Ministerio de Salud
Personas que atendemos Personas

INSTITUTO DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS
IDREH

FORMACIÓN Y REGULACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud

COMISION EUROPEA

amares

MINISTERIO DE SALUD

Organización Panamericana de la Salud

Programa de Apoyo a la Modernización del Sector Salud y su
Aplicación en una Región del Perú
Convenio PER/B7-310/IB/97/209

MINISTERIO DE SALUD
Dra. Pilar Mazzetti Soler
Ministra
Dr. José Carlos Del Carmen Sara
Viceministro

INSTITUTO DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS
Dr. Rómulo Carrión Arrunátegui
Jefe Institucional

Catalogación hecha por el
Centro de Documentación del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos - IDREH

Ministerio de Salud

FORMACIÓN Y REGULACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD.
Perú - Ministerio de Salud - IDREH -Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud.

1.ª edición-2005, Serie de Recursos Humanos en Salud - N.º 4.
496 pp.

Situación de la formación y regulación de Médicos, Enfermeras, Obstetrices, Odontólogos y Técnicos en Salud – Nudos críticos.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N.º 2006 - 0146

© Ministerio de Salud, Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, 2005
Av. Jorge Basadre 990 - San Isidro, Lima - Perú.
Central Telefónica: 442-2010 / Fax: 440-5871
recursoshumanos@idreh.gob.pe

Producción gráfica: duArtes 2472788

Dra. Pilar Mazzetti Soler
Ministra de Salud

Dr. José del Carmen Sara
Viceministro de Salud

Dr. Rómulo Carrión Arrunátegui
Jefe institucional del IDREH

Elaboración

Dr. Cesar Lip Licham
Dr. Giovanni Escalante
Dr. Manuel Nuñez Vergara
Dr. Pablo A. Meloni Navarro

Equipo de Apoyo Técnico del IDREH

Dra. Betsy Moscoso Rojas
Directora General de la Oficina General de Información Estratégica de Recursos Humanos.
Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud-IDREH

Dra. Carmela Quevedo Gallo
Directora General de Investigación del IDREH

Lic. María Aucapoma Martínez
Miembro del equipo técnico de la Oficina de Investigación-IDREH

Lic. Francisco de la Cruz Aramburú
Ing. Iván Romero Barboza
Equipo de apoyo estadístico de la Oficina de Información Estratégica del IDREH

Coordinación y apoyo técnico Proyecto AMARES:

Lic. María Casas Sulca

PRESENTACIÓN

Este documento recopila los estudios sobre la ***formación de pregrado y especialidades de Médicos, Enfermeras, Obstetrices y Odontólogos, formación de Técnicos en Salud y regulación de las profesiones de salud***, realizados por IDREH con el apoyo financiero del proyecto AMARES, y tiene como objetivo la sistematización de la información disponible sobre estos temas en el país, con la finalidad de compilar y ordenar las referencias que puedan orientar la toma decisiones y la regulación en los campos de la formación y el ejercicio profesional.

Los estudios están enfocados básicamente en la oferta de cuatro de las carreras con mayor demanda de formación en el pregrado de profesionales y técnicos en salud, es decir en las especialidades cuatro de las carreras con mayor demanda de Medicina, Enfermería, Obstetricia, Odontología, así como en el estado de la regulación de las profesiones de salud. Contienen información cuantitativa y cualitativa —de acuerdo a su naturaleza— de fuentes primarias y secundarias, así como en algunos casos la opinión de actores protagónicos del campo de la formación y regulación de recursos humanos en salud. El análisis de la información ha sido realizado por los equipos de investigación de cada estudio, con una perspectiva que permita identificar los nudos críticos que pueden ser intervenidos, más que describir detalladamente la situación, de manera que se pueda plantear mecanismos de regulación que contribuyan a mejorar la calidad de la formación en el pregrado, las especialidades y el ejercicio de las profesiones de salud y por ende mejorar la calidad de la atención de la salud en el país.

Este aporte a la comunidad de salud ha sido desarrollado en el marco del funcionamiento del Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud, cuyos miembros han participado como proveedores de información y en la interlocución con los equipos de investigación, buscando generar información y evidencias que sustenten las decisiones. Asimismo, autoridades de las instituciones formadoras, colegios profesionales e instancias reguladoras han contribuido con información y opiniones en los temas de su dominio.

Esperamos que los resultados de estos estudios sean elementos que orienten en el diseño de políticas, la planificación y la regulación de la formación y el ejercicio profesional de los recursos humanos en salud.

ÍNDICE GENERAL

FORMACIÓN DE PREGRADO EN MEDICINA HUMANA, ENFERMERÍA, OBSTETRICIA Y ODONTOLOGÍA. César Lip Lichan. 11

OFERTA DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA HUMANA (ÉNFASIS EN MEDICINA INTEGRAL), ENFERMERÍA, OBSTETRICIA Y ODONTOLOGÍA. César Lip Lichan. 221

OFERTA DE FORMACIÓN DE TÉCNICOS ASISTENCIALES EN SALUD A NIVEL DEL PERÚ Y METODOLOGÍA DE TRABAJO ARTICULADO. Giovanni Escalante Guzman / Manuel León Núñez Vergara. 287

REGULACIÓN EN GRUPOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS A NIVEL DEL SECTOR SALUD. Pablo Augusto Meloni Navarro. 397

César Lip Lichan

FORMACIÓN DE PREGRADO EN MEDICINA HUMANA, ENFERMERÍA, OBSTETRICIA Y ODONTOLOGÍA

Índice

Objetivos del estudio 13
Metodología, técnicas y actividades realizadas 13
Resultados 14

1ª PARTE 15

Capítulo I
Aspectos cuantitativos de la oferta para la formación de Pregrado
en Medicina Humana, Enfermería, Obstetricia y Odontología 17
Anexos 53
Capítulo II
Planes de estudio de las carreras de Medicina, Enfermería,
Obstetricia y Odontología 145
Anexos 159
Capitulo III
Análisis de la asignación de campos clínicos para el estudio
de Pregrado en Medicina Humana, Enfermería Obstetricia y Odontología 167
Capítulo IV
Proceso de acreditación de las Facultades o Escuelas de Formación
de las carreras de Medicina, Enfermería, Obstetricia y Odontología 173
Referencias 185

2ª PARTE 187

Capítulo I
Nudos críticos 189

Objetivos del estudio

Objetivo general

Determinar el estado actual y los puntos críticos en la formación de profesionales de pregrado de Medicina, Enfermería, Obstetricia y Odontología en el país.

Objetivos específicos

1. Determinar las características cuantitativas de la formación de pregrado en las facultades y escuelas de Medicina, Enfermería, Obstetricia y Odontología, según tipo de entidad formadora y ámbito geográfico.
2. Identificar y evaluar la racionalidad de la asignación de los campos clínicos en la formación de las profesiones arriba mencionadas.
3. Identificar la presencia de temas de especial interés para el Ministerio de Salud en los currículos de estudio de Medicina, Enfermería, Obstetricia y Odontología.
4. Identificar las principales razones por las cuales las facultades y escuelas de formación en pregrado de médicos, enfermeras, obstetrices y odontólogos no se han acreditado ante las entidades correspondientes.
5. Identificar los puntos críticos en la formación de pregrado de médicos, enfermeras, obstetrices y odontólogos, estableciendo los temas que deben ser regulados por el IDREH y MINSA.

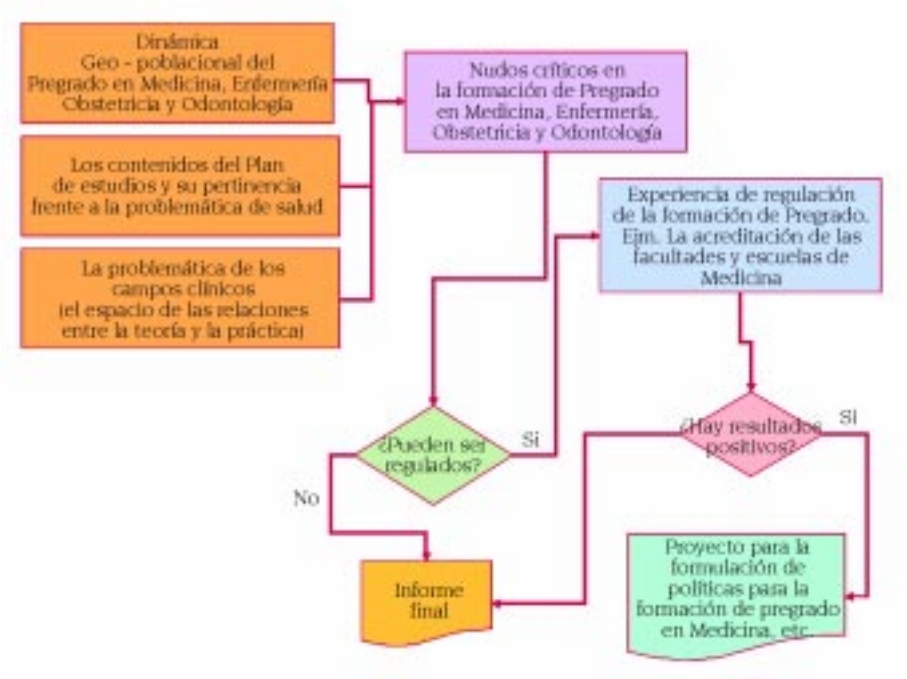
Metodología, técnicas y actividades realizadas

Las metodologías y técnicas finalmente aplicadas, así como las actividades realizadas y algunas de sus características, serán descritas en cada una de las partes que conforman este informe. Los detalles en la descripción de las actividades están orientados únicamente a servir de insumo para la identificación de nudos criticos, a los que el consultor debe enfrentarse al formular una propuesta para la realización de estudios multicéntricos.

Resultados

Los resultados de la investigación se presentarán siguiendo el orden establecido en los objetivos específicos. Entonces, la primera parte consta de cuatro capítulos, y cada uno de ellos responde a los cuatro primeros objetivos específicos. La segunda parte corresponde al quinto objetivo específico.

La organización de la presentación es la siguiente:



FORMACIÓN DE PREGRADO EN MEDICINA HUMANA, ENFERMERÍA, OBSTETRICIA Y ODONTOLOGÍA

1ª PARTE

Capítulo 1

ASPECTOS CUANTITATIVOS DE LA OFERTA PARA LA FORMACIÓN DE PREGRADO EN MEDICINA HUMANA, ENFERMERÍA, OBSTETRICIA Y ODONTOLOGÍA

En esta sección se describen las características generales de las instituciones formadoras de profesionales en Medicina, Enfermería, Obstetricia y Odontología. La información fue obtenida de la Dirección de Estadística de la Asamblea Nacional de Rectores (ANR). El periodo de estudio comprende los años 1993 a 2003. Las facultades y escuelas de todo el país remiten la información a la ANR. Según los responsables de la Dirección de Estadística de ésta, las facultades y escuelas envían los datos requeridos de manera discontinua e incluso incompleta. Este fenómeno es común a las facultades y escuelas de todas las carreras estudiadas.

Las universidades que ofrecían formación de pregrado en Medicina, Enfermería, Obstetricia y Odontología, al finalizar el año 2003, eran:

Tabla 1 Datos generales de las facultades y escuelas de formación de pregrado

	Carreras				Total
Datos generales	**Medicina**	**Enfermería**	**Obstetricia**	**Odontología**	
- Universidades nacionales	16	25	11	10	62
- Universidades privadas	12	19	14	11	58
Total	28	44	25	21	**118**

Los datos de las facultades y escuelas se presentarán y analizarán utilizando los siguientes criterios que se muestran en la Tabla 2:

Tabla 2 Criterios de análisis de las características de la formación

Carreras	Aspectos	Componentes
Medicina Enfermería Obstetricia Odontología	**a. Facultades y escuelas**	1. Número de facultades y escuelas 2. Afiliación de las facultades y escuelas según tipo de propiedad de la universidad 3. Distribución de las facultades y escuelas en el territorio nacional
	b. Alumnos	1. Datos demográficos · Número de vacantes · Número de ingresantes · Número de matriculados · Número de egresados · Número de titulados 2. Relaciones numéricas · Vacantes/ingresantes/matriculados, por carrera, por tipo de propiedad de la universidad y por región. · Egresados/titulados, por carrera, por tipo de propiedad de la universidad y por región. 3. Tendencias y proyecciones comparativas de las variables en el periodo 1993-2003 por regiones
	c. Docentes	1. Personal docente según tipo (ordinarios vs. contratados) 2. Personal docente según tipo de universidad (ordinarios vs. contratados) 3. Personal docente según macroregión (ordinarios vs. contratados)

1. Medicina humana

1.1 Facultades y escuelas

- Número de facultades y escuelas

Al finalizar el 2003, existían 26 facultades y 2 escuelas de Medicina en el Perú. Sus nombres y distribución, según región y universidad, se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3 Universidades y facultades de Medicina según región

Departamento	Universidad	Nominación
ANCASH	1. Universidad Privada San Pedro	Facultad de Medicina Humana
AREQUIPA	2. Universidad Católica de Santa María	Facultad de Medicina
	3. Universidad Nacional de San Agustín	Facultad de Medicina
CAJAMARCA	4. Universidad Nacional de Cajamarca	Facultad de Medicina Humana
CUSCO	5. Universidad Nacional de San Antonio Abad	Facultad de Medicina Humana
HUÁNUCO	6. Universidad Nacional Hermilio Valdizán	Facultad de Medicina Humana y Psicología
ICA	7. Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica	Facultad de Medicina Humana Daniel Alcides Carrión
JUNÍN	8. Universidad Nacional del Centro del Perú 9. Universidad Peruana Los Andes	Facultad de Medicina Humana Facultad de Ciencias de la Salud
LA LIBERTAD	10. Universidad Cesar Vallejo 11. Universidad Nacional de Trujillo 12. Universidad Privada Antenor Orrego	Facultad de Ciencias Médicas Facultad de Medicina Facultad de Medicina Humana
LAMBAYEQUE	13. Universidad Particular de Chiclayo 14. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo	Facultad de Medicina Facultad de Medicina Humana
LIMA	15. Universidad Científica del Sur 16. Universidad de San Martín de Porres 17. Universidad Nacional Federico Villarreal 18. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión 19. Universidad Nacional Mayor de San Marcos 20. Universidad Peruana Cayetano Heredia 21. Universidad Privada San Juan Bautista 22. Universidad Ricardo Palma	Escuela Profesional de Medicina Humana Facultad de Medicina Humana Facultad de Medicina Hipólito Unanue Facultad de Medicina Humana Facultad de Medicina San Fernando Facultad de Medicina Alberto Hurtado Escuela Profesional de Medicina Humana Facultad de Medicina Humana
LORETO	23. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana	Facultad de Medicina "Rafael Donayre Rojas"
PIURA	24. Universidad Nacional de Piura	Facultad de Medicina Humana

Departamento	Universidad	Nominación
PUNO	25. Universidad Nacional del Altiplano	Facultad de Ciencias de la Salud
PUCALLPA	26. Universidad Nacional de Ucayali	Facultad de Ciencias de la Salud
TACNA	27. Universidad Privada de Tacna 28. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann	Facultad de Medicina Humana Facultad de Ciencias Médicas

- Afiliación de las facultades y escuelas según tipo de propiedad de la universidad

***Gráfico* 1**

En Perú, 16 de las 28 (57 %) facultades o escuelas que ofertan estudios profesionales en Medicina pertenecen a universidades nacionales y 12 (43 %) pertenecen a universidades privadas (Anexo 1–1).

- Distribución de las facultades y escuelas en el territorio nacional

Existen facultades o escuelas de Medicina en 15 de las 24 regiones del país. Ellas se encuentran ausentes en Tumbes, Amazonas, San Martín, Huancavelica, Apurímac, Moquegua y Madre de Dios (Anexo 1–2).

***Tabla* 4 Distribución de las facultades y escuelas de Medicina por tipo de propiedad y macroregión**

Macroregión	Nacionales	Privadas	Total
Norte	4	4	**8**
Lima	3	5	**8**
Centro	4	1	**5**
Sur	5	2	**7**
Total	16	12	**28**

En la distribución porcentual y gráfica de las facultades y escuelas de formación en Medicina se encuentra cierta homogeneidad en la distribución en las macroregiones Lima y Norte, mientras que en las macroregiones Centro y Sur se observa que las universidades nacionales superan en más del 100 % a las privadas (ver mapa).

Mapa de distribución por región de las facultades de Medicina

1.2 Alumnos

1.2.1 *Vacantes, ingresantes, matriculados, egresados y titulados*

En el Anexo 2 se presenta una base de datos con información obtenida de las variables universitarias de la oferta de formación de pregrado en Medicina. Contiene igualmente una base de datos por tipo de propiedad de la oferta.

- Vacantes

Al analizar la oferta de formación en Medicina en el periodo 1993 a 2003, se observa que el número de vacantes ofertadas para la carrera de Medicina fue 1224 en el año 1993, alcanzando

su valor más alto 3075 en 1998. En el año 2003 se reportaron 2665 vacantes. La oferta en Medicina ha registrado un crecimiento variable de 2,18, equivalente a 1441 vacantes ofertadas en el periodo estudiado (Anexo 3–1).

Asimismo, en el periodo estudiado, la oferta de vacantes casi se ha cuadruplicado en las universidades privadas, con un valor inicial de 627 en 1993 y alcanzando el valor final de 1887 en el 2003. En las universidades nacionales, después de un periodo de mantenimiento entre 1993 y 1997, se incrementó el número de vacantes ofrecidas entre 1998 y 1999 y volvió a disminuir hasta casi su valor inicial en el año 2003, brindando aproximadamente 780 vacantes (Anexo 3–2).

