TENDENCIAS DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN EL AREA ANDINA

Información de base para Análisis
10 de marzo de 2006

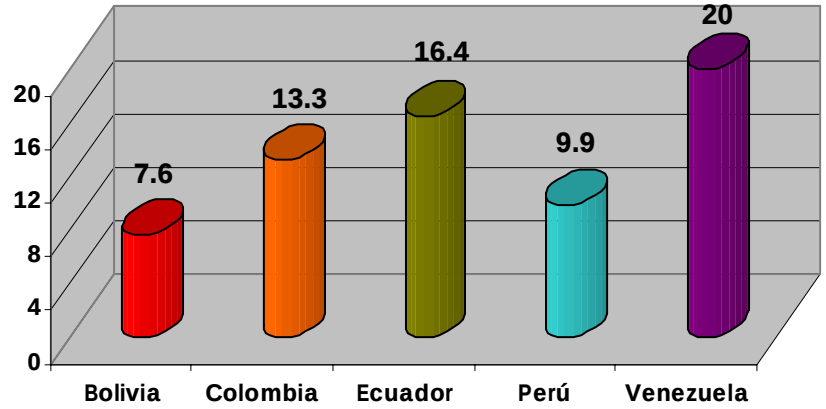
1. Tendencias en la Disponibilidad de Recursos Humanos en Salud

1.1. Disponibilidad

1.1.1. Médicos/10,000 habitantes

De todos los países de la región andina, Venezuela es el que tiene la mayor tasa de médicos por cada 10,000 habitantes para el año 2004: 20[1], lo que representa un aumento notorio en dicho país pues hasta el año 1998, la tasa de médicos venía decayendo, llegando a ser, en ese año, de 12.2 por cada 10,000 hab.[2]. A Venezuela le sigue Ecuador con 16.4 médicos por c/10,000 hab., y luego Colombia, Perú y Bolivia, en ese orden.

Area Andina: Tasa de Profesionales Médicos por países



Fuente: IDREH - MINSA. Informe al País: Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y Desempeño con desarrollo humano. Lima: IDREH – OPS / OMS, Diciembre, 2005. Pág. 44

1.1.2. Enfermeras/ 10,000 habitantes

Para el caso de las enfermeras, en el primer lugar están casi a la par Perú y Venezuela con tasas de 8 y 7.9 enfermeras por cada 10,000 hab.[3] Esto

---

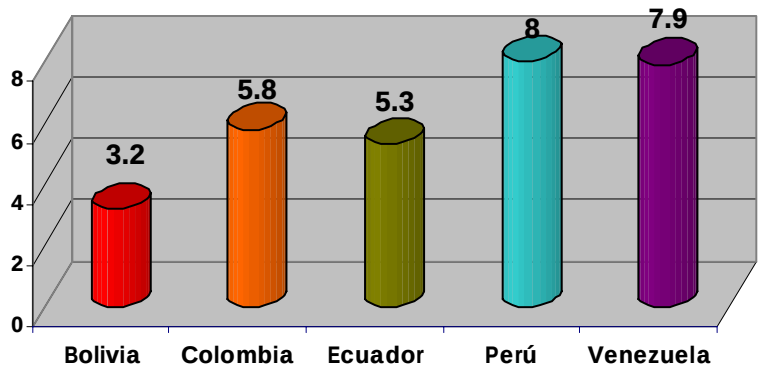
1 OPS. Situación de la Salud en las Américas. Indicadores Básicos. WDC, 2004. Elaboración: OFINE – IDREH. Citado en: MINSA – IDREH. Informe al País: Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Lima: IDREH – OPS / OMS, Diciembre, 2005. Pág. 44.

2 Perfil del Sistema de Salud de Venezuela, 2001. Pág. 6

3 OPS. Situación de la Salud en las Américas. Indicadores Básicos. WDC, 2004. Elaboración: OFINE – IDREH. Citado en: MINSA – IDREH. Informe al País: Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Lima: IDREH – OPS / OMS, Diciembre, 2005. Pág. 45

representa de nuevo un viraje para Venezuela, que en 1998 llegó a una tasa de 4.9 enfermeras/10,000 hab.[4]. Le siguen Colombia, Ecuador y Bolivia.

Area Andina: Tasa de Profesionales Enfermeros por países



Fuente: IDREH - MINSA. Informe al País: Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y Desempeño con desarrollo humano. Lima: IDREH – OPS / OMS, Diciembre, 2005. Pág. 45

1.1.3. Obstetrices/ 10,000 habitantes

En el caso de las obstetrices, solo se tiene información para el Perú, que tiene una tasa de 2.9 obstetrices por cada 10,000 hab.[5]

1.1.4. Odontólogos/ 10,000 habitantes

Para el caso de los odontólogos, en primer lugar se encuentra Colombia, con una tasa de 8.2 odontólogos/10,000 hab. Le sigue Venezuela, con 5.7. En los últimos lugares y con tasas parecidas se encuentran Ecuador, Perú y Bolivia.[6]

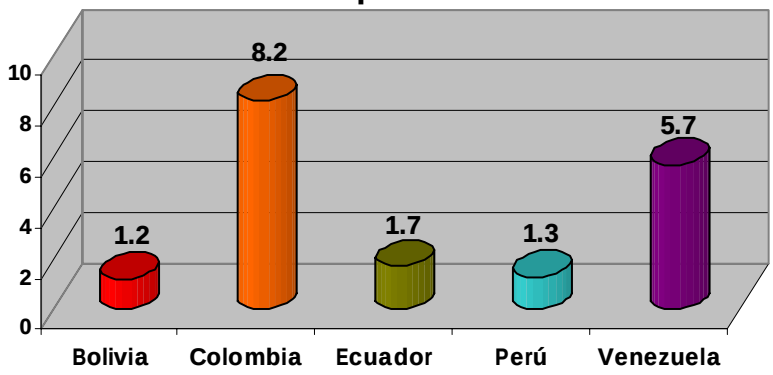
---

[4] Perfil del Sistema de Salud de Venezuela, 2001. Pág. 6

5 Fuente: MINSA-IDREH. Informe al país: Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud· diciembre 2005. Pág. 22.

6 OPS. Situación de la Salud en las Américas. Indicadores Básicos. WDC, 2004. Elaboración: OFINE – IDREH. Citado en: MINSA – IDREH. Informe al País: Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud· Lima: IDREH – OPS / OMS, Diciembre 2005. Pág. 45

Area Andina: Tasa de Profesionales Odontólogos por países



Fuente: IDREH - MINSA. Informe al País: Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y Desempeño con desarrollo humano. Lima: IDREH – OPS / OMS, Diciembre, 2005. Pág. 45

1.1.5. Técnicos sanitarios

Solo se encontraron datos para Perú, con una tasa de 17.48 técnicos/10,000 hab.[7]

1.2. Distribución

1.2.1. Distribución de RRHH por departamentos y/o regiones: Disponibilidad por departamentos.

Bolivia

En Bolivia la distribución de médicos es bastante desigual por departamentos, y las tasas más bajas se presentan paradójicamente en los 2° y 3° departamentos más poblados, Santa Cruz y Cochabamba. Asimismo, el departamento con la mayor tasa es Pando. Para el caso de las enfermeras, la tasa más alta la tiene Tarija y, de nuevo, las tasas más bajas las tienen Santa Cruz y Cochabamba.

En el caso de los odontólogos la distribución se encuentra un tanto pareja salvo por los departamentos de Pando y Oruro. La información provista por el Sistema Nacional de Salud requiere en todos estos casos una confirmación.

Bolivia: Disponibilidad por Departamento, 2001

7 Idem.

Departamentos	Médicos	Enfermeras	Odontólogos
Chuquisaca	6.72	5.16	0.75
La Paz	3.17	1.10	0.14
Cochabamba	0.04	0.01	0.02
Oruro	2.76	2.27	3.22
Potosí	3.47	2.24	0.27
Tarija	7.05	5.52	0.18
Santa Cruz	0.10	0.03	0.23
Beni	5.52	1.41	0.08
Pando	7.62	1.90	9.80

Elaborado con: http://www.sns.gov.bo/bolsns/rehum.asp, Indicadores de Recursos Humanos de Bolivia, 2001. Población: Censo 2001 de Bolivia, INE, Bolivia. Incluye los sectores Público, Seguridad Social, Privado y ONGs.

Ecuador[8]

En el caso de la distribución de los médicos, se observan grandes diferencias a favor de la provincia de Azuay, que posee una tasa particularmente alta. La provincia de Pichincha, también posee una tasa alta de médicos por cada 10,000 habitantes.

Para el caso de los odontólogos, la región de la sierra tiene tasas que van de 1.7 a 2.7; la mayor de éstas la posee la provincia de Bolívar. En la región Costa, las tasas son más o menos parecidas. Por su lado, es en la región Oriente donde se encuentra la provincia con la tasa más alta de odontólogos por cada 10,000 habitantes: 6.5.

En el caso de las enfermeras, Pichincha tiene la tasa más alta, seguido por Pastaza. Y en general, la región Sierra tiene una tasa por lo demás alta respecto a la de las otras regiones.

La distribución de las obstetrices es más equitativa, en promedio, las regiones tienen una tasa parecida. La más alta la tiene la provincia de Carchi y le sigue la de Cotopaxi.

Las tasas de las auxiliares de enfermería son las segundas más altas, después de la de los médicos. La provincia que tiene la tasa más alta es Pastaza, con 16.7 auxiliares de enfermería por cada 10,000 habitantes. La región que tiene el menor promedio de todas es la Costa, con una tasa de 9.8, 6.9 puntos menos que la mayor de todas.

8 Merino, Cristina, Datos Básicos sobre Formación y Distribución de Personal de Salud Ecuador, 1981 – 2001, Anexo 9

Ecuador: Disponibilidad de Profesionales por región, 2000

Provincia	Profesión				
	Médicos	Odontólogos	Enfermeras	Obstetrices	Aux. Enf.
Azuay	24.4	1.9	6.1	0.7	11.5
Bolívar	8.9	2.7	5.1	0.7	9.2
Cañar	13.1	2	3.8	0.6	11.4
Carchi	10.2	2.7	4.6	2.6	9.2
Cotopaxi	10.4	2.4	3.7	1.6	9.4
Chimborazo	11.3	1.9	5.6	1.2	9.8
Imbabura	11.3	2.5	7.2	0.5	9.8
Loja	15.3	1.7	5.5	0.3	13.3
Pichincha	21.7	2	9.2	0.8	12.6
Tungurahua	17.6	1.9	4.5	0.9	8.6
Total Sierra	**18.1**	**2**	**7**	**0.9**	**11.4**
El Oro	12.5	1.4	3.6	1	9.9
Esmeraldas	8.2	1.3	1.6	0.7	8.7
Guayas	13.9	1.1	4	0.9	11.7
Los Ríos	8.6	1.2	1.5	0.7	5.9
Manabí	9.5	0.9	3.1	0.5	6.9
Total Costa	**12**	**1.1**	**3.4**	**0.8**	**9.8**
M. Santiago	10.7	3	3.8	0.6	11.1
Napo	11.5	3.8	5.8	1	12.3
Pastaza	15.2	6.5	8.7	1.1	16.7
Z. Chinchipe	7.4	2.4	2.5	0.5	11.7
Sucumbío	7.7	2.6	2.2	1.5	5.9
Orellana	5.7	1.2	2.5	0.4	6
Total Oriente	**9.4**	**3**	**3.8**	**0.9**	**10.1**
Galápagos	**14.2**	**5.3**	**3**	**1.2**	**11.8**
Z. No Delim.	5.2	0	0.5	0.1	2.5
Total País	**14.5**	**1.6**	**5**	**0.8**	**10.5**

Cristina Merino, Datos Básicos sobre Formación y Distribución de Personal de Salud Ecuador, 1981 – 2001. . Anexo 9. Tasas por cada 10,000 habitantes.

Perú[9]

En el caso de la distribución por departamentos, también se observan grandes diferencias a favor de la capital de la república (Lima), configurándose un marcado centralismo en la distribución de profesionales de salud. Lima tiene una tasa de médicos por 10,000 habitantes 5.4 veces mayor que Huancavelica (17.7 versus 3.3) y a distancia del promedio nacional que es 11.5.

En el caso de las enfermeras, ocho departamentos tienen una tasa por 10,000 habitantes superior al promedio nacional: Arequipa, Moquegua, Tacna, Ayacucho, Lima, Pasco, Madre de Dios e Ica, evidenciándose una mayor concentración en la costa urbana, aunque con presencia importante en algunos departamentos de mayor pobreza como Apurímac, Ayacucho y Huánuco

9 MINSADREH. Informe al país: Situación y desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Lima: IDREH – OPS / OMS, Diciembre, 2005.

La distribución de las obstetrices es más equitativa. Su tasa por 10,000 habitantes en 15 departamentos supera al promedio nacional y se evidencia una mayor presencia en departamentos de mayor pobreza y áreas rurales. Del total de obstetrices solo el 25.32% se encuentra en Lima.

Los odontólogos, con tasas por 10,000 habitantes mucho menores que las de los anteriores profesionales, también tienen una distribución centralista, ubicándose básicamente en departamentos de la costa. Moquegua, que es el departamento con mayor tasa, tiene una relación de 7 a 1 con Cajamarca que es el de menor tasa. Del total de odontólogos, el 44.25% se encuentra en Lima.

PERU: DISTRIBUCION DE PERSONAL DE SALUD POR DEPARTAMENTOS, 2005

Departamento	Médico		Enfermera		Odontólogo		Obstetriz		Aux. de Enfermería
	Tasa	Porcentaje	Tasa	Porcentaje	Tasa	Porcentaje	Tasa	Porcentaje	Porcentaje
Amazonas	4.6	0.74	4.4	0.9	0.9	1.15	3.4	1.94	1.22
Ancash	6.4	2.64	4.6	2.38	1	3.06	2.6	3.76	3.52
Apurímac	4.4	0.77	6.6	1.45	1.4	1.83	3.9	2.38	2.63
Arequipa	16.0	6.54	14.5	7.5	2.7	8.44	4.5	6.42	2.93
Ayacucho	6.4	1.32	10.6	2.78	1.8	2.78	6.2	4.49	4.95
Cajamarca	3.7	2.05	5.6	3.94	0.5	1.94	3.3	6.46	2.91
Callao	-	3.65	-	1.71	-	3.3	-	2.12	3.15
Cusco	5.3	2.37	7.5	4.62	1	3.28	2.6	4.13	2.57
Huancavelica	3.3	0.55	4.5	0.95	0.9	1.12	3.3	1.96	1.38
Huánuco	3.9	1.18	6.8	2.6	0.6	1.34	3.4	3.66	1.51
Ica	10.3	2.65	8.8	2.85	2.1	4.01	2.6	2.32	2.35
Junín	5.0	2.32	7.9	4.64	1	3.58	2.4	3.89	4.12
La libertad	7.7	4.34	6.2	4.42	0.6	2.62	2.1	4.15	3.54
Lambayeque	8.0	3.33	6.6	3.44	0.6	1.88	1.5	2.19	2.12
Lima	17.7	53.19	10.4	40.23	2	44.25	2.4	25.32	41.46
Loreto	3.7	1.26	2.9	1.23	0.5	1.37	1.4	1.63	3.00
Madre de Dios	8.7	0.33	9.2	0.44	1.9	0.55	7	0.93	0.45
Moquegua	9.8	0.58	14.2	1.07	3.6	1.61	6.2	1.3	0.79
Pasco	7.5	0.76	9.3	1.18	1.3	0.96	4.8	1.71	1.19
Piura	5.7	3.48	4.1	3.13	0.7	3.28	2.9	6.31	4.66
Puno	4.1	1.93	6.5	3.89	0.7	2.57	2.6	4.37	3.60
San Martín	3.8	1.08	2.9	1.03	0.5	1.06	3.2	3.13	2.70
Tacna	12.7	1.43	13.4	1.9	2.5	2.13	5.6	2.19	1.15
Tumbes	6.3	0.48	5.9	0.57	1.2	0.68	3.6	0.98	0.46
Ucayali	6.2	1.04	7.1	1.5	1	1.23	3.8	2.27	1.62
Perú	9.9	100.01	8	100.35	1.3	100.02	2.9	100.01	99.98

Fuente: MINSA-IDREH, Informe al país: Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y desempeño con desarrollo humano. Lima: IDREH – OPS / OMS, Diciembre, 2005.

Venezuela

Según información proporcionada por la Academia Venezolana de Medicina (1998) y datos de la Federación Médica Venezolana (1997), la distribución de los profesionales del área de la medicina varia mucho en función del eje de mayor desarrollo económico: el Distrito Federal tiene una tasa de 60 médicos por 10.000 habitantes, Miranda 34.9, Zulia 20, Lara y Mérida tienen 19 por 10.000 habitantes, mientras que Delta Amacuro, Amazonas, Apure, Barinas, Monagas, Portuguesa, Sucre y Yaracuy tienen tasas por debajo de 10 médicos

por 10.000 habitantes.[10]

Venezuela: Profesionales de Salud por estados, 1997-1998

Estados	Médicos	Obstetrices
Amazonas	92	3
Anzoategui	1,267	79
Aragua	1,816	108
Apure	356	9
Barinas	463	29
Bolivar	1,335	79
Carabobo	2,757	235
Cojedes	278	13
Delta Amacuro	93	4
Distrito Federal	13,811	1,165
Falcon	1,048	24
Guárico	708	32
Lara	2,993	222
Mérida	1,377	67
Miranda	8,691	861
Monagas	504	33
Nva. Esparta	469	17
Portuguesa	674	37
Sucre	677	20
Táchira	1,168	71
Trujillo	922	36
Yaracuy	489	8
Zulia	6,099	501
Total	48,087	3,653

Fuente: Federación Médica Venezolana. Academia Venezolana de Medicina. 1998. Citado en: Serrano, Carmen Rosa. Estrategias de Cooperación con los países. Informe de Situación sobre desarrollo de Recursos Humanas en Salud. OPS / OMS. Venezuela, Setiembre 2001.

1.2.2. Distribución de Recursos por Institución

Sobre la distribución de recursos humanos según institución, se ha encontrado data de Bolivia, Ecuador y Perú. Como se ve en las tablas debajo, hay una clara presencia del sector público como principal empleador.

Para el Perú, del total de trabajadores del sector salud, actualmente el MINSA, ESSALUD y las FFAAPP emplean a más del 90% de los trabajares del sector.[11]

10 Federación Médica Venezolana. Academia Venezolana de Medicina. 1998. Citado en: Serrano, Carmen Rosa. Estrategias de Cooperación con los países. Informe de Situación sobre desarrollo

11 MINSA-IDREH, Informe al país: Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y desempeño con desarrollo humano. Lima: IDREH – OPS / OMS, Diciembre, 2005.

Bolivia: Distribución de Recursos por Institución, 2005

Sub-Sector	Cantidad	Porcentaje
Sector Público	15,916	35.22
Seguridad Social	12,450	27.55
Privado	15,753	34.86
ONG's	1,071	2.37
Total	45,189	100

Fuente: Colque Mollo, Rubén. Perfil Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos, Bolivia, 2005. Pág. 5

Ecuador: Distribución de Recursos por Institución, 2003

Institución	Porcentaje
Ministerio de Salud Pública	36.3
Ministerio de Defensa	3.2
Ministerio de Gobierno	1.2
IESS	13.3
Est. Con fines de Lucro	35
Est. Sin fines de Lucro	3.9
Otros	7.2
Total	100

Fuente: Merino, Cristina. Perfil de Recursos Humanos – Ecuador, 2005. Pág. 3

Perú: Distribución de Recursos por Institución, 1996

Subsector	Número	Porcentaje
MINSA	77735	56%
ESSALUD	20822	15%
FFAA	16657	12%
Privado	23598	17%
Total	138812	100%

Fuente: Versión preliminar Informe al País 2005, Pág. 37

Para Venezuela existe información desagregada por categorías de personal, que permite advertir que en el caso de los médicos, los internos y residentes, y auxiliares de enfermería, son contratados en su mayoría por el Ministerio de Salud y el Instituto Venezolano de Seguridad Social (IVSS). En el caso de las enfermeras graduadas, en su mayoría son contratadas por el Sector No Público.

Venezuela: Distribución de Recursos por Institución,

Categoría de Personal	Min Salud	IVSS	Otros	Total
Médicos Internos y Residentes	7,656	6,012	15,537	29,205
Internos y Residentes	6,726	2,028		
Enfermeras graduadas	8,121	0	13,083	21,204
Odontólogos	1,361	932	11,195	13,488
Auxiliar de Enfermería	22,011	0		
Total	111,353	51,561		

Fuente: MSDS. Dirección General de Recursos Humanos, 2000

1.2.3. Distribución de Recursos Humanos por Especialidades

En este punto se ha encontrado información solo para Perú.

En el Perú, los médicos especialistas presentaron un aumento en los últimos 15 años que supera los crecimientos vegetativos de la población y de los servicios de salud. En el lapso 1992-1996 hubo un incremento importante en la mayoría de las instituciones del sector, en particular en el sector privado (126%) y las sanidades (59%). En el MINSA el aumento fue del 40%.

Para el 2004 el Colegio Médico del Perú registró 19,479 especialistas. A pesar del subregistro de especialistas, con algunas excepciones, todas las especialidades han aumentado en relación al censo de 1992, continuando con la tendencia referida anteriormente.

La mayor cantidad de especialistas registrados corresponde a las denominadas especialidades básicas: Gineco-obstetricia (1008), Pediatría (1841), Cirugía General (1429) y Medicina Interna (1349).

De acuerdo a la información de los Censos de Recursos Humanos de 1992 y 1996, las dos especialidades que han aumentado más son la de cirugía oncológica (64.7%) y oncología (57.4%).

Médicos del Sector Salud Según Especialidades. 2004

Especialidad	Censos		
	Censo 92	Censo 96	2004 CMP
Medicina General	4389	6574	-
Internista	-	1072	1349
Neumólogo	275	302	190
Cardiólogo	424	683	541
Neurólogo	317	395	253
Gastroenterólogo	261	480	378
Dermatólogo	168	315	264
Nefrólogo	125	222	202
Oncólogo	72	169	147
Psiquiatra	364	411	508
Geriatra	-	92	65
Enfocrinólogo	-	231	186
Otros en medicina	1311	727	-
Cirujano general	1972	1515	1429
Traumatólogo Ortopec	605	846	636
Otorrinolaringólogo	327	531	413
Oftalmólogo	430	709	666
Urólogo	273	457	288
Cirujano oncólogo	72	204	80
Patólogo	226	455	434
Otros en cirugía	1374	327	434
Pediatra	1526	1816	1841
Fineco-obstetra	1581	1707	2008
Epidemiólogo	78	35	26
Administración de Salu	-	41	65
Otros en Salud Pública	-	1398	19
Radiólogo	263	509	431
Anestesiólogo	-	1110	874
Cirujano Cardiólogo	-	163	161
Cirujano Neurólogo	-	270	253
Ginecólogo	-	337	-
Obstetra	-	272	-
Otros materno infantil	-	114	-
Otros especialistas	-	-	5338
Total	16433	24489	19479

1.2.4. Distribución de Recursos Humanos por Área Urbana o Rural

Sobre este punto se encontró información sobre Bolivia y Ecuador.

Respecto a Ecuador el informe de recursos humanos dice lo siguiente: El análisis cuantitativo de los profesionales de la salud a nivel de áreas urbana y rural resultó preocupante. Como se puede ver esta distribución es una clara evidencia de inequidad, pues el sector rural que generalmente tiene mayores demandas de recursos, problemas importantes de infraestructura sanitaria, educación, etc. el personal de salud es mucho menor que en las zonas urbanas. Así, la tasa de médicos calculada para el área urbana es de 22.9/10.000hb y ésta disminuye dramáticamente a 3.5 para el área rural, este descenso también ocurre con el resto de profesiones aunque en menor proporción; así, lasenfermeras bajan de 7.8 a 1.1; los odontólogos de 2.1 a 1.1; las obstetrices de 1.0 a 0.4 y bioquímicos de 0.6 a 0.04 por 10.000 hab.[12]

En general en ambos países hay un claro predominio de las áreas urbanas. En el caso de Bolivia, más del 60% de Médicos, Enfermeras y Aux. de enfermería y Odontólogos se encuentran en la zona urbana.

Bolivia: Distribución de Recursos Humanos por Área Rural o Urbana, 2001

Area	Médicos		Enfermeros y Aux. De Enf.		Odontólogos	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Rural	343	17.2	1446	35.9	90	27.3
Urbana	1656	82.8	2579	64.1	240	72.7
Total	1999	100	4025	100	330	100

Elaborado con: http://www.sns.gov.bo/bolsns/rehum.asp, Indicadores de Recursos Humanos de Bolivia, 2001. Población: Censo 2001 de Bolivia, INE, Bolivia. Incluye los sectores Público, Seguridad Social, Privado y ONGs.

Ecuador: Disponibilidad de Recursos Humanos por Arrea Rural o Urbana

Profesionales	Area	
	Urbana	Rural
Médicos	22.9	3.5
Odontólogos	2.1	1.1
Enfermeras	7.8	1.1
Obstetrices	1	0.4
Bioquímicos	0.6	0.04

Fuente: Cristina Merino, Perfil Nacional de Recursos Humanos - Ecuador. 2005. Pág. 2.

1.2.5. Tasa de profesionales según departamentos y estratos de Pobreza

Se ha encontrado información sobre Bolivia y Perú.

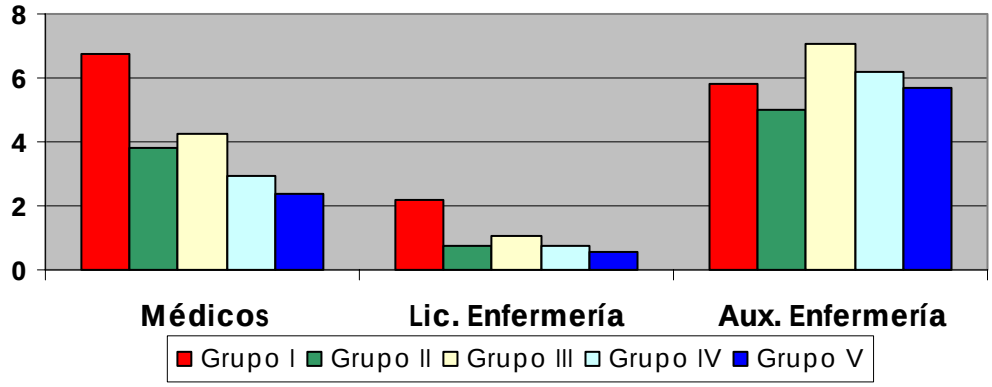
Sobre Bolivia, el perfil nacional de recursos humanos dice lo siguiente: Mientras que en el grupo I (con menor grado de pobreza) existe 6.76 médicos por

12 Cristina Merino, Perfil Nacional de Recursos Humanos - Ecuador. 2005. Pág. 2.

10,000 habitantes; los municipios más pobres tienen una tasa de 2,36 por 10.000 habitantes. Similar fenómeno ocurre con las licenciadas en enfermería.

Las Auxiliares de Enfermería mantienen una proporcionalidad similar para todos los grupos de municipios. Puesto que existe 5.83 auxiliares de enfermería por 10,000 habitantes en los municipios del Grupo I, y 5.68 auxiliares de enfermería por 10,000 habitantes en los municipios con mayor pobreza. (Grupo V).[13]

Bolivia: Médicos, Lic. en Enfermería y Aux. de Enfermería por 10,000 hab. según grupo de Municipio



Fuente: Colque Mollo, Rubén, Perfil Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos, Bolivia, 2005. Pág. 21. Donde el Grupo I es el menos pobre y el Grupo V es el más pobre.

Para el Perú, en el caso del MINSA se da una combinación de centralismo e inequidad, con tasas de profesionales mayores en los departamentos de situación aceptable según calificación de situación de pobreza por el Fondo de Compensación Social y Desarrollo (FONCODES). Igual que para todo el sector la inequidad es mayor cuando se trata de médicos y menor cuando se trata de obstetrices.[14]

13 Dr. Rubén Colque Mollo, Perfil Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos, Bolivia, 2005. Pág. 21

14 Informe al país: Situación y desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y desempeño con desarrollo humano. Lima: HIDREH - OPS/OMS, Diciembre, 2005. Pág. 57.

