un médico general, adecuado a las necesidades y

posibilidades del país, conocedor de nuestra situación de salud y de las características del espectro de morbilidad de las distintas regiones, de su estructura social, política y económica, su historia, de los idiomas, costumbres e idiosincrasia de sus habitantes. Asimismo, que conozca la Medicina Tradicional que se aplica en diferentes regiones.

Estará preparado para desarrollar acciones integrales de protección, promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, motivado y capacitado para actuar sobre todo en las zonas rurales y urbano marginales, contando con los conocimientos y habilidades suficientes para diagnosticar y tratar por si mismo los problemas de salud frecuentes, realizando el tratamiento inicial de los casos complicados en tanto recibe el apoyo del especialista.

Este médico general, dadas las características de su formación, estará capacitado para dirigir el equipo de salud y continuar capacitándose y manteniendo al día sus conocimientos. Desarrollar su actitud y aptitud para coordinar acciones con otros integrantes del equipo de salud.

Será un profesional con elevada sensibilidad social y poseedor de una estructura ética, que le hará acreedor de la confianza y respeto de la sociedad y de sus pacientes.

Identificación de las áreas de desempeño profesional

La formación básica comprenderá como mínimo las áreas siguientes:

I. Área de atención Integral de Salud

Aprobado en la XII Sesión del Comité Asesor de la Escuela Académico Profesional de Medicina Humana de la UNMSM y en el Pre-Seminario y Seminario de Reforma de la Educación Profesional en Salud.

II. Área de Proyección a la Comunidad

III. Área Educativa

IV. Área de Investigación

V. Área Administrativa

VI. Área de Autoformación

Identificación de las funciones por áreas de desempeño profesional e identificación de las tareas en que se desempeña cada función

I. Área de atención integral de Salud

1. Atención de la demanda

a. Diagnosticar y tratar en el nivel de salud donde le toque actuar, los problemas de salud más frecuentes del recién nacido, lactante, pre-escolar y escolar, de la madre gestante, parturienta y puerpera y del adulto joven, maduro, viejo y senil, interpretando la multicausalidad de procesos mórbicos y efectuando una atención integral de los mismos.

b. Reconocer la situación de los pacientes que por su gravedad requieren tratamiento especializado, refiriéndolos a donde corresponda, efectuando la atención básica en tanto reciba la ayuda especializada.

c. Efectuar seguimiento de casos.

d. Actuar en situación de urgencia individual y colectiva así como en casos de desastres.

2.Participación en los Programas de Atención Integral de Salud prioritariamente dirigidos a:

a. Control de enfermedades transmisibles, inmunoprevenibles y otras agudas y crónicas prevalentes.

b. Control de las enfermedades endémicas regionales.

c. Control de saneamiento del medio.

d. Control de la nutricionista incentivando la utilización de productos alimenticios de origen

e. Atención del grupo familiar.

f. Atención integral de salud a la madre durante la gestación, parto y puerperio y de la mujer en edad fértil.

g. Atención integral de salud del recién nacido, lactante, pre-escolar, escolar y del adolescente.

h. Atención integral de salud del adulto joven, maduro y de la tercera edad.

3. Participación en el equipo de salud.

II. Área de proyección a la comunidad

1. Formular la participación activa y autónoma de la población organizada en el diagnóstico de la situación de salud y en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de salud integral.

2. Coordinación entre las distintas entidades y/o instancias del nivel en que se encuentre a fin de consolidar acciones interdisciplinarias integrales a favor de la salud.

3. Desarrollar y fortalecer a nivel de la comunidad, acciones preventivo-promocionales orientadas a la atención de las personas y al control del ambiente, contribuir al desarrollo de la comunidad.

a. Atención a las personas:

Alimentación y nutrición adecuada

Control de enfermedades transmisibles

Vacunaciones

Control de la madre y del niño

Apoyo a las unidades familiares de alto riesgo (UFAR)

Primeros auxilios

Derivación de enfermos

Seguimiento de casos

b. Control del ambiente:

Control de roedores y vectores

Mejoramiento de la vivienda

Protección de fuentes de agua

Disposición de excretas

c. Desarrollo comunitario:

Diagnóstico de la situación económica y social de la comunidad.