- Ingresantes

A inicios del periodo los ingresantes a escuelas y facultades de Medicina sumaban aproximadamente 1800 personas; esta cantidad creció casi en 1000, alcanzando el valor de 2811 en el año 2003. Al igual que en el caso de las vacantes, el punto máximo se registró en el año 1998, cuando se reportó casi 2900 ingresantes. Es decir, el número de ingresantes a Medicina creció en 1,55 en el periodo estudiado (Anexo 3–3).

En el caso de las universidades nacionales, el número de ingresantes ha disminuido desde 998 en el año 1993, hasta 774 en el año 2003, teniendo como punto máximo el año 2000 con 1249 ingresantes. Sin embargo, en las universidades privadas el rango de ingresantes fue de 810 a 2037 (Anexo 3–4).

- Matriculados

Esta característica de la oferta es la más homogénea, con un número inicial de matriculados de 12 164 en 1993 y 14 334 en el año 2003. Esto demuestra que una vez que los jóvenes han ingresado a la especialidad, se esfuerzan por mantenerse estudiando esta carrera (Anexo 3–5).

Sorprendentemente el número de matriculados en universidades nacionales durante el año 1993 es casi equivalente a este mismo número en universidades privadas en el año 2003. Un dato relevante es observado en el año 1995, donde solo se reportaron 579 matriculados en universidades privadas, la menor cifra del periodo estudiado (Anexo 3–6)

- Egresados

En cuanto a los egresados de Medicina, en 1993 se reportaron 983 en comparación con 1165 en el año 2003, observándose un crecimiento variable de 1,18. El punto menor se reportó en el 2001 con solo 552 egresados (Anexo 3–7).

El menor número de egresados (88) se reportó en las universidades privadas, casi la cifra más baja del periodo estudiado.

En líneas generales, en el año 2003 han egresado 631 estudiantes de las universidades privadas y 534 de universidades nacionales. Esta es una de las cantidades más altas del periodo

estudiado y se prevé que se mantendrá una tendencia equivalente o creciente con el paso de los años (Anexo 3–8).

- Número de titulados

El número de titulados ha registrado un comportamiento generalmente creciente en el periodo de estudio. En 1993 se reportaron 951 titulados como médico-cirujanos y 1238 en el 2003. Esto significa un crecimiento de 1,30. Asimismo, en los años 1996 y 2001 se registraron las menores cantidades de titutlados (Anexos 3–9 y 3–10).

1.2.2 *Relaciones entre vacantes, ingresantes, egresados y titulados*

- Vacantes/ingresantes, por tipo de propiedad de la universidad y por macroregión.
- Egresados/titulados, por tipo de propiedad de la universidad y por macroregión.

Tabla 5 Relaciones entre vacantes, ingresantes, egresados y titulados por tipo de propiedad de la universidad

AÑOS	VARIABLES	TIPO		TOTAL
		Nacional	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

AÑOS	VARIABLES	TIPO		TOTAL
		Nacional	Privada	
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
2003	Vacantes/ingresantes	781 / 774	1884 / 2037	2665 / 2811
	Egresados/titulados	534 / 570	631 / 668	1165 / 1238

* Fuente: Diccionario de alumnos (Anexo 4–1).

Tabla 6 Relaciones entre vacantes, ingresantes, egresados y titulados por macroregión

AÑOS	VARIABLES	TIPO				TOTAL
		Norte	Centro	Sur	Lima	
1993	Vacantes/ingresantes	173 / 169	20 / 86	204 / 487	827 / 1066	1224 / 1808
	Egresados/titulados	123 / 119	18 / 13	138 / 126	704 / 693	983 / 951
1994	Vacantes/ingresantes	133 / 130	32 / 104	510 / 483	744 / 838	1419 /1555
	Egresados/titulados	127 / 113	8 / 9	129 / 276	514 / 536	778 / 934
1995	Vacantes/ingresantes	146 / 149	80 / 81	338 / 411	782 / 864	1346 / 1505
	Egresados/titulados	128 / 150	17 / 8	224 / 204	453 / 543	822 / 905
1996	Vacantes/ingresantes	713 / 695	281 / 277	443 / 540	1145 / 1091	2582 / 2603
	Egresados/titulados	126 / 11	18 / 20	216 / 213	276 / 276	636 / 620
1997	Vacantes/ingresantes	383 / 258	342 / 342	439 / 509	1113 / 1114	2277 / 2223
	Egresados/titulados	160 / 151	10 / 11	173 / 98	789 / 753	1132 / 1013
1998	Vacantes/ingresantes	473 / 317	420 / 446	632 / 701	1550 / 1454	3075 / 2918
	Egresados/titulados	153 / 138	35 / 12	246 / 222	677 / 686	1111 / 1058
1999	Vacantes/ingresantes	542 / 431	287 / 350	230 / 329	1616 / 1619	2675 / 2729
	Egresados/titulados	63 / 62	86 / 28	105 / 231	671 / 657	925 / 978
2000	Vacantes/ingresantes	628 / 503	280 / 324	321 / 355	1461 / 1497	2690 / 2679
	Egresados/titulados	192 / 185	17 / 47	119 / 134	460 / 777	788 / 1143

AÑOS	VARIABLES	TIPO				TOTAL
		Norte	Centro	Sur	Lima	
2001	Vacantes/ingresantes	332 / 448	212 / 318	216 / 210	1224 / 1298	1984 / 2274
	Egresados/titulados	32 / 32	16 / 21	323 / 336	181 / 409	552 / 798
2002	Vacantes/ingresantes	722 / 720	105 / 129	440 / 475	988 / 989	2255 / 2313
	Egresados/titulados	286 / 244	106 / 90	480 / 453	324 / 701	1196 / 1488
2003	Vacantes/ingresantes	868 / 820	146 / 157	403 / 415	1248 / 1419	2665 / 2811
	Egresados/titulados	311 / 394	65 / 62	231 / 236	558 / 546	1165 / 1238

* Fuente: Diccionario de alumnos (Anexo 4–1).

Los gráficos representativos de estas relaciones numéricas se muestran en los Anexos 3–11 y 3–12.

1.2.3 *Tendencias y proyecciones comparativas de las variables por regiones en el periodo* 1993-2003

- Vacantes

Las cuatro macrorregiones han tenido un crecimiento superior al 100 % del número de vacantes ofertadas en Medicina entre 1993 y 2003. En la macroregión Norte, el crecimiento tuvo un índice de 5,01 veces, en la macroregión Centro de 7,3 veces, en la macroregión Sur de 1,95 veces y en la macroregión Lima de 1,5 veces. La macroregión Centro continúa siendo la que ofrece menos vacantes, pero es la que más crecimiento ha experimentado en el periodo estudiado (Anexo 3–13).

- Ingresantes

Todas las macrorregiones han tenido un crecimiento mayor al 100 % en el número de ingresantes a Medicina entre 1993 y 2003. Solo en la macroregión Sur no se registró crecimiento; por el contrario se observó disminución con un índice de 0,82 veces. El mayor crecimiento corresponde a la macroregión Norte, con un índice de 4,85 veces. El índice de crecimiento en la macroregión Centro fue 1,82 veces y en la macroregión Lima fue 1,33 veces (Anexo 3–14).

- Matriculados

En el caso de los alumnos matriculados, se observa crecimiento en todas las macrorregiones entre 1993 y 2003. La macroregión Norte tiene un índice de 2,35 veces, la macroregión Centro de 3,23 veces y la macroregión Lima de 1,25 veces. Sin embargo, la macroregión Sur mostró un índice de disminución de 0,52, por lo que se cuestionan la estabilidad de la oferta y demanda en la carrera de Medicina en esa macroregión (Anexo 3–15).

- Egresados

Se observa en general crecimiento de los egresados entre 1993 y 2003. En la macroregión Norte se registra un índice de crecimiento de 2,52 veces, en la macroregión Centro de 3,61 veces y en la macroregión Sur de 1,67. Solo en la macroregión Lima se señala una disminución entre los años, con un índice de tendencia negativa de 0,79 (Anexo 3–16).

- Titulados

Entre los titulados, comparando los datos de los años 1993 y 2003, se observa en general un aumento. En la región Norte se registra un índice de crecimiento de 3,31 veces, en la macroregión Centro un índice de 4,73 y en la macroregión Sur un índice de 1,87 veces. En Lima se nota un comportamiento distinto, con un índice de disminución de 0,79 veces en el periodo observado (Anexo 3–17).

1.3 Docentes

En el análisis de datos de los docentes se ha encontrado situaciones más difíciles puesto que la mayoría de universidades reportan datos globales por facultad, sin disgregarlos en las carreras componentes. Por ello en algunos casos se señalan datos compartidos en las carreras de Medicina, Enfermería, Obstetricia y Odontología. La base de datos sobre los docentes de todas las carreras se encuentra en el Diccionario de docentes de Medicina (Anexo 4–2).

La información sobre los docentes se analizó tomando en cuenta las categorías "docente contratado" y "docente ordinario" durante el periodo 1993–2003.

1.3.1 *Personal docente según tipo (ordinarios vs. contratados)*

Los datos señalan que a nivel nacional se mantiene un número mayor de docentes ordinarios frente a los contratados. Además se observa una tendencia creciente en el número en general, sin importar el tipo de docente (Anexo 5–1).

1.3.2 *Personal docente según tipo de universidad (ordinarios vs. contratados)*

En las universidades nacionales se observa una tendencia a mantener un número promedio estable de docentes ordinarios y contratados, aunque en general se nota un número mayor de docentes ordinarios, guardando la proporción indicada por sus necesidades (Anexo 5–2). Contrariamente, hacia el año 1998 se registra en las universidades privadas una disminución de docentes ordinarios hasta números mínimos y luego un crecimiento hacia el final del periodo, en el año 2003. Además, se observa que el número de docentes contratados muestra una tendencia creciente. En todo momento se mantiene mayor el número de docentes contratados frente al número de docentes ordinarios (Anexo 5–3).

1.3.3 *Personal docente según macroregión (ordinarios vs. contratados)*

A lo largo del tiempo, en las regiones Norte, Centro y Lima destaca un número mayor de docentes ordinarios. Esta tendencia se mantiene proporcional con excepción del año 1993,

cuando se ve mayor número de docentes contratados versus ordinarios en la macroregión Norte.

Entre los años 1993 y 1997 (y 1999) se observa en la macroregión Sur una mayor proporción de docentes ordinarios, sin embargo, a partir del año 1998, el número de docentes contratados creció considerablemente en desmedro de los ordinarios (Anexos 5–4, 5–5, 5–6 y 5–7,).

1.3.4. *Personal docente contratado y ordinario durante el periodo* 1993-2003

Se observa de modo general que el número de docentes aumentó considerablemente en el periodo estudiado; por ejemplo en 1993 se registraron 702 docentes contratados y 2189 en el 2003. Asimismo, el número de docentes ordinarios creció de 2041 a 2616 entre 1993 y 2003. A lo largo del tiempo, y en líneas generales, se observa una mayor proporción de docentes ordinarios (Anexo 5–8).

2. Enfermería

2.1 Facultades y escuelas

- Número de facultades y escuelas

Al momento de la investigación se contabilizaron 18 facultades y 26 escuelas de Enfermería a nivel nacional. El listado según universidad y macroregión se muestra en la Tabla 7.

Tabla 7 Universidades y facultades de Enfermería según macroregión

Región	Universidad	Nominación
AMAZONAS	1. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza	Facultad de Ciencias de la Salud
ANCASH	2. Universidad Autónoma de los Ángeles (U. de Chimbote)	Escuela Profesional de Enfermería
	3. Universidad Nacional del Santa	Escuela Profesional de Enfermería
	4. Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo	Escuela Profesional de Enfermería
	5. Universidad Privada San Pedro	Escuela Profesional de Enfermería
APURÍMAC	6. Universidad Tecnológica de los Andes	Facultad de Ciencias de la Salud
AREQUIPA	7. Universidad Católica de Santa María	Facultad de Enfermería
	8. Universidad Nacional de San Agustín	Facultad de Enfermería
AYACUCHO	9. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga	Facultad de Enfermería

Región	Universidad	Nominación
CAJAMARCA	10. Universidad Nacional de Cajamarca	Escuela de Enfermería
CUZCO	11. Universidad Andina del Cuzco	Carrera Profesional de Enfermería
	12. Universidad Nacional de San Antonio Abad	Facultad de Enfermería
HUANCAVELICA	13. Universidad Nacional de Huancavelica	Facultad de Enfermería
HUÁNUCO	14. Universidad de Huánuco	Escuela Profesional de Enfermería
	15. Universidad Nacional Hermilio Valdizán	Facultad de Enfermería
ICA	16. Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica	Facultad de Enfermería
JUNÍN	17. Universidad Nacional del Centro del Perú	Facultad de Enfermería
	18. Universidad Peruana Los Andes	Escuela Profesional de Enfermería
LA LIBERTAD	19. Universidad Nacional de Trujillo	Facultad de Enfermería
	20. Universidad Privada Antenor Orrego	Escuela de Enfermería
LAMBAYEQUE	21. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo	Carrera Profesional de Enfermería
	22. Universidad Particular de Chiclayo	Escuela Profesional de Enfermería
	23. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo	Facultad de Enfermería
LIMA	24. Universidad Alas Peruanas	Escuela Profesional de Enfermería
	25. Universidad de San Martín de Porres	Escuela de Enfermería
	26. Universidad Inca Garcilaso de la Vega	Facultad de Enfermería
	27. Universidad Nacional del Callao	Facultad de Ciencias de la Salud
	28. Universidad Nacional Federico Villarreal	Escuela de Enfermería
	29. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión	Escuela de Enfermería
	30. Universidad Nacional Mayor de San Marcos	Escuela de Enfermería
	31. Universidad Norbert Wiener	Facultad de Enfermería
	32. Universidad Peruana Cayetano Heredia	Facultad de Enfermería
	33. Universidad Peruana Unión	Facultad de Enfermería
	34. Universidad Privada San Juan Bautista	Escuela Profesional de Enfermería
	35. Universidad Ricardo Palma	Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza y Escuela de Enfermería San Felipe (Escuelas afiliadas)

Región	Universidad	Nominación
LORETO	36. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana	Facultad de Enfermería
PASCO	37. Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión	Facultad de Enfermería
PIURA	38. Universidad Nacional de Piura	Escuela Profesional de Enfermería
PUNO	39. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez	Escuela Profesional de Enfermería
	40. Universidad Nacional del Altiplano	Facultad de Enfermería
PUCALLPA	41. Universidad Nacional de Ucayali	Escuela de Enfermería
SAN MARTÍN	42. Universidad Nacional de San Martín	Escuela Profesional de Enfermería
TACNA	43. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann	Facultad de Enfermería
TUMBES	44. Universidad Nacional de Tumbes	Facultad de Ciencias de la Salud

* La Universidad Particular de Ciencias y Tecnología de Ica fue cesada en el año 2002 por Ley 2777
** La Universidad Femenina del Sagrado Corazón dejó en receso temporal el Programa Académico de Enfermería según Acuerdo del Consejo Universitario, sesión N.º 438 del 10-12-1997, y Resolución Rectoral N.º 170-97-CU.
***La Universidad Privada Juan XXIII fue clausurada por Resolución del CONAFU en el 2001.

- Afiliación de las facultades y escuelas según tipo de propiedad de la universidad

En el Perú, existen 25 facultades o escuelas que ofrecen la carrera de Enfermería en universidades nacionales y 19 facultades que ofertan esta carrera en universidades privadas (Anexo 6–1).

***Gráfico* 2**

El 57 % de la oferta se concentra en las universidades nacionales y 43 % en universidades privadas. Esto es una señal de la gran demanda que tiene esta carrera. Es la que presenta más

oferta en ambos tipos de universidades, con el doble de entidades que ofrecen servicios educativos en este rubro.

- Distribución de las facultades y escuelas en el territorio nacional

La distribución de la oferta de formación en Enfermería es medianamente homogénea, habiendo más universidades nacionales que privadas que ofertan la formación de pregrado en esta carrera (Ver Anexo 6–2).

Tabla* 8 *Distribución de facultades y escuelas de* Enfermería *por regiones

Región	Nacionales	Privadas	Total
Norte	7	5	**12**
Lima	4	8	**12**
Centro	7	3	**10**
Sur	7	3	**10**
Total	25	19	**44**

En la distribución porcentual y gráfica de las facultades y escuelas de formación en Enfermería se observa cierta representación de las universidades nacionales en las regiones Norte, Centro y Sur. Solo en Lima, la oferta de las universidades privadas duplica la de las universidades nacionales. Por tanto, la oferta de formación en pregrado en Enfermería, al igual que Medicina, se encuentra centralizada en Lima, y con mayor énfasis en las universidades privadas (Anexos 6–3 y 6–4).

2.2 Alumnos

En el Anexo 7 se presenta la base de datos que contiene la información obtenida de las variables universitarias de la oferta de formación de pregrado en Enfermería. Contiene igualmente, una base de datos por tipo de propiedad de la universidad.

2.2.1 *Vacantes, ingresantes, matriculados y titulados*

- Vacantes

El número de vacantes en la carrera de Enfermería fue 2545 en el año 1993, llegando hasta 4890 al final del periodo estudiado. La oferta en Enfermería ha tenido un crecimiento variable de 2345 vacantes, mostrando un índice de crecimiento de 1,92 vacantes en el periodo estudiado (Anexo 8–1).