Perú: Disponibilidad de profesionales del MINSA según departamento y estratos de pobreza. 2004

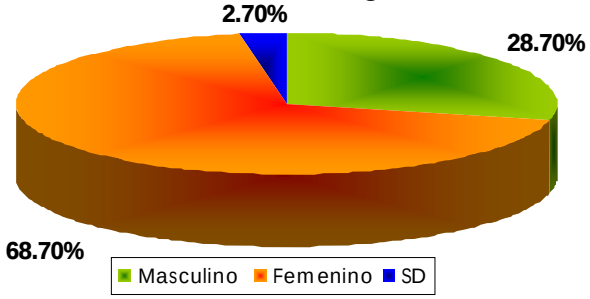
Estrato de Pobreza	Departamento	Médico	Enfermera	Odontólogo	Obstetriz
Aceptable	Arequipa	9.93	11.98	2.03	4.77
	Callao	11.99	4.84	0.9	1.67
	Lima	10.01	7.44	1.29	2.77
	Moquegua	10.82	16.43	4.58	9.36
	Tacna	7.12	10.1	1.27	4.36
Regular	Madre de Dios	10.77	10.77	2.28	7.83
	Ica	8.18	7.87	2.48	3.1
	La Libertad	6.58	5.3	0.52	2.6
	Lambayeque	4.23	4.01	0.57	2.45
	Tumbes	5.49	6.45	1.37	5
Pobre	Ancash	4.6	4.55	0.67	2.89
	Cusco	4.43	6.72	0.6	2.89
	junin	3.74	7.6	0.94	2.46
	Pasco	3.38	4.98	0.74	4.06
	Piura	4.28	2.64	0.49	2.86
	Puno	4.22	6.65	0.66	2.92
	San Martín	3.34	2.73	0.65	3.49
	Ucayali	4.96	7.45	0.83	3.29
Muy Pobre	Amazonas	4.74	3.989	0.77	3.56
	Apurimac	5.45	7.15	1.27	4.43
	Ayacucho	4.01	9.27	1.37	6.27
	Cajamarca	3.18	4.86	0.48	3.06
	Huancavelica	0.74	3.29	0.48	3.77
	Huánuco	3.75	6.18	0.45	3.61
	Loreto	2.83	2.45	0.45	1.23

1.3. Perfil Social

1.3.1. Recursos Humanos según edad y sexo

Para el caso de Colombia, por cada hombre hay dos mujeres laborando en el sector, siendo la mayoría de estas últimas, enfermeras profesionales y enfermeras auxiliares.[15]

Colombia: Personas que laboran en el sector Salud distribuidas según Sexo. 2000

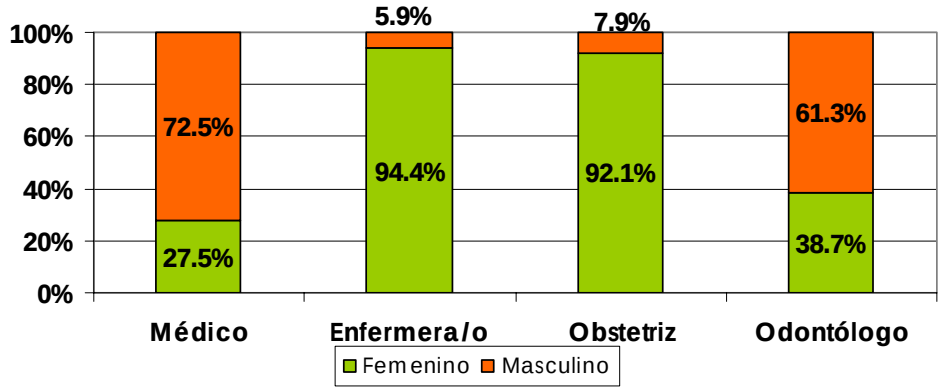


Fuente: Recursos Humanos en Salud en Colombia 1990-2005. Pág.5

15 Indicadores de Recursos Humanos en Salud en Colombia 1990-2005

En el caso del Perú, predomina el personal femenino con casi 60% del total. Sin embargo, existen diferencias marcadas entre profesiones: en el caso de los médicos y odontólogos predominan los varones con 72.5% y 61.3% respectivamente, mientras que en enfermería y obstetricia el predominio femenino es muy marcado, con 94.1% y 92.1% respectivamente.

Perú: Distribución porcentual de Recursos Humanos según Sexo y profesión. MINSA. 2005



Fuente: Sistema de Planillas PLH 2005. MINSA. Citado en: IDREH - MINSA. Informe al País: Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y desempeño con desarrollo humano. Lima: IDREH - OPS / OMS, Diciembre, 2005. Pág. 69

2. Tendencias en el Trabajo en Salud.

2.1. Tendencias en el Régimen Laboral: Número de Recursos Humanos contratados y nombrados.

Se encontraron datos para Venezuela y Perú.

La planilla del Ministerio de Salud de Venezuela, a febrero del 2006 comprendía un total de 150,263 profesionales y trabajadores, de los cuales 4,615 trabajaban en el nivel central, 19,085 en los Estados centralizados, 109,502 en los Estados descentralizados y 17,061 en los organismos adscritos (H.U.C, INN, INH-RR, FUNDARIBAS, CENASAI, SEFAR, SAHUM, IAE-AG, etc.). De ese total, 76,749 eran empleados y 73,514 obreros, diferenciándose según su régimen laboral 128,779 plazas fijas o nombradas, 16,521 contratados y 4,963 suplentes.

Cargos (plazas) en el Ministerio de Salud, año 2006

Organismos	Profesional y Tecnico	Administrativo	Medico	Obrero	Contratados		Suplentes		Vacunatorios	Totales
					Empleados	Obreros	Empleados	Obreros		
Nivel Central	1,124	810	192	1,086	553	216	0	0	634	4,615
Estados Centralizados	3,635	2,938	1,981	7,840	1,264	781	481	165	0	19,085
Estados Descentralizados	20,031	15,559	12,880	45,556	5,863	5,296	1,735	2,582	0	109,502
Organismos adscritos	2,646	2,445	1,011	9,045	1,601	313	0	0	0	17,061
Totales	27,436	21,752	16,064	63,527	9,281	6,606	2,216	2,747	634	150,263

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina de Presupuesto.

De otro lado, el personal presupuestado, asistencial y administrativo de hospitales, ambulatorios y administración central del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales comprendía el año 2003 43,390 plazas, de las cuales 33,620 eran asistenciales y 9,770 administrativas. Dicha cifra comprendía 7,170 médicos, 6669 odontólogos, 147 farmaceutas, y 1629 médicos residentes y 311 médicos internos, entre otros.

Personal presupuestado, asistencial y administrativo de hospitales, ambulatorios y administración central del IVSS, según especialidad, 1999-2003

Especialidad	1999	2000	2001	2002	2003
Total	43.654	43.829	43.829	43.644	43.390
Personal Asistencial 1/	33.158	33.721	33.680	33.933	33.620
Médicos Generales	872	928	920	927	905
Médicos Pediatras	730	735	734	740	736
Otros Especialistas	3.575	5.546	5.569	5.611	5.529
Odontólogos	684	667	673	678	669
Farmaceutas	154	142	146	147	147
Bioanalistas	830	842	853	859	854
Otro Personal Asistencial	26.313	24.861	24.785	24.971	24.780
Personal Administrativo	10.496	10.108	10.149	9.711	9.770
Administración Central	3.685	3.122	3.232	3.220	3.214
Hospitales y Ambulatorios	6.811	6.986	6.917	6.491	6.556
Contratado 1/	1.975	1.940	1.940	1.940	1.940
Médicos Internos	435	365	362	364	311
Médicos Residentes	1.540	1.575	1.578	1.576	1.629

Nota: El personal contratado no se incluye para el total,

1/: Solo se ubican en hospitales y ambulatorios,

En relación al régimen laboral en Perú, lo nuevo ha venido siendo la expansión del régimen de contratos por servicios no personales, si bien este año ha sido nombrado un contingente de médicos antes contratados.

Hasta mediados de los 90 la condición que predominaba era la de personal nombrado por sobre la de personal contratado, sea a plazo fijo o por servicios no personales, pero este último régimen se ha incrementado notoriamente. La

razón nombrado/contratado entonces en el MINSA era aproximadamente de 3 a 1.

Luego, el aumento de nombrados en el MINSA fue muy reducido en comparación con el aumento de contratados por servicios no personales. Mientras que los nombrados aumentaron alrededor del 20% en el periodo 1992-1999, los contratados por servicios no personales aumentaron 430%. Fue tal el aumento en este último grupo que comenzaron a primar sobre el grupo de contratados a plazo fijo. Los contratos por servicios no personales se generalizaron con el Programa Salud Básica para Todos y la modalidad de contratación a través de los Comités Locales de Administración en Salud. En este período los nombramientos en el MINSA fueron fundamentalmente producto de la recategorización de profesionales que venían trabajando muchos años como contratados.

El año 2005, producto de la huelga médica se logró que se realizaran nombramientos automáticos de una importante cantidad del personal médico. En el caso de otros profesionales de salud, la Ley que autorizaba sus nombramientos ha sido observada y en el caso de ESSALUD el tema de los nombramientos continúa pendiente.

El caso de EsSalud es un tanto diferente pues el personal nombrado ha disminuido. Quizás el único subsector que alcanzó a mostrar un aumento significativo de nombrados ha sido la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales.

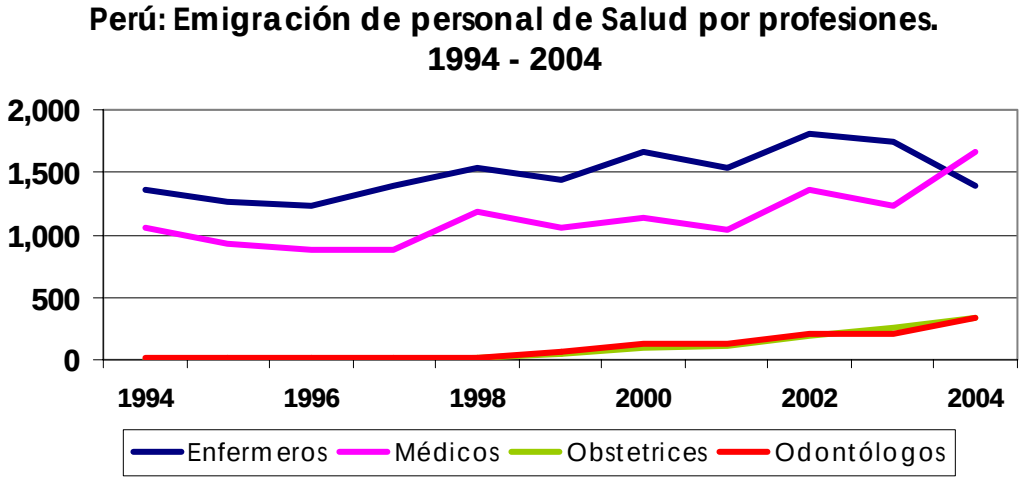
El incremento de recursos humanos observado en todas las instituciones se debe al gran número de contratados que se han incorporado en este periodo. Para EsSalud fue predominante la modalidad de contrato a plazo fijo (por empresa), en tanto que para el subsector privado y el MINSA fue el contrato por servicios no personales. La Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales fue la única institución en que el aumento de recursos humanos fue debido al incremento de personal nombrado.

2.2. Tendencias sobre Migraciones de profesionales de salud.

Se ha encontrado información sólo para Perú.

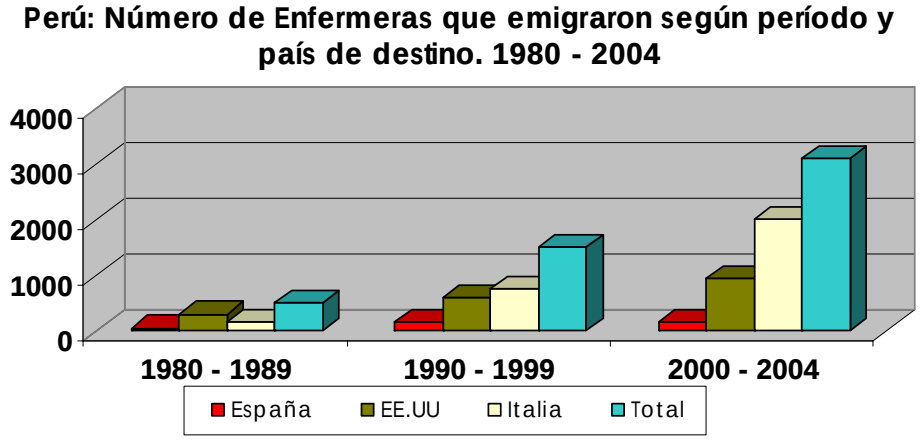
Según información de la Dirección de Migraciones, en el Perú la migración de profesionales de salud ha aumentado en forma importante en los últimos años. Los médicos emigrantes pasaron de 1060 anualmente en 1992 a 1667 en el 2004; en el mismo periodo, las enfermeras emigrantes pasaron de 1360 a

1390; las obstetrices de 6 a 329 (aumento de 5,483%) y los odontólogos de 17 a 330 (aumento de 1941%).



Fuente: Elaboración: OFINE - IDREH. Oficina de Estadística e Informática - DIGEMIN

Respecto al destino de los emigrantes, *en el caso de las enfermeras del Perú, los países de destino mayoritario son Italia (con gran predominio), seguido de Estados Unidos y España, en ese orden.*



Fuente: colegio de Enfermeras del Perú. Citado en: IDREH - MINSA. Informe al País: Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y Desempeño con desarrollo humano. Lima: IDREH – OPS / OMS, Diciembre, 2005. Pág. 70

2.3. Tendencias en el Desempeño

2.3.1. Relación Atenciones por Recurso Humano.

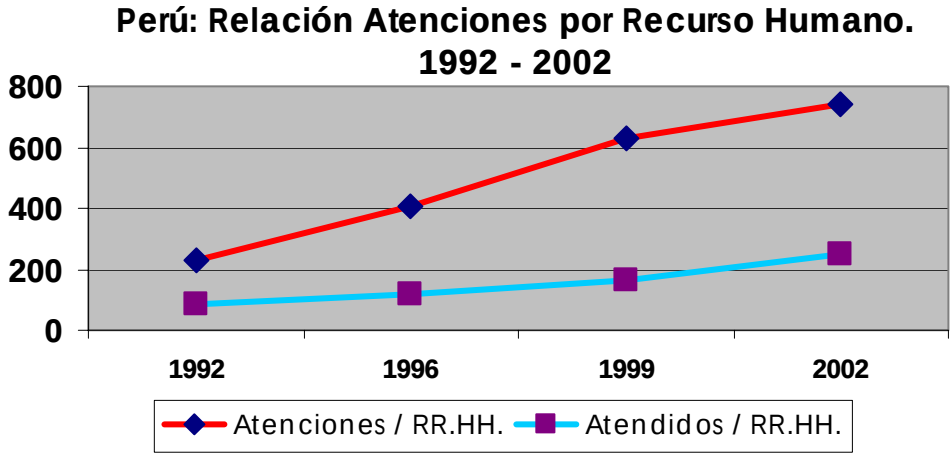
Solo se ha encontrado información sobre el Perú.

Para el Perú, en el caso del Ministerio de Salud, el número de atenciones y atendidos por personal laborando se ha incrementado en la etapa 1992 – 2002.

Tal como ha sido estudiado ya por diversos investigadores, en los primeros años de los 90 se recuperó el nivel reproducción y productividad anterior a la crisis operativa de 1989 – 1991 y de ahí en adelante vino una expansión, basada primero en la explotación extensiva e intensiva de recursos hasta 1997, y luego, con el Seguro Escolar Gratuito y Seguro Materno Infantil creados en 1997 – 1998, en una explotación intensiva, basada en el mayor rendimiento de los recursos humanos. Hablamos de una explotación extensiva en referencia a un aumento tanto de la producción como de los recursos físicos, financieros y humanos, y de una explotación intensiva, a un aumento de la producción con el mismo o similar volumen de recursos en general.

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

De otro lado, el incremento de la producción del MINSA se explica tanto por la intensidad (atenciones/atendidos) como por la extensión de uso (atendidos/población), siendo más relevante este último. La intensidad en el MINSA aumentó en 1996 en 12% en tanto que el sector registraba un 4%; en el período 1996 – 1999, el aumento en el MINSA continuó hasta alcanzar 33% de lo registrado en 1992.[16]



Fuente: IDREH - MINSA. Informe al País: Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y Desempeño con desarrollo humano. Lima: IDREH – OPS / OMS, Diciembre, 2005. Pág. 71

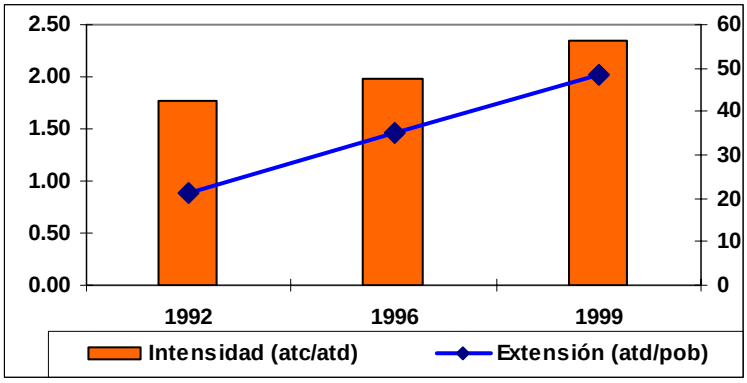
16 Informe al país: Situación y desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y desempeño con desarrollo humano. OPS/OMS

2.3.2. Intensidad y Extensión de uso de establecimientos del Ministerio de Salud

Solo se ha encontrado información sobre el Perú.

En el Perú, en cuanto a la extensión de uso, en 1996 hubo un nivel similar entre MINSA y el resto del sector, con una tendencia lineal en el MINSA porque en 1999 se elevó hasta 126% de lo alcanzado en 1992. En cuanto a intensidad de uso, en 1992 el sector alcanzó 1.98 y en 1996 2.04; en cambio en el MINSA la intensidad fue de 1.7 y 2.0, respectivamente. En 1999 el MINSA alcanzó 2.4.[17]

Perú: Intensidad y extensión de uso de establecimientos del MINSA. 2000



Fuente: Análisis de información de Recursos Humanos en Salud. Carlos Ricse Cataño- Observatorio de RRHH en Salud, IDREH – OPS, Perú 2000. Citado en: IDREH – MINSA. Informe al país: Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y Desempeño con desarrollo humano. Lima: IDREH – OPS / OMS, Diciembre, 2005. Pág. 72

2.3.3. Relación entre Atenciones y disponibilidad de Recursos Humanos por año

Solo se ha encontrado información sobre el Perú.

Perú: Relación entre atenciones y disponibilidad de Recursos Humanos. 1992 - 2002

Atenciones / Recursos Humanos	1992	1996	1999	2002
Recursos Humanos (Sin agentes comunitarios ni personal administrativo)	47,515	68,638	73,401	69,457
Atenciones	10,862,847	27,770,987	46,191,701	51,660,268
Atenciones / Recursos Humanos	229	405	629	744
Atendidos	4,069,745	7,872,748	12,069,736	17,496,409
Antendidos / Recursos Humanos	86	115	164	252

Fuente: Adaptado de Análisis de Información de Recursos Humanos en Salud. Carlos Ricse Cataño. Observatorio de RRHH en Salud, IDREH – OPS, Perú 2000. Citado en: IDREH – OPS / OMS, Diciembre, 2005.

17 Idem.

3. Tendencias en la formación.

3.1 Tendencias en el numero de facultades de ciencias de la salud y matriculados

3.1.1 Formación de Pre-grado en Salud

3.1.1.1 Facultades o Escuelas de medicina, enfermería y odontología

En Bolivia, hacia el año 1990, existían 8 universidades que pertenecían al sistema público, que mantenía la hegemonía en la formación de recursos humanos al nivel de salud. Este sistema es coordinado por el Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana (CEUB). El país altiplánico inició un proceso de apertura desde el año 1985, respecto al ingreso de las universidades privadas al mercado de educación superior. Al año 2001, Bolivia poseía un total de 12 universidades, que ofrecen 32 carreras en el área de ciencias de la salud, con un predominio de las carreras de Medicina, Odontología y Bioquímica y Farmacia. Estas universidades están ubicadas en La Paz, Cochabamba, Potosí, Santa Cruz y Tarija.[18]

En todos los departamentos del país existe por lo menos una universidad que cuenta con carreras en alguna de las Ciencias de la Salud, ya sea pública o privada. La oferta privada se concentra en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz. Funcionan sedes principales y sub-sedes de las universidades que forman recursos en Ciencias de la Salud.[19]

A diferencia de Bolivia, en Colombia se puede observar una gran cantidad de instituciones formadoras de profesionales de salud. En el país cafetalero se cuenta un total de 144 entidades formadoras en las carreras de Medicina, Enfermería y Odontología. En el caso de Medicina, existen 42 establecimientos educativos, al igual que el caso de la carrera de Enfermería a nivel nacional. Respecto a la carrera de Odontología, existían, al año 2000 un total de 30 facultades o escuelas.

La ubicación de la mayoría de éstas se encuentra en el Distrito Capital, la región de la Costa Atlántica, en el Eje Cafetero y el Valle del Cauca, ya que cuentan con más del 62% del total de facultades o escuelas de formación de las profesiones mostradas.

---

18 Observatorio de Recursos Humanos en Salud: Bolivia. Estudio *de Mercado de la Fuerza Laboral del Sector Salud, 2001*. Pág. 5.

19 Colque Mollo, Rubén, *Perfil Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos, Bolivia*, 2005. Pág. 39

Colombia: Facultades o escuelas de Medicina, Enfermería y Odontología. 2002

Región	Profesión			Total
	Medicina	Enfermería	Odontología	
Costa Atlántica	9	10	5	24
Santanderes	3	4	4	11
Cundibovacense	2	3	-	5
Antioquía - Chocó	4	4	3	11
Eje cafetero y Valle del Cauca	8	7	4	19
Orinoquía y Amazonía	-	-	-	0
Cauca - Nariño	2	2	2	6
Caquetá, Casanare y Meta	1	1	2	4
Huila y Tolima	2	2	2	6
Distrito Capital	11	9	8	28
Total	42	42	30	114

Fuente: Proyecto Modelo oferta y demanda de Recursos Humanos en Salud en Colombia. Ministerio de Salud. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquía. 2000. Citado en: Montoya Jaramillo, Marcela y González Echeverri, Germán, Md PhD, Indicadores de Recursos Humanos en Salud en Colombia. 1990 - 2005. Pág. 22

En Ecuador, la cantidad de entidades de formación de profesionales en salud es menor a la de Colombia, pero superior a la cifra boliviana. En este caso se tiene un total de 44 instituciones de educación en las carreras de Medicina, Enfermería, Odontología, Tecnología Médica y Obstetricia. La formación de recursos humanos en salud se da principalmente en el sector público, ya que éste tiene alrededor del 75% de la participación de las facultades o escuelas en las referidas profesiones de salud.

En el caso ecuatoriano, la carrera de enfermería es la más ofertada, mientras que lo contrario sucede con obstetricia. Además, las instituciones que pertenecen al sector privado solo se las encuentra en tres grandes ciudades del país: Quito, Guayaquil y Cuenca.[20]

Ecuador: Facultades o Escuelas de formación de profesionales de Salud. 2001

Región	Sierra			Costa			Total
Profesión	Público	Privado	Total	Público	Privado	Total	
Medicina	3	3	6	3	1	4	10
Enfermería	7	2	9	5	1	6	15
Odontología	3	2	5	2	0	2	7
Tec. Médica	5	1	6	3	0	3	9
Obstetricia	1	0	1	2	0	2	3
Total	19	8	27	15	2	17	44

Fuente: Cristina Merino, *Datos Básicos sobre Formación y Distribución de Personal de Salud Ecuador, 1981 - 2001*. Pág. 8.

20 Cristina Merino, Datos Básicos sobre Formación y Distribución de Personal de Salud Ecuador, 1981 – 2001, Pág. 8.

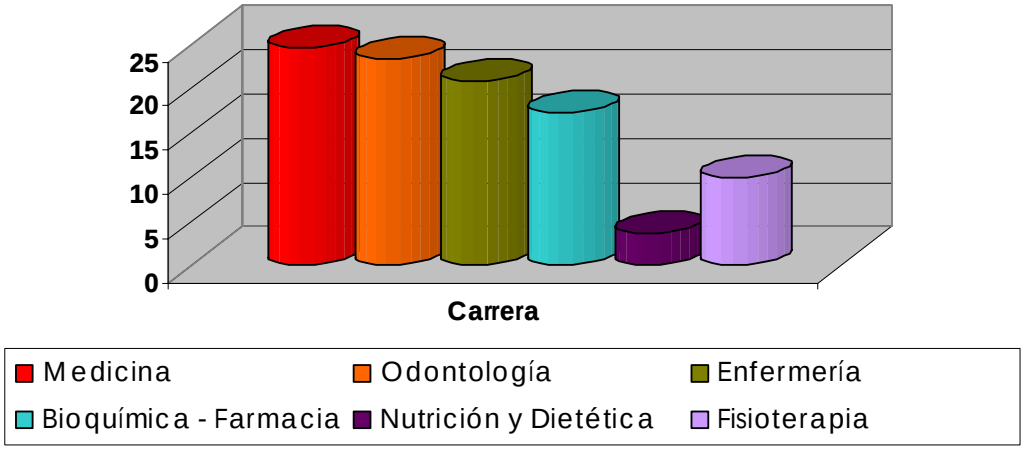
En el Perú, en cuanto a la formación de pre-grado de recursos humanos en salud, existe una amplia oferta. En el caso de las Facultades de Medicina, éstas pasaron de 03 en 1960 a 28 en el 2002. Para el caso de Enfermería, en el mismo período pasaron de 08 facultades a 42.[21]

En Venezuela existen 22 facultades o escuelas que ofrecen las carreras de Medicina, Enfermería y Odontología: 8 facultades de medicina, 7 de enfermería y 7 de Odontología. Se puede recalcar que 5 universidades ofrecen las 3 carreras, mientras que 2 universidades ofrecen solo las de Medicina y Enfermería. A su vez dos universidades ofrecen tan solo la carrera de Odontología.[22]

3.1.1.2 Carreras de Salud ofertadas por Universidades

En Bolivia, se ha establecido que se oferta un total de 81 carreras en las áreas de ciencias de la salud. Las carreras que son ofertadas en mayor proporción son: Medicina (24.7%), Odontología (23.5%) y Enfermería (21.0%). Las carreras con menor oferta en el mercado son: Nutrición y Dietética y Fisioterapia, cuya oferta es menor al 10%.[23]

Carreras de Salud ofertadas en Bolivia, 2001



Fuente: Colque Mollo, Rubén, Perfil Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos, Bolivia, 2005. Pag. 41

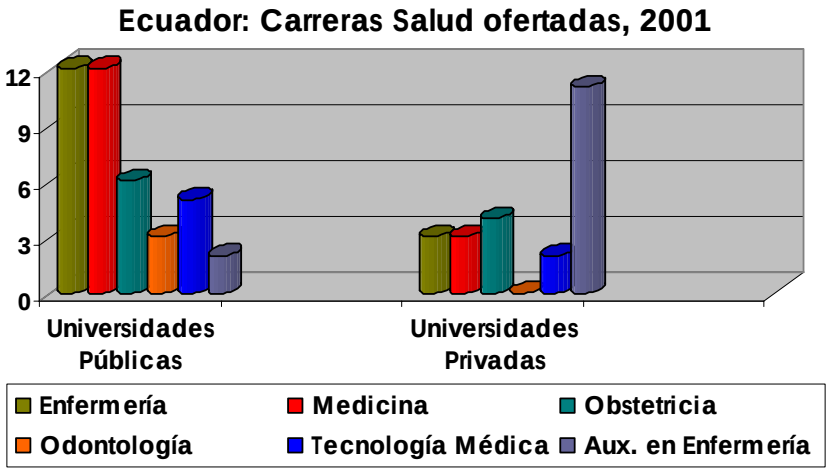
Ecuador, en el año 2001, poseía 57 facultades en las diversas universidades que ofertaban las carreras de Enfermería, Medicina, Obstetricia, Odontología, Tecnología Médica y Técnica en Enfermería. Se puede observar que la carrera más ofertada es Enfermería, seguida muy de cerca por Medicina y Técnica en Enfermería. Del total de la oferta de carreras en las áreas de ciencias de la

21 Desafíos de los Recursos Humanos de Salud en el Perú, Informe de País. 2005. Pág. 68

22 Oficina de planificación del Sistema Universitario. *Oportunidades de Estudio. 1997*. Citado en: Serrano, Carmen. *Informe de Situación sobre desarrollo de Recursos Humanos en Salud. 2001*. Pág. 12

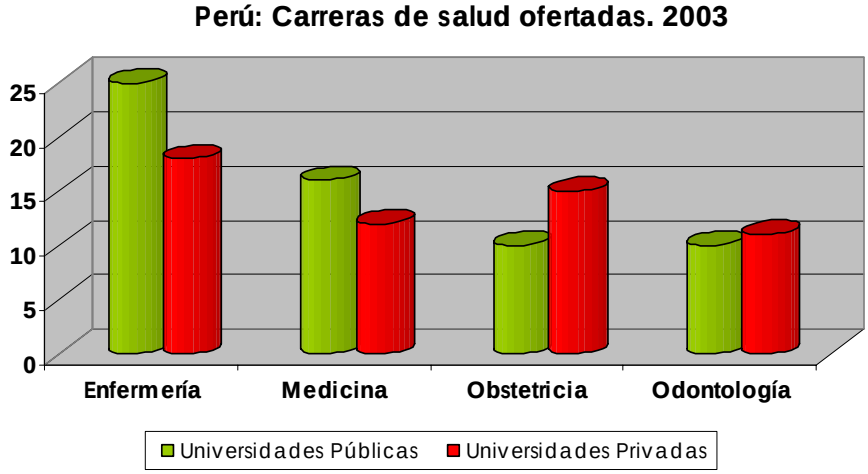
23 Colque Mollo, Rubén, *Perfil Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos, Bolivia, 2005*. Pág. 41

salud, el 63% corresponde al sistema público de universidades, mientras que el 37% restante recae sobre la oferta de las universidades privadas.



Fuente: Merino, Cristina. Datos básicos sobre Formación y Distribución de Personal de Salud. Ecuador. 1981 - 2001. Anexo 3

En el Perú, en cifras del año 2003, existían 117 facultades o escuelas de formación en las carreras de Enfermería, Medicina, Obstetricia y Odontología. De éstas el 52% pertenece al sistema público de universidades, mientras que el 48% corresponde a la oferta privada. Entre las carreras que más oferta presentan se encuentra la de enfermería, que cuenta con 43 a nivel nacional. La segunda carrera más ofrecida es la de medicina, que cuenta con 28. La menos ofertada es odontología; no obstante su presencia no es mucho menor que la de medicina.