Formulación de proyectos de desarrollo comunal.

Selección, a cargo de las organizaciones de la comunidad, de promotores de salud, parteras tradicionales y de otros miembros de la comunidad.

Ejecución de proyectos productivos comunales

Apoyo y asesoría de los sistemas institucionalizados

Supervisión, a cargo de las organizaciones de la comunidad y de los sistemas institucionales.

III. Área Educativa

1. Cumplir una labor docente en la educación continua de profesionales y de otros integrantes del equipo de salud.

2. Realizar acciones de un educador y la relación médico-paciente.

3. Promover la educación para la salud de la población en función de su problemática local, con énfasis en:

Atención materna

Alimentación y nutrición

Vacunaciones

Lactancia materna

Rehidratación oral

Saneamiento básico

Paternidad responsable

Primeros auxilios

4. Adiestrar al personal a nivel comunitario y delegación de funciones en lo referente a:

Orientación de la demanda de atención

Colaboración en la vigilancia epidemiológica

Educación de la comunidad y promoción de su participación

Otras que fueran necesarias

IV. Área de Investigación

1. Manejar el método científico y aplicarlos en la ejecución de:

Diagnóstico de la situación de salud local, identificando las necesidades prioritarias.

Estudios epidemiológicos evaluando los factores de riesgo más importantes en la comunidad local.

Estudios clínicos rigurosos cuando las circunstancias así lo requieran.

2. Seleccionar y planificar investigaciones en función a las prioridades de la población.

3. Investigar y desarrollar la tecnología apropiada al nivel y situación en que se desempeñe.

4. Formular proyectos comunitarios de desarrollo integral con énfasis en salud.

5. Impulsar e integrar equipos multidisciplinarios de investigación.

V. Área Administrativa

1. Manejar los aspectos fundamentales de la planificación de la salud para formular, ejecutar y evaluar programas de salud integral a nivel local, que tengan alta significación en la solución de los problemas de salud de mayor prioridad.

2. Dirigir en todo su ámbito de acción, establecimientos a nivel de centro de salud y puestos de salud.

3. Registrar en forma obligatoria los datos de morbimortalidad de acuerdo con las normas vigentes y elevarlos al área correspondiente.

4. Preparar y coordinar reportes epidemiológicos válidos así como proporcionar información fidedigna sobre el funcionamiento y producción del establecimiento de salud a su cargo.

5. Dirigir el equipo multidisciplinario de salud.

6. Asesorar en aspectos técnico-administrativo a la comunidad.

VI. Área de autoformación

1. Mantener actualizada su capacitación profesional.

2. Mantener un proceso constante de perfeccionamiento profesional.

Aprobado en el Seminario de Reforma de la Educación Profesional en Salud, realizado del 11 al 15 de diciembre de 1989.

1996

PERFIL ACADÉMICO PROFESIONAL

El médico que egresa de la Escuela Académico Profesional de Medicina Humana, deberá ser un profesional que desarrolle su actividad en forma integral, científica, humanística, ética y estará en capacidad de desarrollar las siguientes funciones:

1. Prestar atención integral e integrada en diferentes aspectos de la salud individual y colectiva, mediante acciones de diagnóstico, promoción, tratamiento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

2. Solucionar problemas de salud relacionándose con otros profesionales buscando

su cooperación para la consecución de objetivos comunes.

3. Gerenciar servicios de salud.

4. Investigar problemas de salud en la población, ambientes y servicios, así como en ciencias básicas, para encontrar y aplicar soluciones apropiadas.

5. Desarrollar actividades educativas en salud para miembros del equipo de salud y de la comunidad.

6. Establecer una adecuada interrelación médico-paciente y desarrollar la comunicación social.

7. Ejercer su profesión con una sólida y adecuada formación humanística, ética y deontológica.

8. Velar por su autoaprendizaje.

9. Contribuir al desarrollo de la salud del individuo y de la comunidad, proyectando su liderazgo para mejorar la calidad de vida.

10. Desempeñarse con adecuado nivel en el campo médico legal.

Objetivos curriculares

La Escuela Académico Profesional de Medicina Humana considera que al final de su formación los estudiantes serán capaces de:

1. Valorar al ser humano como una unidad biológica, psicológica y social.

2. Identificar las necesidades de la comunidad y hacerla partícipe en la evaluación, planificación y ejecución de los programas que tiendan a dar solución a sus problemas de salud.