Las universidades privadas incrementaron fuertemente la oferta de vacantes para la formación en Enfermería, alcanzando el pico más alto en el año 2003 con 3126 vacantes, mientras que las

universidades nacionales han mantenido una tendencia media constante, con un valor promedio de 1400 vacantes ofertadas (Anexo 8–2).

- Ingresantes

Al inicio del periodo de estudio se registraron 2844 ingresantes y al final se contabilizaron 4787. Esto muestra una tendencia creciente de 1943, con un índice de crecimiento de 1,68 ingresantes en el periodo estudiado (Anexo 8–3).

Esta tendencia creciente de ingresantes se refleja tanto en universidades nacionales como privadas, sin embargo las últimas lograron captar 3010 ingresantes en el año 2003, un número que casi duplica a su par nacional y a las cifras reportadas por universidades nacionales y extranjeras en otros años (Anexo 8–4).

- Número de matriculados

En el caso de los alumnos matriculados, se encuentra una tendencia creciente variable, con picos negativos en los años 1995 y 2001, y recuperación de la tendencia en el año siguiente. En el año 1993 se registraron 11 899 matriculados y 14 781 en el 2003, esto nos da un aumento de 2882, con un índice de crecimiento de 1,24 en el periodo estudiado. El pico más alto se registró en el año 1999 en una universidad nacional, y en el 2003 en las universidades privadas (Anexo 8–5)

La mayoría de matriculados en esta carrera pertenece a universidades nacionales, donde el costo de la carrera es menor. En cambio, en las universidades privadas, el comportamiento ha fluctuado entre valores altos y otros bajos, pero nunca ha alcanzado a las nacionales (Anexo 8–6).

- Número de egresados

La mayoría de egresados de Enfermería muestra un comportamiento promedio, con el valor más alto (2219) en el año 1998, y el valor más bajo (787) en el año 2001. En los extremos del periodo estudiado se observaron los valores de 987 (1993) y 1617 (2001) (Anexo 8–7).

En todos los años observados, han egresado más alumnos de universidades nacionales que de universidades privadas. Asimismo, luego de unos años de disminución, la tendencia de las universidades privadas es de proyección alta (Anexo 8–8).

- Número de titulados

Los titulados han tenido un comportamiento homogéneo, pues se mantienen alrededor de 1500, con un valor mínimo de 774 en el año 2001 y un valor máximo de 2048 en el año 1998 (Anexo 8–9).

En las universidades nacionales se titulan más alumnos, llegando incluso a duplicar la cantidad de egresados de las universidades privadas. En los años 1998 y 2002 se observaron los valores más altos del periodo, correspondiente a universidades nacionales, y el más bajo se presentó el año 2001, proveniente de universidades privadas (Anexo 8–10).

2.2.2 *Relaciones entre vacantes, ingresantes, egresados y titulados*

- Vacantes/ingresantes, por tipo de propiedad de la universidad y por región.
- Egresados/titulados, por tipo de propiedad de la universidad y por región.

Tabla 9 Relaciones entre vacantes, ingresantes, egresados y titulados según tipo de propiedad de la universidad

AÑOS	VARIABLES	TIPO		TOTAL
		Nacional	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 / 456	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 / 2757
	Egresados/titulados	1320 / 1060	487 / 491	1807 / 1551
1998	Vacantes/ingresantes	1675 / 1531	2097 / 1172	3772 / 2703
	Egresados/titulados	1458 / 1339	761 / 709	2219 / 2048
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: Diccionario de alumnos (Anexo 9–1).

Tabla 10 Relaciones entre vacantes, ingresantes, egresados y titulados según macroregión

AÑOS	VARIABLES	TIPO				TOTAL
		Norte	Centro	Sur	Lima	
1993	Vacantes/ingresantes	359 / 367	88 / 214	939 / 1087	1159 / 1176	2545 / 2844
	Egresados/titulados	212 / 239	190 / 127	241 / 298	344 / 738	987 / 1402
1994	Vacantes/ingresantes	313 / 217	310 / 428	743 / 754	1489 / 1100	2855 / 2499
	Egresados/titulados	204 / 252	283 / 234	265 / 323	674 / 677	1426 / 1486
1995	Vacantes/ingresantes	474 / 371	394 / 420	760 / 771	987 / 1014	2615 / 2499
	Egresados/titulados	212 / 182	200 / 280	380 / 299	670 / 672	1462 / 1433
1996	Vacantes/ingresantes	818 / 459	401 / 406	889 / 924	1037 / 986	3145 / 2775
	Egresados/titulados	255 / 145	247 / 221	401 / 468	1042 / 852	1945 / 1686
1997	Vacantes/ingresantes	369 / 308	732 / 498	827 / 892	1139 / 1059	3067 / 2757
	Egresados/titulados	230 / 178	242 / 250	452 / 267	883 / 856	1807 / 1551
1998	Vacantes/ingresantes	547 / 453	712 / 403	987 / 824	1526 / 1023	3772 / 2703
	Egresados/titulados	234 / 265	256 / 307	592 / 473	1137 / 1003	2219 / 2048
1999	Vacantes/ingresantes	562 / 318	439 / 345	720 / 715	1406 / 1029	3127 / 2407
	Egresados/titulados	153 / 128	199 / 270	458 / 482	654 / 1009	1464 / 1889
2000	Vacantes/ingresantes	724 / 546	535 / 471	620 / 611	1276 / 973	3155 / 2601
	Egresados/titulados	435 / 335	253 / 251	599 / 551	339 / 389	1626 / 1526
2001	Vacantes/ingresantes	465 / 464	431 / 265	518 / 492	1260 / 958	2674 / 2179
	Egresados/titulados	91 / 130	110 / 155	367 / 289	219 / 200	787 / 774
2002	Vacantes/ingresantes	1350 / 885	718 / 554	862 / 828	1271 / 1377	4201 / 3644
	Egresados/titulados	369 / 369	239 / 249	504 / 530	421 / 527	1533 / 1675
2003	Vacantes/ingresantes	1503 / 1470	785 / 649	707 / 801	1895 / 1867	4890 / 4787
	Egresados/titulados	244 / 312	249 / 299	466 / 411	658 / 738	1617 / 1760

* Fuente: Diccionario de alumnos (Anexo 9–1).

Estas relaciones se presentan de manera gráfica en los Anexos 8–11 y 8–12).

2.2.3 *Tendencias y proyecciones comparativas de las variables por regiones durante el periodo* 1993-2003

- Vacantes

Se observa en general un número mayor de vacantes en el año 2003 en las regiones Norte, Centro y Lima. Llama la atención el gran aumento de vacantes ofertadas en la macroregión Centro.

Es evidente también que la macroregión Lima sigue manteniendo la primacía de oferta de servicios educativos en Enfermería, con un índice de crecimiento de 1,63, seguida por la macroregión Norte (índice igual a 4,18), la macroregión Centro (índice igual a 8,9) y finalmente la macroregión Sur con un índice de 0,75 vacantes.

Esta situación contrasta con el año 1993, cuando la primacía la tuvo Lima seguida por la macroregión Sur, la macroregión Norte y la macroregión Centro. En líneas generales la macroregión Sur ha constreñido su oferta de servicios educativos (Anexo 8–13).

- Ingresantes

El mayor número de ingresantes se registra en Lima, con un índice de 1,58, seguido por la macroregión Norte con un índice de 4,0, luego sigue la macroregión Sur con un índice de 0,73 y la macroregión Centro con un índice de 0,3.

Igualmente, la demanda de Enfermería disminuyó en la macroregión sur, manteniéndose en aumento en las otras regiones (Anexo 8–14).

- Matriculados

En el año 1993, la macroregión Sur registró la mayor cantidad de matriculados, liderando la captura de nuevos estudiantes para la carrera de Enfermería. Esta tendencia se mantiene hasta el momento actual, aunque casi ha sido desplazada por Lima, seguida por la macroregión Norte. En general, todas las macroregiones han aumentado el registro de nuevos estudiantes menos la macroregión Sur (Anexo 8–15).

- Egresados

La mayoría de egresados de la carrera de Enfermería se encuentran concentrados en Lima, igualmente presumimos que esto incluye traslados hacia universidades de la capital del país y para obtener más experiencia de campo.

Todas las regiones han aumentado el número de egresados (Anexo 8–16). En este caso el mayor número lo registra Lima, seguido de la macroregión Sur, mientras que las macroregiones Centro y Norte tienen registros muy similares.

- Titulados

La mayoría de ex alumnos titulados son de Lima, y sorprendentemente registran los mismos valores en 1993 y 2003.

Asimismo, se observa que todas las regiones han manifestado una tendencia creciente a la titulación, a pesar de los trámites y el desembolso económico que esto implica. En primer lugar se encuentra Lima con 738 titulados, seguida por la macroregión Sur con 411, la macroregión Norte con 312, y finalmente la macroregión Centro con 299 (Anexo 8–17).

2.3 Docentes

Para el análisis de los datos de docentes se aplicó el mismo criterio que en Medicina. La base de datos sobre los docentes de todas las carreras se encuentra en el Diccionario de docentes de Enfermería (Anexo 9–2). Los datos generales de los docentes se analizaron tomando en cuenta las categorías "docente contratado" y "docente ordinario" durante el periodo 1993–2003.

2.3.1 *Personal docente según tipo (ordinarios vs. contratados)*

A nivel nacional, en la oferta para la formación de pregrado en Enfermería se mantiene un número mayor de docentes ordinarios versus contratados. Además se observa una tendencia a mantener un número promedio mínimo de docentes en general, sin importar el tipo, a lo largo de los años (Anexo 10–1).

2.3.2 *Personal docente según tipo de universidad (ordinarios vs. contratados)*

Considerando el tipo de universidad que ofrece formación en Enfermería, podemos observar una tendencia a mantener un número promedio de docentes ordinarios y contratados en las universidades nacionales a lo largo del periodo estudiado. En general se nota un número mayor de docentes ordinarios versus contratados en las universidades nacionales, guardando la proporción indicada por sus recursos (Anexo 10–2).

Contrariamente a esto, hacia el año 1995, en las universidades privadas se ha reportado una disminución de docentes ordinarios para reducir al mínimo posible los gastos de la universidad (hacia el año 1995). Sin embargo el número de docentes contratados muestra una tendencia sosteniblemente creciente. Casi en todo momento se mantiene mayor el número de docentes contratados versus el número de docentes ordinarios (Anexo 10–3).

2.3.3 *Personal docente según macroregión (ordinarios vs. contratados)*

Se observa un número mayor de docentes ordinarios versus contratados en las regiones Norte, Centro y Sur a lo largo del tiempo. Es en Lima donde se registra un número mayor, casi el doble de docentes contratados, y sobretodo en los últimos siete años.

En los años 1994 y 1996 se reportó un mayor número de docentes ordinarios versus contratados; sin embargo la tendencia se revirtió (Anexos 10–4, 10–5, 10–6, 10–7).

2.3.4 *Personal docente contratado y ordinario durante el periodo* 1993-2003

En general, el número de docentes en Enfermería se mantiene casi igual a lo largo del periodo estudiado.

Asimismo, en líneas generales se ha mantenido estable la mayor proporción de docentes ordinarios, aunque esto no se ve reflejado necesariamente en una revisión global de los datos (Anexo 10–8).

3. Obstetricia

3.1 Facultades y escuelas

- Número de facultades y escuelas

Al momento de la investigación se contabilizaron 6 facultades y 19 escuelas de Obstetricia a nivel nacional.

Tabla 11 Universidades y facultades de formación en Obstetricia según región

Región	Universidad	Nominación
ANCASH	1. Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo	Escuela Académico Profesional de Obstetricia
	2. Universidad Privada San Pedro	Escuela Profesional de Obstetricia
	3. Universidad Autónoma Los Ángeles (U. de Chimbote)	Facultad Ciencias de la Salud y Escuela Profesional de Obstetricia
AREQUIPA	4. Universidad Católica Santa María - Arequipa	Facultad de Obstetricia y Puericultura
AYACUCHO	5. Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga	Facultad de Obstetricia
CAJAMARCA	6. Universidad Nacional de Cajamarca	Escuela Académico Profesional de Obstetricia
CUZCO	7. Universidad Andina del Cuzco	Departamento Académico de Obstetricia
HUANCAVELICA	8. Universidad de Huancavelica	Escuela Académica Profesional de Obstetrica
HUANUCO	9. Universidad Nacional Hermilio Valdizán	Facultad de Obstetricia
	10. Universidad de Huánuco (ex Privada Victor Andrés Belaúnde Huánuco)	Escuela Académica Profesional de Obstetricia

Región	Universidad	Nominación
JUNÍN	11. Universidad Peruana Los Andes	Carrera Profesional de Obstetricia
LA LIBERTAD	12. Universidad Privada Antenor Orrego	Escuela Profesional de Obstetricia
	13. Universidad Privada César Vallejo	Escuela Académica Profesional de Obstetricia y Nutrición
LAMBAYEQUE	14. Universidad Particular de Chiclayo	Escuela Profesional de Obstetricia
LIMA	15. Universidad Nacional Mayor de San Marcos	Escuela Académica Profesional de Obstetricia
	16. Universidad de San Martín de Porres	Facultad de Obstetricia y Enfermería
	17. Universidad Federico Villarreal	Escuela Profesional de Obstetricia
	18. Universidad Norbert Wiener	Facultad de Obstetricia
LORETO	19. Universidad Particular de Iquitos	Escuela Profesional de Obstetricia
MOQUEGUA	20. Universidad José Carlos Mariátegui (ex Particular de Moquegua)	Escuela de Obstetricia
PASCO	21. Universidad Daniel A. Carrión	Escuela Profesional de Obstetricia
PUNO	22. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez	Carrera Académico Profesional de Obstetricia
SAN MARTÍN	23. Universidad Nacional San Martín	Escuela Profesional de Obstetricia
TACNA	24. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann	Facultad de Obstetricia
TUMBES	25. Universidad Nacional de Tumbes	Escuela de Obstetricia

* La Universidad Particular de Ciencias y Tecnología de Ica fue cesada en el año 2002 por Ley 2777.
** La Universidad Privada Abraham Valdelomar fue cesada en el año 2003 por Res. N.º 211 - 2003 – CONAFU.

- Afiliación de las facultades y escuelas según tipo de propiedad de la universidad

En el Perú existen 10 facultades o escuelas que ofrecen la carrera de Obstetricia en universidades nacionales y 17 facultades que la ofertan en universidades privadas (Anexo 11–1).

Como se observa en el gráfico de la siguiente página, la oferta para la formación de pregrado en Obstetricia en universidades privadas es de 56 % y 44 % en universidades nacionales.

Por tanto, la oferta de formación en esta carrera tiene al capital privado como su mayor impulsor, ya que no es mayormente ofertada por el Estado como en el caso de Enfermería y Medicina.

***Gráfico* 3**

- Distribución de las facultades y escuelas en el territorio nacional

En la Tabla 12 se observa que la distribución de la oferta de formación en Obstetricia es bastante homogénea (Anexo 11–2).

Tabla* 12 *Distribución de facultades y escuelas de obstetricia por región

Región	Nacionales	Privadas	Total
Norte	3	5	**8**
Lima	2	3	**5**
Centro	3	3	**6**
Sur	3	3	**6**
Total	11	14	**25**

Asimismo, en la distribución por regiones de las facultades y escuelas de formación se observa que no es Lima la macroregión que concentra la oferta de formación en esta carrera. En la macroregión Norte las universidades privadas superan casi en 100 % a las nacionales, y es también en ella donde se encuentra el mayor número de universidades que ofertan la profesión (Anexos 11–3 y 11–4).

3.2 Alumnos

En el Anexo 12, se puede revisar la base de datos con información sobre las variables universitarias de la oferta de formación de pregrado en Obstetricia. Contiene igualmente, una base de datos por tipo de propiedad de la universidad.

3.2.1 *Vacantes, ingresantes, matriculados y titulados*

- Vacantes

En 1993, el número de vacantes en la carrera de Obstetricia fue 2374, llegando a su valor más alto de 2966 en 1998 y un valor final de 2916 en el año 2003. La oferta en Obstetricia registró un crecimiento variable de 542 vacantes en el periodo estudiado, con un índice de 1,23 (Anexo 13–1).

En cuanto al tipo de propiedad, son generalmente las universidades privadas las que ofertan un promedio de 2000 vacantes para estudiar esta carrera, tendencia que se ha mantenido a lo largo del periodo estudiado, mientras que las universidades nacionales han mantenido una oferta promedio de 600 vacantes (Anexo 13–2).

- Ingresantes

Se observa un comportamiento decreciente a lo largo del periodo estudiado entre los ingresantes, con un valor inicial de 2508 y un valor final de 2176, lo que significa un índice de decrecimiento de 0,8 en el periodo 1993-2003. Esta disminución en la demanda de la carrera de Obstetricia se reporta sobretodo a partir del año 2000 (Anexo 13–3).

En la información específica por tipo de universidad, es evidente que las universidades nacionales y privadas logran captar la demanda de esta carrera, dentro de la escala que cada tipo de universidad convoca y espera cubrir. Sin embargo, en las universidades privadas se nota una disminución en la demanda, pues hay un número menor de ingresantes a la carrera de Obstetricia (Anexo 13–4).