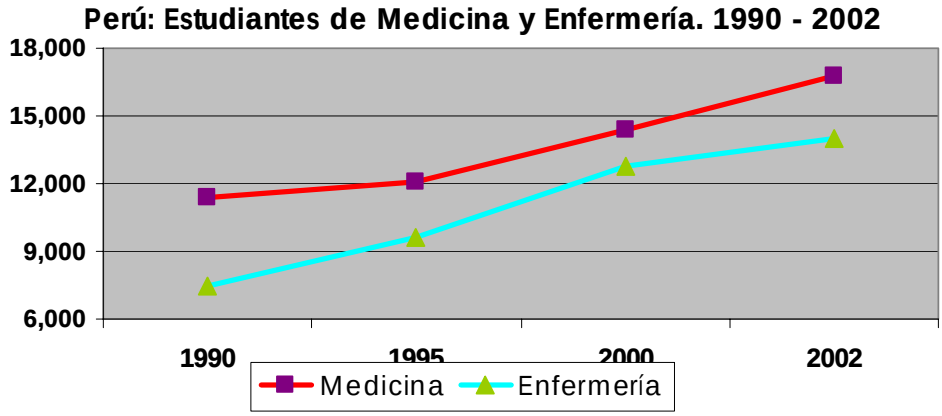


Fuente: Asamblea Nacional de Rectores. Citado en:IDREH - MINSA. Informe al País: Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y Desempeño con desarrollo humano. Lima: IDREH – OPS / OMS. Diciembre, 2005. Pág . 74

3.1.1.3 Estudiantes de Medicina y Enfermería

En el Perú, el número de estudiantes de medicina ha aumentado considerablemente, de 11,400 en 1990 a 16,800 en el 2002, es decir 47.4%; el

número de estudiantes de enfermería, en el mismo período, aumentó de 7,500 a 14,000, es decir 86.7%.[24]



Fuente: Asamblea Nacional de Rectores. Citado en:IDREH - MINSA. Informe al País: Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y Desempeño con desarrollo humano. Lima: IDREH – OPS / OMS. Diciembre, 2005. Pág. 76

3.1.2 Estudios de Medicina

3.1.2.1 Número de vacantes ofertadas

El número de vacantes ofertadas para estudios de medicina en Colombia fue 3,010 en total, en el año 2002. Según las estadísticas mostradas en el resumen anual del ICFES se puede observar que el sistema de universidades públicas posee el 36.24% de la oferta total, mientras que el 63.76% restante es parte de la oferta privada.

Colombia: Número de Vacantes ofertadas. 2002

Año	Tipo		Total
	Pública	Privada	
2002	1,091	1,919	3,010

Fuente: Estadísticas de la Educación Superior 2002 - Resumen Anual. ICFES

En el Perú, en el periodo 1993 a 2003 el número de vacantes ofertadas para la carrera de Medicina aumentó de 1224 en el año 1993, a 2665 vacantes ofertadas en el 2003, alcanzando su valor más alto - 3075 - en 1998. La oferta en Medicina ha tenido un crecimiento de 2.18 veces, equivalente a 1441 vacantes más ofertadas por año en el este periodo.[25]

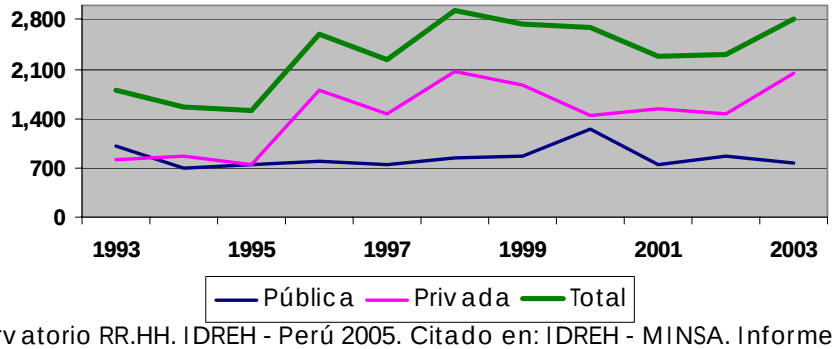
---

24 Asamblea Nacional de Rectores. Desafíos de los Recursos Humanos de Salud en el Perú, Informe de País. 2005. Pág. 68

25 Lip, César y colaboradores. Análisis de Formación de Pregrado en Salud en el Perú. Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH), Perú, 2005. Citado en: Desafíos de los Recursos Humanos de Salud en el Perú, Informe de País. 2005. Pág. 71

Las vacantes casi se han cuadruplicado en las universidades privadas, con un valor inicial de 627 vacantes en 1993, alcanzando 1887 en el 2003. En cuanto a las universidades públicas, después de un periodo de estabilización entre 1993 y 1997, se incrementó el número de vacantes ofertadas entre 1998 y 1999 y volvió a disminuir hasta casi su valor inicial en el año 2003, ofertándose aproximadamente 780 vacantes.

Perú: Número de ingresantes a la carrera de Medicina. 1993 - 2003



Observatorio RR.HH. IDREH - Perú 2005. Citado en: IDREH - MINSA. Informe al País: Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y Desempeño con desarrollo humano. Lima: IDREH - OPS / OMS. Diciembre, 2005. Págs 77 - 78

Se pude observar finalmente, que en ambos casos, la oferta privada es mayor que la oferta pública. Incluso, en el caso peruano esta tendencia se da en todos los años en que se tiene información.

3.1.2.2. Número de Ingresantes a la carrera de Medicina

El número de ingresantes a la carrera de Medicina en Bolivia durante el período 1995 - 2003 fue de 21,760, lo cual da un promedio anual de 2,418 alumnos nuevos. Asimismo, del total de ingresantes en el país altiplánico, 12,012 lo entraron a universidades públicas, lo cual corresponde al 55,2% del total de ingresantes. Al sistema privado ingresó un total de 9,748, que corresponden al 44,8% del total de ingresantes.

Bolivia: Número de ingresantes a la carrera de Medicina. 1995 - 2003

Período	Tipo				Total
	Públicas		Privadas		
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	
1995 - 2003	12,012	55.2	9,748	44.8	21,760

Fuente: Colque Mollo, Rubén, Perfil Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos, Bolivia, 2005. Pág. 42

En Colombia, el total de ingresantes durante el año 2002 fue de 2,735. Del estos, el 37.8% pertenece al sistema público, mientras que el 42.2% corresponde al sistema privado. A diferencia de Bolivia, en este caso se observa una mayoría de ingresantes por el sistema privado.

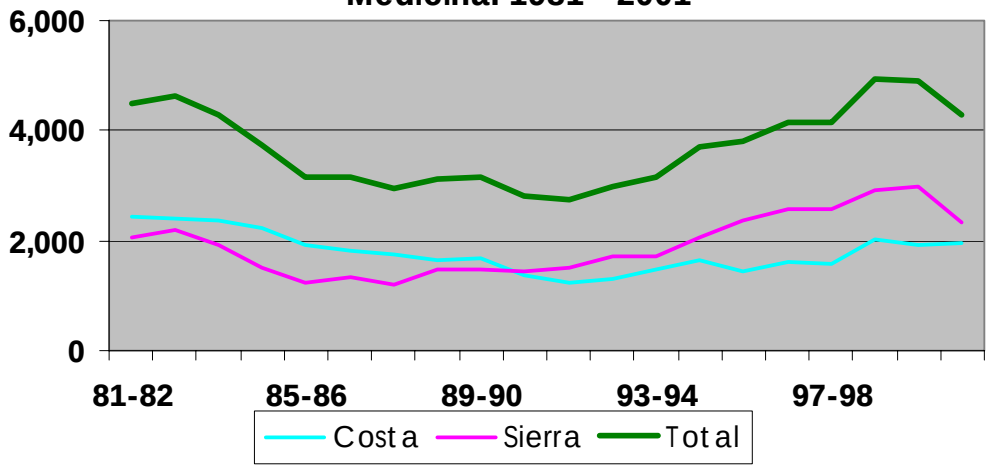
Colombia: Número de ingresantes a la carrera de Medicina. 2002

Año	Tipo		Total
	Pública	Privada	
2002	1,033	1,702	2,735

Fuente: Estadísticas de la Educación Superior 2002 - Resumen Anual. ICFES

En Ecuador, durante el período 2000 – 2001 ingresaron 4,297 postulantes, de los cuales 1,965 entraron en universidades de la costa, mientras que 2,332 pertenecen a universidades de la sierra. Como se puede observar, el porcentaje de ingresantes varía a través de los años en la distribución de estos según la región: en el período 1981 – 1982, la mayoría de los ingresantes pertenecía a facultades o escuelas de medicina de la costa, mientras que en el período 2000 – 2001, la mayoría de los ingresantes entró en entidades de la sierra.

Ecuador: Número de ingresantes a la carrera de Medicina. 1981 - 2001



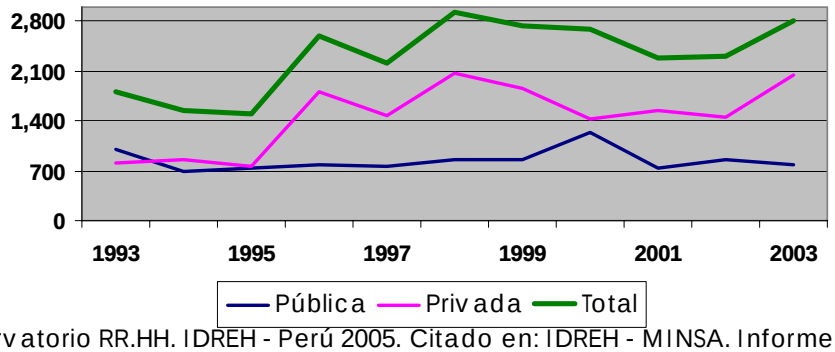
Fuente: Merino, Cristina. Datos Básicos sobre Formación y Distribución de Personal de Salud Ecuador, 1981 - 2001. Anexo 6

En el caso del Perú, en 1993 ingresaron a estudiar Medicina 1,808 personas, número que creció hasta llegar a 2811 en el año 2003. Igualmente que en el caso de las vacantes se aprecia que el punto máximo estuvo en el año 1998, en que se reportaron casi 2900 ingresantes. Es decir, el número de ingresantes a Medicina total creció en 1.55 en este periodo.

En el caso de las universidades públicas ha disminuido el número de ingresantes, de 998 en el año 1993 a 774 en el año 2003, teniendo como punto máximo el año 2000 con 1249 ingresantes. Al revés, en el caso de las universidades privadas el número de ingresantes fue de 810 a 2037 en el mismo periodo.[26]

26 Desafíos de los Recursos Humanos de Salud en el Perú, Informe de país. 2005. Pág. 72

Perú: Número de ingresantes a la carrera de Medicina. 1993 - 2003



Observatorio RR.HH. IDREH - Perú 2005. Citado en: IDREH - MINSA. Informe al País: Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y Desempeño con desarrollo humano. Lima: IDREH - OPS / OMS. Diciembre, 2005. Págs 77 - 78

3.1.2.3 Número de matriculados

En Bolivia, el promedio anual de matriculados en las distintas facultades y escuelas de medicina fue 17,288 durante el período 1995 – 2003. De estos, el 44.3% correspondía al total del alumnado en el sistema de universidades públicas, mientras que el 55.7% correspondía a universidades privadas.

Bolivia: Número de matriculados en facultades de medicina. 1995 - 2003

Período	Tipo				Promedio Total Anual
	Públicas		Privadas		
	Promedio	Porcentaje	Promedio	Porcentaje	
1995 - 2003	12,466	44.3	4,822	55.7	17,288

Fuente: Colque Mollo, Rubén, Perfil Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos, Bolivia, 2005. Pág. 43. Elaboración propia

En Colombia, el número de matriculados está en función de dos semestres durante el año 2002. Durante el primer semestre estudiaron 13,988 alumnos, de los cuales el 44.9% estudió en facultades o escuelas del Estado, mientras que el 55.1% restante hizo lo propio en universidades privadas. Durante el segundo semestre, la población de estudiantes de medicina aumentó poco y las distribuciones según los tipos de universidad no variaron de manera trascendente.

Colombia: Número de Matriculados en facultades de medicina. 2002

Año	Tipo		Total
	Pública	Privada	
2002 - I	6,283	7,705	13,988
2002 - II	6,258	7,734	13,992

Fuente: Estadísticas de la Educación Superior 2002 - Resumen Anual. ICFES

El número de matriculados en Medicina en el Perú fue de 12,164 en 1993 y de 14,334 en el año 2003. Paulatinamente el número de matriculados

en las universidades públicas ha venido siendo alcanzado por los matriculados en universidades privadas.[27]

3.1.2.4 Egresados de medicina

El total de egresados de las facultades y escuelas de Medicina, durante el año 2002 en Colombia fue de 1,202 médicos. Esta cifra esta compuesta por los alumnos del sistema privado en un 51.9% mientras que las universidades públicas aportan el 48.1% del total.

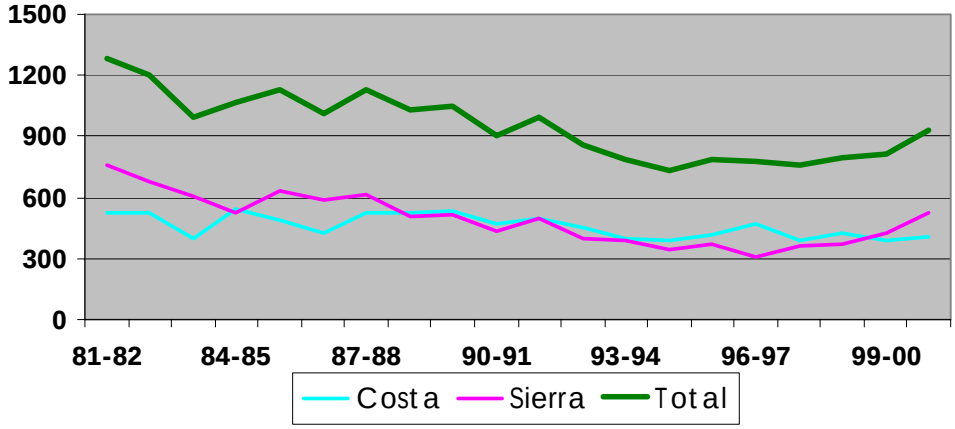
Colombia: Número de egresados de facultades de medicina. 2002

Año	Tipo		Total
	Pública	Privada	
2002	624	578	1,202

Fuente: Estadísticas de la Educación Superior 2002 - Resumen Anual. ICFES

En Ecuador, durante el período 2000 – 2001 se tuvo un total de 929 alumnos egresados. En este caso, el 43.2% son alumnos de universidades de la Costa, mientras que el porcentaje restante se graduó en facultades o escuelas de la sierra. Se puede observar que la cantidad total de alumnos ha disminuido a partir del período 1981 – 1982, donde había un total de 1,284 graduados. Sin embargo, a partir de 1994, la tendencia es un crecimiento paulatino del total.

Ecuador: Número de egresados de Medicina. 1981 - 2001



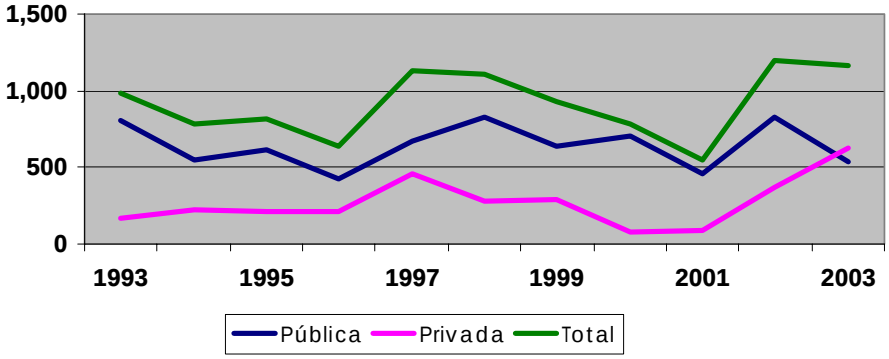
Fuente: Merino, CristinaDatos Básicos sobre Formación y Distribución de Personal de Salud Ecuador, 1981 - 2001. Anexo 6

En Perú, los egresados de medicina fueron 983 en el año 1993 y 1165 en el año 2003, con un crecimiento variable de 1.18. El punto menor se reportó el año 2001 con solo 552 egresados. Este menor número de egresados se reportó en las universidades privadas, que informaron ese año solo 88 egresados, la cifra

27 IDREH – MINSA. Informe al país: Desafíos de los Recursos Humanos de Salud en el Perú,. Gobernabilidad y Desempeño con desarrollo humano. Lima: IDREH – OPS / OMS, Diciembre, 2005. Pág. 77

mas baja del periodo estudiado. En el año 2003 egresaron de universidades privadas 631 estudiantes y de universidades públicas 534. [28]

Perú: Número de Egresados de Medicina.
1993 - 2003



Observatorio RR.HH. IDREH - Perú 2005. Citado en: IDREH - MINSA. Informe al País: Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y Desempeño con desarrollo humano. Lima: IDREH - OPS / OMS. Diciembre, 2005. Págs. 77 - 78

3.1.2.5 Número de titulados

En Bolivia, el número total de titulados durante el período 1995 – 2003 es 7,079. De donde se puede concluir que el promedio anual es 787 médicos. Asimismo, de los datos recopilados para éste país andino se pudo encontrar que durante el periodo antes mencionado el 86.5% pertenecía al sistema público de formación.

Número de titulados en la carrera de Medicina en Bolivia

Período	Tipo				Total
	Públicas		Privadas		
	Cantidad	Porcentaje	Promedio	Porcentaje	
1995 - 2003	6,121	86.5	958	13.5	7,079

Fuente: Colque Mollo, Rubén, Perfil Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos, Bolivia, 2005. Pág. 45

En Colombia, el total de titulados asciende a 1,345 egresados de medicina. De estos 664 y 681 corresponden al sistema público y al sistema privado respectivamente. Por lo que se puede concluir que entre ambos sistemas se reparten de manera casi equitativa la cantidad de titulados total en el área de Medicina.[29]

El número de titulados en el Perú ha aumentado. En 1993 se reportaron 951 titulados como médico-cirujanos y 1238 en el 2003. Esto significa un crecimiento de 1.30 veces.[30]

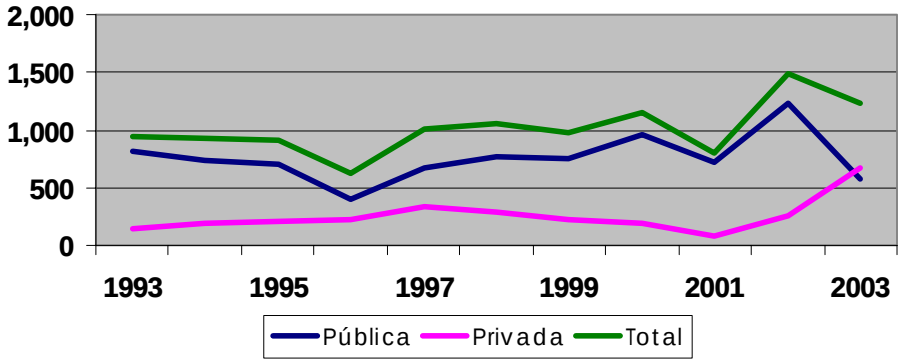
---

28 Desafíos de los Recursos Humanos de Salud en el Perú, Informe de País. 2005. Pág. 72

29 Estadísticas de la Educación Superior 2002 - Resumen Anual. ICFES

30 Desafíos de los Recursos Humanos de Salud en el Perú, Informe de País. 2005. Pág. 72

Perú: Número de Titulados de Medicina.
1993 - 2003



Fuente: Observatorio RR.HH. IDREH - Perú 2005. Citado en: IDREH - MINSA. Informe al País: Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y Desempeño con desarrollo humano. Lima: IDREH - OPS / OMS. Diciembre, 2005. Págs. 77 - 78

3.1.2.6. Relaciones vacantes, ingresantes, egresados y titulados en Medicina por tipo de propiedad de la universidad

Colombia: Relación en Medicina por tipo de propiedad de la universidad en Colombia

Año	Relación Numérica	Tipo		Total
		Pública	Privada	
2002	Vacantes / Ingresantes	1091 / 1033	1919 / 1702	3010 / 2735
	Egresados / Titulados	624 / 664	578 / 681	1202 / 1345

Fuente: Estadísticas de la Educación Superior 2002 - Resumen Anual. ICFES

Relación Vacantes-Ingresantes por tipo de propiedad de la universidad en el Perú

Años	Relación Numérica	Tipo		Total
		Pública	Privada	
1993	Vacantes / Ingresantes	627 / 998	597 / 810	1224 / 1808
	Egresados / Titulados	811 / 814	172 / 137	983 / 951
1994	Vacantes / Ingresantes	553 / 697	866 / 858	1419 / 1555
	Egresados / Titulados	550 / 734	228 / 200	778 / 934
1995	Vacantes / Ingresantes	673 / 749	673 / 756	1346 / 1505
	Egresados / Titulados	613 / 704	209 / 201	822 / 905
1996	Vacantes / Ingresantes	681 / 792	1901 / 1811	2582 / 2603
	Egresados / Titulados	420 / 396	216 / 224	636 / 620
1997	Vacantes / Ingresantes	660 / 756	1617 / 1467	2277 / 2223
	Egresados / Titulados	675 / 670	457 / 343	1132 / 1013
1998	Vacantes / Ingresantes	902 / 849	2173 / 2069	3075 / 2918
	Egresados / Titulados	831 / 775	280 / 283	1111 / 1058
1999	Vacantes / Ingresantes	777 / 866	1898 / 1863	2675 / 2729
	Egresados / Titulados	639 / 760	286 / 218	925 / 978
2000	Vacantes / Ingresantes	1170 / 1249	1520 / 1430	2690 / 2679
	Egresados / Titulados	706 / 959	82 / 192	788 / 1143
2001	Vacantes / Ingresantes	650 / 733	1334 / 1541	1984 / 2274
	Egresados / Titulados	464 / 716	88 / 82	552 / 798
2002	Vacantes / Ingresantes	814 / 857	1441 / 1456	2255 / 2313
	Egresados / Titulados	831 / 1235	365 / 253	1196 / 1488

Fuente: Observatorio RRHH IDREH - Perú 2005. *Desafíos de los Recursos Humanos de Salud en el Perú, Informe de País*. 2005. Pág. 73

3.1.3 Estudios de Enfermería

3.1.3.1 Número de vacantes

Con relación al número de vacantes en la carrera de enfermería se pudo encontrar datos para Colombia y Perú. En ambos casos se observa un gran contraste, ya que en Colombia, la cifra correspondiente a este indicador es 1,480, durante el año 2002, mientras que en el Perú ésta es 4,211, durante el mismo año. No obstante esta diferencia numérica, se percibe una semejanza en cuanto a la proporción de la participación del tipo de facultades o escuelas del total: En ambos casos, el sector privado ofrece la mayor cantidad de vacantes.

Número de Vacantes en las facultades de enfermería en Colombia

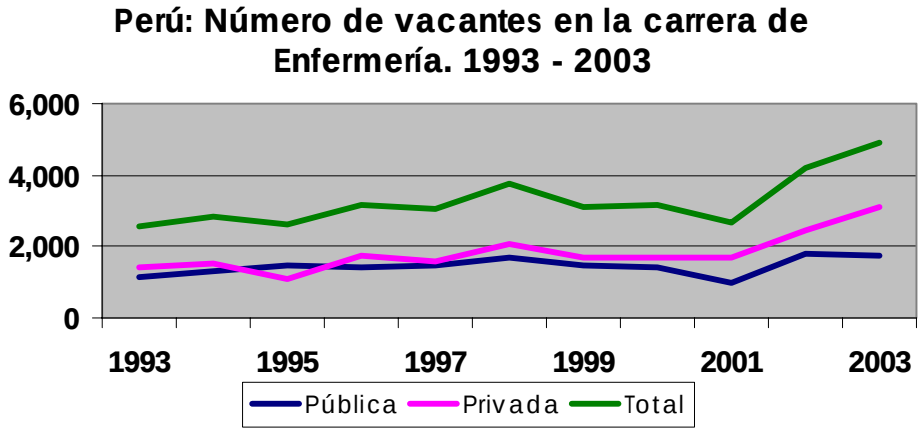
Año	Tipo		Total
	Pública	Privada	
2002	658	822	1,480

Fuente: Estadísticas de la Educación Superior 2002 - Resumen Anual. ICFES

En el Perú, el número de vacantes en la carrera de Enfermería fue de 2545 en el año 1993, llegando a su valor más alto - 4890 - en el año 2003. La oferta en Enfermería ha tenido un incremento de 2345 vacantes en el periodo 1993-2003, mostrando una expansión en 1.92 veces.

Las universidades privadas han incrementado fuertemente su oferta de vacantes para la formación en Enfermería, ofertando 1406 en el año 1993 y 3126 el 2003. Por el contrario, las universidades públicas han mantenido una oferta casi constante, alrededor de 1400 vacantes anuales. [31]

31 Desafíos de los Recursos Humanos de Salud en el Perú, Informe de País. 2005. Pág. 74



Observatorio RR.HH. IDREH - Perú 2005. Citado en: IDREH - MINSA. Informe al País: Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y Desempeño con desarrollo humano. Lima: IDREH - OPS / OMS. Diciembre, 2005. Pág. 79

3.1.3.2 Número de ingresantes a Enfermería

El total de ingresantes en el país altiplánico asciende a 8,760 durante el período 1995 – 2003, por lo que se puede deducir que posee un promedio anual de 976 alumnos nuevos. [32]

Asimismo, en Colombia se tuvo un total de 1,322 alumnos nuevos durante el año 2002, de los cuales el 43.6% pertenece al sistema privado, mientras que el 56.4% correspondía al sistema público.

Número de ingresantes a la carrera de Enfermería en Colombia

Año	Tipo		Total
	Pública	Privada	
2002	577	745	1,322

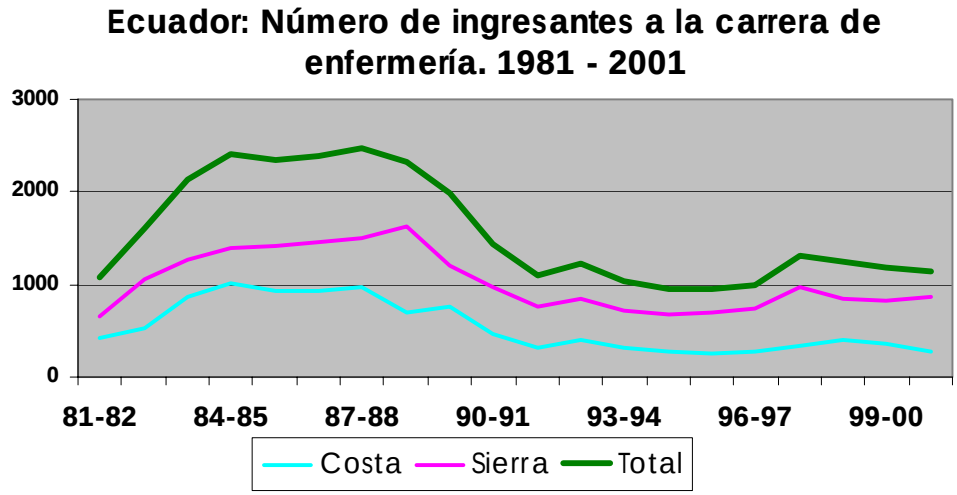
Fuente: Estadísticas de la Educación Superior 2002 - Resumen Anual. ICFES

En Ecuador, durante el período 2000 – 2001 se tuvo un total de 1,139 alumnos nuevos en las facultades y escuelas de enfermería. En este país, más del 75% de ingresantes entraron a instituciones de la sierra, mientras que el restante 25% hizo lo propio en centros de la costa.
Como se puede observar en el siguiente gráfico, la carrera de enfermería acoge más matriculados en primer año en la Sierra que en la Costa, aunque sus tendencias son similares. Por otro lado, su número se incrementa en las dos regiones durante la década de los ochenta, mientras que en los primeros años de los noventa desciende y luego se mantiene.

La tendencia de los matriculados en primer año en el sector público crece durante la década de 1980 y luego mantiene cierta estabilidad. La diferencia

32 Colque Mollo, Rubén, Perfil Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos, Bolivia, 2005. Pag. 42

con el sector privado está en el número bastante más elevado del sector público.[33]



Fuente: Merino, CristinaDatos Básicos sobre Formación y Distribución de Personal de Salud Ecuador, 1981 - 2001. Anexo 6

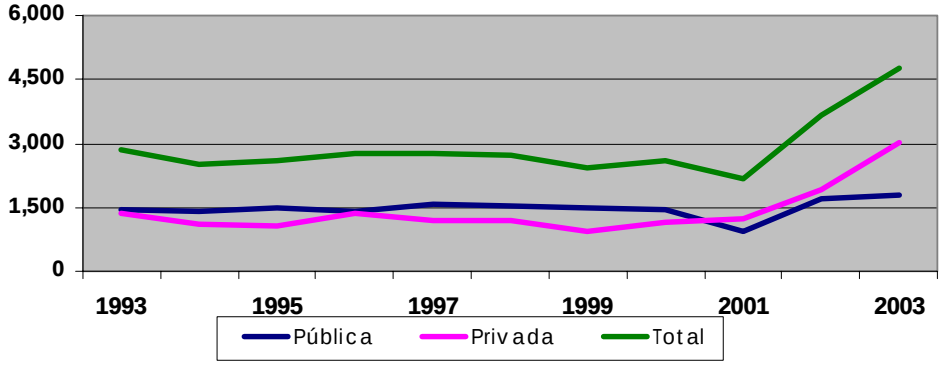
En 1993 ingresaron a estudiar Enfermería 2,844 nuevas estudiantes, cifra que fue de 4,787 en el año 2003. Esto muestra una tendencia creciente sostenida, un incremento absoluto de 1943 ingresantes anuales y un crecimiento en 1,68 veces.