3. Investigar la realidad sanitaria de la comunidad.

4. Emplear los conocimientos, habilidades, destrezas y procedimientos tecnológicos para identificar, diagnosticar y tratar problemas de salud.

5. Demostrar en todas sus acciones valores éticos, deontológicos, así como respeto y aceptación de las tradiciones y culturas propias de cada región del país.

6. Ejercer liderazgo en la sociedad, convirtiéndose en un promotor de cambio y desarrollo humano-social sostenido.

7. Participar en actividades de aprendizaje de otros profesionales, estudiantes, trabajadores del sector y población en general.

8. Actuar integralmente con los miembros del equipo de salud, desarrollando su capacidad y disposición para el trabajo en equipo.

9. Gerenciar proyectos y programas de salud y administración de servicios en general.

10. Resolver problemas médico legales y elaborar y suscribir la documentación médico sanitaria de acuerdo a los principales normativos.

Estructura

La estructura curricular debe ser coherente con el diagnóstico socioprofesional, marco conceptual, los objetivos curriculares y el perfil profesional.

En consideración que los conceptos enunciados, el currículo necesita ser reestructurado, tomando como base los siguientes criterios:

a) Formación fundamental: debe asegurar una sólida formación básica, científica, ética y humanística que constituya la base y el eje generador de todo el aprendizaje.

b) Flexibilidad y apertura curricular que permita al estudiante de acuerdo a sus aptitudes, intereses y habilidades elegir además de los cursos obligatorios aquellos electivos que considere de importancia dentro de las líneas de desarrollo del Plan de Estudios.

c) Secuencialidad y continuidad del proceso formativo: ordenando la enseñanza de los contenidos curriculares que permita un aprendizaje gradual, organizando los conocimientos sustentado en los principios que transiten de simple a lo complejo, de lo conocido a lo desconocido, de lo fisiológico a lo patológico y del individuo a la comunidad.

d) Relación interdisciplinaria: no sólo dentro del campo de la medicina sino con todas las áreas afines del conocimiento.

e) Fomento de la investigación en los campos de las ciencias básicas, clínicas y gestión de servicios de salud.

Ejes integradores fundamentales, son:

La investigación con participación de alumnos y profesores.

b) El cultivo y desarrollo de la ética y deontología en el proceso educativo.

c) La enseñanza-aprendizaje en servicio que lleva a la educación productiva.

d) El proceso salud-enfermedad como objeto por sí mismo de la enseñanza aprendizaje.

e) El ordenamiento de las asignaturas en áreas propendiendo a la integración de contenidos similares o complementarios, tanto en sentido vertical como horizontal.

Organización

La estructura curricular desde el punto de vista académico se organiza en áreas que vienen a ser el conjunto de disciplinas interrelacionadas en sus contenidos y procedimientos que contribuyen al conocimiento integral del ser humano en el proceso salud-enfermedad.

I. Plan de estudios:

La articulación y secuencia de la enseñanza de los contenidos establecidos por las áreas señaladas son:

Área de Ciencias Biológicas

-Biofísica médica

-Química Médica

- Biología Celular y Molecular
- Bioquímica
- Arrea de Morfofisiología
- Embriología y Genética
 - Anatomía
 - Histología
 - Fisiología
 - Microbiología Médica Básica
 - Farmacología
 - Parasitología Médica Básica
 - Patología General
- Área Humanístico Social
- Ciencias de la Conducta Aplicada a la Medicina
 - Bioética
 - Historia de la Medicina
 - Medicina Legal
 - Sexualidad Humana
 - Ciencias Sociales Aplicadas a la Medicina
- Área Clínica
- Introducción a la Clínica (Semiología)
 - Laboratorio Clínico
 - Radiología
 - Medicina Interna
 - Semiología Psiquiátrica y Psiquiatría
 - Cirugía
 - Medicina Física y Rehabilitación
 - Ginecología
 - Obstetricia
 - Pediatría
- Área de Salud Pública y Gestión
- Estadística Médica y Demografía en Salud

-Salud Comunitaria

-Gerencia en Salud

-Epidemiología

· Área de Investigación:

-Matemática e Informática Aplicada a la Medicina

-Conocimientos Científicos e Investigación

-Proyectos de Trabajo de Investigación

-Atención Integral a la Comunidad

El total de asignaturas a desarrollar son 36, que sumadas a las actividades del internado hacen un total de 275 créditos, que aparecen graficados en el Plan de Estudios.