- Número de matriculados

Los matriculados muestran un comportamiento variable en el periodo estudiado, con altas y bajas. El valor más alto se reportó en 1997, con 11 100 matriculados, la cifra más alta hasta el momento. En 1993 se reportaron 9838 matriculados mientras que en el 2003 se reportaron solo 7414, lo que da una diferencia de 2424 y un índice de 0,75. El punto más bajo corresponde al año 2001, cuando las universidades reportaron solo 6150 matriculados (Anexo 13–5).

En la información detallada por tipo de universidad se advierte que las universidades privadas han visto disminuir el número de matriculados, hasta alcanzar en el año 2003 el valor mínimo (3832 vs. 3582 de las nacionales). Esto indicaría que la demanda de Obstetricia como carrera está disminuyendo definitivamente, con las consiguientes consecuencias tanto para las instituciones que ofertan servicios educativos como para la población que puede requerirlos (Anexo 13–6).

- Número de egresados

Se ha observado un incremento en el número de egresados hasta un valor máximo de 1183 egresados en el año 1998, pero también se han registrado momentos bajos con un valor mínimo de 487 egresados en el año 2001. Se puede afirmar que el número de egresados en

obstetricia es actualmente 720, casi el mismo que se reportaba en el año 1993, con un índice de crecimiento de 0,98. Es evidente la tendencia al constreñimiento y extinción de la carrera (Anexo 13–7).

Nuevamente, luego de algunos años de auge en la formación en Obstetricia, se advierte una disminución en el número de egresados de universidades privadas. Dado que las universidades privadas son las que ofertan más la carrera en el país, tienen un número cada vez menor de matriculados e ingresantes y que presentan cada vez menor cantidad de egresados, es necesaria una transformación en la formación o en el mercado laboral de obstetricia (Anexo 13–8).

- Número de titulados

En este caso se registra un fenómeno interesante, pues si bien cada vez hay menor cantidad de ingresantes, matriculados y egresados, se advierte un repunte del número de titulados desde 1998 hasta el 2002, mientras que al año siguiente se regresa a una cantidad más conservadora y acorde con los años iniciales (1993-1997) (Anexo 13–9).

Las universidades privadas reportan un mayor número de titulados a lo largo de los años, con un periodo de primacía entre 1996 y 2000. Además, entre 1993 y 2003 aumentó el número de titulados en universidades privadas y disminuyó en las universidades nacionales (Anexo 13–10).

3.2.2 *Relaciones numéricas*

- Vacantes/ingresantes, por tipo de propiedad de la universidad y por región.
- Egresados/titulados, por tipo de propiedad de la universidad y por región.

Tabla 13 Relaciones entre vacantes, ingresantes, egresados y titulados en Obstetricia por tipo de propiedad de la universidad

AÑOS	VARIABLES	TIPO		TOTAL
		Nacional	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	308 / 391	641 / 451	949 / 842

AÑOS	VARIABLES	TIPO		TOTAL
		Nacional	Privada	
1996	Vacantes/ingresantes	487 / 416	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 / 1268
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: Diccionario de alumnos de Obstetricia (Anexo 14–1).

Tabla 14 Relaciones entre vacantes, ingresantes, egresados y titulados en Obstetricia por macroregión

AÑOS	VARIABLES	TIPO				TOTAL
		Norte	Centro	Sur	Lima	
1993	Vacantes/ingresantes	976 / 908	154 / 164	627 / 750	617 / 684	2374 / 2506
	Egresados/titulados	69 / 80	120 / 96	261 / 295	279 / 165	729 / 636
1994	Vacantes/ingresantes	960 / 1030	524 / 466	745 / 504	650 / 458	2879 / 2458
	Egresados/titulados	312 / 184	69 / 67	244 / 258	320 / 185	945 / 694
1995	Vacantes/ingresantes	699 / 753	709 / 558	656 / 563	670 / 513	2734 / 2387
	Egresados/titulados	297 / 129	82 / 106	233 / 249	337 / 358	949 / 842

AÑOS	VARIABLES	TIPO				TOTAL
		Norte	Centro	Sur	Lima	
1996	Vacantes/ingresantes	676 / 443	743 / 534	825 / 717	625 / 325	2869 / 2019
	Egresados/titulados	279 / 212	139 / 128	297 / 313	296 / 293	1011 / 946
1997	Vacantes/ingresantes	607 / 470	1047 / 551	623 / 641	664 / 471	2941 / 2133
	Egresados/titulados	312 / 188	115 / 124	246 / 302	398 / 317	1071 / 931
1998	Vacantes/ingresantes	591 / 454	898 / 545	700 / 628	777 / 551	2966 / 2178
	Egresados/titulados	443 / 436	179 / 162	248 / 294	313 / 403	1183 / 1295
1999	Vacantes/ingresantes	669 / 409	665 / 498	800 / 662	667 / 646	2801 / 2215
	Egresados/titulados	407 / 412	259 / 206	166 / 194	311 / 456	1143 / 1268
2000	Vacantes/ingresantes	780 / 519	661 / 535	610 / 465	338 / 333	2389 / 1852
	Egresados/titulados	583 / 494	197 / 293	169 / 174	81 / 72	1030 / 1033
2001	Vacantes/ingresantes	231 / 277	582 / 432	625 / 559	838 / 476	2276 / 1744
	Egresados/titulados	221 / 201	110 / 54	74 / 53	82 / 96	487 / 404
2002	Vacantes/ingresantes	900 / 519	610 / 397	578 / 472	351 / 293	2439 / 1681
	Egresados/titulados	315 / 550	257 / 370	234 / 199	212 / 117	1018 / 1236
2003	Vacantes/ingresantes	945 / 774	733 / 443	440 / 340	798 / 619	2916 / 2176
	Egresados/titulados	283 / 421	159 / 198	208 / 314	70 / 0	720 / 833

* Fuente: Diccionario de alumnos de Obstetricia (Anexo 14–1).

La representación gráfica de las relaciones numéricas se presenta en los Anexo 13–11 y 13–12.

3.2.3 *Tendencias y proyecciones comparativas de las variables en el periodo* 1993-2003 *por regiones*

- Vacantes

La oferta de estudios en Obstetricia tiene un comportamiento heterogéneo entre las regiones. En la macroregión Norte se mantuvo en el periodo estudiado, mientras que en las macroregiones Lima y Centro se incrementó con índices de 1,29 y 4,75, respectivamente. Por su parte la macroregión sur disminuyó las vacantes ofertadas en 187, lo que representa un índice de 0,7 (Anexo 13–13).

- Ingresantes

Los ingresantes registran también un comportamiento heterogéneo entre las regiones estudiadas. Las regiones Norte, Sur y Lima han mostrado, en diferente medida, una disminución en el número de ingresantes durante el periodo 1993-2003, con índices de 0,85, 0,45 y 0,9 respectivamente. Solo la macroregión Centro presenta crecimiento en la demanda de la carrera, con un índice de 2,40 ingresantes (Anexo 13–14).

- Matriculados

Al igual que en el caso de los ingresantes, y como reflejo de este fenómeno, se advierte disminución en la demanda real en las regiones Norte, Sur y Lima, y aumento en la macroregión Centro. En la macroregión Norte se observa un índice de disminución de 0,78 matriculados, mientras que en las macroregiones Sur y Lima se registran índices de disminución de 0,6 y 0,52 respectivamente. Asimismo, la macroregión Centro presentó un índice de crecimiento de 1,50 matriculados (Anexo 13–15).

- Egresados

En el caso de los egresados se observa una dinámica distinta en las regiones. Por un lado, las regiones Norte y Centro han reportado un aumento en el número de egresados de Obstetricia, con índices de crecimiento de 4,1 y 1,32 respectivamente. La formación en la macroregión Norte ha manifestado un crecimiento sostenido y rápido, en tanto que en la macroregión Centro se está impulsando recién, y por tanto reporta menor cantidad de egresados.

Asimismo, las regiones Sur y Lima manifiestan un número decreciente de egresados, con índices de 0,74 y 0,25 respectivamente. Esto es preocupante dado que Lima es uno de los lugares donde existe mayor oferta de la carrera de Obstetricia, y esto indica que se está perdiendo o abandonando capacidad instalada (Anexo 13–16).

- Titulados

En este caso, reflejando las tendencias del rubro anterior se ve que la regiones Norte y Centro son las que reportan un aumento en el número de titulados en Obstetricia, con índices de 5.26 y 2.0, respectivamente entre los años 1993 y 2003.

Las regiones Sur y Lima son las que han tenido disminución en su número de titulados. En el caso de la macroregión sur mostró un índice de 0.72 titulados, e incluso hasta no contar con ninguno reportado, como en el caso de Lima en el año 2003. Se aprecia que el factor tiempo influye de manera distinta en las regiones y comportamiento de las variables educativas en las regiones estudiadas. (Anexo 13–17).

3.3 Docentes

La mayoría de universidades reporta datos globales de los docentes por facultad. La base de datos de los docentes de todas las carreras se encuentra en el Diccionario de docentes de Obstetricia (Anexo 14–2). Los datos generales de los docentes se analizaron tomando

en cuenta las categorías "docente contratado" y "docente ordinario" durante el periodo 1993–2003.

3.3.1 *Personal docente según tipo (ordinarios vs. contratados)*

A nivel nacional se mantiene un número mayor de docentes contratados versus ordinarios, situación diferente a la de las carreras de Medicina y Enfermería. Se advierte además una tendencia promedio similar en el número de docentes en general, sin importar el tipo a lo largo de los años estudiados (Anexo 15–1).

3.3.2 *Personal docente según tipo de universidad (ordinarios vs. contratados)*

Se observa una tendencia creciente del número de docentes ordinarios en las universidades nacionales, situación distinta al número promedio mínimo entre los docentes contratados. En general existe un número mayor de docentes ordinarios versus contratados en las universidades nacionales (Anexo 15–2).

En las universidades privadas se advierte también que el número de docentes contratados muestra en promedio un comportamiento similar. Lo mismo se observa en los docentes ordinarios de estas universidades a lo largo del periodo estudiado. En todo momento se mantiene un número mayor de docentes contratados versus docentes ordinarios (Anexo15–3).

3.3.3 *Personal docente según macroregión (ordinarios vs. contratados)*

En el periodo de estudio, hay un número mayor de docentes contratados versus ordinarios en las regiones Norte y Lima. Esta tendencia se mantiene, salvo en el año 2000, cuando el número es casi igual. En el caso de Lima se observa una mayor cantidad de docentes contratados, sobretodo en relación al número mínimo de docentes ordinarios dedicados a esta carrera.

En la macroregión Centro se registró un número mayor de docentes contratados hasta el año 2001, luego del cual se revirtió esta tendencia, aumentando el número de docentes ordinarios. Por otro lado, en la macroregión Sur hubo más docentes ordinarios durante los dos primeros años, mientras que entre 1995 y 2002 se reportaron más docentes contratados, y en el 2003 se observa un número similar entre estos dos tipos de docentes (Anexos 15–4, 15–5, 15–6, 15–7).

3.3.4 *Personal docente contratado y ordinario durante el periodo* 1993-2003

En general se advierte que el número de docentes, tanto ordinarios como contratados, ha aumentado en el periodo estudiado, por ejemplo en 1993 había 486 docentes contratados y 546 en el 2003. Asimismo, el número de docentes ordinarios ha crecido de 245 a 377 en 1993 y 2003 respectivamente. A lo largo del tiempo, y en líneas generales, se mantiene la mayor proporción de docentes ordinarios (Anexo 15–8).

4. Odontología

4.1 Facultades y escuelas

- Número de facultades y escuelas

Hasta el momento de la investigación se han contabilizado 13 facultades y 8 escuelas de Odontología a nivel nacional.

Tabla 15 Universidades y facultades de Odontología según región

Región	Universidad	Nominación
ANCASH	1. Universidad Autónoma Los Ángeles	Escuela Profesional de Odontología
AREQUIPA	2. Universidad Privada San Pedro	Escuela Profesional de Odontología
	3. Universidad Católica de Santa María	Facultad de Odontología
CUZCO	4. Universidad Andina del Cuzco	Escuela de Estomatología
	5. Universidad Nac. de San Antonio Abad	Facultad de Odontología
HUÁNUCO	6. Universidad de Huanuco	Escuela de Odontología
	7. Universidad Privada Hermilio Valdizan	Facultad de Odontología
ICA	8. Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica	Facultad de Odontología
JUNÍN	9. Universidad Peruana Los Andes	Facultad de Odontología
LA LIBERTAD	10. Universidad Nacional de Trujillo	Escuela de Estomatología
LIMA	11. Universidad Alas Peruanas	Escuela Profesional de Estomatología
	12. Universidad de San Martìn de Porres	Facultad de Odontología
	13. Universidad Inca Garcilazo de la Vega	Facultad de Estomatología
	14. Universidad Nacional Federico Villarreal	Facultad de Odontología
	15. Universidad Nacional Mayor de San Marcos	Facultad de Odontología
	16. Universidad Peruana Cayetano Heredia	Facultad de Estomatología
LORETO	17. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana	Facultad de Odontología
PASCO	18. Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión	Escuela de Estomatología

Región	Universidad	Nominación
PUNO	19. Universidad Nacional del Altiplano	Facultad de Odontología
TACNA	20. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann	Facultad de Odontología
	21. Universidad Privada de Tacna	Escuela de Odontología

- Afiliación de las facultades y escuelas según tipo de propiedad de la universidad

En el Perú existen 10 facultades o escuelas que ofrecen la carrera de Odontología en universidades nacionales y 11 facultades que ofertan esta carrera en universidades privadas (Anexo 16–1).

***Gráfico* 4**

DISTRIBUCIÓN POR PROPIEDAD ODONTOLOGÍA

La oferta de estudios de Odontología se encuentra distribuida homogéneamente entre las universidades nacionales, las cuales concentran 48 % de ésta, en tanto que las universidades privadas agrupan 52 %. Esta carrera está conceptuada como de alto costo por el material e instrumentos que requiere, no solo para su estudio sino también para la inserción posterior en el mercado laboral.

- Distribución de las facultades y escuelas en el territorio nacional

En líneas generales, la distribución de la oferta de formación en Odontología es bastante homogénea en el territorio del país (Anexo 16–2).

***Tabla* 16 Distribución de facultades y escuelas de Odontología según macroregiones y tipo de propiedad de la universidad**

Región	Nacionales	Privadas	Total
Norte	1	3	**4**
Lima	2	4	**6**
Centro	3	2	**5**
Sur	3	2	**6**
Total	9	12	**21**

Asimismo, en la distribución porcentual y gráfica de las facultades y escuelas de formación en Odontología en las regiones Lima y Norte, se advierte cierta homogeneidad, con predominio de las universidades privadas.

Las universidades nacionales y privadas tienen distribución similar en las regiones Centro y Sur. Destacan la macroregión Norte, que tiene solo una universidad nacional que oferta la carrera, y la macroregión Lima que concentra a cuatro universidades privadas y dos nacionales (Anexo 16–3 y 16–4).

4.2 Alumnos

4.2.1 *Vacantes, ingresantes, matriculados y titulados*

En el Anexo 17, se presenta la base de datos con información sobre las variables de la oferta de formación de pregrado en Odontología. Contiene igualmente, una base de datos por tipo de propiedad de la universidad.

- Vacantes

El número de vacantes en la carrera de Odontología fue 1219 en 1993 y 2616 en el año 2003. La oferta en Odontología ha tenido un crecimiento de 1397 vacantes a lo largo del periodo estudiado, lo que indica un índice de crecimiento variable de 2,14 (Anexo 18–1).

Asimismo, considerando el tipo de propiedad, se observa que las universidades privadas ofertan la mayor cantidad de vacantes en la carrera, mientras que las universidades nacionales mantienen un promedio mínimo de vacantes (Anexo 18–2).

- Ingresantes

En el caso de los ingresantes se aprecia un creciente número promedio de alumnos en la carrera de Odontología. En 1993 se reportaron 1570 ingresantes y en 2003 se reportaron 2464, siendo este un incremento de 894 ingresantes en el periodo estudiado, con un índice de crecimiento variable de 1,58 (Anexo 18–3).

Asimismo, en el caso específico de tipo de universidad, es evidente el predominio de ingresantes a universidades privadas (con tendencia creciente) y un mínimo constante en universidades nacionales (Anexo 18–4).

- Matriculados

En el año 1993 se registraron 7428 matriculados y 9061 en 2003, con un índice creciente de 1,21 y una diferencia de 1633 alumnos. Los puntos máximos del período corresponden a los años 1997 (11 400 matriculados) y 2001 (10 551 matriculados) (Anexo 18–5).

Asimismo, como reflejo de lo anterior, se matricularon más alumnos en universidades privadas, aunque sin una tendencia creciente marcada, más bien con altibajos y un número promedio de matriculados en universidades nacionales. En el caso de las universidades privadas, el alto

costo de los estudios y materiales podría estar influyendo en la inestabilidad del comportamiento de la variable mencionada (Anexo 18–6).

- Egresados

El número de egresados se mantiene bajo a lo largo del periodo de estudio; se reportaron solo 556 en 1993 y 634 en el año 2003. Sin embargo, entre 1995 y 1999 se observa una tendencia creciente que disminuye desde el 2000 (Anexo 18–7).

Una tendencia similar se advierte en la proporción de universidades privadas sobre universidades nacionales. Solo en 1993, 2000 y 2001 se han reportado más egresados en las universidades nacionales (Anexo 18–8).