Esta tendencia creciente de ingresantes comprende a las universidades públicas y privadas. Hasta el año 2000 las universidades públicas tuvieron más ingresantes, pero de ahí adelante primaron las privadas. El año 2003 las ingresantes a las universidades privadas fueron 3010, casi el doble a las de las universidades públicas.[34]

33 Datos Básicos sobre Formación y Distribución de Personal de Salud Ecuador, 1981 - 2001. Cristina Merino. Pág. 19

34 Fuente: Observatorio RRHH IDREH - Perú 2005. Desafíos de los Recursos Humanos de Salud en el Perú, Informe de País. 2005. Pág. 74

Perú: Número de ingresantes a la carrera de Enfermería. 1993 - 2003



Observatorio RR.HH. IDREH - Perú 2005. Citado en: IDREH - MINSA. Informe al País: Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y Desempeño con desarrollo humano. Lima: IDREH - OPS / OMS. Diciembre, 2005. Pág. 79

3.1.3.3 Número de alumnos matriculados

La población estudiantil de la carrera de enfermería en Colombia durante el 2002 fue alrededor de 4,500 alumnos, de los cuales la mayoría estaba en universidades del Estado.

Colombia: Número de matriculados en escuelas o facultades de enfermería. 2002

Año	Tipo		Total
	Pública	Privada	
2002 - I	2487	2030	4517
2002 - II	2602	2012	4614

Fuente: Estadísticas de la Educación Superior 2002 - Resumen Anual. ICFES

En Colombia, el número de matriculados en enfermería está en función de dos semestres durante el año 2002. Durante el primer semestre estudiaron 4,517 alumnos, de los cuales el 55.1% estudió en facultades o escuelas del Estado, mientras que el 44.9% restante hizo lo propio en universidades privadas. Durante el segundo semestre, la población de estudiantes de medicina aumentó poco y las distribuciones según los tipos de universidad no variaron de manera trascendente.[35]

3.1.3.4 Egresados de Enfermería

La cantidad de egresados de Enfermería en Colombia durante el año 2002 fue 584. De estos 375 corresponden al sistema público y 209 al privado.[36] En

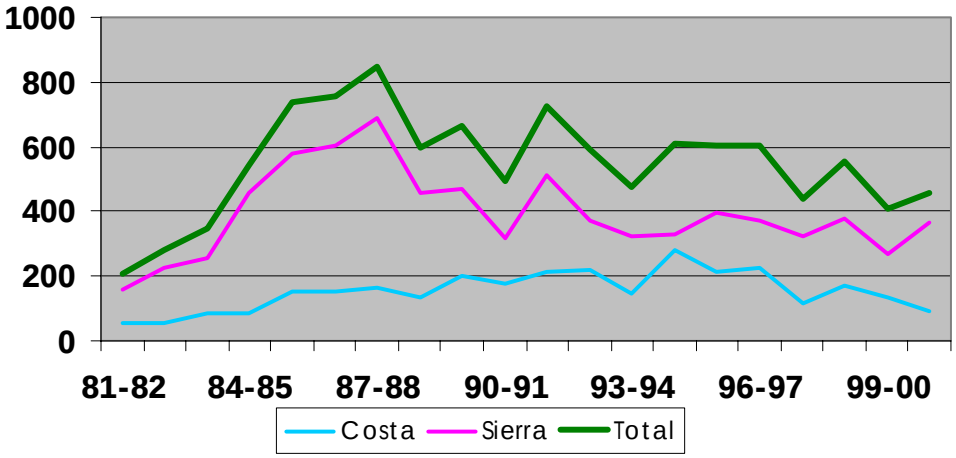
35 Desafíos de los Recursos Humanos de Salud en el Perú, Informe de País. 2005. Pág. 74

36 Estadísticas de la Educación Superior 2002 - Resumen Anual. ICFES

Ecuador, durante el período 2000 – 2001 se tuvo un total de 455 egresados, de los cuales 91 se graduaron en universidades, mientras que 364 (80%) se graduaron de facultades o escuelas de la sierra.

Asimismo, se pude observar una tendencia regida por el crecimiento, desde el período 1981 – 1982, en el cual solo se graduó un total de 210 estudiantes de enfermería. Sin embargo, a partir de 1987 se ve un descenso estrepitoso del total, el cual tiene su mayor caída en las facultades o escuelas de la sierra.

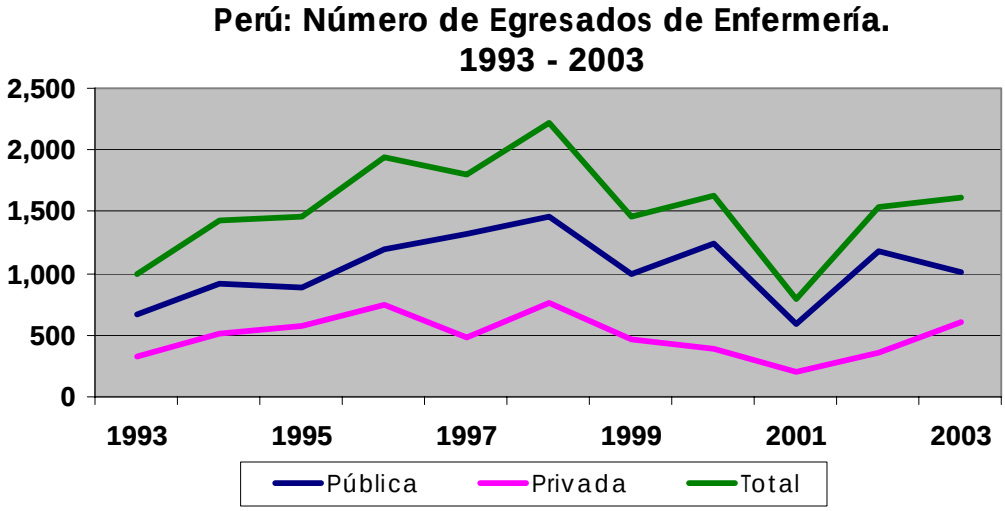
Ecuador: Número de Egresados de Enfermería. 1981 - 2001



Fuente: Merino, CristinaDatos Básicos sobre Formación y Distribución de Personal de Salud Ecuador, 1981 - 2001. Anexo 6

Fuente: Datos Básicos sobre Formación y Distribución de Personal de Salud Ecuador, 1981 - 2001. Cristina Merino

En el Perú, los egresados de Enfermería pasaron de 987 en 1993 a 1617 en el 2003. Tuvieron el valor más alto (2219) el año 1998, y el valor más bajo (787) en el año 2001. Durante el año 2002, egresaron 1,533 enfermeros, de los cuales el 77% se graduó en facultades o escuelas públicas, mientras que el restante hizo lo propio en entidades privadas.



Observatorio RR.HH. IDREH - Perú 2005. Citado en: IDREH - MINSA. Informe al País: Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y Desempeño con desarrollo humano. Lima: IDREH - OPS / OMS. Diciembre, 2005. Pág. 79

3.1.3.5 Número de titulados

En este caso se pudo obtener información de Colombia y Perú. En el primero, se observa que tuvo un total de 629 titulados en enfermería durante el año 2002, mientras que en el Perú esta cifra es casi triplicada durante el mismo período ya que se tuvo un total de 1,675 titulados.

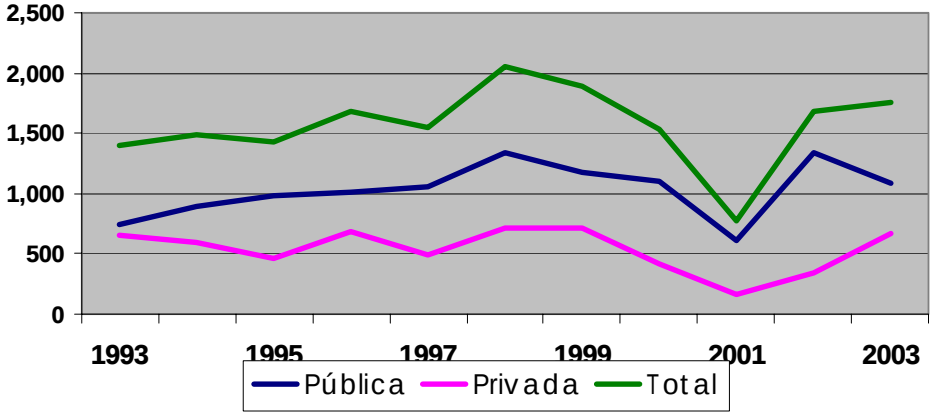
Número de titulados en enfermería en Colombia

Año	Tipo		Total
	Pública	Privada	
2002	387	242	629

Fuente: Estadísticas de la Educación Superior 2002 - Resumen anual. ICFES

Por otro lado se puede observar que en Colombia el 61.5% se titulo en entidades del Estado mientras que el restante lo hizo en facultades o escuelas privadas. En el Perú el 79.6% del total de titulados corresponde al sistema público, donde al igual que Colombia, se tiene la mayoría de los titulados.

Perú: Número de titulados en Enfermería.
1993 - 2003



Observatorio RR.HH. IDREH - Perú 2005. Citado en: IDREH - MINSA. Informe al País: Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y Desempeño con desarrollo humano. Lima: IDREH - OPS / OMS. Diciembre, 2005. Pág. 79

En el Perú, durante el período 1993 – 2003 los titulados han sido en promedio alrededor de 1500 por año, con un valor mínimo de 774 en el año 2001 y un valor máximo de 2048 en el año 1998. En las universidades públicas es donde se titula la mayoría de enfermeras, llegando incluso en casos a duplicar a las tituladas de las universidades privadas. [37]

3.1.3.6. Relación entre vacantes, ingresantes, egresados y titulados en Enfermería según tipo de propiedad de la universidad

Colombia: Relación en Enfermería según tipo de propiedad de la universidad. 2002

Año	Relación Numérica	Tipo		Total
		Pública	Privada	
2002	Vacantes / Ingresantes	658 / 577	822 / 745	1480 / 1322
	Egresados / Titulados	375 / 387	209 / 242	584 / 629

Fuente: Estadísticas de la Educación Superior 2002 - Resumen Anual. ICFES. Elaboración propia

37 Desafíos de los Recursos Humanos de Salud en el Perú, Informe de País. 2005. Pág. 74

Perú: Relación en Enfermería según tipo de propiedad de la universidad. 1993 - 2003

Años	Relación Numérica	Tipo		Total
		Pública	Privada	
1993	Vacantes / Ingresantes	1139 / 1465	1406 / 1379	2545 / 2844
	Egresados / Titulados	667 / 743	320 / 659	987 / 1402
1994	Vacantes / Ingresantes	1316 / 1402	1539 / 1097	2855 / 2499
	Egresados / Titulados	916 / 894	510 / 592	1426 / 1486
1995	Vacantes / Ingresantes	1497 / 1505	1118 / 1071	2615 / 2499
	Egresados / Titulados	891 / 977	571 / 4456	1462 / 1433
1996	Vacantes / Ingresantes	1406 / 1410	1739 / 1365	3145 / 2775
	Egresados / Titulados	1200/ 1008	745 / 678	1945 / 1686
1997	Vacantes / Ingresantes	1471 / 1557	1596 / 1200	3067 / 1757
	Egresados / Titulados	1320 / 1060	487 / 491	1807 / 1551
1998	Vacantes / Ingresantes	1675 / 1531	2097 / 1172	3772 / 2703
	Egresados / Titulados	1458 / 1339	761 / 709	2219 / 2049
1999	Vacantes / Ingresantes	1456 / 1471	1671 / 936	3127 /2407
	Egresados / Titulados	998 / 1182	466 / 707	1464 / 1889
2000	Vacantes / Ingresantes	1441 / 1464	1714 / 1137	3155 / 2601
	Egresados / Titulados	1245 / 1108	381 / 418	1626 / 1526
2001	Vacantes / Ingresantes	1008 / 950	1666 / 1229	2674 / 2179
	Egresados / Titulados	592 / 616	195 / 158	787 / 774
2002	Vacantes / Ingresantes	1776 / 1708	2435 / 1936	4201 / 3644
	Egresados / Titulados	1181 / 1333	352 / 342	1533 / 1675
2003	Vacantes / Ingresantes	1764 / 1777	3126 / 3010	4890 / 4787
	Egresados / Titulados	1009 / 1091	608 / 669	1617 / 1760

Fuente: Observatorio RRHH IDREH - Perú 2005. *Desafíos de los Recursos Humanos de Salud en el Perú, Informe de País*. 2005. Pág. 75

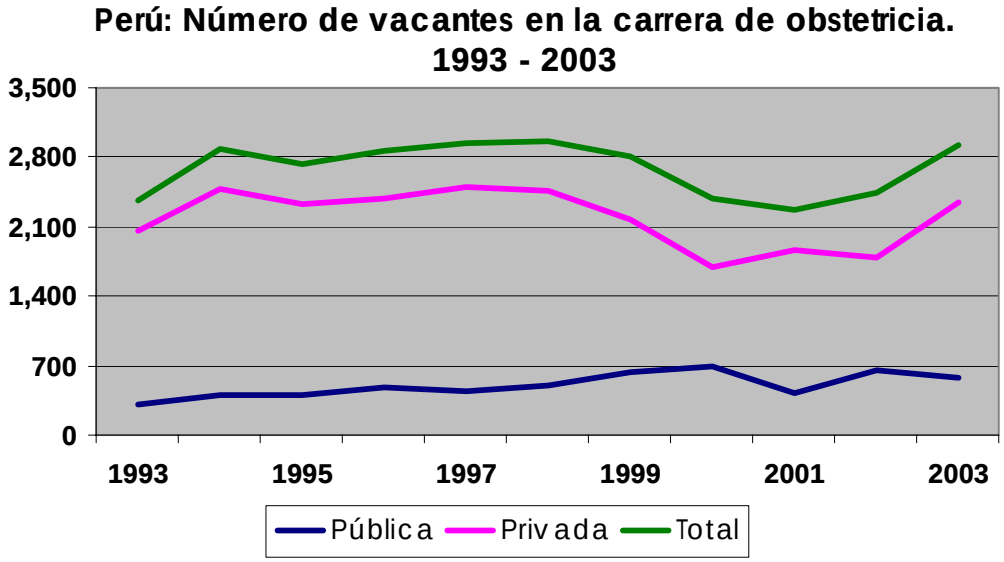
3.1.4. Estudios de Obstetricia

3.1.4.1 Número de vacantes

En el Perú, el número de vacantes anuales en la carrera de Obstetricia casi siempre es superior a las 2,500: fue de 2,374 en el año 1993, llegó a su valor más alto en 1998 (2,966 vacantes) y disminuyó a 2,916 en el año 2003. La oferta en Obstetricia ha tenido un crecimiento de 542 vacantes en el lapso 1993-2003, con un índice de incremento de 1.23 en dicho periodo.

Las universidades privadas han venido ofertando más de 2,000 vacantes anuales para estudiar esta carrera, tendencia que se ha mantenido. Las universidades públicas han mantenido una oferta promedio de 600 vacantes a lo largo de este periodo. [38]

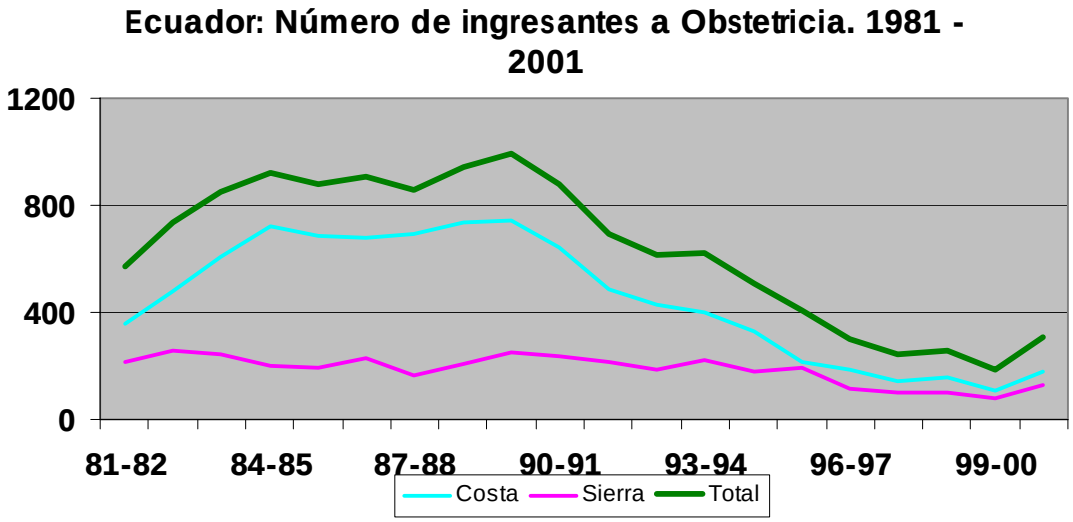
38 Desafíos de los Recursos Humanos de Salud en el Perú, Informe de País. 2005. Pág. 76



Observatorio RR.HH. IDREH - Perú 2005. Citado en: IDREH - MINSA. Informe al País: Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y Desempeño con desarrollo humano. Lima: IDREH - OPS / OMS. Diciembre, 2005. Pág. 81

3.1.4.2 Número de ingresantes

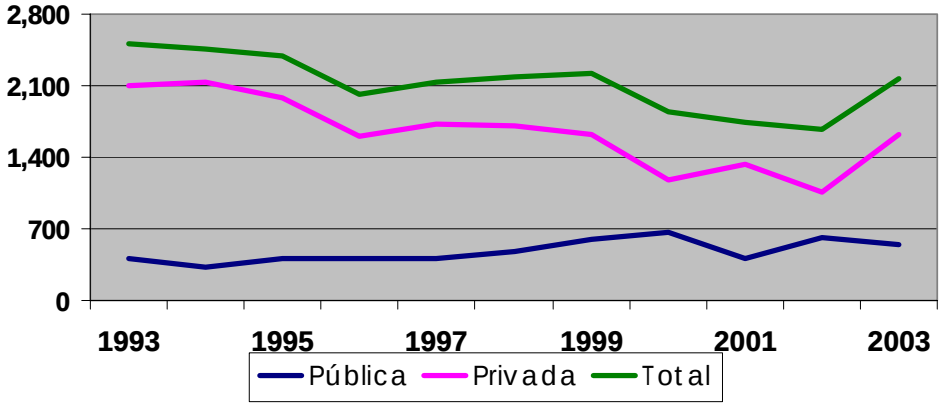
En Ecuador, se observa que durante el período 2000 – 2001 hubo 310 ingresantes de las escuelas y facultades de obstetricia. De estos el 57.42% ingreso a instituciones de la costa, mientras que el 42.58% entro a instituciones de la sierra. Se puede observar un gran descenso del total durante los últimos diez años llegando a su mínimo en el período 1999 – 2000, donde alcanzo la cifra de 184 alumnos nuevos.



Fuente: Merino, Cristina Datos Básicos sobre Formación y Distribución de Personal de Salud Ecuador, 1981 - 2001. Anexo 6

En el Perú En cuanto a los ingresantes, existe una tendencia ligeramente decreciente: de 2508 ingresantes en 1993 pasaron a 2176 en el 2003, lo que nos da un índice de decrecimiento de 0.8. Es a partir del año 2000 donde se reporta esta disminución en la demanda de la carrera de obstetricia. [39]

Perú: Número de ingresantes a la carrera de Obstetricia. 1993 - 2003



Observatorio RR.HH. IDREH - Perú 2005. Citado en: IDREH - MINSA. Informe al País: Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y Desempeño con desarrollo humano. Lima: IDREH - OPS / OMS. Diciembre, 2005. Pág. 81

3.1.4.3 Número de matriculados

En relación a los matriculados en el Perú, en la carrera de Obstetricia, el valor más alto fue en el año 1997, con 11,100 matriculados, la cifra más alta hasta el momento. En 1993 fueron 9,838 matriculados mientras que en el 2003 disminuyeron a 7,414, lo que da una diferencia de 2,424 y un índice de 0.75. El punto mas bajo se encuentra en el año 2001 donde las universidades sólo reportaron 6,150 matriculados[40]

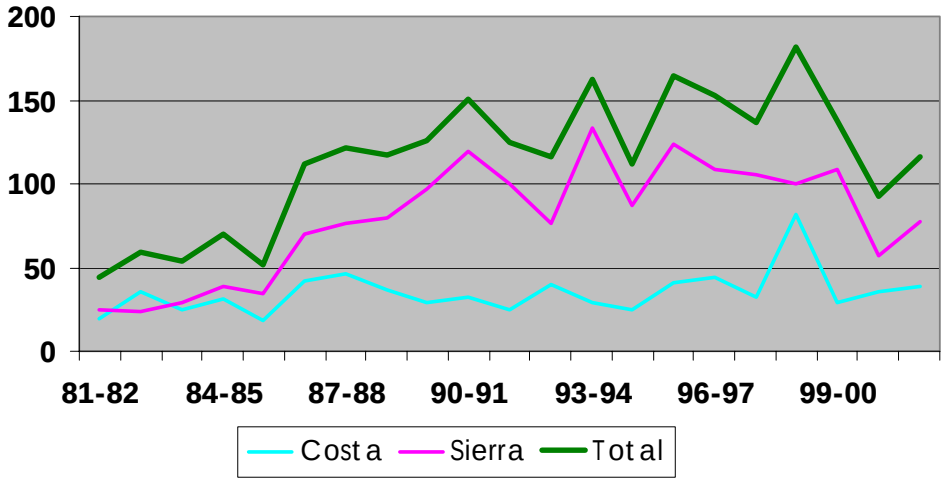
3.1.4.4. Número de egresados

En Ecuador, durante el período 2001 – 2002 hubo un total de 116 egresados de las facultades y escuelas de obstetricia, de estos aproximadamente el 33% se graduó en instituciones de la costa, mientras que el 67% restante lo hizo en facultades o escuelas de la sierra. Se puede observar que la tendencia durante los años ochentas estuvo orientada hacia un crecimiento paulatino, sin embargo, durante la siguiente década la tendencia se vuelve irregular.

39 Desafíos de los Recursos Humanos de Salud en el Perú, Informe de País. 2005. Pág. 76

40 Desafíos de los Recursos Humanos de Salud en el Perú, Informe de País. 2005. Pág. 76

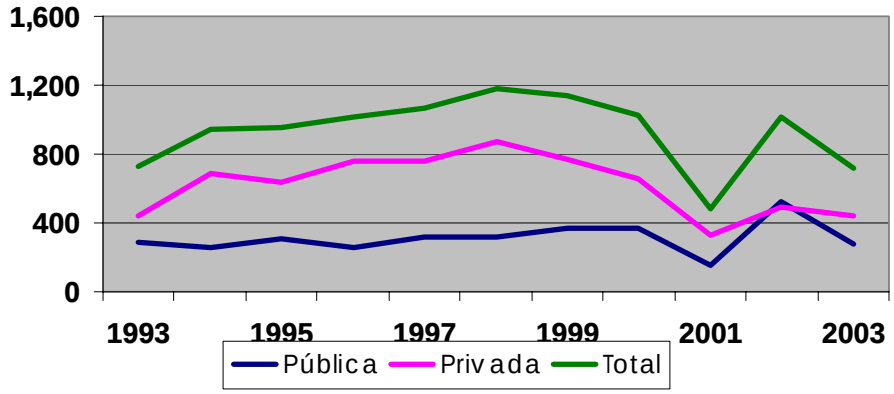
Ecuador: Número de egresados de Obstetricia. 1981 - 2002



Fuente: Merino, CristinaDatos Básicos sobre Formación y Distribución de Personal de Salud Ecuador, 1981 - 2001. Anexo 6

El número de egresados tuvo un pico de 1183 egresados en el año 1998, llegando luego a 487 egresados en el 2001 permaneciendo actualmente en 720, casi el mismo número que se reportaba en el año 1993, con un índice de crecimiento de 0.98 egresados. Son las universidades privadas las que, luego de algunos años de auge en la formación en obstetricia, han disminuido su oferta.[41]

Perú: Número de egresados de Obstetricia. 1993 - 2003



Observatorio RR.HH. IDREH - Perú 2005. Citado en: IDREH - MINSA. Informe al País: Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y Desempeño con desarrollo humano. Lima: IDREH - OPS / OMS. Diciembre, 2005. Pág. 76

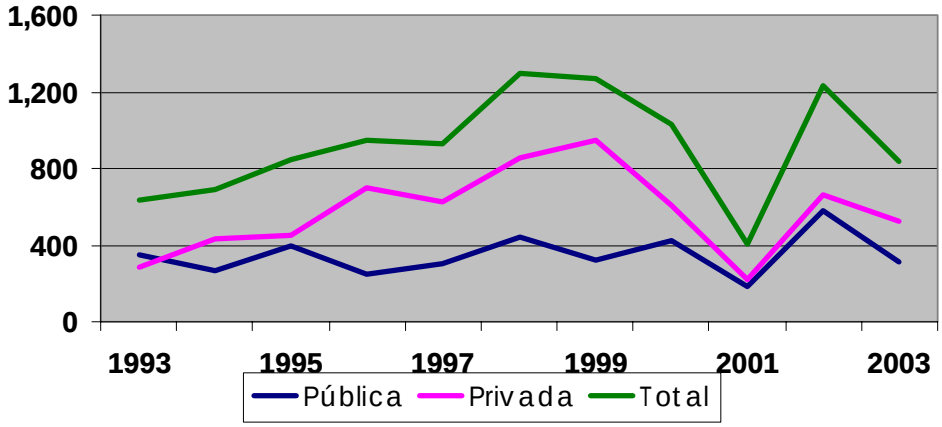
3.1.4.5. Número de titulados

41 Desafíos de los Recursos Humanos de Salud en el Perú, Informe de País. 2005. Pág. 76

En el caso de los titulados, si bien cada vez hay menor cantidad de ingresantes, matriculados y egresados, se aprecia un aumento en el periodo 1998-2002, mientras que en el 2003 se vuelve a una cantidad promedio similar a la del periodo 1993-1997.

Las universidades privadas son las que reportan un mayor número de titulados a lo largo de los años, con un periodo de primacía entre 1996 y 2000. Además entre el año 1993 y 2003 ha aumentado el número de titulados en universidades privadas y ha disminuido el número del mismo rubro de universidades públicas.[42]

Perú: Número de titulados en obstetricia.
1993 - 2003



Observatorio RR.HH. IDREH - Perú 2005. Citado en: IDREH - MINSA. Informe al País: Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y Desempeño con desarrollo humano. Lima: IDREH - OPS / OMS. Diciembre, 2005. Pág. 76

3.1.4.6. Relación entre vacantes, ingresantes, egresados y titulados en Obstetricia según tipo de propiedad de la universidad

42 Ibid.

Perú: Relación de Obstetricia según tipo de propiedad de la universidad. 1993 - 2003

Años	Relación Numérica	Tipo		Total
		Pública	Privada	
1993	Vacantes / Ingresantes	316 / 403	2058 / 2103	2374 / 2506
	Egresados / Titulados	291 / 353	438 / 283	729 / 636
1994	Vacantes / Ingresantes	398 / 323	2481 / 2135	2879 / 2458
	Egresados / Titulados	254 / 263	691/ 431	945 / 694
1995	Vacantes / Ingresantes	405 / 404	2329 / 1983	2734 / 2387
	Egresados / Titulados	487 / 416	641 / 451	949/ 842
1996	Vacantes / Ingresantes	447 / 414	2382 / 1603	2869 / 2019
	Egresados / Titulados	255 / 251	756 / 695	1011 / 946
1997	Vacantes / Ingresantes	447 / 414	2494 / 1719	2941 / 2133
	Egresados / Titulados	316 / 303	755 / 628	1071 / 931
1998	Vacantes / Ingresantes	509 / 476	2457 / 1702	2966 / 2178
	Egresados / Titulados	316 / 439	867 / 856	1183 / 1295
1999	Vacantes / Ingresantes	632 / 594	2169 / 1621	2801 / 2215
	Egresados / Titulados	374 / 318	769 / 950	1143 / 1295
2000	Vacantes / Ingresantes	696 / 670	1693 / 1182	2389 / 1852
	Egresados / Titulados	370 / 425	660 / 608	1030 / 1033
2001	Vacantes / Ingresantes	418 / 409	1858 / 1335	2276 / 1744
	Egresados / Titulados	155 / 181	332 / 223	487 / 404
2002	Vacantes / Ingresantes	649 / 623	1790 / 1058	2439 / 1681
	Egresados / Titulados	527 / 576	491 / 660	1018 / 1236
2003	Vacantes / Ingresantes	577/ 554	2339 / 1622	2916 / 2176
	Egresados / Titulados	281 / 309	439 / 524	720 / 833

Fuente: Observatorio RRHH IDREH - Perú 2005. *Desafíos de los Recursos Humanos de Salud en el Perú, Informe de País*. 2005. Pág. 76

3.1.5. Estudios de Odontología

3.1.5.1. Número de vacantes

La cantidad de vacantes ofertadas en las distintas escuelas y facultades de odontología de Colombia en el 2002 fue 1,440, de los cuales el 23.75% pertenece a la oferta de las instituciones públicas de formación, mientras que el 76.25% pertenece al sistema privado.