El régimen de estudios es anual y eventualmente semestral, dependiendo de la naturaleza y extensión de las asignaturas.

2001

Perfil Académico Profesional

El médico que egresa de la Escuela Académico Profesional de Medicina Humana es un profesional que desarrolla su actividad en forma integral, científica, humanística, ética y estar en capacidad de desarrollar las siguientes funciones:

- Prestar atención integral e integrada en diferentes aspectos de la salud individual y colectiva, mediante acciones de diagnóstico, promoción, tratamiento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
- Solucionar problemas de salud relacionándose con otros profesionales buscando su cooperación para la consecución de objetivos comunes.
- Gerenciar servicios de salud.
- Investigar problemas de salud en la población, ambientes y servicios, así como en ciencias básicas, para encontrar y aplicar soluciones apropiadas.
- Desarrollar actividades educativas en salud para los miembros del equipo de salud y de la comunidad.
- Establecer una adecuada interrelación médico-paciente y desarrollar la comunicación social.
- Ejercer su profesión con una sólida y adecuada formación humanística, ética y deontológica.
- Velar por su autoaprendizaje.
- Contribuir al desarrollo de la salud del individuo y de la comunidad, proyectando su liderazgo para mejorar la calidad de vida.
- Desempeñarse con adecuado nivel en el campo médico legal.

Análisis de los cambios en los perfiles académicos de la EAP de Medicina Humana

de la UNMSM

La Facultad de Medicina no posee perfil académico profesional formalizado en aplicación, pero está incurso en el plan de estudios o plan curricular. Para los fines del presente trabajo se ha estudiado los planes de los años 1990, 1996 y 2001.

- Del año 1990: expresa formación profesional biomédica, valora la medicina tradicional, propone la formación integral en programas de promoción y prevención, recuperación en zonas urbanas, urbano marginales. Profesional de sensibilidad social y ética, con formación básica en: áreas de atención integral de salud, áreas de proyección a la comunidad, área de investigación y área administrativa.
- Del año 1996: establece que el perfil académico profesional de Medicina Humana deberá ser un profesional que desarrolle su actividad en forma integral, científica, humanista, ética; es decir, prestar atención integral, solucionar problemas de salud, gerenciar los servicios de salud, desarrollar las actividades educativas en salud en la comunidad, ejercer el liderazgo, valorar al ser humano como unidad biológica, psicológica y social.
- Del año 2001: Perfil académico profesional. Señala atención integral e integrada, la salud individual y colectiva, gerenciar los servicios de salud, investigar problemas de salud, desarrollar las actividades educativas para el equipo de salud y comunitario, desarrollar el autoaprendizaje y la medicina legal.

CONCLUSIONES DE ESTOS CAMBIOS

1. Los perfiles han sufrido cambios así, en el año 1990 se denomina perfil profesional del médico cirujano, en el año 1996 y 2001 es considerado como perfil académico profesional.

2. El perfil de 1990 da mayor importancia a la formación profesional biomédica y valora la medicina tradicional, áreas de proyección a la comunidad, investigación y administración.

3. El perfil de 1996 considera la formación profesional para ejercer el liderazgo para solucionar los problemas de salud, gerenciar los servicios de salud para desarrollar actividades de salud con la comunidad.

4. Perfil académico 2001: señala la formación profesional para prestar atención integral e integrada en salud individual y colectiva, gerenciar los servicios de salud para mejorar la calidad de vida de la comunidad para un buen manejo de la ética y normas de la medicina legal.

- Facilita la identificación de los contenidos necesarios para facilitar al personal a que cumplan las funciones identificadas.

Importancia de los perfiles de la formación y capacitación

El objetivo específico de un evento de educación ocupacional es preparar personas para ocupar un cargo y cubrir adecuadamente una ocupación y/o puesto de trabajo.