- Número de titulados

En este caso se nota una tendencia irregular, con momentos de crecimiento y otros de disminución. De 1993 a 1999 se registró crecimiento y de 1999 a 2003 se observó disminución, siendo la cantidad reportada en el último año casi igual a la del primero. En 1993 se reportaron 584 titulados y en el 2003 fueron 559 (Anexo 18–9).

Asimismo, se reportaron más titulados de universidades nacionales que de universidades privadas en el periodo estudiado. No obstante, en los años 1998, 1999 y 2003 se reportaron más titulados de universidades privadas (Anexo 18–10).

4.2.2 *Relaciones entre vacantes, ingresantes, egresados y titulados en* Odontología

- Vacantes/ingresantes, por tipo de propiedad de la universidad y por región.

- Egresados/titulados, por carrera, por tipo de propiedad de la universidad y por región.

Tabla 17 Relaciones entre vacantes, ingresantes, egresados y titulados según tipo de propiedad de la universidad

AÑOS	VARIABLES	TIPO		TOTAL
		Nacional	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

AÑOS	VARIABLES	TIPO		TOTAL
		Nacional	Privada	
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 / 346	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 / 2464
	Egresados/titulados	167 / 78	467 / 481	634 / 559

* Fuente: Diccionario de alumnos (Anexo 19–1).

Tabla 18 Relaciones entre vacantes, ingresantes, egresados y titulados según macroregión

AÑOS	VARIABLES	TIPO				TOTAL
		Norte	Centro	Sur	Lima	
1993	Vacantes/ingresantes	15 / 15	0 / 0	201 / 500	1003 / 1055	1219 / 1570
	Egresados/titulados	0 / 0	0 / 0	230 / 324	326 / 260	556 / 584
1994	Vacantes/ingresantes	25 / 25	42 / 51	362 / 518	1059 / 1054	1488 / 1648
	Egresados/titulados	0 / 0	0 / 0	113 / 116	432 / 309	427 / 535
1995	Vacantes/ingresantes	15 / 15	448 / 375	230 / 371	1409 / 1409	2102 / 2160
	Egresados/titulados	0 / 0	0 / 0	113 / 116	432 / 309	545 / 425

AÑOS	VARIABLES	TIPO				TOTAL
		Norte	Centro	Sur	Lima	
1996	Vacantes/ingresantes	25 / 25	434 / 368	252 / 513	980 / 961	1691 / 1867
	Egresados/titulados	0 / 0	0 / 0	263 / 184	582 / 251	845 / 435
1997	Vacantes/ingresantes	25 / 25	463 / 401	288 / 436	1256 / 1025	2032 / 1887
	Egresados/titulados	10 / 10	6 / 0	242 / 231	722 / 379	980 / 620
1998	Vacantes/ingresantes	198 / 48	413 / 392	572 / 666	1221 / 930	2404 / 2036
	Egresados/titulados	8 / 9	29 / 0	274 / 254	803 / 523	1114 /786
1999	Vacantes/ingresantes	0 / 0	332 / 290	389 / 486	1274 / 1282	1995 / 2058
	Egresados/titulados	0 / 0	68 / 2	332 / 279	708 / 925	1108 / 1206
2000	Vacantes/ingresantes	23 / 17	255 / 232	323 / 330	1070 / 1087	1671 / 1666
	Egresados/titulados	8 / 7	21 / 24	255 / 125	263 / 405	547 / 561
2001	Vacantes/ingresantes	20 / 20	249 / 241	365 / 397	1688 / 1413	2322 / 2071
	Egresados/titulados	0 / 0	47 / 4	417 / 130	231 / 290	695 / 424
2002	Vacantes/ingresantes	292 / 185	185 / 165	497 / 470	1165 / 1185	2139 / 2005
	Egresados/titulados	25 / 13	26 / 20	392 / 491	284 / 277	727 / 801
2003	Vacantes/ingresantes	635 / 589	250 / 187	346 / 362	1385 / 1326	2616 / 2464
	Egresados/titulados	33 / 16	21 / 19	126 / 76	454 / 448	634 / 559

* Fuente: Diccionario de alumnos (Anexo 19–1).

Las relaciones numéricas en la formación en Odontología se presentan de manera gráfica en los Anexos 18–1 y 18–12.

4.2.3 *Tendencias y proyecciones comparativas de las variables en el periodo* 1993- 2003

- Vacantes

Se observa una distribución homogénea en todas las regiones. En ellas se advierte una tendencia creciente entre el primer y el último año del periodo estudiado. De ellas, la macroregión Norte subió de 15 vacantes a 635, la macroregión Centro de 0 a 250, la macroregión sur de 201 a 346 vacantes, y la macroregión Lima de 1003 a 1365 vacantes (Anexo 18–13).

- Ingresantes

En el caso de los ingresantes se observa un aumento general, salvo en la macroregión Sur del país. La macroregión Norte pasó de 15 a 589 ingresantes, la macroregión Centro de 0 a 187 ingresantes y la macroregión Lima creció de 1055 a 1326 ingresantes. La macroregión Sur disminuyó en el número de ingresantes, de 500 a 362 en el periodo estudiado (Anexo 18–14).

- Matriculados

En casi todas las regiones se reportó crecimiento entre el año inicial y el final del periodo estudiado. La macroregión Norte pasó de 66 a 680 matriculados, la macroregión Centro pasó de 43 a 573 matriculados y la macroregión Lima de 5249 a 6291 matriculados. Solo la macroregión Sur registró tendencia negativa, de 2070 a 1517 (Anexo 18–15).

- Egresados

Entre los egresados se observa incremento en casi todas las regiones. En las macroregiones Norte y Centro se inició el periodo con 0 egresados reportados y éste culminó con 33 y 21 respectivamente. En la macroregión Lima se pasó de 326 en 1993 a 454 egresados en el 2003. En la macroregión Sur, por el contrario, disminuyeron de 230 a 126 (Anexo 18–16).

- Titulados

Siguiendo la tendencia observada en los casos anteriores, en las regiones Norte y Centro los titulados aumentaron de 0 a 16 y 19 respectivamente, en el periodo estudiado. La macroregión Lima pasó de 260 a 448 titulados. Solo la macroregión Sur disminuyó de 324 a 76 titulados en este periodo (Anexo 18–17).

4.3 Docentes

Al igual que en los otros casos, la mayoría de universidades reportan datos globales de los docentes por facultad, sin disgregarlos en las carreras componentes. La base de datos de los docentes de todas las carreras se encuentra en el Diccionario de Docentes de Odontología (Anexo 19–2).

Los datos generales de los docentes se analizaron tomando en cuenta las categorías "docente contratado" y "docente ordinario" durante el periodo 1993–2003.

4.3.1 *Personal docente según tipo (ordinarios vs. contratados)*

A nivel nacional se mantiene un número mayor de docentes contratados versus ordinarios. Además se observa una tendencia creciente en el número de docentes en general, sobretodo los contratados, en el periodo estudiado (Anexo 20–1).

4.3.2 *Personal docente según tipo de universidad (ordinarios vs. contratados)*

Considerando el tipo de universidad, podemos observar una tendencia a mantener un número promedio estable de docentes ordinarios y contratados en las universidades nacionales. En general se advierte un número mayor de docentes ordinarios versus contratados en las universidades nacionales, superándolos en un número cercano a 100 (Anexo 20–2).

De manera contraria, en las universidades privadas se observa desde 1993 un incremento en el número promedio de docentes ordinarios, luego disminuye en el periodo 1995 a 1999 para mantenerse más o menos constante desde el 2000 en adelante. En todo momento se conserva mayor el número de docentes contratados versus el número de docentes ordinarios, superándolos por lo menos en 100 (Anexo 20–3).

4.3.3 *Personal docente según macroregión (ordinarios vs. contratados)*

No se ha considerado en el análisis a las universidades de las regiones Norte y Centro porque no han reportado el comportamiento de los docentes por tipo.

En la macroregión Sur se observa que en el periodo estudiado han primado los docentes ordinarios. Contrariamente a esto, en Lima se reporta un número mayor de docentes contratados versus ordinarios a lo largo del tiempo. Esta tendencia se mantiene proporcional (Anexo 20–4, 20–5 y 20–6).

4.3.4 *Personal docente contratado y ordinario durante el periodo* 1993-2003

En general, el número de docentes ha aumentado considerablemente en el periodo estudiado; en 1993 se registraron 293 docentes contratados y en el 2003 fueron 623. Asimismo, el número de docentes ordinarios aumentó de 272 a 434 entre 1993 y 2003. A lo largo del tiempo, y en líneas generales, se mantiene la mayor proporción de docentes contratados (Anexo 20, –7).

Anexo 1–1
FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA

LISTA DE UNIVERSIDADES POR TIPO DE PROPIEDAD
MEDICINA

UNIVERSIDAD	TIPO	DEPARTAMENTO
1. Universidad Nacional Hermilio Valdizán	NACIONAL	HUÁNUCO
2. Universidad Nacional del Centro del Perú	NACIONAL	JUNÍN
3. Universidad Peruana Los Andes	PRIVADA	JUNÍN
4. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana	NACIONAL	LORETO
5. Universidad Nacional Ucayali	NACIONAL	UCAYALI
6. Universidad Científica del Sur	PRIVADA	LIMA
7. Universidad Privada de San Martín de Porras	PRIVADA	LIMA
8. Universidad Nacional Federico Villarreal	NACIONAL	LIMA
9. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión	NACIONAL	LIMA
10. Universidad Nacional Mayor de San Marcos	NACIONAL	LIMA
11. Universidad Peruana Cayetano Heredia	PRIVADA	LIMA
12. Universidad Privada San Juan Bautista	PRIVADA	LIMA
13. Universidad Ricardo Palma	PRIVADA	LIMA
14. Universidad Privada San Pedro	PRIVADA	ANCASH
15. Universidad Nacional de Cajamarca	NACIONAL	CAJAMARCA
16. Universidad Nacional de Trujillo	NACIONAL	LA LIBERTAD
17. Universidad Cesar Vallejo	PRIVADA	LA LIBERTAD
18. Universidad Privada Antenor Orrego	PRIVADA	LA LIBERTAD
19. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo	NACIONAL	LAMBAYEQUE
20. Universidad Particular de Chiclayo	PRIVADA	LAMBAYEQUE
21. Universidad Nacional de Piura	NACIONAL	PIURA
22. Universidad Nacional de San Agustín	NACIONAL	AREQUIPA
23. Universidad Católica de Santa María	PRIVADA	AREQUIPA
24. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cuzco	NACIONAL	CUZCO
25. Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica	NACIONAL	ICA
26. Universidad Nacional del Altiplano	NACIONAL	PUNO
27. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann	NACIONAL	TACNA
28. Universidad Privada de Tacna	PRIVADA	TACNA

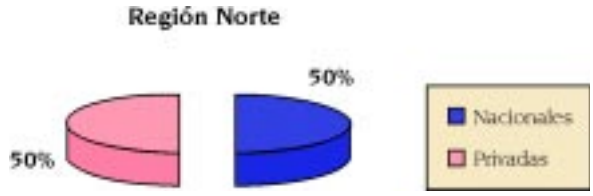
Anexo 1–2

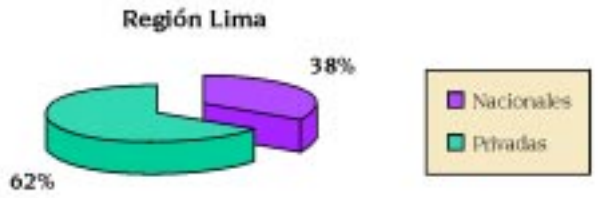
LISTA DE UNIVERSIDADES POR REGIÓN
MEDICINA

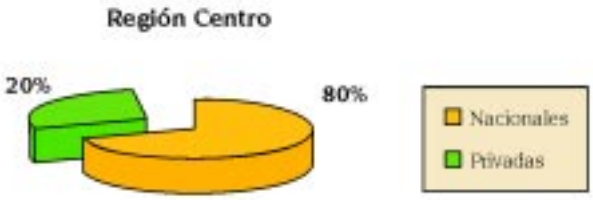
REGIÓN	DEPARTAMENTO	TIPO	UNIVERSIDAD
CENTRO	HUÁNUCO	NACIONAL	29. Universidad Nacional Hermilio Valdizán
	JUNÍN	NACIONAL	30. Universidad Nacional del Centro del Perú
	JUNÍN	PRIVADA	31. Universidad Peruana Los Andes
	LORETO	NACIONAL	32. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana
	UCAYALI	NACIONAL	33. Universidad Nacional Ucayali
LIMA	LIMA	PRIVADA	34. Universidad Científica del Sur
	LIMA	PRIVADA	35. Universidad Privada de San Martín de Porras
	LIMA	NACIONAL	36. Universidad Nacional Federico Villarreal
	LIMA	NACIONAL	37. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión
	LIMA	NACIONAL	38. Universidad Nacional Mayor de San Marcos
	LIMA	PRIVADA	39. Universidad Peruana Cayetano Heredia
	LIMA	PRIVADA	40. Universidad Privada San Juan Bautista
	LIMA	PRIVADA	41. Universidad Ricardo Palma
NORTE	ANCASH	PRIVADA	42. Universidad Privada San Pedro
	CAJAMARCA	NACIONAL	43. Universidad Nacional de Cajamarca
	LA LIBERTAD	NACIONAL	44. Universidad Nacional de Trujillo
	LA LIBERTAD	PRIVADA	45. Universidad Cesar Vallejo
	LA LIBERTAD	PRIVADA	46. Universidad Privada Antenor Orrego
	LAMBAYEQUE	NACIONAL	47. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo
	LAMBAYEQUE	PRIVADA	48. Universidad Particular de Chiclayo
	PIURA	NACIONAL	49. Universidad Nacional de Piura
SUR	AREQUIPA	NACIONAL	50. Universidad Nacional de San Agustín
	AREQUIPA	PRIVADA	51. Universidad Católica de Santa María
	CUZCO	NACIONAL	52. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cuzco
	ICA	NACIONAL	53. Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica
	PUNO	NACIONAL	54. Universidad Nacional del Altiplano
	TACNA	NACIONAL	55. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann
	TACNA	PRIVADA	56. Universidad Privada de Tacna

Anexo 1–3

GRÁFICOS DE DISTRIBUCIÓN POR REGIÓN Y TIPO DE PROPIEDAD MEDICINA







Anexo 2 BASE DE DATOS DE ALUMNOS DE MEDICINA

ALUMNOS **AÑOS**

Departamento	Tipo	Universidad	VARIABLES	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
ANCASH	PRIVADA	Universidad Privada San Pedro	VACANTES	-	-	-	160	210	210	148	164	192	80	160
			INGRESANTES	-	-	-	204	86	54	94	89	92	104	173
			MATRICULADOS	-	-	-	140	171	192	249	178	345	425	491
			EGRESADOS	-	-	-	0	0	0	0	0	0	17	47
			TITULADOS	-	-	-	0	0	0	0	0	0	0	19
AREQUIPA	PRIVADA	Universidad Católica de Santa María	VACANTES	97	157	153	96	148	157	152	154	168	177	170
			INGRESANTES	92	146	154	169	161	334	171	166	170	211	191
			MATRICULADOS	383	498	579	727	823	870	926	969	1026	173	1129
			EGRESADOS	25	52	32	33	110	46	62	82	88	132	123
			TITULADOS	0	0	15	36	36	46	51	73	82	97	133
	NACIONAL	Universidad Nacional de San Agustín	VACANTES	NI	90	82	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
			INGRESANTES	NI	92	90	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
			MATRICULADOS	1502	1492	1431	NI	NI	NI	1153	NI	NI	NI	NI
			EGRESADOS	NI	44	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
			TITULADOS	NI	172	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
CAJAMARCA	NACIONAL	Universidad Nacional de Cajamarca	VACANTES	43	43	56	43	43	43	43	50	50	30	37
			INGRESANTES	41	40	59	45	41	43	45	84	49	31	36
			MATRICULADOS	110	149	154	239	267	287	283	291	306	178	144
			EGRESADOS	0	0	0	0	0	11	16	31	32	0	51
			TITULADOS	0	0	0	0	0	0	16	30	32	29	48
CUZCO	NACIONAL	Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cuzco	VACANTES	41	41	43	47	46	38	48	19	NI	47	43
			INGRESANTES	40	30	22	49	49	49	36	54	NI	48	46
			MATRICULADOS	329	333	330	344	338	354	363	387	NI	388	385
			EGRESADOS	34	22	29	39	32	44	39	32	NI	28	37
			TITULADOS	47	19	24	35	36	43	39	29	NI	35	37
HUÁNUCO	NACIONAL	Universidad Nacional Hermilio Valdizán	VACANTES	-	-	-	-	-	-	-	30	NI	62	48
			INGRESANTES	-	-	-	-	-	-	-	30	NI	63	54
			MATRICULADOS	-	-	-	-	-	-	-	30	NI	118	160
			EGRESADOS	-	-	-	-	-	-	-	0	NI	0	0
			TITULADOS	-	-	-	-	-	-	-	0	NI	0	0
ICA	NACIONAL	Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica	VACANTES	NI	NI	NI	NI	NI	116	NI	NI	NI	73	NI
			INGRESANTES	289	97	84	105	116	116	93	NI	NI	80	NI
			MATRICULADOS	1596	1443	1644	1128	1589	1309	1453	1304	1429	1169	NI
			EGRESADOS	79	NI	149	138	11	138	4	5	213	262	NI
			TITULADOS	79	81	149	134	9	114	141	5	230	274	NI
JUNÍN	NACIONAL	Universidad Nacional del Centro del Perú	VACANTES	NI	NI	53	76	47	47	26	23	26	23	46
			INGRESANTES	50	62	54	74	47	30	28	25	28	23	53
			MATRICULADOS	142	206	290	275	298	349	356	390	466	281	391
			EGRESADOS	0	0	0	0	0	13	43	1	NI	74	33
			TITULADOS	0	0	0	0	0	0	11	20	NI	74	31