Colombia: Número de Vacantes en la carrera de odontología. 2002

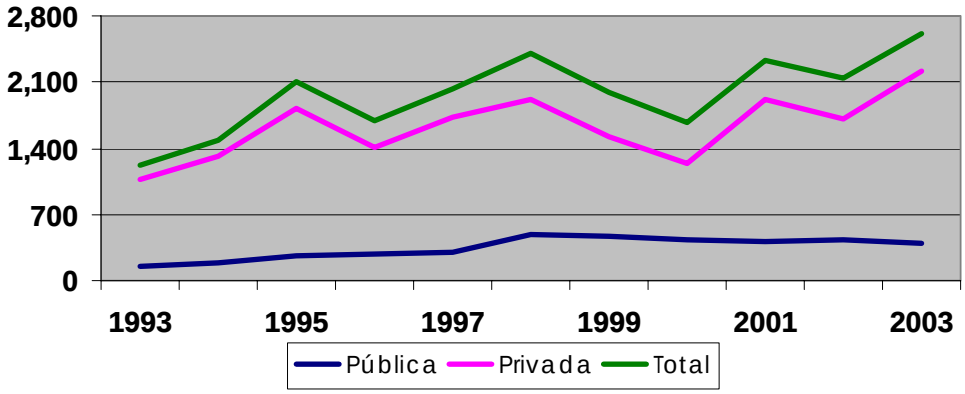
Año	Tipo		Total
	Pública	Privada	
2002	342	1098	1440

Fuente: Estadísticas de la Educación Superior 2002 - Resumen Anual. ICFES

El número de vacantes en la carrera de Odontología fue 1219 en el año 1993 y 2616 en el año 2003. La oferta en Odontología ha tenido un crecimiento de 1397 vacantes en este periodo, con un índice de crecimiento de 2.14.

Las universidades privadas son las que ofertan la mayor cantidad de vacantes en la carrera de Odontología, concentrando a la mayoría de la oferta, mientras que las universidades públicas mantienen un promedio mínimo de vacantes en esta carrera.[43]

Perú: Número de vacantes en la carrera de Odontología. 1993 - 2003



Observatorio RR.HH. IDREH - Perú 2005. Citado en: IDREH - MINSA. Informe al País: Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y Desempeño con desarrollo humano. Lima: IDREH - OPS / OMS. Diciembre, 2005. Pág. 79

3.1.5.2. Número de Ingresantes

El número de ingresantes a la carrera de odontología en Bolivia durante el período 1995 – 2003 fue 14,858, de donde se pude deducir que hubo un promedio anual de 1,651 nuevos alumnos. [44]

En Colombia la cifra total de ingresantes durante el año 2002 fue 969. De los cuales el 34.7% ingresó a facultades o escuelas públicas, mientras que el 65.3% hizo lo propio en universidades privadas.

Colombia: Número de ingresantes a Odontología. 2002

Año	Tipo		Total
	Pública	Privada	
2002	336	633	969

Fuente: Estadísticas de la Educación Superior 2002 - Resumen Anual. ICFES

El universo de matriculados en primer año tiene durante la primera década en estudio un comportamiento bastante irregular llegando incluso a 0 en la Costa en el período 87-88 pues se cierra la carrera en la Universidad Estatal de Guayaquil. En la segunda década el comportamiento es algo más regular.

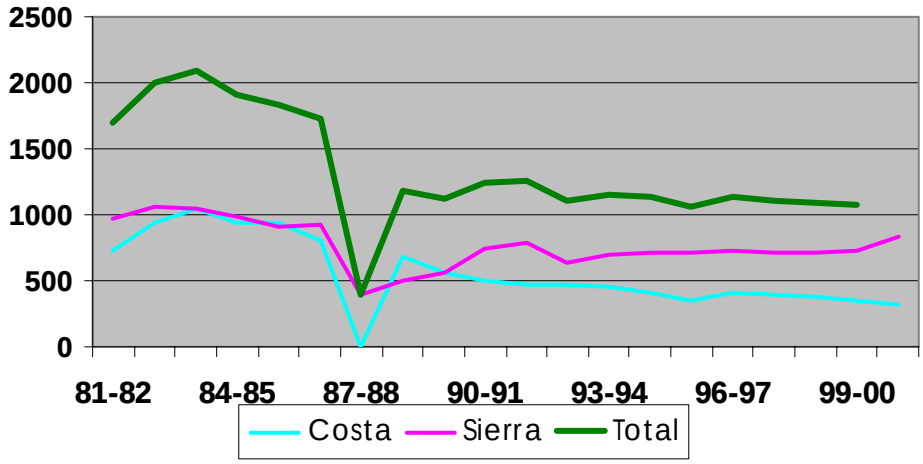
43 Desafíos de los Recursos Humanos de Salud en el Perú, Informe de País. 2005. Pág. 78

44Colque Mollo, Rubén, Perfil Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos, Bolivia, 2005. Pag. 42

Entre los sectores público y privado de odontología hay una importante diferencia, pues, en el sector privado, solo la Universidad San Francisco de Quito y la Universidad Católica de Cuenca ofrecen esta carrera. Los matriculados van desde 3 alumnos hasta 142 en el año 2000-01 en las dos universidades y aún no hay graduados.

Como se verá a continuación, la tendencia de matriculación en primer año durante la primera década en el ámbito público podría decirse que es decreciente, mientras que la segunda presenta una cierta estabilidad con una leve tendencia a la baja.[45]

Ecuador: Número de ingresantes a la carrera de Odontología. 1981 - 2001



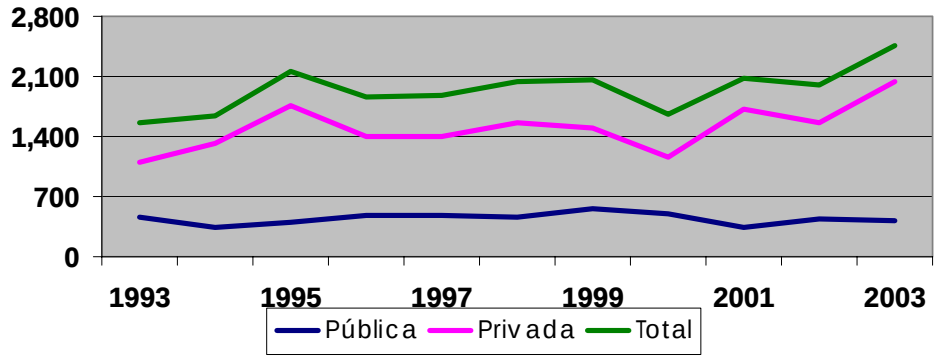
Fuente: Merino, CristinaDatos Básicos sobre Formación y Distribución de Personal de Salud Ecuador, 1981 - 2001. Anexo 6

Existe un promedio en aumento de ingresantes en el Perú. En 1993 se reportaron 1,570 y en 2003 se reportaron 2,464 ingresantes, dando un incremento de 894 ingresantes en este periodo, con un índice de crecimiento de 1.58 en 10 años. Igualmente se nota la gran preponderancia de ingresantes a universidades privadas.[46]

45 Datos Básicos sobre Formación y Distribución de Personal de Salud Ecuador, 1981 - 2001. Cristina Merino

46 Desafíos de los Recursos Humanos de Salud en el Perú, Informe de País. 2005. Pág. 78

Perú: Número de ingresantes a la carrera de Odontología. 1993 - 2003



Observatorio RR.HH. IDREH - Perú 2005. Citado en: IDREH - MINSA. Informe al País: Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y Desempeño con desarrollo humano. Lima: IDREH - OPS / OMS. Diciembre, 2005. Pág. 79

3.1.5.3. Número de matriculados

En el país altiplánico la población estudiantil de la carrera de Odontología fue en promedio 23, 697 alumnos, durante el período 1995 – 2003. El total del alumnado en esta carrera se reparte con el 77.2% en el sistema público y el 22.8% en el sistema privado, de acuerdo al promedio.

Bolivia: Número de matriculados. 1995 - 2003

Período	Tipo				Promedio Total Anual
	Públicas		Privadas		
	Promedio	Porcentaje	Promedio	Porcentaje	
1995 - 2003	21,723	77.2	1,974	22.8	23,697

Fuente: Colque Mollo, Rubén, Perfil Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos, Bolivia, 2005. Pag. 43

En Colombia se tiene registros de que durante el primer semestre del año 2002, las facultades y escuelas de odontología tuvieron un total de 3,519 alumnos, mientras que en el semestre siguiente, la cifra aumentó a 3,652. Se puede observar que en la distribución según propiedad de la universidad, la cifras se mantienen relativamente semejantes: Alrededor del 47%.

Colombia: Número de matriculados. 2000

Año	Tipo		Total
	Pública	Privada	
2002 - I	1672	1847	3519
2002 - II	1732	1920	3652

Fuente: Estadísticas de la Educación Superior 2002 - Resumen Anual. ICFES

En Colombia, el número de matriculados está en función de dos semestres durante el año 2002. Durante el primer semestre estudiaron 13,988 alumnos, de los cuales el 44.9% estudió en facultades o escuelas del Estado, mientras que

el 55.1% restante hizo lo propio en universidades privadas. Durante el segundo semestre, la población de estudiantes de medicina aumentó poco y las distribuciones según los tipos de universidad no variaron de manera trascendente.

Los alumnos matriculados en el año 1993 en el Perú fueron 7,428 y 9,061 en el 2003, con un índice creciente de 1.21 matriculados y una diferencia de 1,633 alumnos. El mayor número de matriculados fue en el año 1997, con 11400 matriculados y en el 2001 con 10551.[47]

3.1.5.4. Número de egresados

En el Colombia se percibe que durante el año 2002 hubo un total de 491 egresados, de los cuales el 26.7% corresponde al sector público, mientras que el 73.3% restante corresponde al sistema privado.

Colombia: Número de egresados de Odontología. 2002

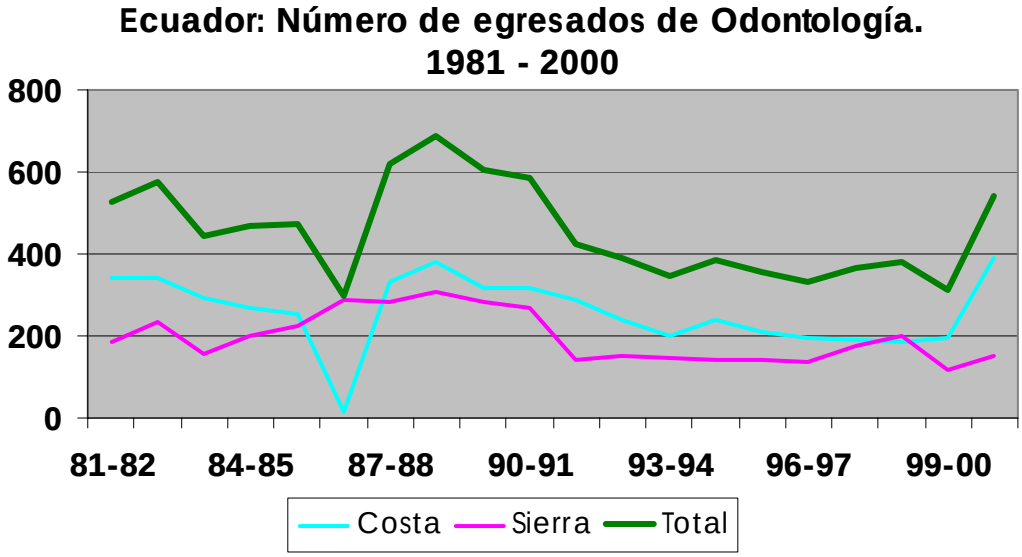
Año	Tipo		Total
	Pública	Privada	
2002	131	360	491

Fuente: Estadísticas de la Educación Superior 2002 - Resumen Anual. ICFES

En Ecuador se puede observar una tendencia irregular durante los últimos veinte años del siglo pasado. El pico de egresados en ecuador se dio durante el período 1988 – 1989, mientras que el punto más bajo de egresados se dio en el período 1986 – 1987.

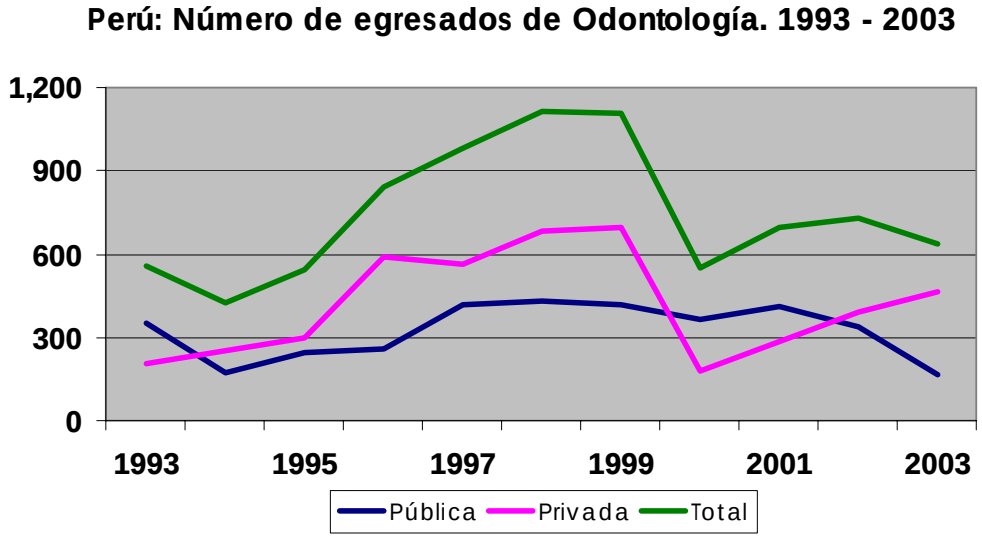
Asimismo, en Ecuador, durante el período 2000-2001 se tuvo 543 egresados, de los cuales el 71.82% egresó de facultades o escuelas de la costa, mientras que el 28.18% se graduó en instituciones de la sierra.

47 Desafíos de los Recursos Humanos de Salud en el Perú, Informe de País. 2005. Pág. 78



Fuente: Merino, CristinaDatos Básicos sobre Formación y Distribución de Personal de Salud Ecuador, 1981 - 2001. Anexo 6

El número de egresados en el Perú, en el periodo 1993 – 2003 tiene un inicio y final con pocos egresados, solo 556 en el año 1993 y 634 en el año 2003. Entre los años 1995 y 1999 se aprecia una tendencia creciente, que luego disminuye en el 2000 y subsiguientes años. Existe un predominio de las universidades privadas, sólo en el año 1993 y en los años 2000 y 2001 se han reportado más egresados en universidades públicas.[48]



Observatorio RR.HH. IDREH - Perú 2005. Citado en: IDREH - MINSA. Informe al País: Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y Desempeño con desarrollo humano. Lima: IDREH - OPS / OMS. Diciembre, 2005. Pág. 82

48 Desafíos de los Recursos Humanos de Salud en el Perú, Informe de País. 2005. Pág. 78

Fuente: Observatorio RRHH IDREH - Perú 2005. *Desafíos de los Recursos Humanos de Salud en el Perú, Informe de País*. 2005. Pág. 78

3.1.5.5. Número de titulados

En Bolivia, durante el período 1995 – 2003 el total de titulados fue 3,692 odontólogos. De este total, el 74.6% pertenece a facultades o escuelas públicas, mientras que el 25.4% corresponde al sector privado.

Bolivia: Número de titulados. 1995 – 2003

Período	Tipo de Universidad		Año
	Pública	Privada	
1995 - 2003	2755	937	3692

Fuente: Dr. Rubén Colque Mollo, Perfil Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos, Bolivia, 2005. Pág. 45

Por otro lado, en Colombia, la cifra de titulados durante el año 2002 ascendió a 507 odontólogos, de los cuales el 26.7% corresponde a las facultades o escuelas de odontología del Estado, mientras que el sector privado tuvo el 73.3% del total.

Colombia: Número de titulados. 2000

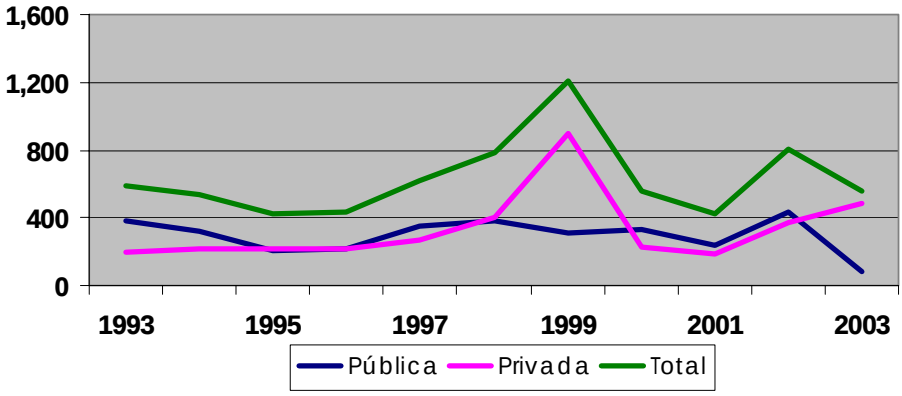
Año	Tipo		Total
	Pública	Privada	
2002	133	374	507

Fuente: Estadísticas de la Educación Superior 2002 - Resumen Anual. ICFES

Los titulados en odontología han tenido una evolución irregular, con momentos de crecimiento y otros de disminución. De 1993 a 1999 hubo un crecimiento y de 1999 a 2003 una disminución, quedando la cantidad reportada en el 2003 casi igual a la cantidad reportada en 1993. En 1993 se reportaron 584 titulados y en el 2003 se reportaron 559 titulados. Son reportados más titulados de universidades públicas que de universidades privadas en este periodo. Sólo en los años 1998, 1999 y 2003 se han reportado más titulados de universidades privadas.[49]

49 Ibid.

Perú: Número de titulados en Odontología.
1993 - 2003



Observatorio RR.HH. IDREH - Perú 2005. Citado en: IDREH - MINSA. Informe al País: Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y Desempeño con desarrollo humano. Lima: IDREH - OPS / OMS. Diciembre, 2005. Pág. 82

3.1.5.6. Relación entre vacantes, ingresantes, egresados y titulados en Odontología según tipo de propiedad de la universidad

Colombia: Relación en Odontología según tipo de propiedad de la universidad. 2002

Año	Relación Numérica	Tipo		Total
		Pública	Privada	
2002	Vacantes / Ingresantes	342 / 336	1098 / 1208	1440 / 969
	Egresados / Titulados	131 / 133	360 / 374	491 / 507

Fuente: Estadísticas de la Educación Superior 2002 - Resumen Anual. ICFES.
Elaboración propia

Perú: Relación en Odontología según tipo de propiedad de la universidad. 1993 - 2003

Años	Relación Numérica	Tipo		Total
		Pública	Privada	
1993	Vacantes / Ingresantes	153 / 462	1066 / 1108	1219 / 1570
	Egresados / Titulados	353 / 386	203 / 198	556 / 584
1994	Vacantes / Ingresantes	181 / 331	1307 / 1317	1488 / 1648
	Egresados / Titulados	173 / 316	254 / 219	427 / 535
1995	Vacantes / Ingresantes	270 / 407	1832 / 1763	2102 / 2160
	Egresados / Titulados	246 / 209	299 / 216	545 / 425
1996	Vacantes / Ingresantes	289 / 473	1402 / 1394	1691 / 1867
	Egresados / Titulados	257 / 220	588 / 215	845 / 435
1997	Vacantes / Ingresantes	304 / 484	1728 / 1403	2032 / 1887
	Egresados / Titulados	419 / 351	561 / 269	980 / 620
1998	Vacantes / Ingresantes	492 / 468	1912 / 1568	2404 / 2036
	Egresados / Titulados	432 / 383	682 / 403	1114 / 786
1999	Vacantes / Ingresantes	473 / 561	1522 / 1497	1995 / 2058
	Egresados / Titulados	415 / 305	693 / 901	1108 / 1206
2000	Vacantes / Ingresantes	438 / 503	1233 / 1163	1671 / 1666
	Egresados / Titulados	365 / 331	182 / 230	547 / 561
2001	Vacantes / Ingresantes	410 / 234	1912 / 1725	2322 / 2071
	Egresados / Titulados	410 / 234	285 / 190	695 / 424
2002	Vacantes / Ingresantes	434 / 437	1705 / 1568	2139 / 2005
	Egresados / Titulados	335 / 430	392 / 371	727 / 801
2003	Vacantes / Ingresantes	391 / 416	2225/ 2048	2616 / 1464
	Egresados / Titulados	167 / 78	467 / 481	634 / 559

Fuente: Observatorio RRHH IDREH - Perú 2005. *Desafíos de los Recursos Humanos de Salud en el Perú, Informe de País*. 2005. Pág. 78

3.2. Tendencias en la formación de postgrado y especializaciones en salud

3.2.1 La especialización en Medicina

3.2.1. Plazas para residentado médico por año

El Residentado Médico es la especialización más numerosa en el Perú y cuenta con financiamiento de las entidades que prestan servicios de salud. Las plazas del residentado médico son financiadas por el Ministerio de Salud (62% del total), ESSALUD (20%) la Sanidad de la FFAA y PNP (17%) y los servicios privados (1%). Las mismas instituciones otorgan el campo clínico. Las universidades (10) se encargan del proceso de admisión y del proceso formativo. El total de plazas de residentado médico para el 2004 fue de 943. Del 2000 al 2003 la tendencia fue creciente, aumentando en ese periodo en 34%. Hubo el año 2004 un descenso de 14.8% respecto al 2003. [50]

50 Fuente: Observatorio RRHH IDREH - Perú 2005. Desafíos de los Recursos Humanos de Salud en el Perú, Informe de País. 2005. Pág. 80

Perú: Plazas para residentado médico por año. 2000 - 2004

Año	Número de Plazas
2000	731
2001	945
2002	1079
2003	1107
2004	943

Observatorio RRHH IDREH – Perú 2005. Informe al País: Desafíos de los Recursos Humanos de Salud en el Perú. Gobernabilidad y Desempeño con Desarrollo Humano. Lima: IDREH – OPS / OMS, Diciembre, 2005

3.2.1.2. Distribución de plazas para residentado médico por región y año

La mayor cantidad de plazas de residentado médico están en las universidades de Lima, superando el 80% de las mismas. Son seis universidades en provincias y cuatro en Lima las que ofrecen el residentado médico. Por ello, Lima concentra la mayor cantidad de sedes docentes para la realización de la actividad clínica indispensable en la especialización médica. [51]

Perú: Distribución de plazas para residentado médico por región y año. 2002 - 2004

Región	2002		2003		2004	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Lima	891	82.6	911	83.2	785	83.2
Provincias	188	17.4	196	16.8	158	16.8
Total	1079	100	1107	100	943	100

Observatorio RRHH IDREH - Perú 2005. Desafíos de los Recursos Humanos de Salud en el Perú, Informe de País. 2005. Pág. 80

3.2.1.3. Distribución de plazas ofertadas de residentado médico según sub – sectores.

En el periodo 2000-2004 se han ofertado en total 2671 plazas en el MINSA, 1570 en EsSalud, 508 en las Sanidades de las Fuerzas Armadas y 56 en los otros campos clínicos, haciendo un total de 4805 plazas. El proceso de admisión 2004 peruano se realizó con una seria disminución de plazas, debido a que EsSalud, por motivos presupuestarios, entre otros, redujo el 50% de su oferta.

El MINSA y ESSALUD son los principales ofertantes de plazas. El MINSA ha aumentado su oferta, pasando del 52% al 60% de las plazas, EsSalud ha disminuido considerablemente su oferta, pasando de ofertar 48% al 20% de las plazas.

51 Ibid. Pág. 81

Perú: Distribución de plazas ofertadas de residentado médico según sub – sectores. 2002 - 2004

Sub Sector	2002		2003		2004	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
MINSA	531	49.2	592	53.5	583	61.8
EsSalud	337	31.2	340	307	193	20.5
FFAA y PNP	189	17.5	163	14.7	156	16.5
Privado	22	2.0	12	1.1	11	1.2
Total	1079	100	1107	376.3	943	100

Observatorio RRHH IDREH - Perú 2005. Desafíos de los Recursos Humanos de Salud en el Perú, Informe de País. 2005. Pág. 80

3.2.1.4. Plazas ofertadas de residentado médico por especialidades

Las especialidades, denominadas de tipo específicas, se ofertaron en mayor número con respecto a las básicas en el Perú, seguidos por las de ayuda al diagnóstico, salud pública y las sub-especialidades. Las especialidades específicas representan alrededor del 50% de las plazas por año, en tanto las especialidades básicas (medicina interna, cirugía general, pediatría y gineco-obstetricia) concentran alrededor del 32%. [52]

Perú: Plazas ofertadas de residentado médico por especialidades, 2002 – 2004

Especialidades	2002		2003		2004	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Básicas	358	33.2	342	30.9	302	31.8
Específicas	576	53.3	594	53.6	493	52.5
Ayuda al diagnóstico	100	9.3	102	9.2	97	10.3
Salud Pública	31	2.9	57	5.2	33	3.5
Subespe - cialidades	14	1.3	12	1.1	18	1.9
Total	1079	100	1107	100	943	100

Fuente*: Observatorio RRHH IDREH - Perú 2005.* Desafíos de los Recursos Humanos de Salud en el Perú, Informe de País. 2005. Pág. 81

3.2.1.5. Distribución de ingresantes al residentado según especialidades

De los ingresantes al residentado en el año 2004 en el Perú, el 10.9% lo hizo a pediatría, seguido de medicina interna con el 9.8% y de cirugía general con el 7.1%. [53]

52 Fuente: Observatorio RRHH IDREH - Perú 2005. Desafíos de los Recursos Humanos de Salud en el Perú, Informe de País. 2005. Pág. 81

53 Ibid. Pág. 80

Perú: Distribución de Ingresantes al Residentazo Médico según Especialidades. 2004

Especialidad	Cantidad	Porcentaje
Pediatría	92	20.4
Medicina Interna	83	18.4
Cirugía	60	13.3
Gineco - Obstetricia	56	12.4
Gineco y Obstetricia	40	8.9
Oftalmología	36	8.0
Cirugía. Ort. Y Traumatologí	35	7.8
Anestesiología	32	7.1
Radiología	30	6.7
Cardiología	23	5.1
Medicina Intensiva	23	5.1
Gastroenterología	22	4.9
Dermatología	19	4.2
Otorrinolaringología	17	3.8
Patología Clínica	16	3.5
Urología	16	3.5
Anestesia, analg. Y reanim.	15	3.3
Neurología	15	3.3
Psiquiatría	15	3.3
Cirugía Plástica	14	3.1
Nefrología	14	3.1
Neumología	13	2.9
Endocrinología	10	2.2
Med. De Emerg. Y desastres	10	2.2
Neurocirugía	10	2.2
Otros	128	28.4
Total	844	187

Fuente: Desafíos de los Recursos Humanos de Salud en el Perú, Informe de País. 2005. Pág. 82

3.2.1.6. Evolución de postulantes e ingresantes al resindentado médico por año

Existe una gran demanda por la especialización médica. En los últimos tres años, del total de postulantes, sólo entre el 26 y 32% han logrado ocupar algunas de las plazas pagadas ofertadas. [54]

Perú: Evolución de los postulantes e ingresantes al residentado médico. 2002 - 2004

Año	Ingresantes	No ingresantes	Postulantes
2002	946	1994	2940
2003	901	2222	3123
2004	844	2398	3242

Fuente: Desafíos de los Recursos Humanos de Salud en el Perú, Informe de País. 2005. Pág. 83

54 Desafíos de los Recursos Humanos de Salud en el Perú, Informe de País. 2005. Pág. 82

3.2.1.7. Maestrías ofrecidas por las universidades públicas y privadas

En Colombia existen 54 programas de maestría relacionadas al ámbito de ciencias de la salud. Éstas se encuentran en la Universidad de la Sabana, Universidad de la Salle, Universidad El Bosque, Universidad del Rosario, Universidad Javeriana, Universidad Militar Nueva Granada, Universidad Nacional, Universidad de Cartagena, Universidad de Caldas, Universidad Industrial de Santander, Universidad Autónoma de Occidente, Universidad del Norte, Universidad de Antioquía y el Instituto de Ciencias.

En Ecuador hay un total de 76 programas de maestrías, los cuales tiene su mayor concentración en las universidades del Estado. Así pues, el sistema público de formación, alberga alrededor del 85% del total de programas. Asimismo, la universidad que más oferta maestrías es la Central de Ecuador.[55]

En el Perú se ofertan 66 programas de maestrías en el área de ciencias de la salud. La mayor cantidad de éstas, pertenece al sistema público (47), mientras que tan solo 19 pertenecen al sistema privado. Cabe destacar que tan solo entre las Universidades Federico Villarreal y la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, poseen el 57% de la oferta de maestrías.[56]

En Venezuela, al año 2001, existían 4 programas de maestría y 121 de especializaciones. El 100% de estos, son ofertados por universidades pertenecientes al sistema público.[57]

3.2.1.8. Número de vacantes ofertadas para maestrías en salud pública

En Colombia, el número de vacantes ofertadas en las maestrías de Salud pública fue 707 puestos, de los cuales 32 pertenecen a la oferta de vacantes por el sector público mientras que 675 pertenecen al sector privado.[58]

3.2.1.9. Demanda por maestrías en salud pública

Respecto a la demanda por maestrías en Salud pública en Colombia, se puede observar que esta es mucho menor que la oferta por vacantes. Al sistema público de formación se Le atribuye 19 demandantes, mientras que al sistema privado 479.