Uno de los elementos básicos para alcanzar el objetivo de la educación ocupacional es el análisis de la ocupación (diagnóstico) para elaborar el perfil ocupacional.

De esta forma el perfil ocupacional podrá servir para:

- Diseñar cursos de capacitación y la programación curricular.
- Definir y señalar los diferentes niveles de calificación de los diversos grupos de trabajadores que conforman la pirámide ocupacional; adecuando la oferta de educación técnica y profesional a las demandas de empleo.
- Adecuar los perfiles profesionales, así como las estructuras y contenidos curriculares a las necesidades institucionales.
- Mejorar la administración del personal, al permitir un adecuado reclutamiento y selección del personal, orientación profesional, administración salarial y elaboración de pruebas ocupacionales.

Alcances del perfil ocupacional

- Por el ámbito de aplicación, puede ser a nivel local, regional o nacional.
- Por su contenido técnico, a todas las instituciones que desarrollan programas de formación y/o capacitación, para los efectos de determinar contenidos curriculares y elaboración de pruebas ocupacionales.

Criterios para la formulación y/o adecuación de perfiles ocupacionales

Deben cumplir los siguientes:

- Ser compatible con la Política Nacional de Salud y que responda a las reales necesidades de los servicios y de la comunidad.
- Tener como base el análisis ocupacional.
- No deben ser excluyentes, debe comprender todos los factores del trabajo.
- Ser concreto, específico y objetivo para facilitar su comprensión y aplicación.
- Ser un proceso permanente de estudio y actualización.
- Promover la participación del personal según área ocupacional.
- Establecer un orden jerárquico de actividades por similitud y familias específicas según funciones.
- Traducir las actividades y procedimientos técnicos en forma de habilidades y

conocimientos.

Facilitar la determinación de los grados de dificultad de las áreas psicomotoras.

Competencia

Conocimiento, aptitud, capacidad o característica observable y mensurable relacionada con excelencia en el desempeño del trabajo, o con los resultados o productos del trabajo; se le conoce también como factores críticos para el éxito o indicadores del comportamiento.

Competencia central

Comportamiento o actitud indispensable que se exige a todos los trabajadores en todos los puestos; tiende a ser de amplio alcance y suele reflejar la misión y los valores de la organización.

Competencias auxiliares

Conocimiento, habilidades y capacidad específicos que se necesitan para desempeñar un cargo, cumplir una función determinada o trabajar en un papel específico.

Análisis de los cambios del plan de estudios de la Facultad de Medicina de la unmsm

El desarrollo de la carrera de medicina humana es de 7 años y en los planes de estudios revisados de 1990, 1996 y 2001 se encuentran las siguientes modificaciones:

1º Cambio de nombre:

De: Física médica

A: Biofísica médica

De: Embriología humana

A: Embriología y Genética

De: Patología humana

A: Patología general

De: Metodología de la Investigación Médica I

A: Conocimientos científicos e investigación

De: Medicina comunitaria

A: Salud comunitaria

De: Metodología de la Investigación Médica II

A: Proyectos de Investigación

De: Patología Forense y Legislación de Salud

A: Medicina Legal

De: Atención Integral en Servicios Periféricos de Salud y Comunidad

A: Atención integral en Comunidad

2° Cursos que han desaparecido:

Metodología del Proceso Enseñanza-Aprendizaje

Procedimientos de Enfermería

Medicina Tradicional Peruana

Quechua Médico

Administración y Planificación en Salud

3° Cursos incorporados:

De: Patología especial

A: Medicina Interna

De: Medicina Tropical

A: Medicina Interna

De: Nutrición

A: Bioquímica (básico) y Medicina Interna (Capítulo: Metabolismo)

De: Física Médica y Físico Química Médica

A: Biofísica Médica

De: Epidemiología I y II

A: Epidemiología

FUENTES:

1) Plan Curricular 1996, pág. 36, 37 y 38

2) Boletín Informativo 1, año 1990

3) Guía del Estudiante. 2001.