JUNÍN	PRIVADA	Universidad Peruana Los Andes	VACANTES	-	-	-	167	248	241	232	105	132	NI	NI
			INGRESANTES	-	-	-	165	248	281	292	145	236	NI	NI
			MATRICULADOS	-	-	-	140	592	508	284	706	820	NI	NI
			EGRESADOS	-	-	-	0	0	0	0	0	0	NI	NI
			TITULADOS	-	-	-	0	0	0	0	0	0	NI	NI
LA LIBERTAD	PRIVADA	Universidad Cesar Vallejo	VACANTES	-	-	-	-	-	-	NI	NI	NI	NI	NI
			INGRESANTES	-	-	-	-	-	-	NI	NI	NI	65	NI
			MATRICULADOS	-	-	-	-	-	-	NI	NI	NI	80	NI
			EGRESADOS	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0	0
			TITULADOS	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0	0
	NACIONAL	Universidad Nacional de Trujillo	VACANTES	50	50	50	50	90	50	NI	104	90	90	99
			INGRESANTES	50	50	50	50	90	49	NI	103	90	90	91
			MATRICULADOS	722	610	610	713	595	665	679	685	675	660	644
			EGRESADOS	75	103	103	98	124	81	NI	85	NI	105	125
			TITULADOS	75	103	103	98	124	81	NI	85	NI	106	161
	PRIVADA	Universidad Privada Antenor Orrego	VACANTES	-	-	-	420	NI	120	250	160	NI	340	410
			INGRESANTES	-	-	-	352	NI	121	182	103	217	249	368
			MATRICULADOS	-	-	-	247	NI	365	516	1101	695	815	982
			EGRESADOS	-	-	-	0	0	0	0	0	0	64	1
			TITULADOS	-	-	-	0	0	0	0	0	0	0	64
LAMBAYEQUE	NACIONAL	Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo	VACANTES	40	NI	NI	NI	NI	50	NI	50	NI	57	64
			INGRESANTES	38	NI	NI	NI	NI	50	NI	50	NI	59	64
			MATRICULADOS	282	NI	NI	NI	NI	372	402	358	NI	352	369
			EGRESADOS	30	NI	NI	NI	NI	28	NI	29	NI	53	55
			TITULADOS	27	2	24	NI	NI	25	NI	24	NI	47	55
	PRIVADA	Universidad Particular de Chiclayo	VACANTES	-	-	-	-	-	-	60	60	NI	85	55
			INGRESANTES	-	-	-	-	-	-	62	32	NI	79	55
			MATRICULADOS	-	-	-	-	-	-	61	94	NI	172	244
			EGRESADOS	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0	0
			TITULADOS	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0	0
LIMA	PRIVADA	Universidad Científica del Sur	VACANTES	-	-	-	-	-	-	NI	90	NI	90	NI
			INGRESANTES	-	-	-	-	-	-	NI	119	NI	90	NI
			MATRICULADOS	-	-	-	-	-	-	NI	200	NI	95	NI
			EGRESADOS	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0	0
			TITULADOS	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0	0
	PRIVADA	Universidad de San Martín de Porres	VACANTES	500	440	430	720	600	683	530	NI	350	NI	567
			INGRESANTES	718	488	512	670	645	689	465	NI	350	NI	561
			MATRICULADOS	1930	1874	NI	NI	5050	2631	2638	NI	2642	NI	2811
			EGRESADOS	147	99	100	115	257	113	224	NI	NI	NI	304
			TITULADOS	137	117	108	123	243	126	167	NI	NI	NI	307

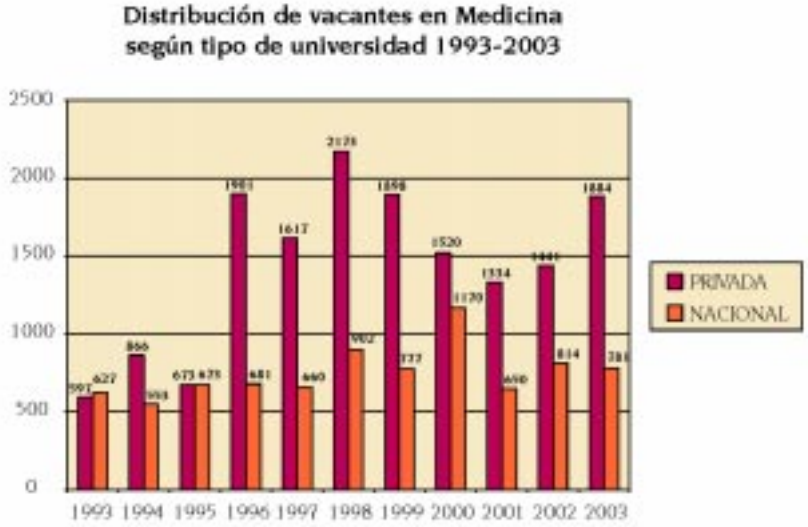
	NACIONAL	Universidad Nacional Federico Villarreal	VACANTES	115	NI	50	120	82	100	172	380	138	122	139
			INGRESANTES	135	NI	50	118	82	102	177	389	0	122	132
			MATRICULADOS	1233	1277	1186	1569	1088	876	743	1248	822	842	728
			EGRESADOS	186	125	65	93	145	299	313	220	NI	NI	87
			TITULADOS	187	125	64	88	147	299	311	316	197	NI	82
LIMA	NACIONAL	Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión	VACANTES	60	50	40	NI	55	85	80	40	40	50	50
			INGRESANTES	61	47	40	NI	55	81	74	40	40	55	50
			MATRICULADOS	0	210	196	259	300	327	363	383	360	372	315
			EGRESADOS	0	0	0	0	0	0	30	26	NI	NI	41
			TITULADOS	0	0	0	0	0	0	30	30	NI	34	41
	NACIONAL	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	VACANTES	152	165	172	207	150	200	308	272	204	160	120
			INGRESANTES	152	156	172	209	114	154	306	268	432	159	124
			MATRICULADOS	2230	1598	1432	1650	1487	1521	1360	1648	1627	1593	1491
			EGRESADOS	371	213	211	NI	297	144	104	214	181	197	NI
			TITULADOS	369	211	293	NI	299	150	149	312	212	539	NI
	PRIVADA	Universidad Peruana Cayetano Heredia	VACANTES	NI	89	90	98	98	48	NI	120	120	122	120
			INGRESANTES	NI	147	90	94	98	48	NI	143	119	122	133
			MATRICULADOS	819	151	NI	900	906	NI	NI	855	881	865	839
			EGRESADOS	NI	77	77	68	90	121	NI	NI	NI	127	126
			TITULADOS	NI	83	78	65	64	111	NI	119	NI	128	116
	PRIVADA	Universidad Privada San Juan Bautista	VACANTES	-	-	-	-	NI	NI	120	120	NI	120	NI
			INGRESANTES	-	-	-	-	NI	NI	193	151	NI	120	NI
			MATRICULADOS	-	-	-	-	NI	NI	450	893	NI	578	NI
			EGRESADOS	-	-	-	-	0	0	0	0	0	0	NI
			TITULADOS	-	-	-	-	0	0	0	0	0	0	NI
	PRIVADA	Universidad Ricardo Palma	VACANTES	-	-	-	-	128	434	406	439	372	324	252
			INGRESANTES	-	-	-	-	120	380	404	387	357	321	419
			MATRICULADOS	-	-	-	-	114	410	734	1025	1256	1432	1595
			EGRESADOS	-	-	-	-	0	0	0	0	0	0	0
			TITULADOS	-	-	-	-	0	0	0	0	0	0	0
LORETO	NACIONAL	Universidad Nacional de la Amazonía Peruana	VACANTES	20	32	27	38	47	72	29	52	54	20	52
			INGRESANTES	36	42	27	38	47	75	30	54	54	20	50
			MATRICULADOS	225	281	206	254	285	337	333	361	377	418	419
			EGRESADOS	18	8	17	18	10	22	43	16	16	32	32
			TITULADOS	13	9	8	20	11	12	17	27	21	16	31
PIURA	NACIONAL	Universidad Nacional de Piura	VACANTES	40	40	40	40	40	NI	41	40	NI	40	43
			INGRESANTES	40	40	40	44	41	NI	48	42	NI	43	33
			MATRICULADOS	230	208	254	329	311	316	327	383	NI	299	291
			EGRESADOS	18	24	25	28	36	33	47	47	NI	47	32
			TITULADOS	17	8	23	13	27	32	46	46	NI	62	47

PUNO	NACIONAL	Universidad Nacional del Altiplano	VACANTES	66	42	60	60	60	41	30	40	48	40	40
			INGRESANTES	66	41	61	60	74	40	29	40	40	41	41
			MATRICULADOS	312	394	365	388	426	429	437	42	422	428	409
			EGRESADOS	NI	11	14	6	20	18	NI	NI	22	33	41
			TITULADOS	NI	4	16	8	17	19	NI	27	24	19	37
PUCALLPA	NACIONAL	Universidad Nacional de Ucayali	VACANTES	-	-	-	-	-	60	NI	70	NI	NI	NI
			INGRESANTES	-	-	-	-	-	60	NI	70	NI	23	NI
			MATRICULADOS	-	-	-	-	-	60	NI	183	NI	237	215
			EGRESADOS	-	-	-	-	-	0	NI	0	NI	0	0
			TITULADOS	-	-	-	-	-	0	NI	0	NI	0	0
TACNA	PRIVADA	Universidad Privada de Tacna	VACANTES	-	180	NI	240	185	280	NI	108	NI	103	150
			INGRESANTES	-	77	NI	157	109	162	NI	95	NI	95	137
			MATRICULADOS	119	248	NI	275	281	738	NI	293	NI	300	282
			EGRESADOS	-	0	0	0	0	0	0	NI	NI	25	30
			TITULADOS	-	0	0	0	0	0	0	NI	NI	28	29
TACNA	NACIONAL	Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann	VACANTES	-	-	-	-	-	30	55	35	37	33	33
			INGRESANTES	-	-	-	-	-	30	55	36	37	33	89
			MATRICULADOS	-	-	-	-	-	30	82	114	146	167	199
			EGRESADOS	-	-	-	-	-	0	0	0	0	0	0
			TITULADOS	-	-	-	-	-	0	0	0	0	0	0