---

55 Merino, Cristina. Datos Básicos sobre Formación y Distribución de Personal de Salud Ecuador, 1981 - 2001. Anexo 7

56 Elaborado en base a datos proporcionados por Universia: www.universia.edu.pe

57 Fuente: República Bolivariana de Venezuela, CNU Oficina de Planificación Sector Universitario. Directorio Nacional de Estudios de Postgrado 1997.

58 Estadísticas de la Educación Superior 2002 - Resumen Anual. ICFES

3.2.2. La especialización en Enfermería

3.2.2.1. Número de enfermeras especialistas

Como se puede observar en la siguiente tabla con datos del Perú, el área con mayor cantidad de especialistas es el de centro quirúrgico, mientras que el menor es el de Urología. En total están registradas 1,994 enfermeras con especialización.

Perú: Número de Enfermeras especialistas. 2002

Area	Canitdad	Porcentaje
Enfermería en centro Quirúrgico	453	22.7
Enfermería en Salud Pública	255	12.8
Enfermería en adm. De los servicios en enfermería	222	11.1
Enfermería en cuidados intensivos	207	10.4
Enfermería en emergencias y desastres	126	6.3
Enfermería en Pediatría	102	5.1
Enfermería en Oncología	97	4.9
Enfermería en Nefrología	75	3.8
Enfermería en cuidados intesivos cardiológicos	49	2.5
Enfermería en Salud Mental y psiquiatría	45	2.3
Enfermería en Neonatología	40	2.0
Enfermería en Cirugía reparadora y quemados	30	1.5
Emfermería en Neurocirugía	24	1.2
Enfermería en cuidados intensivos y pedíatricos	21	1.1
Enfermería en Neurología	12	0.6
Enfermería en Gastroenterología	8	0.4
Enfermería en Urología	7	0.4
Otras	221	11.1
Total	1,994	100

Fuente: IDREH – MINSA. Informe al País: Situación y Desafíos de los Recursos Huimanos en Salud. Gobernabilidad y Desempeño con desarrollo humano. Lima: IDREH – OPS / OMS, Diciembre, 2005. Pág. 49

3.2.2.2. Número de universidades que ofrecen especialización

En Colombia existían, al año 2002, 3 universidades públicas que ofrecían la especialización en Enfermería. Asimismo, existen 2 universidades privadas que ofrecen este tipo de especialización.[59]

En el Perú, hasta comienzos del año 2005 existían 10 universidades que ofertaban programas de segunda especialización (modalidad escolarizada) en Enfermería a nivel nacional. De ellas, cuatro son universidades privadas y siete Nacionales.

3.2.3. La especialización en Odontología

3.2.3.1. Número de universidades que ofrecen formación de segunda especialización

59 Estadísticas de la Educación Superior 2002 - Resumen Anual. ICFES

En Colombia, durante el año 2002, existían 4 universidades que ofrecían la segunda especialización en odontología. De éstas, 1 pertenece al sistema público mientras que 3 corresponden al sistema privado

Existen solo dos universidades que ofrecen programas de formación en segunda especialización en Odontología en el Perú: La universidad Nacional Mayor de San Marcos y la Universidad Peruana Cayetano Heredia; ambas tienen la especialización con una antigüedad de mas de 15 años.

4. Tendencias en la Política de Recursos Humanos en Salud

4.1. Tendencias en la Rectoría y políticas nacionales de recursos humanos

4.1.2. Cambios en la política nacional de recursos humanos

Bolivia

El DS 26115 Normas Básicas del sistema de Administración de Personal del 16 de marzo de 2.001 define que el Ministerio de Hacienda es el órgano rector del sistema de Administración de Personal. Se establece que las instituciones públicas tendrán como órganos operativos a las unidades de Personal.

El Sistema de Administración de Personal (SAP) es el conjunto de normas, procesos y procedimientos sistemáticamente ordenados, que permiten la aplicación de las disposiciones en materia de administración pública de personal.

Se articula con el sistema de programación de operaciones, Sistema de Organización Administrativa y el sistema de Presupuesto.

El Ministerio de Salud y Previsión Social tiene la función de establecer un marco regulatorio, de introducción y fiscalización, de la disposición del accionar el recurso humano en salud.

Por ésta razón ha aprobado por RM N° 0176 del 20 de abril de 2.000 la "POLÍTICA Y ESTRATEGIAS DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD", encomendando a la Unidad de Capacitación y Acreditación Profesional, la dirección ejecución, seguimiento y evaluación dentro del sector y la coordinación con otras instancias para su aplicación a nivel nacional.

El Objetivo General de éstas políticas es: "Mejorar sustantivamente la capacidad y el desempeño de los recursos humanos en la implementación de las políticas y estrategias de salud".

Para cumplir este objetivo se plantean los siguientes lineamientos estratégicos:
1. Regulación de los procesos de capacitación del sistema de salud.
2. Establecimiento de la Carrera Sanitaria

3. Reformulación concertada de los procesos de formación de recursos humanos.[60]

Ecuador

En el sector público existen dos regímenes fundamentales: el Régimen Civil Administrativo que ampara a funcionarios y empleados y el Régimen Laboral para los obreros quienes deberían realizar labores estrictamente materiales. Los cuerpos legales principales que norman los precitados regímenes son en su orden la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa y el Código del Trabajo. Otros servidores públicos se encuentran excluidos del régimen civil administrativo se rigen por leyes especiales, entre ellos, por ejemplo: las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional.

En el sector privado las relaciones entre Empleador, funcionarios, empleados y obreros se rigen por el Código del Trabajo y dentro de esta normativa, igualmente se rigen por la contratación colectiva cuando aquella procede.

Como parte del Régimen Civil Administrativo existen además otras leyes y reglamentos subordinados o complementarios que se utilizan en la gestión de recursos humanos, entre otras:

- Leyes profesionales de Escalafón para: médicos, ingenieros civiles, arquitectos, abogados, economistas, educadores para la salud, administradores, periodistas.
- Reglamentos de concursos para provisión de cargos de: médicos, enfermeras, odontólogos, obstetrices, tecnólogos médicos, educadores para la salud, nutricionistas, trabajadoras sociales, químicos farmacéuticos, bioquímicos.
- Ley de Servicios Personales por Contrato para contrataciones ocasionales
- Ley de Remuneraciones de los servidores públicos y su correspondiente reglamento
- Leyes de federaciones y gremios profesionales de la salud
- Reglamento para el cumplimiento del año de salud rural obligatorio
- Acuerdos ministeriales y resoluciones emitidos por el Ministerio de Economía y Finanzas, el Consejo Nacional de Remuneraciones del Sector Público (CONAREM)

Los dos regímenes precedentes dificultan o imposibilita al gestor de recursos humanos, frente a la rigidez de cada uno de ellos, utilizar medios o mecanismos que permitan integrarlos dentro de los subsistemas de administración de recursos humanos y mucho menos en un esquema que ante todo privilegie la productividad como parte de un nuevo modelo de atención en salud. [61]

---

60 Análisis del Sector Salud BOLIVIA OPS/OMS Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe

61 Fernando Sacoto, Alfredo Camapaña, Magdalena Galindo, Eduardo Verdesoto, Ma. Fernanda Sacoto. Estabilidad y Remuneraciones. El personal de Salud del Ecuador a inicios del siglo XXI. Pág. 22.

Perú

En los Lineamientos de Política de Salud 2002 – 2012 del Ministerio de Salud se incluye la "Política de gestión y desarrollo de los recursos humanos con respeto y dignidad", donde se plantea:

- La política de salud promueve el desarrollo de los recursos humanos y la profesionalización de la gestión de los mismos con respeto a la persona humana y la dignidad de los trabajadores, y con una clara conciencia de que ellos son los principales agentes del cambio. La promoción de los recursos humanos profesionales y técnicos se fundamenta en la aplicación de un sistema de méritos, el respeto a la línea de carrera, remuneraciones idóneas y fomento de la solidaridad en el desempeño y en la organización para brindar un servicio de calidad y respeto al usuario. Para ello impulsa:
- El crecimiento planificado de la formación de personal de salud. Mediante la formación de una unidad especializada en el planeamiento y el desarrollo de los recursos humanos y de un sistema integrado de información sobre los recursos humanos.
- La priorización de la formación de médicos generales integrales con capacidad para desenvolverse con eficiencia en cualquier lugar del país y principalmente en los primeros niveles de atención.
- La protección de la línea de carrera del funcionario público del sector y la generación de una política de incentivos familiares, personales y profesionales.
- Un servicio rural y urbano marginal de salud con recursos suficientes que cumpla la función de vincular la práctica de los profesionales jóvenes con las necesidades de salud de la población.
- La formación y capacitación de los equipos de salud a distancia.
- Una política de capacitación permanente abierta a todos los profesionales y no profesionales que integran el sector.

Según la nueva Ley orgánica del Ministerio de salud (Ley Nº 27657 de enero del 2002), el IDREH es un órgano del Poder Ejecutivo, ente rector del sector salud, que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

En lo referido a recursos humanos, dentro de las competencias de rectoría, el artículo tercero establece que el MINSA se encarga "del análisis y regulación técnica de la prestación de servicios de salud, acreditación de establecimientos, certificación y recertificación del ejercicio de las profesiones de la salud."

En el inciso 11 de este artículo se establece que "el MINSA diseña y norma los procesos organizacionales correspondientes en el ámbito de la gestión institucional y sectorial para lograr: la formación, asignación y supervisión de la calidad de los recursos humanos en salud".

Esta misma Ley del Ministerio de Salud, creó el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH) con la misión de conducir las actividades de investigación académica, formación, capacitación y especialización del

personal de salud, así como el desarrollo y evaluación de su calidad en el ámbito nacional; la aprobación del reglamento de organización y funciones del IDREH; la constitución del Comité Nacional de Articulación Docencia, Atención de Salud e Investigación –CONADASI- del Consejo Nacional de Salud, del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud –SNCDS-, el cual deberá constituirse en un importante espacio de concertación y consenso entre los diferentes actores sociales en el campo de los recursos humanos.

El IDREH tiene la función de rectoría sectorial en el campo de los recursos humanos de salud, la misma que implica la formulación de políticas, la planificación, normalización, regulación e implementación de un sistema integrado de información de recursos humanos y de gestión, promoviendo el consenso y la concertación entre los actores sociales involucrados.

A través del Comité correspondiente del Consejo Nacional de Salud del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS, creado por Ley Nº 27813 del 12 de agosto del 2002), se han propuesto las siguientes políticas para el desarrollo de recursos humanos en salud:

- Formación de RRHH de salud, con base en el modelo de atención integral de salud, el perfil epidemiológico y en concordancia con las necesidades del SNCDS, para contribuir a mejorar el nivel de salud de la población, particularmente la más excluida. Priorización de la formación de especialistas en medicina general Integral o de la familia, con capacidad para desenvolverse profesionalmente con eficiencia en cualquier lugar del país y principalmente en los primeros niveles de atención.
- Planificación estratégica de RRHH, con equidad, considerando el Modelo de Atención Integral de Salud, el perfil epidemiológico, las necesidades de la población y las condiciones de trabajo del personal de salud, contribuyendo al mejor funcionamiento de los servicios de Salud.
- Gestión descentralizada de RRHH, como función de dirección de la gestión de servicios de salud, que reconoce la centralidad e integralidad de los recursos humanos en el desarrollo organizacional.
- Procesos eficientes y equitativos de capacitación para el desarrollo de las competencias requeridas del personal de salud, con el enfoque de educación permanente, contribuyendo al desarrollo organizacional, a la atención de la salud y al mejoramiento de la salud de las personas.
- Valoración de los agentes comunitarios de salud como actores sociales relevantes, del SNCDS, así como de su contribución a la salud y desarrollo, en el ámbito local, regional y nacional, en el marco de una visión compartida de la salud.
- Impulso a un nuevo marco normativo laboral integral en salud que considere el ingreso en base a perfiles ocupacionales por competencias, la promoción en base al mérito, las remuneraciones, beneficios e incentivos, con criterios de justicia y equidad.
- Mejorar las condiciones de trabajo, motivación y compromiso del trabajador, que contribuya a una nueva cultura organizacional y que viabilice la entrega de servicios de calidad.

- Impulsar una cultura institucional de concertación y negociación en las relaciones laborales, basada en el respeto y dignidad del trabajador y en el logro de la misión institucional. [62]

4.2. Tendencias en las remuneraciones (remuneraciones promedio)

4.2.1. Remuneraciones de los trabajadores según profesión

Bolivia

Como se puede observar en la siguiente tabla, el profesional mejor pagado en el sector salud es el Médico a tiempo completo que se lleva (en bolívares) 3014, le siguen las licenciadas en enfermería, con 2002 bol., los médicos a medio tiempo ganan 1514 bol. y finalmente, los auxiliares de enfermería ganan 1342 bol.

Cargo	Sueldo Mensual*	US$
Médico, Médico Especialista Tiempo Completo	3,014	373.48
Médico, Médico Especialista Medio Tiempo	1,514	187.61
Lic. Enfermería, Trab. Social y Nutrición	2002	248.08
Auxiliar de Enfermería	1342	166.29

*Expresado en bolivianos

Fuente: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

Ecuador

ECUADOR	
Cargo	Promedio
Médico Tratante	1025
Médico Residente	599
Odontólogo	1009
Enfermera	587
Obstetriz	659
Auxiliar Enfermeria	445

Fuente: Estabilidad y Remuneraciones El personal de Salud del Ecuador a Inicios del siglo XXI

Perú

En relación a las remuneraciones del personal del MINSA según cargo, los médicos tienen una remuneración promedio mensual de S/. 2328.5 (US$ 705.6), las enfermeras tienen una remuneración promedio mensual de S/. 971.3 (US$ 294.34), las obstetrices tienen S/. 958.51 (US$ 290.52) como remuneración promedio mensual, seguido de los odontólogos con S/. 955.29 (US$ 289.57). Las remuneraciones de los médicos son, en promedio, casi 2.5 veces más que las

62 Informe al país: Situación y desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y desempeño con desarrollo humano. OPS/OMS

de los otros profesionales de la salud y 4 veces más que las de los técnicos y auxiliares.[63]

PERÚ		
Profesión	Promedio	
	(S/.)	($)
Cir. Dentista	955.59	289.57
Enfermera (o)	971.39	294.34
Médico	2328.50	705.61
Nutricionista	929.07	281.54
Obstetriz	958.71	290.52
Psicólogo	935.40	283.45
Quím. Farmacéutico	949.46	287.72
Aux. Enfermería	666.10	201.85
Tec. Enfermería	711.39	215.57
Fuente: Informe al País. Pag 92		

En los tres países se puede observar que los Médicos son los mejor pagados. Para efectos de comparación se han convertido los sueldos en Bolivia y en Perú a dólares, en Ecuador no fue necesario ya que su moneda oficial es el dólar.

Para el caso de los médicos el mejor pagado es el Médico Tratante de Ecuador que recibe $ 1025 como sueldo promedio mensual, le sigue el Perú con $ 705.61, luego está el Médico Residente de Ecuador con un sueldo de $ 599 y finalmente el de Bolivia con $ 373. Las enfermeras mejor pagadas están en el Ecuador, donde reciben $ 587, un sueldo muy similar a los de los médicos tratantes en este mismo país. Le sigue al Ecuador el Perú, su sueldo para las enfermeras es de $ 294.34. El sueldo de las enfermeras en Ecuador es 2.4 veces el de Bolivia ($ 248.08). Las obstetrices reciben en Ecuador un sueldo 1.3 veces mayor que en Perú. En Ecuador el sueldo de ellas es de $ 659 mientras que en Perú, es de $ 290.52.

4.3. Tendencias en el financiamiento de los recursos humanos en salud

4.3.1. Inversión en capacitación

El dato de Inversión en Capacitación se puede obtener de las estadísticas de los gastos en salud de los distintos países. En este caso hemos obtenido información similar de Bolivia y de Ecuador y se puede observar que, mientras Bolivia gasta 1.31% del total de su presupuesto en capacitación, Ecuador gasta solo el 0.48%

BOLIVIA		
Grupo de Gasto	Dinero (US$)	Proporción
Servicios Personales	130,511,000	30.95%
Servicios No Personales	22,065,000	5.23%
Inv en personal	5,543,332	1.31%
Total Gastos	421,655,000	100.00%

Fuente: Cárdenas, Marina: "Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud, Bolivia, 2000: 77"

63 Informe al país: Situación y desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y desempeño con desarrollo humano. OPS/OMS

ECUADOR		
Grupo de Gasto	Dinero	Proporción
Gastos en personal	224,210,363.99	57.46%
B y S de consumo	51,063,100.28	13.09%
Otros gastos ctes.	344,463.25	0.09%
Trans y donac ctes	5,087,693.47	1.30%
Gtos en Personal p inversion	1,891,951.41	0.48%
B y S para inversion	63,185,297.42	16.19%
Obras Públicas	6,203,505.07	1.59%
Otros Gastos de inversion	0.00	0.00%
Trans y Donac p inversion	22,498,529.26	5.77%
Bs de larga duración	15,749,638.09	4.04%
TOTAL	390,234,542.24	100.00%

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas del Ecuador

Perú

En el Perú en la década pasada, principalmente a través de proyectos de cooperación externa como el Proyecto de Fortalecimiento de los Servicios de Salud (PFSS), el Proyecto 2000 (Py. 2000) y el Proyecto de Salud y Nutrición Básica (PSNB), se desarrollaron importantes acciones de capacitación al personal de salud en actividad. Básicamente estos tres proyectos promovieron una oleada de capacitación muy fuerte en los 90 en el sector salud peruano.

Todo ese esfuerzo de capacitación lamentablemente no ha sido evaluado y no se ha comprobado su relación con mejoras en los procesos de trabajo de los establecimientos de procedencia de los capacitados, pero es evidente que ha heredado mayores capacidades al sector actual.

De otro lado, la inversión en capacitación en los últimos años ha sido limitada. La asignación presupuestal para capacitación desde el IDREH ha sido hasta ahora de 255,000 soles y 77,000 dólares. Sumando todos los componentes de capacitación de los proyectos de cooperación internacional en el periodo 2001-2005 suman 7´902,000 soles y 2´364,000 dólares. Estas cifras son menores a las que se requieren.[64]

Programación y Ejecución de Inversión en Capacitación proveniente de Proyectos de la Cooperación Técnica Internacional

PROYECTO	DURACIÓN	PROGRAMADO (DOLARES)	CAPACITACIÓN (SOLES)	CAPACITACIÓN (DOLARES)
Fortalecimiento Institucional del MINSA-PERU	2002 - 2005	656,000.00	237,600.00	72,000.00
PARSALUD-Programa de Apoyo a la Reforma de Salud	2001-2005	14,408,526.91	4,420,500.00	1,339,545.45

64 Informe al país: Situación y desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y desempeño con desarrollo humano. OPS/OMS

AMARES (Apoyo a la Modernización del Sector Salud y su Aplicación en una Región del Perú)	2002-2007	5,241,825.90	906,334.00	274,646.67
Escuela de Conserjería en Adicciones (ECAD).	2002-2005	97,484.63	42,913.00	13,003.94
Maternidad Segura	5 años 2001-2005	400,000.00	495,000.00	150,000.00
Supervivencia Crecimiento y Desarrollo Temprano	5 años 2001-2005	314,323.79	330,000.00	100,000.00
Proyecto Colaborativo para el Fortalecimiento de la Estrategia DOTS- PLUS	05 años 2001 - 2005	427,268.18	150,000.00	15,151.52
Atención de Calidad en Salud Sexual y Salud Reproductiva	04 años 2001-2004	68,513.33	0.00	0.00
Cobertura con Calidad	07 años 1996-2003 (1 año ampliación 2004)	1,029,714.07	354,778.00	107,508.48
VIGIA-Enfrentando a las Amenazas de Enfermedades Infecciones Emergentes y Reemergentes	07 años 1998-2006	2,056,068.18	899,977.00	272,720.30
Programa de Apoyo a la Seguridad Alimentaria - PASA	2003-2004	1,988,126.06	65,000.00	19,696.97
TOTAL		*26,687,851.06*	*7,902,102.00*	*2,364,273.33*

Fuente: Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos – 2005

4.3.2. Presupuesto de remuneraciones vs. presupuesto total

Como se puede observar en las tablas de abajo, Ecuador dedica casi el doble de dinero en Gastos en Personal que Bolivia. Visto en términos del Presupuesto total para el sector de salud, Ecuador gasta el 57.46% de éste en el rubro de Gastos en Personal, mientras que Bolivia gasta el 30.95% en Servicios Personales.

ECUADOR		
Grupo de Gasto	Dinero	Proporción
Gastos en personal	**224,210,363.99**	**57.46%**
B y S de consumo	51,063,100.28	13.09%
Otros gastos ctes.	344,463.25	0.09%
Trans y donac ctes	5,087,693.47	1.30%
Gtos en Personal p inversion	1,891,951.41	0.48%
B y S para inversion	63,185,297.42	16.19%
Obras Públicas	6,203,505.07	1.59%
Trans y Donac p inversion	22,498,529.26	5.77%
Bs de larga duración	15,749,638.09	4.04%
TOTAL	390,234,542.24	100%

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas del Ecuador

BOLIVIA		
Servicios Personales	**130,511,000**	**30.95%**
Servicios No Personales	22,065,000	5.23%
Inv en personal	5,543,332	1.31%
Total Gastos	421,655,000	100.00%

Fuente: Cárdenas, Marina: "Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud, Bolivia, 2000: 77"

4.4. Tendencias en la gestión de recursos humanos

4.4.1. Tendencias en la capacitación del personal de salud en actividad

Perú

En el Perú en la década pasada, principalmente a través de proyectos de cooperación externa como el Proyecto de Fortalecimiento de los Servicios de Salud (PFSS), el Proyecto 2000 (Py 2000) y el Proyecto de Salud y Nutrición Básica (PSNB), se desarrollaron importantes acciones de capacitación al personal de salud en actividad.

- El PFSS capacitó en gestión en salud a 15036 funcionarios en el nivel directivo (21%) y operativo (79%).
- El Proyecto 2000 capacitó en salud materno infantil al personal de 65 establecimientos de salud en Lima, favoreció con becas para estudios de postgrado en salud pública y afines a 140 profesionales, 149 profesionales fueron capacitados en tecnologías peri natales y se capacitaron a 3,900 agentes comunitarios de salud.
- El Proyecto Salud y Nutrición Básica capacitó acerca de 2,000 prestadores en temas básicos de atención integral y nutrición, capacitó a 743 prestadores y 749 agentes comunitarios de 235 establecimientos en la preparación de alimentos, los mismos que han llevado a cabo más de 1,100 sesiones demostrativas con población priorizada. Se capacitaron 788 agentes comunitarios, en vigilancia de la salud. Se capacitaron 1073 promotores y 204 parteras en salud materno infantil, para las atenciones de baja complejidad, realizar seguimiento y consejería a familias y poblaciones en riesgo y organizar actividades educativo comunicacionales.[65]

65 Informe al país: Situación y desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y desempeño con desarrollo humano. OPS/OMS

Venezuela

Según información de la Unidad de Capacitación del Proyecto Salud, 2001, durante los años 1997-1998, se desarrolló dentro de los proyectos de Fortalecimiento del Sistema de Salud y con apoyo técnico y coordinación de OPS/OMS un Plan Nacional de Capacitación con financiamiento del Banco Mundial. Entre 1997 y 1998 se realizaron 41 cursos con un total de 1.061 participantes de los 24 Estados del país. Los contenidos de los cursos fueron: epidemiología, salud materno-infantil y promoción social.

En el año 1999 se continuó con este proyecto con un contenido de Gerencia de servicios de salud para el Modelo de Atención Integral dirigido a gerentes medios y gerentes operativos de los 24 Estados. Se realizaron en total 21 cursos con una cobertura de 740 participantes. La OPS/OMS participó a nivel de asesoría técnica.

En el año 2000, se trabajó, dentro de este proyecto, en los Aspectos Tecnológicos de la Gestión para el Modelo de Atención Integral, habiéndose realizado 10 cursos con una cobertura para 328 funcionarios de los 24 Estados, con asesoría técnica de OPS/OMS.

La Dirección General de Investigación y Educación del MSDS indica que durante el año 2000, en el nivel central del MSDS se ejecutaron 71 eventos de capacitación (cursos, talleres y seminarios), de los cuales un 38% (27) estuvieron dirigidos al personal técnico en salud y 62% (44) al personal administrativo. Se alcanzó un total de 687 participantes.

Se han desarrollado muchas actividades de capacitación a partir de las necesidades de aprendizaje que han surgido de la implementación de nuevas políticas y estrategias de salud, en su mayoría utilizando métodos tradicionales de capacitación no adecuadas al modo de aprendizaje del adulto.

Durante los años 2001 y 2002, se ejecutó, con asesoría técnica de OPS/OMS, el Plan Nacional de Capacitación que se llamó "Programa de Educación Permanente en Salud y Desarrollo Social", cuyo énfasis se puso en Políticas Públicas en Salud para la implementación del Plan Estratégico Social del MSDS. Se capacitaron a 30 facilitadores del nivel central, 63 facilitadores y a 562 operadores de los 24 Estados del país.[66]

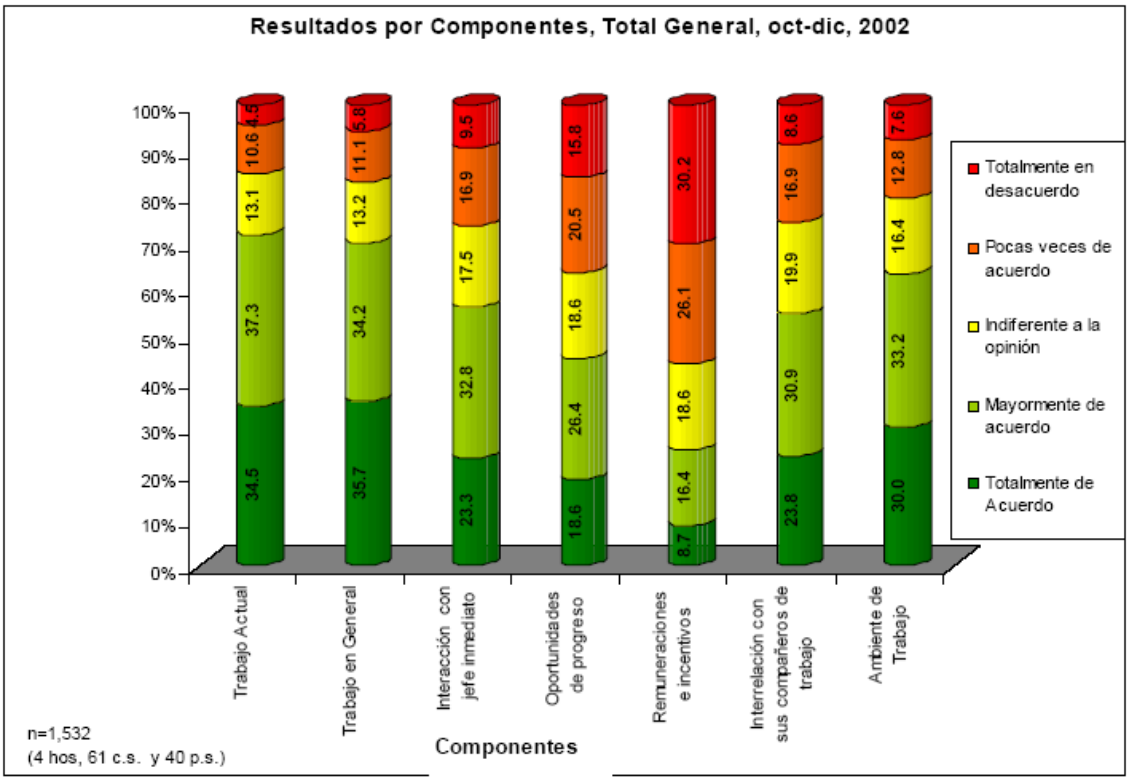
4.4.2. Tendencias en la Satisfacción Laboral

4.4.2.1. Satisfacción de usuarios internos

Perú

66 Estrategias de cooperación con los países. Informe de situación sobre desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Dra. Carmen Rosa Serrano N., OPS/OMS. Venezuela. Septiembre 2001, revisado en octubre 2003.