Percepción de los empleadores de la fuerza de trabajo médico

Para los empleadores que controlan las organizaciones que brindan atención médica y, en consecuencia, la mayoría de las posiciones de trabajo, es fundamental la eficacia y la eficiencia del servicio que prestan. Se rigen por una lógica burocrática administrativa, en donde los sistemas de control son esenciales. Esta lógica es contraria, en gran medida y en particular, a los valores de la autonomía e independencia de los médicos en general, es contraria de la lógica de las organizaciones. La perspectiva de los empleadores en cuanto a la fuerza de trabajo médico está más encaminada a los aspectos cualitativos que a los cuantitativos. Les preocupa la capacidad técnica de los médicos para realizar el trabajo y de manera importante su capacidad de adaptación a las medidas de control establecidas por la organización. En el caso del Ministerio de Salud, principal empleador de la fuerza de trabajo médico, sus autoridades manifestaban en 1995 lo siguiente: "La revolución actual en las ciencias de la administración ha dado fin a la era fordista-taylorista y generado una revalorización del usuario y del personal. La nueva gerencia de calidad total y el paso de la planificación normativa a la planificación estratégica expresan ese viraje...Es el paso de la administración de las cosas a la

conducción política y el liderazgo. De la lógica de los sistemas burocráticos a la lógica de redes y equipos horizontales...De la conducción política tradicional a través de Directores y papeles a la nueva Gerencia Pública y reinterpretación del Estado como Empresa social (...) La motivación del personal deviene en fundamental. La fundación de una cultura institucional de calidad total es central...Ello pasa por reevaluar el actual régimen salarial, producir un reordenamiento administrativo y promover un clima institucional de respeto y aliento de la calificación profesional". Seis años después era evidente de que esas manifestaciones sólo habían quedado en intenciones; las nuevas autoridades del Ministerio de Salud afirmaban: "La situación de los recursos humanos se ve agravada por la ausencia de una carrera administrativa que incluya la asignación y promoción por concurso y evaluaciones periódicas de rendimiento, así como de una régimen único de remuneraciones. Actualmente existen variados mecanismos de complementación de ingresos que no cuentan con una clara adecuación legal...que, en último término, resultan inequitativos y carentes de estímulo a la calidad y a la productividad del servidor".

Percepción de los reguladores de la fuerza de trabajo médico

Las autoridades políticas tienen como valor fundamental la estabilidad social y política, que dependiendo de las circunstancias pueden ser complementario u opuestos a los valores de otros actores. Para los reguladores lo fundamental es el equilibrio cuantitativo de la fuerza de trabajo médico. La oferta de fuerza de trabajo no debe exceder con mucho la demanda. O sea, el número de médicos debe corresponder al número de posiciones o puestos de trabajo que se ofrecen. Si el número de médicos es excesivo con respecto a la oferta de posiciones, el desempleo consecuente pone en riesgo la estabilidad social, sobre todo si el desempleo médico se da en un contexto de carencia de servicios de salud. En julio del 2001, las mismas autoridades políticas del Ministerio de Salud hacían los siguientes comentarios: "Otro problema que afecta la calidad de la atención se refiere a los recursos humanos, para los que, a pesar de su importancia, no ha existido una política definida de desarrollo en el sector. La formación de recursos humanos no responde a las necesidades del país, no solamente en lo referente a la prestación, sino también para la gestión y gobierno de los servicios. Las iniciativas en este campo son desarrollados en forma limitada e inorgánica por la Escuela Nacional de Salud Pública, la cual no cuenta con los cuadros técnicos necesarios para una adecuada labor. Con el aumento de los centros educativos durante la última década, la función profesional crea una demanda de control de calidad y de condiciones adecuadas para la docencia en los servicios de salud. Desafortunadamente este problema no ha sido tomado en cuenta ni existe una normatividad adecuada al respecto, más allá de la reciente creación de la Comisión de Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina (CAFME)" (MINISTERIO DE SALUD. "Memoria Ministerial. La recuperación de la Democracia", 25 noviembre 2000-26 julio 2001, p. 13).

El **sistema formal de producción de servicios de salud** es entendido como un componente del sistema social global, definido como "el sistema social particular conformado por las personas jurídicas públicas y privadas creadas y/o autorizadas, por una norma legal específica, para realizar actividades vinculadas directamente con la producción de servicios de salud", y denominado, para los fines de este trabajo, **sistema formal de salud**. Este sistema tiene un carácter social e histórico. Social, no sólo en

cuanto es una respuesta colectiva a una necesidad básica, sino en cuanto es parte de la sociedad en que se desarrolla y, en consecuencia, está sometido a las mismas determinaciones y a las mismas relaciones que explican el cambio del todo social. Histórica, no sólo en tanto alude a los cambios de su contenido, límites, y posibilidades en el tiempo, sino a la determinación final de estos cambios por el desarrollo de “lo económico” y “lo político”.