NI: No se cuenta con información

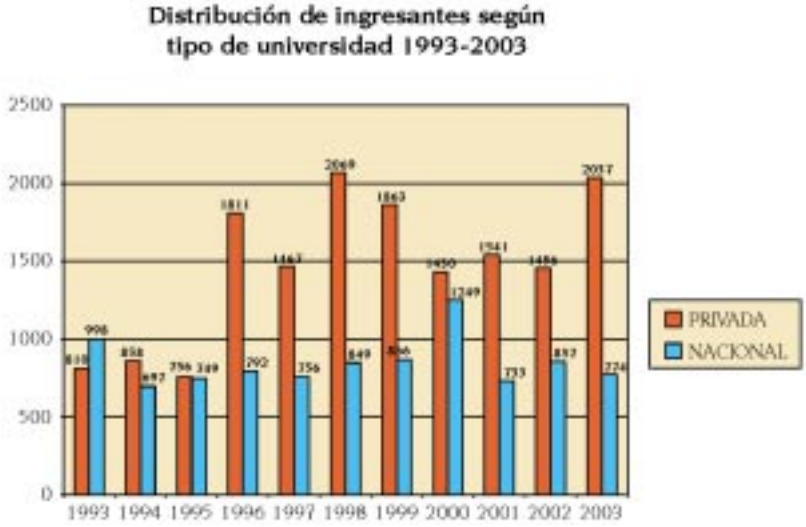
Anexo 3–1

Anexo 3–2



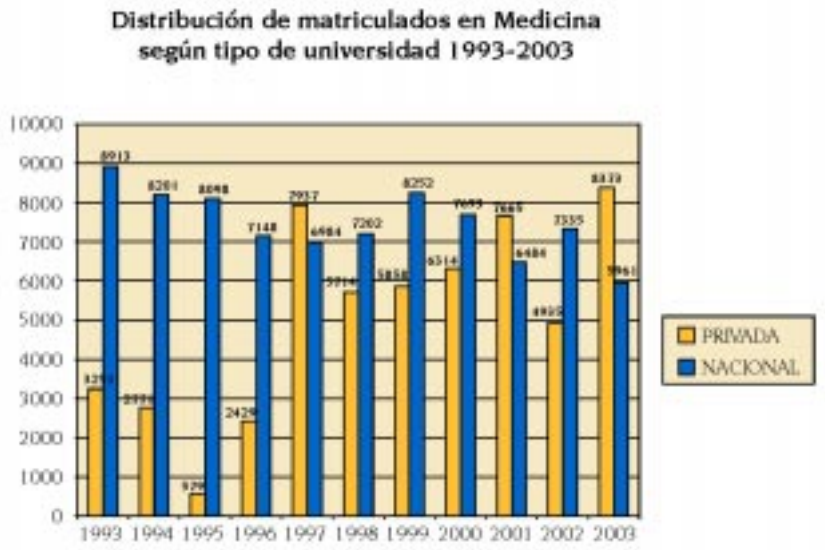
Anexo 3–3

Anexo 3–4



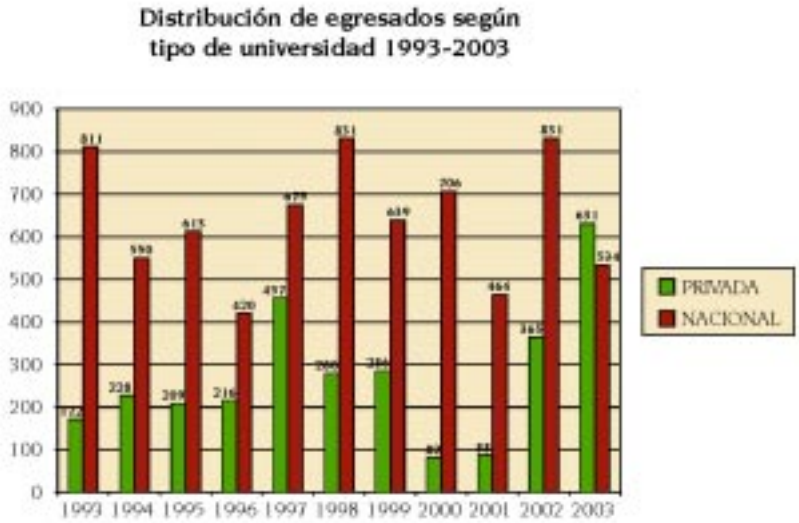
Anexo 3–5

Anexo 3–6



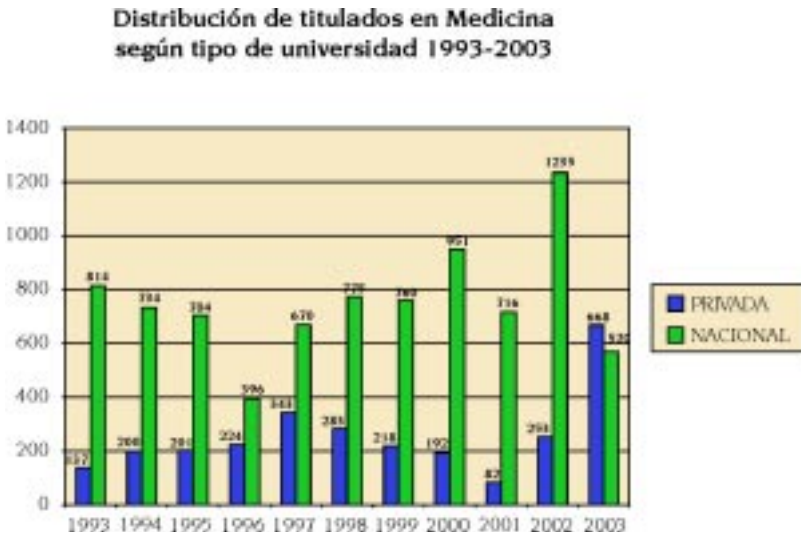
Anexo 3–7

Anexo 3–8

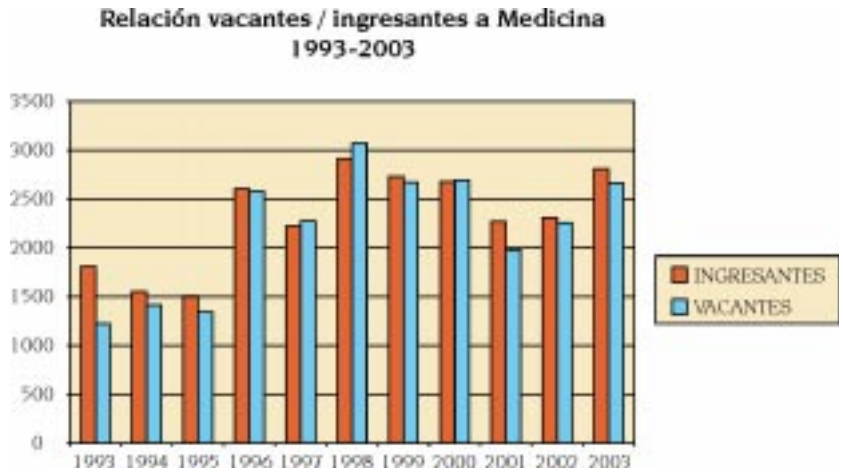


Anexo 3–9

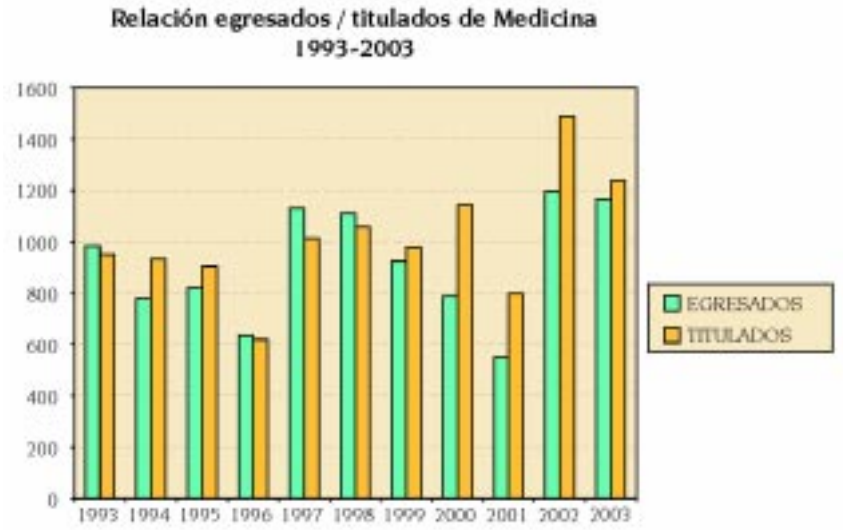
Anexo 3–10



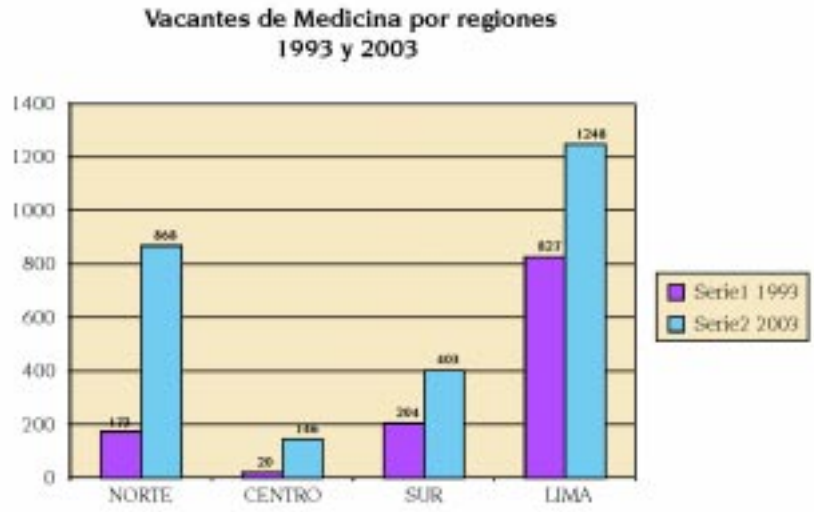
Anexo 3–11



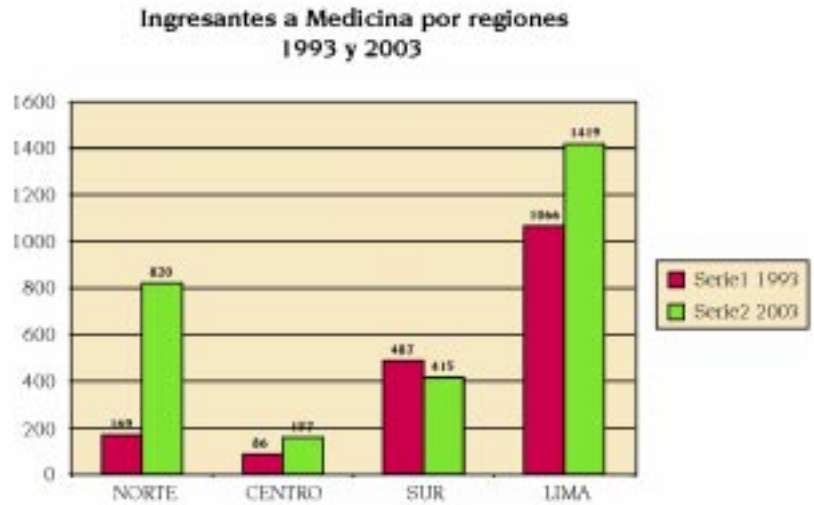
Anexo 3–12



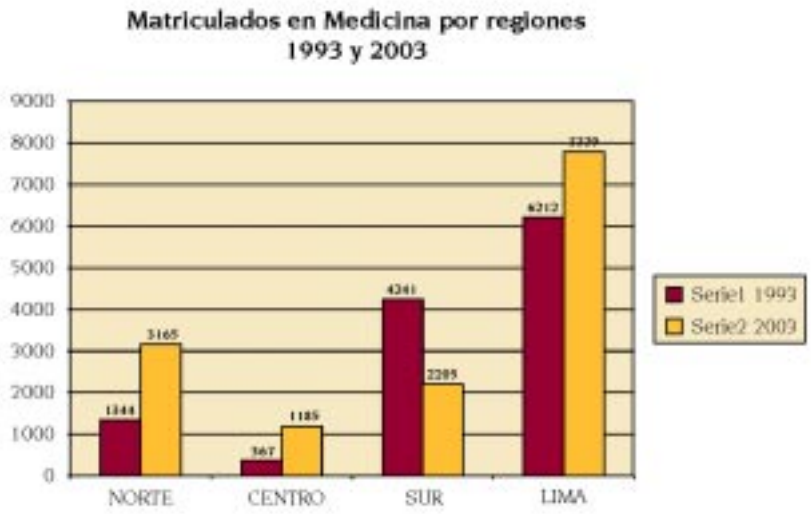
Anexo 3–13



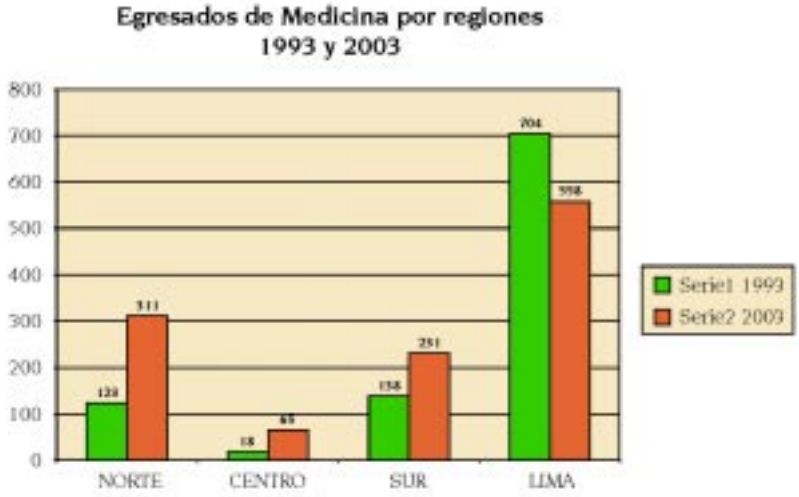
Anexo 3–14



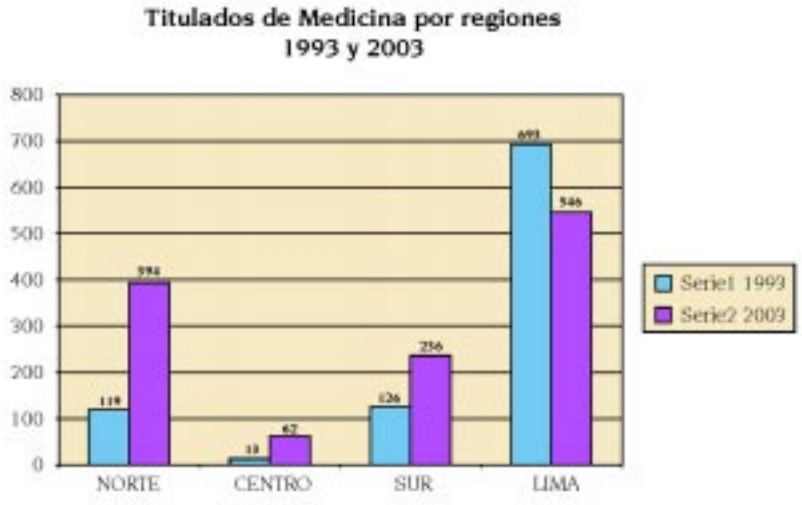
Anexo 3–15



Anexo 3–16



Anexo 3–17


Titulados de Medicina por regiones
1993 y 2003
800
700
600
500
400
300
200
100
0
119
394
13
67
126
256
693
546
NORTE
CENTRO
SUR
LIMA
Serie1 1993
Serie2 2003

Anexo 4–1

DICCIONARIO DE ALUMNOS DE MEDICINA

TOTAL	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
EGRESADOS	983	778	822	636	1132	1111	925	788	552	1196	1165
INGRESANTES	1808	1555	1505	2603	2223	2918	2729	2679	2274	2313	2811
MATRICULADOS	12164	10972	8677	9577	14921	12916	14110	14007	14149	12270	14334
TITULADOS	951	934	905	620	1013	1058	978	1143	798	1488	1238
VACANTES	1224	1419	1346	2582	2277	3075	2675	2690	1984	2255	2665
PRIVADA											
EGRESADOS	172	228	209	216	457	280	286	82	88	365	631
INGRESANTES	810	858	756	1811	1467	2069	1863	1430	1541	1456	2037
MATRICULADOS	3251	2771	579	2429	7937	5714	5858	6314	7665	4935	8373
TITULADOS	137	200	201	224	343	283	218	192	82	253	668
VACANTES	597	866	673	1901	1617	2173	1898	1520	1334	1441	1884
NACIONAL											
EGRESADOS	811	550	613	420	675	831	639	706	464	831	534
INGRESANTES	998	697	749	792	756	849	866	1249	733	857	774
MATRICULADOS	8913	8201	8098	7148	6984	7202	8252	7693	6484	7335	5961
TITULADOS	814	734	704	396	670	775	760	951	716	1235	570
VACANTES	627	553	673	681	660	902	777	1170	650	814	781

POR REGIONES

NORTE	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
EGRESADOS	123	127	128	126	160	153	63	192	32	286	311
INGRESANTES	169	130	149	695	258	317	431	503	448	720	820
MATRICULADOS	1344	967	1018	1668	1344	2197	2517	3090	2021	2981	3165
TITULADOS	119	113	150	111	151	138	62	185	32	244	394
VACANTES	173	133	146	713	383	473	542	628	332	722	868
CENTRO											
EGRESADOS	18	8	17	18	10	35	86	17	16	106	65
INGRESANTES	86	104	81	277	342	446	350	324	318	129	157
MATRICULADOS	367	487	496	669	1175	1254	973	1670	1663	1054	1185
TITULADOS	13	9	8	20	11	12	28	47	21	90	62
VACANTES	20	32	80	281	342	420	287	280	212	105	146
SUR											
EGRESADOS	138	129	224	216	173	246	105	119	323	480	231
INGRESANTES	487	483	411	540	509	701	329	355	210	475	415
MATRICULADOS	4241	4408	4349	2862	3457	3700	4332	2995	2877	2458	2205
TITULADOS	126	276	204	213	98	222	231	134	336	453	236
VACANTES	204	510	338	443	439	632	230	321	216	440	403
LIMA											
EGRESADOS	704	514	453	276	789	677	671	460	181	324	558
INGRESANTES	1066	838	864	1091	1114	1454	1619	1497	1298	989	1419
MATRICULADOS	6212	5110	2814	4378	8945	5765	6288	6252	7588	5777	7779
TITULADOS	693	536	543	276	753	686	657	777	409	701	546
VACANTES	827	744	782	1145	1113	1550	1616	1461	1224	988	1248

Anexo 4–2

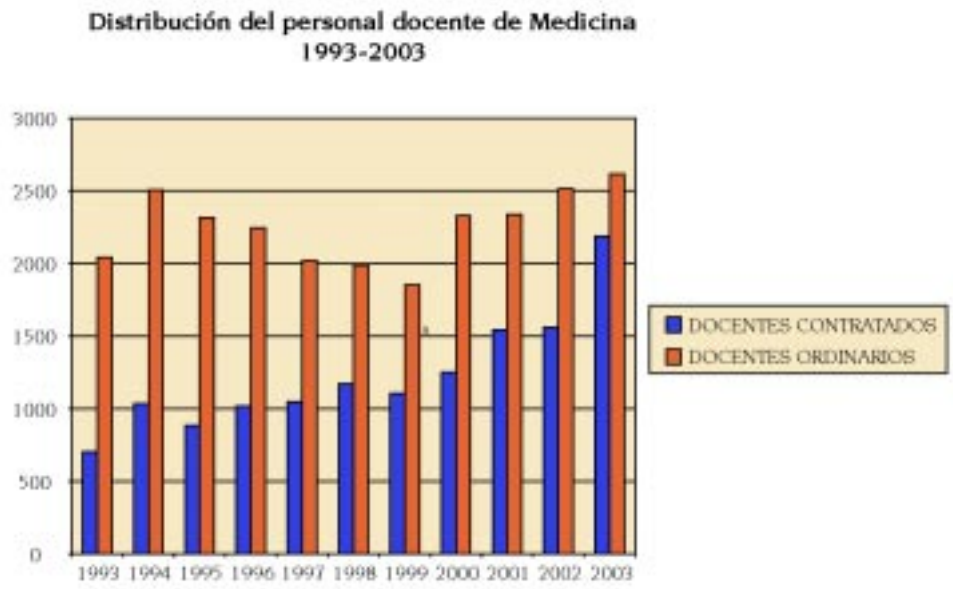
DICCIONARIO DE DOCENTES DE MEDICINA

TOTAL	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
DOCENTES CONTRATADOS	702	1034	885	1018	1047	1173	1106	1252	1542	1559	2189
DOCENTES ORDINARIOS	2041	2506	2316	2246	2021	1988	1851	2329	2336	2515	2616
NACIONAL											
DOCENTES CONTRATADOS	591	625	406	486	447	577	470	515	526	623	647
DOCENTES ORDINARIOS	2013	2253	2081	1961	1764	1938	1757	1793	1799	2018	2102
PRIVADA											
DOCENTES CONTRATADOS	111	409	479	532	600	596	636	737	1016	936	1542
DOCENTES ORDINARIOS	28	253	235	285	257	50	94	536	537	497	514

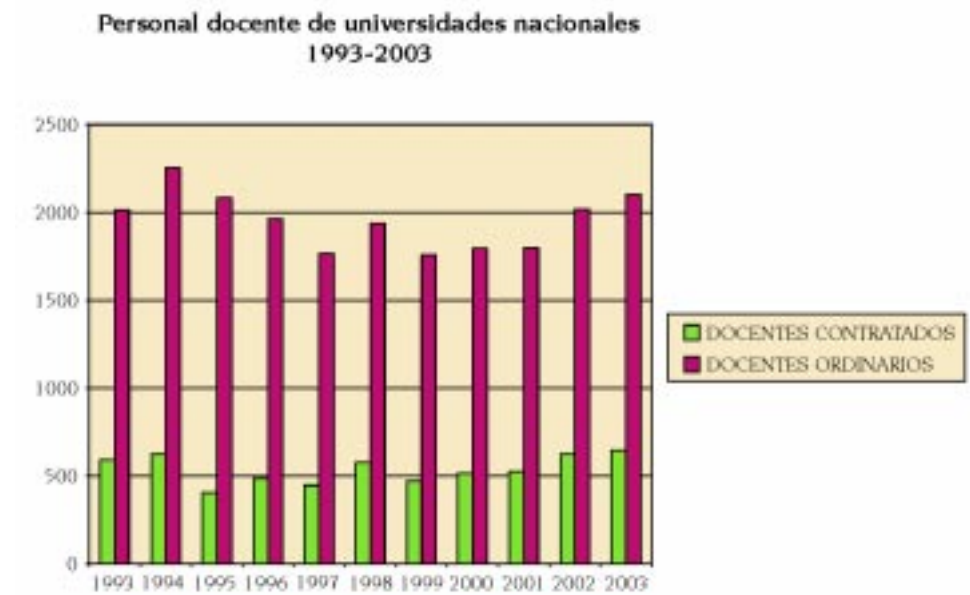
POR REGIONES

NORTE	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
DOCENTES CONTRATADOS	249	243	130	154	153	80	182	110	146	273	268
DOCENTES ORDINARIOS	135	299	128	294	164	338	170	371	227	382	405
CENTRO											
DOCENTES CONTRATADOS	6	19	16	28	53	23	36	52	48	59	82
DOCENTES ORDINARIOS	38	76	67	81	84	98	76	85	113	86	99
SUR											
DOCENTES CONTRATADOS	80	70	71	122	114	282	123	174	258	336	302
DOCENTES ORDINARIOS	226	233	220	266	218	232	247	138	187	270	263
LIMA											
DOCENTES CONTRATADOS	496	804	703	729	763	699	790	807	947	771	1432
DOCENTES ORDINARIOS	1642	1898	1901	1605	1555	1320	1358	1735	1809	1777	1849