Un estudio del MINSA[67] sobre satisfacción de usuarios internos da cuenta de una satisfacción mayoritaria en aspectos como: trabajo actual, trabajo en general, interacción con el jefe inmediato, oportunidades de progreso, remuneraciones e incentivos, interrelación con compañeros de trabajo y ambiente de trabajo.[68]



4.4.2.2. Percepción sobre el trabajo actual

Perú

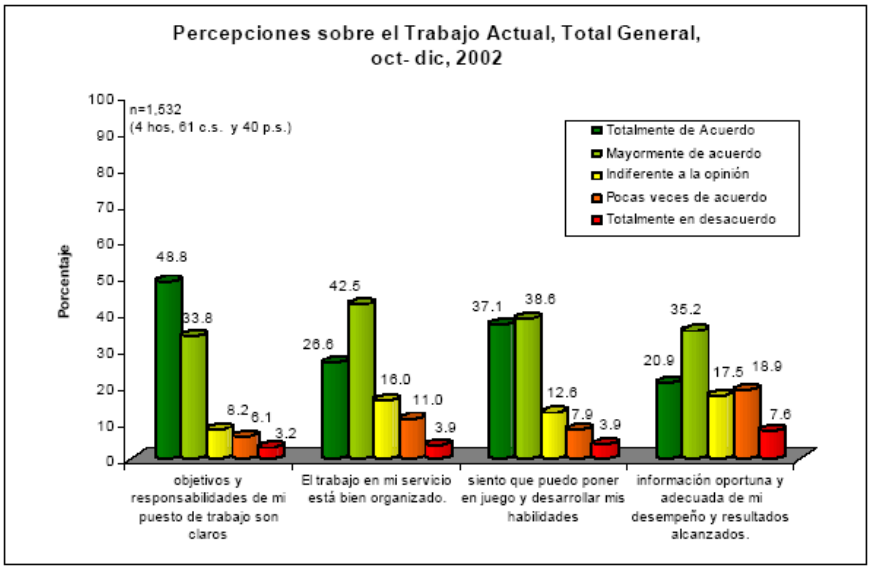
Si bien existe mayoritariamente satisfacción con el trabajo actual (71.8%), existen algunos aspectos con importante insatisfacción: el 26.5% opina que no existe información oportuna y adecuada del desempeño y resultados alcanzados, mientras que el 14.9% opina que el trabajo en su servicio no está bien organizado.[69]

---

67 Ministerio de Salud. Línea Basal de la Calidad en establecimientos del primer nivel de atención. Informe preliminar. Autoevaluación: 20 DISAs, Encuesta de Satisfacción Usuario Externo y Encuesta de Satisfacción Personal de Salud 25 DISAs. Lima, Enero del 2003.

68 Informe al país: Situación y desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y desempeño con desarrollo humano. OPS/OMS

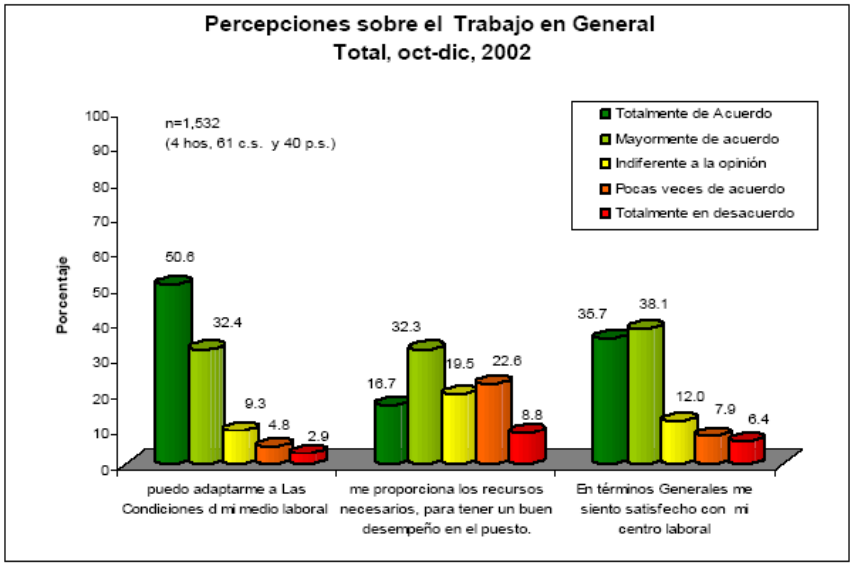
69 Informe al país: Situación y desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y desempeño con desarrollo humano. OPS/OMS



4.4.2.3. Percepción sobre el trabajo en general

Perú

El 69.9% muestra satisfacción con el trabajo en general, pero existe un aspecto con importante insatisfacción: el 31.4% opina que no se le proporciona los recursos necesarios para tener un buen desempeño en el puesto.[70]

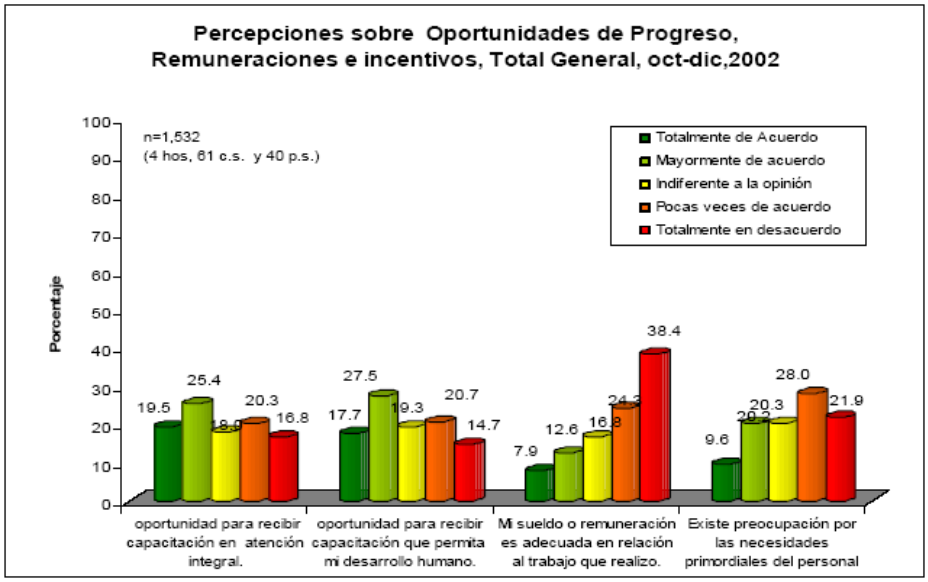


4.4.2.4. Percepción sobre oportunidades de progreso

Sobre oportunidades de progreso, sólo el 45% está satisfecho, siendo éste el aspecto de satisfacción más bajo. Todos los aspectos de este rubro tienen importante insatisfacción: el 59.4% opina que su sueldo o remuneración no es adecuada en relación al trabajo que realiza, el 49.9% opina que no existe preocupación por las necesidades primordiales del personal, el 37.1% opina que no tienen oportunidad de recibir capacitación en atención integral y

[70] Idem

35.4% opina que no tienen oportunidad para recibir capacitación que permita el desarrollo humano.[71]



4.5. Regulación del ejercicio profesional de RRHH en salud

4.5.1. El marco general y la legislación específica de profesionales en salud

Perú

La Ley General de Salud (Ley Nº 26842) promulgada el 09 de julio de 1997, actualmente vigente, establece en el capítulo I, denominado "Del ejercicio de las profesiones médicas y afines y de las actividades técnicas y auxiliares en el campo de la salud", lo siguiente:

- Para desempeñar actividades profesionales propias de la medicina, odontología, farmacia o cualquier otra relacionada con la atención de la salud, se requiere tener título profesional en los casos que la ley así lo establece y cumplir con los requisitos de colegiación, especialización, licenciamiento y demás que dispone la ley (Artículo Nº 22).
- Las incompatibilidades, limitaciones y prohibiciones así como el régimen de sanciones aplicables a los profesionales a que se refiere el presente Capítulo, se rigen por los Códigos de Ética y normas estatutarias de los Colegios Profesionales correspondientes (Artículo Nº 23).

Adicionalmente, en el último período se produjo una legislación específica para las principales profesiones de salud, ampliando lo que sólo existía para los médicos a través de la Ley General de Trabajo Médico (Decreto Legislativo Nº 559) promulgada en marzo de 1990 y reglamentada recién 11 años después, en julio del 2001, mediante el Decreto Supremo Nº 024-2001-SA.

---

71 Informe al país: Situación y desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y desempeño con desarrollo humano. OPS/OMS

La legislación específica de las principales profesiones de salud incluye lo siguiente:

- Ley del Trabajo Médico, que en sus disposiciones generales establece como objetivo normar y regular el trabajo del médico cirujano, con matrícula vigente en el Colegio Médico del Perú, en todas las dependencias del sector público nacional y el sector privado en lo aplicable. Además aborda en su articulado la modalidad del trabajo asistencial en el sector público y la carrera médica y las remuneraciones.
- Ley de Trabajo de la Enfermera(o), que norma el ejercicio profesional de la Enfermera(o) colegiada(o) en todas las dependencias del Sector Público Nacional, así como en el Sector Privado, en lo que no sea contrario o incompatible con el régimen laboral de la actividad privada. Además norma los aspectos relacionados con la responsabilidad y funciones de la enfermera, sus derechos y obligaciones, la estructura y niveles de carrera, la capacitación, perfeccionamiento y especialización, y la modalidad de trabajo.
- Ley de Trabajo de la Obstetriz que norma el ejercicio profesional de la Obstetriz colegiada y habilitada en todas las dependencias del sector público, así como en el sector privado, cualquiera sea la modalidad de la relación laboral, en lo que no sea contrario o incompatible con el régimen laboral de la actividad privada y, así mismo en el ejercicio libre de la profesión en cuanto le resulten aplicables a éste. Además norma los aspectos relacionados con funciones, derechos y obligaciones, jornada de trabajo, capacitación, perfeccionamiento y especialización, y niveles de la carrera.
- Ley del Trabajo del Cirujano Dentista, que norma el ejercicio profesional del Cirujano Dentista, colegiado y habilitado en todas las dependencias del sector público, en el sector privado y en el ejercicio liberal de la profesión en cuanto le resulte aplicable. Además norma los aspectos relacionados con la profesión y las funciones del cirujano dentista, de la carrera odontológica y de sus modalidades de trabajo.[72]

Legislación de Profesiones de Salud

Denominación	Dispositivo Legal	Fecha
Ley de Trabajo Médico (LTM)	Decreto Legislativo Nº 559	Marzo 1990
Reglamento de LTM	Decreto Supremo Nº 024-2001-SA	Julio 2001
Ley de Trabajo de la Enfermera(o)	Ley Nº 27669	Enero 2002
Ley de Trabajo de la Obstetriz	Ley Nº 27853	Octubre 2002
Ley del Trabajo del Cirujano Dentista	Ley Nº 27878	Diciembre 2002

4.5.2. Número de profesionales colegiados

Perú

72 Informe al país: Situación y desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y desempeño con desarrollo humano. OPS/OMS

De las cuatro principales profesiones de salud, están registrados en sus respectivos colegios 113,607 profesionales.[73]

Número de Profesionales Colegiados 2003

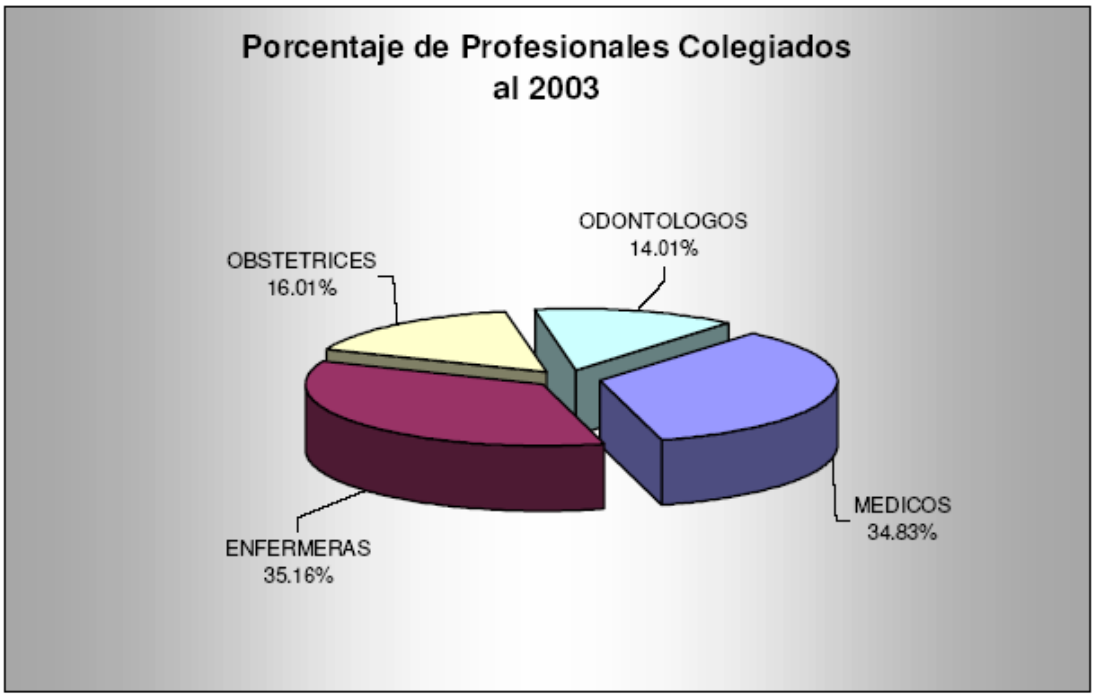
PROFESIONALES	Nº
Médico	39567
Enfermera	39942
Obstetriz	18185
Odontólogo	15913

Fuente: IDREH - Colegios Profesionales

4.5.3. Porcentaje de profesionales colegiados

Perú

De estas cuatro profesiones, los profesionales de enfermería representan el 35.16% de colegiados, mientras que 34.83% corresponden a médicos, 16.01% a obstetrices y 14.01% a odontólogos.[74]



Fuente: Colegios Profesionales Médicos, Enfermeras, Obstetrices y Odontólogos

4.5.4. Recertificación profesional

Perú

La recertificación profesional sólo ha sido implementada por la profesión médica, como un proceso de autorregulación. Actualmente existen también

73 Informe al país: Situación y desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y desempeño con desarrollo humano. OPS/OMS

74 Idem

esfuerzos de este tipo de autorregulación de parte los Colegios Profesionales de Enfermería, Obstetricia y Odontología, aún no documentados.

En 1997 el Colegio Médico del Perú inició la discusión de los principios generales de la recertificación y participó en una actividad convocada por el Mercado Común del Sur (MERCOSUR) en el que se mostraron experiencias de Brasil, Argentina, Chile y Uruguay.

Posteriormente, en 1998, el Colegio Médico realizó dos Seminarios Nacionales y un Seminario Internacional sobre recertificación que sentaron las bases operativas del proceso: se nombró una Comisión Nacional de Recertificación y se aprobó el Reglamento de Recertificación Médica.

El Colegio Médico del Perú viene desarrollando desde el año 2000, un proceso de recertificación profesional orientado a conseguir que el país cuente con profesionales competentes, permanentemente actualizados, concientes de su responsabilidad y sus deberes profesionales.

La recertificación, por otro lado trata de minimizar los riesgos de una mala práctica, dando posibilidad al público de identificar al médico competente, constituyéndose en consecuencia, en un instrumento que promete mayor eficiencia, efectividad y equidad en la atención de la salud.

Por definición la recertificación es un procedimiento periódico de evaluación del conocimiento, destrezas y valores del médico, que tiende a garantizar la calidad de la atención a través de condiciones previamente aceptadas y estandarizadas.

Se estructuró un sistema para que el médico pueda ser recertificado periódicamente. En el año 2003 de los aproximadamente 33 mil médicos hábiles, 11 mil a nivel nacional solicitaron su recertificación y cerca de 20,000 participaron en alguna actividad de educación permanente vinculada a la recertificación.

Es importante señalar que el proceso estuvo basado en la demostración documentaria de aprobación de cursos, no siempre relacionados con la labor real que realiza el médico. El CMP ha aprobado un nuevo Reglamento de Recertificación[75], para introducir progresivamente la recertificación por competencias profesionales.

El artículo primero del nuevo reglamento señala: “El Colegio Médico del Perú, basado en las atribuciones que le otorga la ley, el estatuto y demás normas vigentes, administran un sistema de certificación y recertificación que permita - dentro de límites razonables- un nivel de competencia del profesional médico”.

Los lineamientos estratégicos planteados son:

- La autorregulación como factor clave del proceso

75 Colegio Médico del Perú. Reglamento SISTCERE, 2004.

- La concertación multiinstitucional para viabilizar los procesos
- Trabajar sistemáticamente
- Recertificación médica voluntaria ligada a incentivos
- Control social
- Separar la provisión de la acreditación de cursos
- Capacitar y especializar recursos humanos en gerencia de sistemas de regulación profesional
- Establecer relaciones interinstitucionales e internacionales para homologar procesos[76]

4.6. Tendencias en la regulación de la formación

4.6.1. Regulación de la formación en pregrado y procesos de acreditación

Colombia:

Las leyes 30 y 115 de 1994 dieron autonomía a las instituciones educativas para crear programas y se ha dado una desordenada proliferación de Facultades y programas, especialmente privados de pregrado y de postgrado en los niveles superior, técnico y auxiliar, sin una concomitante reglamentación del ejercicio de esos nuevos trabajadores. La tendencia a la privatización es aún mayor en la formación de trabajadores del nivel auxiliar al desaparecer las Escuelas anexas a los Servicios Departamentales de Salud.

Desde 1977 el Consejo Nacional para el Desarrollo de RRHH en Salud, formado por: Ministerios de Educación, Salud y Trabajo, cuenta con dos instancias operativas: Comité Ejecutivo Nacional y los Comités Departamentales. Estas instancias proponen políticas para: formación, educación continua, distribución y dinámica del Recurso Humano en Salud.

Dada la proliferación de programas de salud, en el 2001 el gobierno nacional expidió un Decreto para garantizar la calidad de la formación de profesionales pues el sistema de acreditación voluntaria para el control de calidad de la educación superior no se ha desarrollado al ritmo deseado. Los programas educativos siguen concentrados en las regiones más desarrolladas y el costo de las matrículas sigue siendo alto. Preocupa la disminución en los requisitos de ingreso a la educación superior para mantener copada la oferta educativa. [77]

Perú

La regulación en la formación de pregrado sólo ha alcanzado de manera obligatoria a las Facultades o Escuelas de Medicina, existiendo actualmente

---

76 Informe al país: Situación y desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y desempeño con desarrollo humano. OPS/OMS

77 Perfil del sistema de servicios de salud de Colombia. 2da edición 2002. OPS

esfuerzos de autorregulación de las Asociaciones de Facultades de Enfermería y de Obstetricia. La regulación de las Facultades de Medicina en el Perú se concretiza en la acreditación de las mismas.
La Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM), fundada en 1964, fue la pionera en el país en el tema de la acreditación. El Primer Seminario de Acreditación de Facultades de Medicina, se desarrolló en Arequipa en 1992 bajo la organización de ASPEFAM y con la participación de todos los organismos involucrados en el sistema educativo, asesorados por la OPS. Luego de este esfuerzo inicial el tema mantuvo permanente vigencia en las principales universidades con Facultades o Escuelas de Medicina. Fue en 1998 que el Ministerio de Salud, acogiendo la preocupación expresada por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, la Universidad Peruana Cayetano Heredia, la Academia Nacional de Medicina, ASPEFAM y el Colegio Médico, convocó a un grupo de trabajo para que presente una propuesta de Ley de Acreditación de Facultades de Medicina.

El 12 de mayo de 1999 en la Comisión de Salud, Población y Familia del Congreso de la República, se sustentó el Proyecto de Ley 4391-98-CR, señalando la necesidad de racionalizar el número de Facultades de Medicina y el número de vacantes a ofertar anualmente, basados en el marco de la calidad de la educación médica y de todo lo avanzado en el tema de acreditación a nivel internacional. Incluida la propuesta en el debate parlamentario, se discutió luego la conformación del Comité de Acreditación (CAFME).

La institucionalización de la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina y creación de CAFME se hizo mediante la Ley Nº 27154 del 11 de julio de 1999, cuyo objetivo es garantizar la calidad e idoneidad de la formación académico profesional de los médicos y de la atención de salud a la comunidad.

La Comisión está presidida por un representante del Ministerio de Salud, e integrada por representantes del Ministerio de Educación, la Asamblea Nacional de Rectores, el Consejo para la Autorización del Funcionamiento de Universidades y el Colegio Médico del Perú. Es la encargada de la administración del proceso, su supervisión y evaluación permanente. Tiene como instituciones asesoras a la Asociación Peruana de Facultades de Medicina y a la Academia Nacional de Medicina.

La base Legal del proceso está dada por la Ley Nro. 27154, que institucionaliza la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina (07/07/1999); el D.S. Nro. 005-2000-SA, Reglamento de Ley que Institucionaliza la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina (27/12/2000); la R.S. Nro. 013-2001-SA, que establece los Estándares Mínimos para la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina (08/01/2001); y la R.M. 196-2002-SA/DM, Manual de Procedimientos de CAFME (16/01/02).

La Comisión para la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina Humana quedó adscrita al Ministerio de Salud, con autonomía técnica y administrativa, y su presupuesto se cubre con las partidas presupuestales consignadas en los pliegos de las Entidades del Estado involucradas en el

proceso de acreditación, el aporte de las entidades acreditables y la colaboración de los organismos internacionales de cooperación.

El proceso, según CAFME,[78] se caracteriza por ser autónomo, impulsado por el nivel gubernamental, representativo, único, sin afán de lucro, obligatorio y autosuficiente.

Las áreas de acreditación son la organización académica, la currícula o currículo académico, los procedimientos de admisión, la plana docente, la prevención de riesgos de salud, la evaluación de las competencias adquiridas, las metodologías de evaluación y medición del aprendizaje, la organización administrativa, los servicios académicos complementarios y la infraestructura física y equipamiento.

Los procedimientos y plazos para la acreditación establecen que las Universidades con autorización de funcionamiento definitivo y Facultades o Escuelas de Medicina con una o mas promociones de egresados (17 en total), deben solicitar su acreditación a CAFME. El período de acreditación es de cinco años.

Las universidades con autorización de funcionamiento definitivo con Facultades o Escuelas de Medicina sin egresados (09 a cargo de CAFME) y las Universidades con autorización de funcionamiento provisional (02 a cargo del CONAFU), deben informar anualmente a CAFME o CONAFU, según corresponda, sobre el cumplimiento de estándares mínimos de acreditación de acuerdo al grado de desarrollo o implementación de la carrera.

En abril del 2003 se emitieron los resultados del proceso de acreditación, en el cual participaron las 28 Facultades o Escuelas de Medicina (FEM) reconocidas.

Resultado Proceso de Acreditación de las Facultades de Medicina, Abril 2003

Resultado	FEM de Universidades Públicas	FEM de Universidades Privadas	Total de Facultades o Escuelas de Medicina
Acreditan	5	3	8
No Acreditan	8	1	9
Cumplen Ema (*)	0	7	7
No Cumplen Ema	3	1	4
Total	16	12	28

(*) Cumplen estándares mínimos de acreditación para el grado de desarrollo de la carrera
Fuente: Comisión para la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina.

En abril del 2003, sólo acreditaron 8 Facultades o Escuelas de Medicina. Luego de los plazos establecidos, en diciembre del 2003, las 17 Facultades de Medicina con una o más promociones de egresados lograron acreditar.

78 Víctor Carrasco Cortez. El proceso de acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina en México. Apreciación desde la experiencia peruana. Boletín CAFME Año II Nº 4, Julio – Diciembre 2003.

Actualmente se encuentra en pleno desarrollo la verificación del mantenimiento de estándares a medio período de la vigencia del certificado de acreditación.[79]

4.6.2. Regulación de la formación de especialistas

Perú

El Residentado Médico tiene un organismo coordinador, el Comité Nacional de Residentado Médico (CONAREME), que está compuesto por un representante de cada una de las instituciones prestadoras de servicios de salud, que actualmente son seis: MINSA, EsSalud, Sanidad Naval, Sanidad Militar, Sanidad FAP, Sanidad PNP (llamadas Sedes Docentes) y por los Directores de las Escuelas, Secciones o Unidades de Post Grado de las Facultades de Medicina de las diez universidades que ofertan estos programas, un representante del Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú, un representante de la Asociación Nacional de Médicos Residentes del Perú, el Jefe del IDREH, y el Presidente de la Asociación de Facultades de Medicina (ASPEFAM).

CONAREME tiene 4 comisiones: acreditación, admisión, estándares mínimos de formación y normas legales. Son dos grandes procesos que lleva adelante el Comité Nacional: uno es el proceso de admisión y otro es el proceso de acreditación. Ambos procesos se orientan bajo un plan estratégico que fue aprobado en el año 1999.

CONAREME es el responsable de programar las plazas en el Sistema Nacional de Residentado Médico, para lo cual recibe de las instituciones prestadoras el numero de plazas en términos de presupuestos asignados para cada año, y la distribución por universidades, por especialidades, por hospitales, por modalidades, buscando generar propuestas de consenso.

CONAREME se financia con una cuota que aportan los postulantes de 170 soles por única vez en el proceso de admisión, tiene un órgano que fiscaliza la ejecución del fondo, que informa regularmente.

Hasta el año 2000 CONAREME sólo era un administrador de vacantes, se reunía sólo dos veces al año para programar las vacantes; a partir de este año, en concordancia con el plan estratégico aprobado, se planteó asumir plenamente las funciones que la norma establece para generar y garantizar el proceso de formación de especialistas de calidad conforme a las necesidades del país.

El 30 de noviembre de 2004 se aprobó el nuevo reglamento del Sistema Nacional de Residentado, que produjo algunas modificaciones como la eliminación el puntaje por asistencia a cursos, congresos y trabajos de investigación que contemplaba el reglamento anterior. Asimismo, ha fijado el

79 Informe al país: Situación y desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y desempeño con desarrollo humano. OPS/OMS

examen de conocimientos en 80% del puntaje total, y ha establecido como requisito indispensable la certificación en programas informáticos y el idioma inglés. Sin embargo, no se han especificado los derechos laborales de los residentes.[80]

4.6.3. Regulación de la formación técnica en salud

Perú

El Ministerio de Educación define las políticas y orienta las estrategias de la Educación Profesional Técnica. Para definir los perfiles profesionales, así como para elaborar y ofrecer información sobre la oferta y demanda laboral y educativa debe coordinar con el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, otros ministerios y organismos representativos del sector empresarial. No siempre sucede así.

El Ministerio de Educación aprueba los perfiles profesionales y los elementos básicos del currículo de Educación Profesional Técnica. Cada centro de Educación Profesional Técnica elabora los currículos de las especialidades que imparte considerando los requerimientos laborales en su ámbito de acción, el desarrollo del conocimiento, las características del estudiante y su proyecto institucional.

La Dirección Nacional de Educación Secundaria y Superior Tecnológica es el órgano de línea del Ministerio de Educación, encargado de normar, supervisar y evaluar las actividades de carácter técnico pedagógico desarrolladas en los Institutos Superiores Tecnológicos Públicos y Privados.

En el marco de la Ley de Bases de la Descentralización Nº 27783, sobre competencias compartidas con los Gobiernos Regionales, las Direcciones Regionales de Educación son las encargadas de la gestión de los servicios educativos.[81]

4.7. Tendencias en la conflictividad sindical en salud

4.7.1. Número de Federaciones y Colegios profesionales y nivel de fortaleza de los mismos

4.7.1.1. Organizaciones de profesionales médicos:

Colegio Médico de Bolivia

El Colegio Médico de Bolivia (CMB) tiene 12.000 afiliados, cuenta con filiales en los nueve departamentos del país y durante el año 2002 y de 2003, desarrolló estrategias de conflicto que incluyeron paros médicos de 24 y 48

80 Informe al país: Situación y desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y desempeño con desarrollo humano. OPS/OMS

81 Informe al país: Situación y desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y desempeño con desarrollo humano. OPS/OMS

horas. Es un interlocutor válido reconocido por los actores del sistema, integra el Consejo Médico de Bolivia y a nivel internacional es miembro de la Asociación Médica Mundial y de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (Confemel).

Federación de Sindicatos de Ramas Médicas de Salud Pública (FESIRMES) (Bolivia)

Es la organización gremial de los médicos del Ministerio de Salud y Previsión Social, organismo donde trabajan 2.712 médicos. Participa del Consejo Médico de Bolivia, donde actúan en forma con el Colegio Médico de Bolivia, los colegios médicos de cada departamento del país y la Federación de Sindicatos Médicos de Ramas Afines de la Caja Nacional de Salud (FESIMRAS).

En marzo de 2003 esta organización se movilizó en reclamo de adeudos que entendieron injustamente realizados por el MSPS, conflicto en el que decretaron un paro indefinido y una huelga de hambre, que duró 24 horas. Las movilizaciones fueron conjuntas con los trabajadores del sector y contaron con la movilización en su apoyo de la Central Obrera Departamental.

Federación de Sindicatos Médicos y Ramas Afines de la Caja Nacional de Salud (FESIMRAS) (Bolivia)

Junto a los médicos esta organización nuclea a enfermeras, técnicos y visitadores sociales que trabajan en la Caja Nacional de Salud (CNS), la mayor entidad de la seguridad social de Bolivia. Integra el Consejo Médico de Bolivia, instancia en la que las diversas agregaciones médicas, colegios y sindicatos, unifican posiciones.

Se ha enfrentado al gobierno en conflicto por demandas salariales y ha expresado su rechazo a la instalación de una Comisión de Salud integrada por ex ministros y parlamentarios, por entender que contraría la Constitución boliviana y otras normas legales vigentes.[82]

Federación Médica Colombiana

Fundada el 7 de octubre de 1934 y con personería jurídica desde 1935, la Federación Médica Colombiana (FMC) fue creada para "luchar (los médicos) unidos por la defensa de la profesión con el fin de que ésta rinda los más amplios resultados morales y sociales a favor de los que científicamente tienen el derecho a ejercerla y de la población Colombiana".