Después de la crisis de 1929 y la II Guerra Mundial, las condiciones de trabajo, vivienda, educación y salud de los grupos medios y populares comenzaron a tener una importancia creciente en la agenda política de un Estado que debía atender una doble necesidad: satisfacer los requerimientos del aparato productivo (mantenimiento y reproducción de la fuerza de trabajo para la reactivación económica) y garantizar la conservación del orden público (disminución de las tensiones sociales, legitimación y búsqueda de consenso). En cumplimiento de esta agenda, el Estado amplió e intensificó sus políticas sociales, incrementando el gasto público en infraestructura social. Por su parte, los distintos actores de la sociedad civil comprometidos, utilizando los recursos de poder que controlaban, trataron de condicionar la dirección e intensidad de dichas políticas en función de sus intereses. Esta compleja interacción determinó, en las últimas décadas, la delimitación jurídica de tres subsectores (estatal, seguro social y privado) en el sistema formal de salud, con una diferenciación de los segmentos de población a cargo, de las condiciones de trabajo de su personal, y de los alcances y límites efectivos de su cobertura y calidad de atención.

El “subsector estatal” cumple, en el sistema, funciones de gobierno, organización, financiamiento y de producción de servicios de salud. El financiamiento de sus dependencias se hace con el tesoro público, y su producción de servicios médicos se destina a la población en condiciones de pobreza o sin acceso a los otros subsectores. No se encuentra orientado a la percepción de un beneficio sino a la realización de un servicio de índole social. La actividad del subsector está condicionada fuertemente por la disponibilidad de recursos financieros; es decir, por los recursos asignados por el Estado a la satisfacción de las necesidades de salud de esa población. Además, el subsector se constituyó en la principal área de prácticas para la formación, especialización y educación continua del médico.

El “subsector del seguro social” cumple, en el sistema, funciones de organización, financiamiento y producción de servicios de salud destinados a sus beneficiarios (asegurados obligatorios y sus dependientes, asegurados facultativos). Se orienta por los principios de la seguridad social vigentes en cada sociedad concreta. El financiamiento de sus actividades se hace, básicamente, por los aportes obligatorios de los trabajadores asalariados, patronos y Estado. El acceso a sus servicios médicos está supeditado a la magnitud y continuidad de los aportes efectivos, así como al cumplimiento de ciertos requisitos administrativos. En la realidad latinoamericana, los principales beneficiarios del subsector son los trabajadores públicos, y los que laboran en empresas privadas de la economía moderna, especialmente las ubicadas en el área urbana.

El “subsector privado” organiza y autofinancia servicios de atención médica destinados a la población con capacidad de pago directo o cubierta por un seguro privado, en general bajo las modalidades de libre elección del profesional y pago o

copago por prestación. La razón esencial de su actividad es la generación de un beneficio destinado a ser apropiado en forma privada. La organización misma de la práctica puede variar desde el consultorio individual aislado hasta las grandes empresas médicas.

Los tres subsectores mantienen relaciones semiestructuradas y variables en un sistema formal de alta complejidad, el cual se constituye en un instrumento de intermediación entre la oferta de fuerza de trabajo médico y la demanda de servicios de salud de parte de la población, entre ellos los servicios médicos.

De los requerimientos totales del conjunto de procesos de producción de servicios de salud a cargo del sistema formal - especialmente los servicios de atención médica - depende la magnitud de la demanda de fuerza de trabajo médico, expresada en un número determinado de puestos o posiciones de trabajo en los que el profesional médico es retribuido mediante un salario, y en un número variable de actos médicos, retribuidos mediante honorarios pagados directamente por los usuarios, o de manera indirecta a través de los mecanismos de los seguros social y privado (I).