Esta organización, con asiento en Bogotá, congrega a trece colegios médicos regionales y es parte de la Asociación Médica Colombiana (AMC).

82 Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Americas. Julio J. Scavino. Febrero 2005. Bolivia.

A nivel internacional está afilada a la Asociación Médica Mundial (AMM) y a la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (CONFEMEL).

En sus estatutos señala entre sus objetivos "promover mediante alianzas, convenios, contratos, uniones temporales o cualquier otro tipo de contratación, la conformación de entidades con el fin de desarrollar capacitación, investigación y asesorías" y "fomentar la creación de entidades de economía solidaria con el fin de prestar y contratar servicios asistenciales para los médicos de Colombia y sus familias, siempre y cuando propendan por el bienestar global y colectivo y no por la fragmentación gremial ni el favorecimiento de objetivos e intereses grupales".

Asociación médica sindical de Colombia (ASMEDAS)

ASMEDAS es una organización de alcance nacional y a nivel internacional, es miembro de CONFEMEL. Se plantea entre sus objetivos la defensa de "un Sistema Integral de Seguridad Social para todos los colombianos", defiende el carácter público de la seguridad social, reivindica "la dignidad" de la profesión médica, el "valor justo" para el trabajo de los profesionales de la medicina y promueve "la unidad" entre las organizaciones médicas.[83]

Federación Médica Ecuatoriana

Afiliada a la Asociación Médica Mundial y miembro de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (CONFEMEL), en julio de 2003 la Federación Médica Ecuatoriana (FME) contaban en sus padrones 32.334 médicos afiliados.[84]

Colegio Médico del Perú

Fue creado por la ley 15.173 del 11 de agosto de 1964 como entidad autónoma de derecho público interno, el Colegio Médico del Perú (CMP).

La institución tiene entre sus cometidos reparar en que el ejercicio de la profesión se desarrolle dentro de las normas del Código de Ética y Deontología, propender que la medicina y los médicos peruanos desempeñen la función social que les corresponde contribuyendo al desarrollo de la colectividad, "contribuir al adelanto de la medicina, y a la defensa y desarrollo de la vida, la salud y seguridad social, individual y colectiva", asegurar la protección social del médico peruano y su familia y fomentar la excelencia en el ejercicio de la profesión.

En 1996 esta organización aseguraba contar con 27,692 médicos registrados. El Colegio suele respaldar las demandas de la Federación Médica Peruana (FMP), entidad que viabiliza las reivindicaciones del gremio.

---

83 Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Americas. Julio J. Scavino. Febrero 2005. Colombia.

84 Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Americas. Julio J. Scavino. Febrero 2005. Ecuador.

En abril de 2003 apoyó un paro médico organizado por la FMP. En un comunicado en el que fijó su posición sobre la movilización, el Colegio solicitó al gobierno "la inmediata nivelación de sueldos de los médicos, al nivel de los médicos latinoamericanos, teniendo en cuenta que vienen percibiendo la misma remuneración desde hace más de una década."

Federación Médica Peruana

Fundada en 1949, la Federación Médica Peruana (FMP) se la considera como la "máxima institución gremial" del cuerpo médico y cuenta en sus filas entre 5,000 y 6,000 afiliados.

Las bases de la federación son la Asociación Nacional de Médicos del Ministerio de Salud (ANMMS) presidida por Rafael Deustua Zegarra, la Asociación Médica del Seguro Social del Perú (AMSSOP) que preside Melchor Gutarra Álvarez, la Asociación Nacional de Médicos Residentes del Perú (ANMRP), la Asociación Nacional de Médicos Contratados y las asociaciones de médicos retirados del Ministerio de Salud y del seguro social.

En abril de 2003, la FMP realizó un paro de 24 horas y anunció más medidas, en demanda de incrementos salariales al nivel de los registrados en la región y otras demandas (14 en total) emanadas de su asamblea nacional ampliada.

Las demandas estaban referidas a "bajos sueldos, postergación del nombramiento de los médicos contratados y negación de derechos sociales elementales de los médicos contratados por servicios no personales, entre otros graves problemas que reclaman urgente solución".[85]

Federación Médica Venezolana (FMV)

Considerada como uno de los grupos con mayor capacidad de presión de su país, la Federación Médica Venezolana (FMV) fue fundada en 1945, tiene alcance nacional y congrega a veinticuatro colegios regionales y treinta y seis sociedades médicas. Es miembro de la Asociación Médica Mundial y de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (CONFEMEL).[86]

4.7.1.2. Organizaciones de personal de Enfermería

Colegio de Enfermeras de Bolivia

Con filiales en los nueve departamentos de Bolivia, esta entidad representa a las enfermeras con estudios universitarios, cuyo número en 2002 se estimó en 2.698.53

85 Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Americas. Julio J. Scavino. Febrero 2005. Perú.

86 Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Americas. Julio J. Scavino. Febrero 2005. Venezuela.

Esta organización mantuvo durante el año 2002 un enfrentamiento con la organización que representa a las auxiliares de enfermería, que afectó a todo el sistema de salud de Bolivia.

La aspiración de las auxiliares a lograr niveles de profesionalización con reconocimiento, motivó el conflicto que derivó en una huelga de las auxiliares de enfermería. Una primera etapa del conflicto se saldó con un convenio que no conformó al Colegio de Enfermeras, que respondió con una huelga de licenciadas en enfermería que volvió a afectar al sector.

Asociación Nacional de Auxiliares de Enfermería (Bolivia)

Estimadas en 6.370, las auxiliares de Enfermería cuentan con esta organización que en 2002, protagonizó un conflicto en procura de establecer vías que permitiera mejorar la capacitación de sus afiliadas.[87]

Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC)

Según el estudio "Los recursos humanos en salud en Colombia" realizado por la Universidad Javeriana, en 2000 había 17.361 enfermeras en actividad y 4.615 retiradas 21.976 en total). Las auxiliares de enfermería activas eran 60.047 y las jubiladas 15.962 (76.009 en total). Esta afiliada al Consejo Internacional de Enfermería (CIE) y a la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN).[88]

Federación Ecuatoriana de Enfermeras/os

Con 9.656 afiliadas en sus registros, la Federación Ecuatoriana de Enfermeras/os, es la entidad gremial que representa a los profesionales de esa categoría.

La organización es miembro del Consejo Internacional de Enfermeras y de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN).

Federación de Auxiliares de enfermería libres del Ecuador (FAELE)

Miembro de la federación internacional de los servicios Union Network Internacional (UNI), la Federación de Auxiliares de Enfermería Libres de Ecuador, es miembro de la CEOLS y cuenta con legitimidad reconocida por diversos gobiernos.

Este gremio atiende también a la especialización y formación de sus afiliados, instancias en las que ha contado incluso con el auspicio y aval del Poder Ejecutivo.[89]

---

87 Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Americas. Julio J. Scavino. Febrero 2005. Bolivia.

88 Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Americas. Julio J. Scavino. Febrero 2005. Colombia.

89 Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Americas. Julio J. Scavino. Febrero 2005. Ecuador.

Colegio de Enfermeros del Perú

Fundado el 17 de octubre de 1978 por DL 22315, como entidad autónoma de derecho público interno, representativo de la profesión de enfermería en el país, cuyo fin principal es mantener la permanente vigilancia de la ética y deontología profesional.

El Colegio debe velar y regular el ejercicio profesional de Enfermería, que en Perú es una profesión de colegiación obligatoria.

A junio del 2001, existían 35,119 enfermeras colegiadas, de ellas 4,111 sumaban las fallecidas y aquellas que habían solicitado certificado para ejercer fuera de Perú. Aquel año el Colegio realizó un censo nacional, siendo efectivamente censadas 21,820 profesionales (70,36% de las 31,008 que se esperaba).

Según resultados del censo, el 94,7% de los profesionales de enfermería son mujeres y 5,3% son hombres. Los números del censo mostraron que en ese momento había 17,073 profesionales trabajando en el sector público, 1,992 en el privado y 315 en ambos sectores. Mostró así mismo que 1,257 de las enfermeras censadas (5.8%) estaban desempleadas y el 98% de las que trabajaban estaban subempleadas, (aplicando el concepto de *"subempleo por ingresos":* ocupados que laborando un número de horas igual o mayor al normal, obtiene ingresos menores al considerado como adecuado).

En los últimos tiempos el Colegio apoyó las demandas de la Federación de Enfermeros del Perú en relación al nombramiento de las enfermeras contratadas en el MINSA, formando parte de la Coordinadora Nacional de los gremios de profesionales no médicos, conformada por Colegios y Federaciones para abordar conjuntamente este tema.

Federación de Enfermeros del Perú

Esta organización se crea el 28 de marzo de 1963. Está integrada por el Sindicato de Enfermeras de ESSALUD, el Sindicato de Enfermeras del Ministerio de Salud, de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, así como por los recientemente creados Sindicatos Nacionales de Enfermeras de la Sanidad del Ejército y de las Enfermeras de la Marina de Guerra del Perú; así mismo por Asociaciones de enfermeras de Clínicas particulares. La Federación es miembro del Consejo Internacional de Enfermería (CIE).

Las enfermeras peruanas se afilian a la Federación a través de sus diferentes sindicatos o asociaciones; actualmente son alrededor de 15,000 afiliadas.

Entre sus fines figura la defensa de los derechos laborales, sociales y económicos de las enfermeras, lo que generalmente hace apoyando a las organizaciones miembros de la Federación en sus respectivas demandas institucionales.

Colegio de Obstetrices del Perú (COP)

Creado por DL 21210 el 15 de julio de 1975, es una entidad autónoma y representativa de las profesionales obstetrices en todo el territorio de la República. Encargado de velar porque el ejercicio profesional se realice con sujeción al Código de Ética Profesional. La colegiación es requisito indispensable para el ejercicio de la profesión de Obstetriz en todo el territorio nacional.

En los últimos años ha tenido activa intervención en la consecución de la Ley de Trabajo del Profesional Obstetriz / Obstetra. Durante 2004 realizaron un paro de 24 horas en demanda de mejoras salariales y el nombramiento de quienes trabajan en calidad de contratados.[90]

Federación de Colegios de Enfermeras y Enfermeros de Venezuela

Miembro del Consejo Internacional de Enfermeras, la Federación de Colegios y Enfermeras de Venezuela, es la corporación de carácter profesional, gremial y reivindicativo que nuclea a los profesionales de la enfermería. Tiene alcance nacional a través de 32 regionales donde ejecuta políticas y acciones para lograr el desarrollo de los servicios de enfermería, educación e investigación en enfermería, fortalecimiento de la organización gremial y marcos legales y éticos para el ejercicio de la enfermería y atiende las condiciones de vida y trabajo de las profesionales del sector. También cuida de la imagen y visibilidad pública de la enfermería.

En el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), se desempeñan 10.400 Enfermeras, en el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), lo hacen 12.767 y en el Instituto de Prevención Social del Ministerio de Educación (IPASME) trabajan 112 profesionales.

La federación cuenta con convenios colectivos en el ámbito estatal (con el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y algunos de los gobiernos de estados) y en el sector privado.[91]

4.7.1.3. Organizaciones Sindicales

Confederación Sindical de Trabajadores de Salud de Bolivia (CSTSB)

El sindicato de los trabajadores del ministerio de Salud Pública de Bolivia convocó cuatro de las doce de las huelgas que se registraron en ese país en 2004 y se movilizó por temas referidos directamente a la gestión del sector. Exigió la renuncia de dos viceministros, rechazó la desarticulación de las Secretarías Departamentales de Salud (SEDES) que el gobierno planteó a través de decretos, se manifestó en contra de la reducción del presupuesto para salud y exigió que la jornada laboral de 6 horas que tienen los empelados públicos del sector salud fuera establecida por decreto.

90 Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Americas. Julio J. Scavino. Febrero 2005. Perú.

91 Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Americas. Julio J. Scavino. Febrero 2005. Venezuela.

También exigió incremento de salarios, regularización de cargos y la asignación de nuevos puestos de trabajo (ítems). Los paros tuvieron una duración de entre cuarenta y ocho horas y once días. La huelga de once días tuvo como principal punto de la plataforma la exigencia al gobierno de la derogación de dos decretos que habían terminado con las Secretarías Departamentales de Salud (SEDES) y habían dado potestades en salud a las administraciones departamentales (prefecturas).

Confederación de Seguridad Social de Bolivia (FENSEGURAL)

Es la organización que nuclea a funcionarios no médicos de las "cajas" que dan cobertura sanitaria a trabajadores formales y jubilados. Estas entidades se financian con el aporte de trabajadores y empleadores.[92]

Sindicato Nacional de trabajadores de la Seguridad Social (SINTRASEGURIDADSOCIAL) (Colombia)

Definido como la expresión de la Unidad de los trabajadores del Instituto de Seguros Sociales de Colombia, el Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Seguridad Social (SINTRASEGURIDADSOCIAL), fue instituido en el año 2000, cuando "en el fragor de la lucha de la sociedad colombiana contra el modelo neoliberal, los trabajadores afiliados al sindicato de la empresa y los gremios de profesionales de la salud, desarrollaron un gran acuerdo político unitario que dio origen a esta forma avanzada de organización sindical"

"Desde su fundación en julio de 2000", este sindicato que es miembro de Union Network Internacional (UNI), la federación sindical de rama de la Confederación Internacional de Organizaciones Sindicales,"ha desarrollado cada una de las tareas sindicales y políticas para oponerse al marchitamiento, la liquidación y la privatización de la Institución".

Asociación Nacional Sindical de Trabajadores y Servidores Públicos de la Salud, la Seguridad Social Integral y Servicios Complementarios de Colombia (ANTHOC)

La ANTHOC es el sindicato de los funcionarios del Ministerio de Salud, entidad que cuenta con la mayor red de centros asistenciales de Colombia donde revisten cerca de 80.000 funcionarios. Esta afiliado a la Central Unitaria de Trabajadores (CUT).[93]

Sindicato Único Nacional del IEES (SINDUIEES) (Ecuador)

Federación de Trabajadores de la Salud del Ecuador (FETSAE)

92 Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Americas. Julio J. Scavino. Febrero 2005. Bolivia.

93 Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Americas. Julio J. Scavino. Febrero 2005. Colombia.

Este gremio de trabajadores del ministerio de Salud Pública integra la Confederación de Trabajadores de Ecuador (CTE) y tiene a su cargo la presidencia de esta central sindical ecuatoriana. Durante los años 2001 y 2002 protagonizó movilizaciones en demandas de incremento salarial y en contra de eventuales "privatizaciones".

Organización Sindical Única Nacional de Trabajadores del Ministerio de Salud (OSUNTRAMSA) (Ecuador)

Principal protagonista de la conflictividad en el sector salud durante 2004, esta organización que se creó a partir de la unificación de la Asociación Sindical de Trabajadores del Ministerio de Salud (ASUNTRAMIS) y el Sindicato Único Nacional de Trabajadores del Ministerio de Salud Pública (SUNTRAMSP) y comenzó a consolidarse en 2003.

La OSUNTRAMSA convocó al menos seis huelgas de carácter nacional en 2004, que tuvieron una duración de entre 48 horas y 8 días, en demanda de la firma de un nuevo contrato colectivo de trabajo, incrementos salariales y en oposición a la municipalización de los servicios de salud. [94]

Federación Nacional de Trabajadores del Sector Salud (FENUTSSA) (Perú)

Es la agrupación nacional que representa a los trabajadores del Ministerio de Salud Cuenta con 60,000 afiliados en sindicatos organizados en todo el país, no tiene convenio colectivo, por lo que negocia en forma directa. Sus miembros son básicamente personal no médico, aunque en los sindicatos de las provincias, integran profesionales médicos en sus filas.

Es uno de los mayores gremios de la Confederación General de Trabajadores del Perú (CGTP) y desde el XI Congreso, que se realizó entre el 23 y 26 de agosto de 2001, ocupa una de las vicepresidencias de esa organización.

Sindicato Nacional de Enfermeras del Seguro Social de Salud (SINESSS) (Perú)

Fue fundada el 18 de octubre de 1977. Es la organización sindical de las enfermeras del Seguro Social (ESSALUD) y cuenta en sus padrones con unas 6,500 afiliadas (90% de las enfermeras que se desempeñan en el ente).

Integra la Confederación General de Trabajadores del Perú (CGTP), que es miembro de la FSM, y está afiliado al secretariado profesional Union Network Internacional (UNI) de CIOSL.

El 10 de abril de 2003 y luego de 10 días de huelga, medida que había sido declarada "indefinida" por el SINESSS, el Seguro Social y el sindicato acordaron aumentos salariales, lo cual permitió zanjar el conflicto.

94 Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Americas. Julio J. Scavino. Febrero 2005. Ecuador.

Las demandas durante el año 2004 y parte del 2005 estuvieron dirigidas a conseguir un cambio de nivel dentro del escalafón de la Seguridad Social, pasando de Profesional 3 a Profesional 2, lo que implica diferencia en competencias, responsabilidad y remuneraciones, lo cual fue logrado.

Sindicato Nacional de Enfermeras del Ministerio de Salud (SNEMS) (Perú)

Se crea en el año 1988 y agrupa a enfermeras nombradas que laboran en las diferentes instancias o establecimientos del MINSA.

Durante el año 2004 exigieron mejoras salariales y el presente año 2005 acaban de finalizar una huelga nacional de 36 días demandando entre otros puntos la homologación de sus haberes con los de las enfermeras de EsSalud.

Federación Centro Unión de Trabajadores del Seguro Social-EsSalud del Perú (FEDCUTESSALUD)

Es la organización sindical de trabajadores del Seguro Social (ESSALUD) y representa a funcionarios no profesionales y profesionales, incluidos los médicos. Creada el 8 de agosto de 1945, la federación cuenta con 11,000 afiliados, agremiados en 130 sindicatos de base en todo el país y no tiene convenio colectivo.

A nivel nacional, está afiliada a la Confederación de Trabajadores del Perú (CTP), central sindical afín al socialdemócrata Partido Aprista Peruano (PAP). A nivel internacional esta Federación está afiliada al secretariado profesional Union Network Internacional (UNI) de CIOSL.

Tiene una secretaría de cultura que se encarga de la formación sindical de sus cuadros y no imparte capacitación profesional.

A fines de setiembre, este gremio anunció que iría a la huelga a partir del 15 de octubre en demanda de una extensa plataforma.[95]

Sindicato Único y Nacional de Empleados Públicos, Profesionales, Técnicos y Administrativos del Sector Salud y Asistencia Social (SUNEPSAS) (Venezuela)

Este gremio que agrupa a empleados administrativos y profesionales del Ministerio de Salud, es filial de la opositora Central de Trabajadores de Venezuela (CTV) y según informaciones de prensa de noviembre de 2002, cuenta con 63 mil afiliados. Está afiliado a la Internacional de Servicios Públicos.

En las movilizaciones de los últimos tiempos, los temas salariales, y en particular la demanda del pago de salarios y otros beneficios adeudados motivaron buena parte de las medidas que realizó el sindicato.

---

95 Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Americas. Julio J. Scavino. Febrero 2005. Perú.

Federación Nacional de Trabajadores del Salud (FETRASALUD) (Venezuela)

Según informaciones de prensa, en noviembre de 2002 la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud, filial de CTV y uno de los gremios que convocó a las movilizaciones contra el gobierno durante 2001 y 2002, contaba con una planilla de 180.000 afiliados.

Durante las jornadas de paro que comenzaron en 200, el gremio garantizó la atención de emergencia y urgencia en los hospitales estatales de Venezuela, en momentos en que se generaron dudas sobre la adhesión de las bases del sindicato a las movilizaciones convocadas por la dirección de FETRASALUD y CNV.[96]

4.7.2. Número de huelgas

Según Scavino en la Región de las Américas se desarrollaron en total, 64 huelgas de alcance nacional en el 2004. Siendo más específicos, en el Área Andina, sin tomar en cuenta Venezuela, se realizaron 29 huelgas. De ellas, 12 y 11 tuvieron lugar en Bolivia y Perú respectivamente.

Para el caso de Bolivia, el número de huelgas en el 2003 y el 2004 se mantuvo constante. Mientras que en el caso de Colombia, de 1 huelga en el 2003, se paso a ninguna en el 2004. Para el caso de Ecuador, del 2003 al 2004, el número de huelgas se triplicó. Finalmente, en el caso peruano, la conflictividad de las organizaciones gremiales fue en aumento ya que se paso de 6 a 11 conflictos del 2003 al 2004.

Cantidad de huelgas por país en la Región de las Américas, 2003 – 2004

País	*2003*	*2004*
Bolivia	**12**	**12**
Brasil	0	2
Chile	2	3
Colombia	**1**	**0**
Ecuador	**2**	**6**
El Salvador	1	0
Guatemala	1	0
Honduras	3	6
Nicaragua	2	5
México	0	1
Panamá	1	0
Perú	**6**	**11**
Uruguay	2	5
República Dominicana	4	13
Total	37	64

Fuente: Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Americas. Julio J. Scavino. Febrero 2005.

(

Huelgas por país en la Región de las Américas, 2004

96 Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Americas. Julio J. Scavino. Febrero 2005. Venezuela.

País	Cantidad de huelgas	%
República Dominicana	13	35%
Bolivia	**12**	**32%**
Perú	**11**	**30%**
Ecuador	**6**	**16%**
Honduras	6	16%
Nicaragua	5	14%
Uruguay	5	14%
Chile	3	8%
Brasil	2	5%
México	1	3%
Total	37	100%

Fuente: Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Americas. Julio J. Scavino. Febrero 2005

Se tiene información detallada sobre los conflictos de alcance nacional en salud del 2004 para los países de Bolivia, Ecuador y Perú. De estos tres países, el que más días he tenido de paros ha sido el Perú con 94 días, poco más de 3 meses. Le sigue al Perú, Bolivia, con 33 días y Ecuador con 25.

El detalle de los conflictos de alcance nacional en salud es el siguiente:[97]

Bolivia

Organización involucrada: Confederación Social de Trabajadores en Salud de Bolivia (CSTSB)
Plataforma: exigencia de renuncia de viceministros de Salud y Deportes
Acción: paro 48 horas
Inicio: 03.02.2004 / 04.02.2004

Organización involucrada: Colegio Médico de Bolivia (CMB)
Plataforma: Incremento salarial de 20%, de partidas para el sector salud, institucionalización de cargos, auditoria de recursos humanos y participación en el diseño de las políticas de salud.
Acción: Paro 24 horas
Inicio: 13.02.2004 / 13.04.2004

Organización involucrada: CMB
Plataforma: exigencia de atención gubernamental a sus peticiones salariales y profesionales
Acción: paro 48 horas
Inicio: 10.03.2004 / 11.03.2004

Organización involucrada: CSTSB
Plataforma: rechazo al decreto 27,457 que modifica la organización del sistema de salud dando potestades a las autoridades departamentales y modificando las de los SEDES
Acción: paro 24 horas
Inicio: 28.04.2004 / 28.04.2004

[97] Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Americas. Julio J. Scavino. Febrero 2005

Organización involucrada: CSTSB
Plataforma: rechazo a la aplicación de los decretos supremos 27457 y 27450 que dispone la distribución de los servicios departamentales de salud
Acción: huelga 11 días
Inicio: 04.05.2004 / 15.05.2004

Organización involucrada: FENSEGURAL
Plataforma: demanda de pago de deudas por atención del Seguro Universal Materno Infantil y el Seguro Médico Gratuito de Vejez; revisión de la normativa de libre afiliación, adecuación del costo de las primas de los servicios de salud, institucionalización de cargos
Acción: paro 3 horas
Inicio: 25.05.2004 / 28.05.2004

Organización involucrada: Federación Sindical de Médicos y Ramas Anexas
Plataforma: demanda de incremento salarial
Acción: paro 24horas
Inicio: 15.06.2004 / 15.06.2004

Organización involucrada: FENSEGURAL
Plataforma: Rechazo a lo que estiman como intención del gobierno de estatizar la Caja Nacional, que pasaría a tuición del Ministerio de Salud, a través de la Ley de Organización del Poder Ejecutivo (LOPE).
Acción: paro 24 horas
Inicio: 28.07.2004 / 28.07.2004

Organización involucrada: CSTSB
Plataforma: Rechazo al anuncio de reducción del presupuesto para el sector, cumplimiento de los acuerdos de junio de 2004, exigiendo respuestas referidas al tema institucional.
Acción: paro 24 horas
Inicio: 02.12.2004 / 02.12.2004

Organización involucrada: CMB
Plataforma: Demanda al gobierno institucionalización del sistema de seguridad social en todo el país, de los cargos médicos jerárquicos y de base y exige normativas que precisen que los cargos en la CNS sean llenados de acuerdo a normas vigentes.
Acción: paro 48 horas
Inicio: 09.12.2004 / 10.12.2004

Organización involucrada: FESIMRAS
Plataforma: apoyo a demandas de los médicos de la CMS de Cochabamba
Acción: paro 4 días
Inicio: 10.12.2004 / 13.12.2004

Organización involucrada: CSTSB
Plataforma: Demanda de pagos de los salarios de noviembre, exigencia de que el gobierno no reconozca a otra organización sindical que se constituyó en el ámbito del Ministerio de Salud, de aprobación de un decreto que regule

la jornada laboral de los trabajadores (6 horas), institucionalización de cargos en las entidades gubernamentales y la Caja Nacional de Salud.
Acción: paro 4 días
Inicio: 14.12.2004 / 17.12.2004

Ecuador

Organización involucrada: OSUNTRAMSA
Plataforma: Demanda de incrementos salarial y otros beneficios y firma de convenio colectivo, derogación la Resolución 197 del Conarem que prohíbe la firma de contratos colectivos , la suscripción del noveno contrato colectivo con un aumento salarial de $40; la anulación de seis convenios municipalización de la Salud e instalación de una comisión mediadora.
Acción: paro 48 horas
Inicio: 22.01.2004 / 23.01.2004

Organización involucrada: OSUNTRAMSA
Plataforma: incremento salarial y otros beneficios y firma de convenio colectivo
Acción: huelga 5 días
Inicio: 05.02.2004 / 09.02.2004

Organización involucrada: OSUNTRAMSA
Plataforma: transferencia de fondos a hospitales
Acción: huelga 8 días
Inicio: 22.03.2004 / 28.2004

Organización involucrada: OSUNTRAMSA
Plataforma: demandan incremento de 100 dólares a su sueldo prórroga del Octavo Contra Colectivo en el 2005, y rechazan la municipalización de la Salud.
Acción: paro 48 horas
Inicio: 27.09.2004 / 28.09.2004

Organización involucrada: OSUNTRAMSA
Plataforma: incremento salarial
Acción: huelga 4 días
Inicio: 04.10.2004 / 07.10.2004

Organización involucrada: OSUNTRAMSA
Plataforma: demanda de negociación del noveno contrato colectivo
Acción: huelga 4 días
Inicio: 25.10.2004 / 28.10.2004

Perú

Organización involucrada: Federación Médica Peruana (FMP)
Plataforma: En demanda de mejoras salariales incremento del presupuesto para el sector.
Acción: Huelga 22 días
Inicio: 12.04.2004 / Final: 02.05.2004

Organización involucrada: CUTESSALUD
Plataforma: En demanda de mejoras salariales
Acción: Huelga 31 días
Inicio: 20.04.2004 / Final: 20.05.2004

Organización involucrada: Sindicato Nacional de Enfermeras del Seguro Social de Salud (SINESSS)
Plataforma: En demanda de incrementos salariales, homologaciones de sueldos, ascensos en el escalafón y mejoramiento de las condiciones materiales de trabajo.
Acción: Huelga 13 días
Inicio: 03.05.2004 / Final: 16.05.2004

Organización involucrada: Sindicato Nacional de Enfermeras/os del MINSA (SINEMINSA)
Plataforma: Equiparación de salarios a los de colegas de Essalud y nombramiento de 3500 enfermeras, reunión con ministra de Salud
Acción: Paro 72 horas
Inicio: 04.05.2004 / Final: 06.05.2004

Organización involucrada: Sindicato de Tecnólogos de EsSalud
Plataforma: Incrementos salariales, homologación, pago de guardias
Acción: Huelga 24 días
Inicio: 04.05.2004 / Final: 28.05.2004

Organización involucrada: Coordinadora Nacional de Gremios de los Colegios Profesionales de Salud
Plataforma: Mejoras salariales y condiciones de trabajo.
Acción: Paro 24 horas
Inicio: 24.05.2004 / Final: 24.05.2004

Organización involucrada: Asociación Médica del Seguro Social del Perú (AMSSOP)
Plataforma: En demanda de incrementos salariales pactados en junio de 2004 y derogación de ley que prohíbe incremento de sueldos públicos en 2004
Acción: Huelga 4 días
Inicio: 06.07.2004 / Final: 09.07.2004

Organización involucrada: AMSSOP
Plataforma: En rechazo a sanciones impuestas a un colega
Acción: Paro 48 horas
Inicio: 29.09.2004 / Final: 30.09.2004

Organización involucrada: Sindicato Nacional de Enfermeras/os del MINSA (SINEMINSA)
Plataforma: Equiparación salarial con EsSalud y 3.500 nombramientos
Acción: Paro 72 horas
Inicio: 08.11.2004 / Final: 10.11.2004

Organización involucrada: Colegio de Obstetrices del Perú (COP)

Plataforma: En demanda de mejoras salariales y reconocimientos laborales.
Acción: Paro 48 horas
Inicio: 24.11.2004 / Final: 25.11.2004

Organización involucrada: FMP
Plataforma: Exigen pago de aumentos salariales acordados y homologación salarial con EsSalud
Acción: Paro 48 horas
Inicio: 25.11.2004 / Final: 26.11.2004