El mercado de servicios médicos

El **mercado de servicios de salud** no se ajusta a los supuestos del “modelo de un mercado de libre competencia”, diseñado por la microeconomía; es decir, no cumple las condiciones que se establecen, en forma teórica, para considerar al mecanismo del mercado como el mejor asignador de recursos. Para todos es verificable que:

- Los servicios de salud pertenecen a una categoría de bienes en la que el producto y el proceso de producción son idénticos. Son bienes que no se prueban, no existen en stock, requieren ser consumidos para concretarse, lo cual hace necesario, además, un elemento de confianza entre el usuario y el proveedor.
- Existe una demanda inducida por el proveedor. Las personas en su condición de pacientes o usuarios carecen de la información suficiente como para evaluar sus necesidades de atención y se ven obligadas a delegar en los profesionales gran parte de su libertad de elección. La supuesta soberanía del consumidor está limitada.
- Las prestaciones médicas son producidas por la combinación de distintos factores especializados que no pueden sustituirse. Existe una gran rigidez en la combinación de factores muy especializados. Por ejemplo, la normatividad reguladora sobre las profesiones impiden el que haya entrada libre de ofertantes al mercado formal de salud. Aunque este tipo de normatividad se justifica como medida para pro-teger al usuario contra el proveedor incompetente, también actúa como una barrera al mercado.
- Existen transferencia de costos, en el sentido que quienes financian los gastos no son los beneficiarios directos de dichos gastos. Esto puede referirse en particular a los gastos en la formación de profesionales que aparecen ocultos entre los gastos operativos de los hospitales públicos, donde realizan su entrenamiento estudiantes de universidades públicas y privadas.
- Incertidumbre tanto en la probabilidad de enfermar como en los resultados de la atención médica genera cierta preferencia por transferir los riesgos –la enfermedad es

un riesgo costoso más allá de los costos sociales puesto que puede derivar en incapacidades futuras para obtener ingresos— a cambio de un pago fijo preestablecido.

- Externalidades positivas y negativas (beneficios o perjuicios no diferenciados y sin valorizar) originados en el desarrollo de programas preventivo-promocionales, de investigación y en la organización misma del sistema formal de servicios de salud. Su existencia implica la no comercialización de muchos bienes al carecer de precios unitarios diferenciables.
- En el área rural y aún en la mayor parte de la urbana, el mercado es demasiado limitado para justificar suficientes médicos en cada categoría para cumplir con los requisitos de un mercado competitivo.

Los desajustes comentados, con relación a los supuestos del modelo de libre competencia, problematiza el uso convencional del término **mercado** en el campo de la salud, o al menos nos obliga a redefinirlo como un mercado atípico. En este último sentido, el **mercado de servicios de salud** será entendido, en este documento, como la relación entre la oferta y demanda de servicios de promoción, protección y recuperación de la salud individual y colectiva, independiente de la mayor o menor intervención (del Estado) que exista sobre esta relación, y/o de la existencia de transacciones de naturaleza monetaria(7). En este mercado atípico, la demanda está constituida por el total de requerimientos efectivos y potenciales que la población hace de servicios de atención integral de la salud; en tanto que la oferta es equivalente a la capacidad de producción de este tipo de servicios de parte del sistema formal de salud.

Para los fines de este documento, distinguimos un segmento especial de ese mercado atípico, al que denominaremos **mercado de servicios médicos**, al cual concurrirían sólo ofertantes y demandantes de servicios de atención médica producidos por el sistema formal de salud. En un mercado, así acotado, se puede plantear la hipótesis de que no existe un solo mercado de demanda y oferta de servicios médicos sino tres mercados que, al corresponder a los tres subsectores identificados para el sistema formal de salud, se diferenciarían por su base jurídica, fuente de financiación y accesibilidad resultante. Este tipo de sistema y el desigual desarrollo de cada subsector condicionan las modalidades que asume, en cada uno de los subsectores, el mercado de trabajo médico. Modalidades que presentan diferencias en cuanto a la organización, la índole de las prestaciones más frecuentes, el énfasis de la práctica curativa en oposición a las preventivas, y las formas dominantes de captación, distribución, y utilización del trabajo médico.

TEXTO COMPLETO EPUB

Descargar texto completo en formato EPUB en la dirección:

http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2003/sifuentes_ve/epub/sifuentes_ve.epub