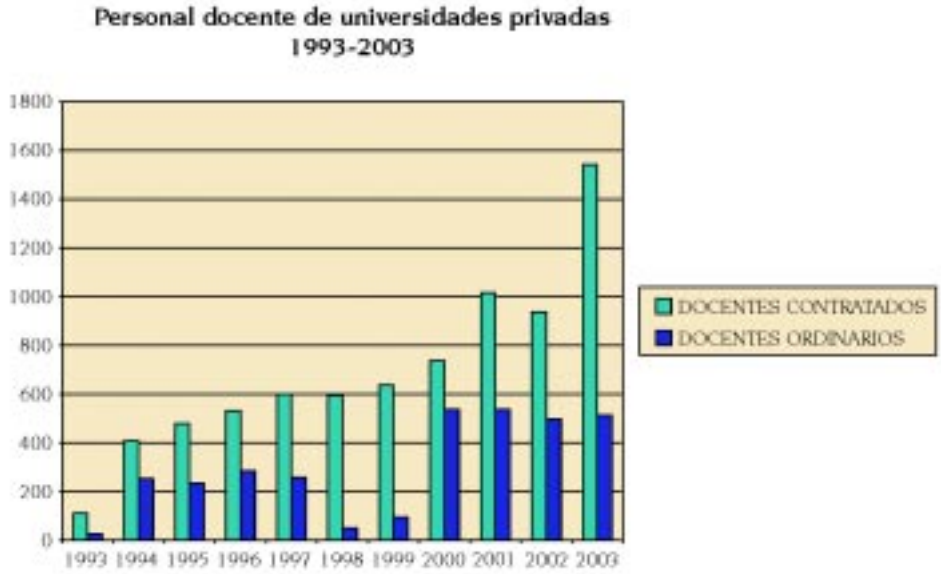
Anexo 5–1



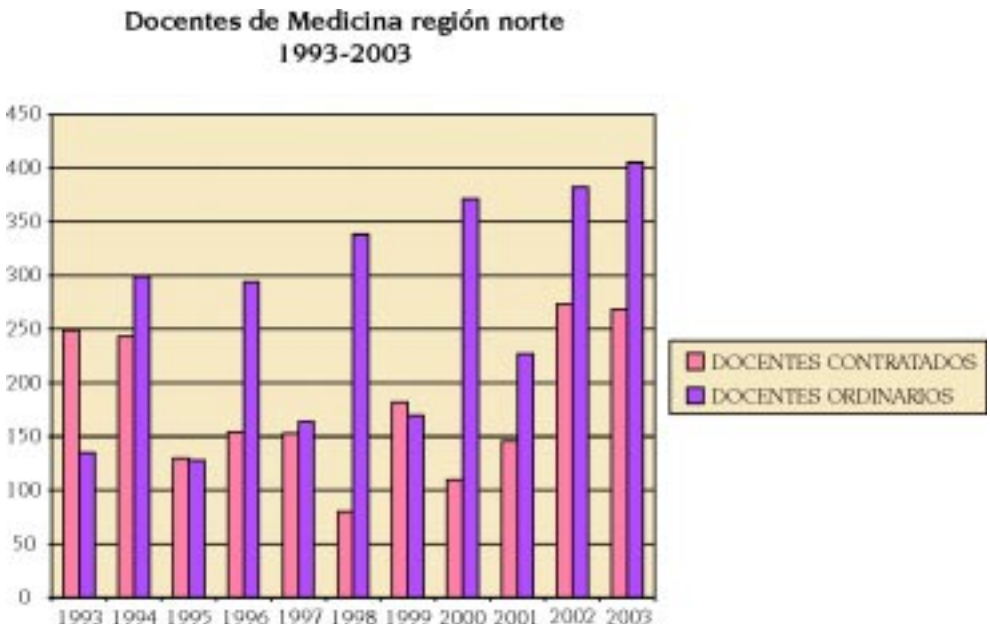
Anexo 5–2



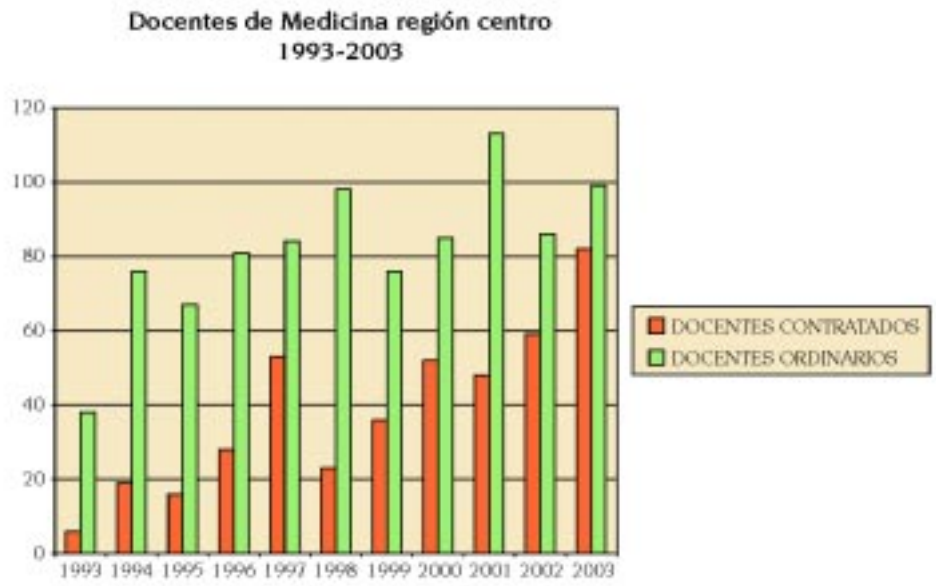
Anexo 5–3



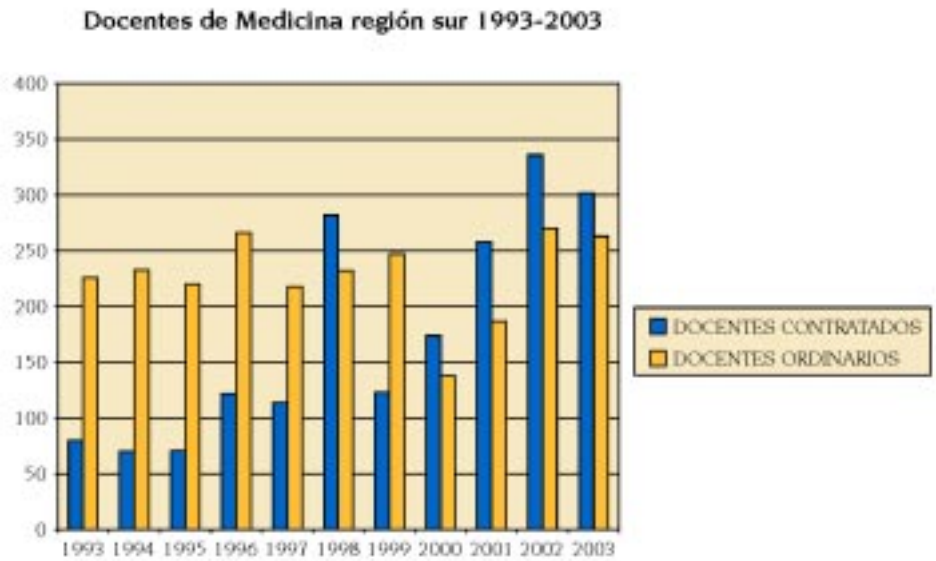
Anexo 5–4



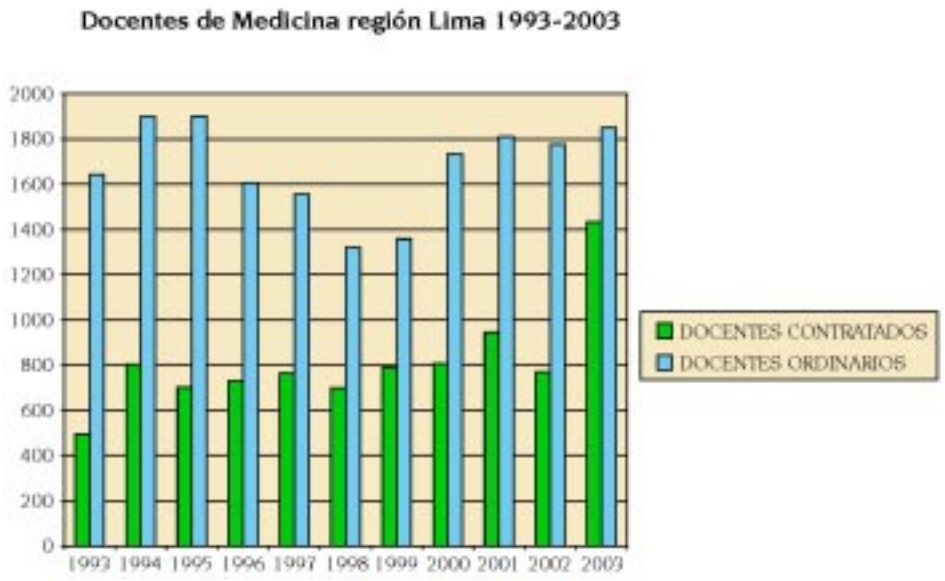
Anexo 5–5



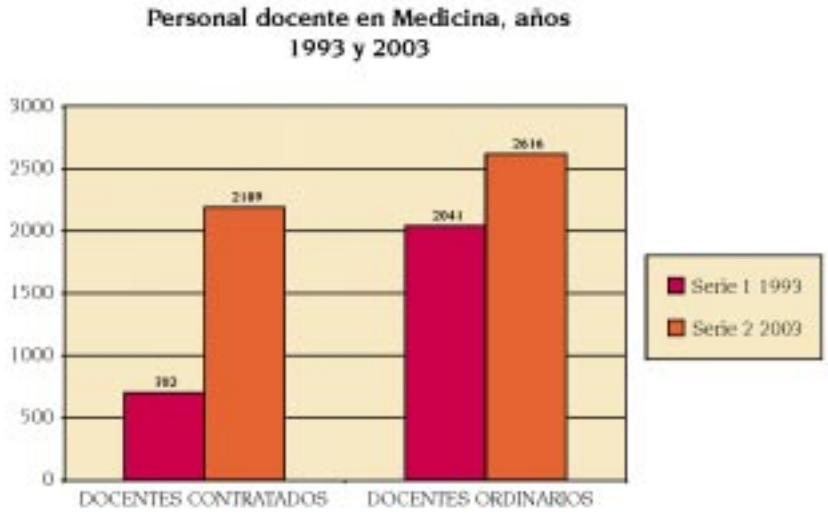
Anexo 5–6



Anexo 5–7



Anexo 5–8



Anexo 6–1 ENFERMERÍA

LISTA DE UNIVERSIDADES POR TIPO DE PROPIEDAD
ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD	TIPO	DEPARTAMENTO
1. Universidad Nacional Toribio Rodriguez de Mendoza	NACIONAL	AMAZONAS
2. Universidad Nacional Hermilio Valdizán	NACIONAL	HUÁNUCO
3. Universidad Huánuco (Ex Victor Andrés Belaunde)	PRIVADA	HUÁNUCO
4. Universidad Nacional del Centro del Perú	NACIONAL	JUNÍN
5. Universidad Peruana Los Andes	PRIVADA	JUNÍN
6. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana	NACIONAL	LORETO
7. Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión	NACIONAL	PASCO
8. Universidad Nacional de San Martín	NACIONAL	SAN MARTÍN
9. Universidad de Ucayali	NACIONAL	UCAYALI
10. Universidad Alas Peruanas	PRIVADA	LIMA
11. Universidad Privada de San Martín de Porres	PRIVADA	LIMA
12. Universidad Inca Garcilaso de la Vega	PRIVADA	LIMA
13. Universidad Nacional del Callao	NACIONAL	LIMA
14. Universidad Nacional Federico Villarreal	NACIONAL	LIMA
15. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión	NACIONAL	LIMA
16. Universidad Nacional Mayor de San Marcos	NACIONAL	LIMA
17. Universidad Norbert Wiener	PRIVADA	LIMA
18. Universidad Peruana Cayetano Heredia	PRIVADA	LIMA
19. Universidad Peruana Unión	PRIVADA	LIMA
20. Universidad Privada San Juan Bautista	PRIVADA	LIMA
21. Universidad Ricardo Palma	PRIVADA	LIMA
22. Universidad Nacional del Santa	NACIONAL	ANCASH
23. Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo	NACIONAL	ANCASH
24. Universidad Los Ángeles Chimbote (Ex Chimbote)	PRIVADA	ANCASH
25. Universidad Privada San Pedro	PRIVADA	ANCASH
26. Universidad Nacional de Cajamarca	NACIONAL	CAJAMARCA
27. Universidad Nacional de Trujillo	NACIONAL	LA LIBERTAD
28. Universidad Privada Antenor Orrego	PRIVADA	LA LIBERTAD
29. Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo	NACIONAL	LAMBAYEQUE
30. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo	PRIVADA	LAMBAYEQUE
31. Universidad Particular de Chiclayo	PRIVADA	LAMBAYEQUE
32. Universidad Nacional de Piura	NACIONAL	PIURA
33. Universidad Nacional de Tumbes	NACIONAL	TUMBES
34. Universidad Tecnológica de Los Andes	PRIVADA	APURIMAC
35. Universidad Nacional de San Agustín	NACIONAL	AREQUIPA
36. Universidad Católica de Santa María	PRIVADA	AREQUIPA
37. Universidad Nacional San Cristóbal Huamanga	NACIONAL	AYACUCHO
38. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cuzco	NACIONAL	CUZCO
39. Universidad Andina del Cuzco	PRIVADA	CUZCO
40. Universidad Nacional de Huancavelica	NACIONAL	HUANCAVELICA
41. Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica	NACIONAL	ICA
42. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez	PRIVADA	PUNO
43. Universidad Nacional del Altiplano	NACIONAL	PUNO
44. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann	NACIONAL	TACNA

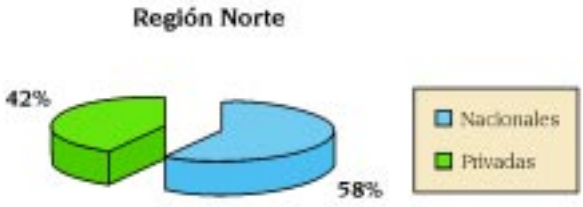
Anexo 6–2

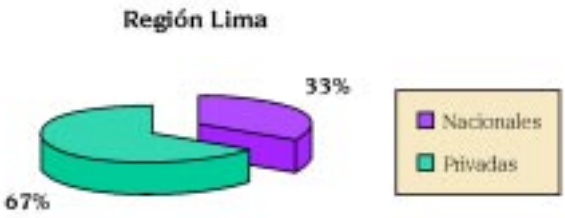
LISTA DE UNIVERSIDADES POR REGIÓN
ENFERMERÍA

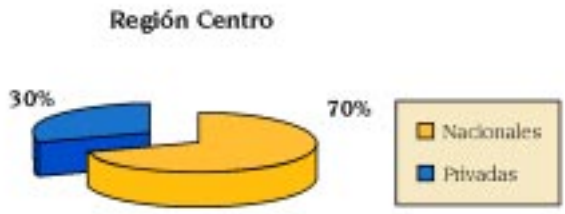
REGIÓN	DEPARTAMENTO	TIPO	UNIVERSIDAD
CENTRO	AMAZONAS	NACIONAL	1. U. Nacional Toribio Rodriguez Mendoza
	HUÁNUCO	NACIONAL	2. U. Nacional Hermilio Valdizán
	HUÁNUCO	PRIVADA	3. U. Huánuco (Ex Victor Andrés Belaunde)
	JUNÍN	NACIONAL	4. U. Nacional del Centro del Perú
	JUNÍN	PRIVADA	5. U. Peruana Los Andes
	LORETO	NACIONAL	6. U. Nacional de la Amazonia Peruana
	PASCO	NACIONAL	7. U. Nacional Daniel Alcides Carrión
	SAN MARTÍN	NACIONAL	8. U. Nacional de San Martín
	UCAYALI	NACIONAL	9. U. de Ucayali
LIMA	LIMA	PRIVADA	10. U. Alas Peruanas
	LIMA	PRIVADA	11. U. Privada de San Martín de Porres
	LIMA	PRIVADA	12. U. Inca Garcilaso de la Vega
	LIMA	NACIONAL	13. U. Nacional del Callao
	LIMA	NACIONAL	14. U. Nacional Federico Villarreal
	LIMA	NACIONAL	15. U. Nacional José Faustino Sánchez Carrión
	LIMA	NACIONAL	16. U. Nacional Mayor de San Marcos
	LIMA	PRIVADA	17. U. Norbert Wiener
	LIMA	PRIVADA	18. U. Peruana Cayetano Heredia
	LIMA	PRIVADA	19. U. Peruana Unión
	LIMA	PRIVADA	20. U. Privada San Juan Bautista
	LIMA	PRIVADA	21. U. Ricardo Palma
NORTE	ANCASH	NACIONAL	22. U. Nacional del Santa
	ANCASH	NACIONAL	23. U. Nacional Santiago Antúnez de Mayolo
	ANCASH	PRIVADA	24. U. Los Ángeles Chimbote (Ex Chimbote)
	ANCASH	PRIVADA	25. U. Privada San Pedro
	CAJAMARCA	NACIONAL	26. U. Nacional de Cajamarca
	LA LIBERTAD	NACIONAL	27. U. Nacional de Trujillo
	LA LIBERTAD	PRIVADA	28. U. Privada Antenor Orrego
	LAMBAYEQUE	NACIONAL	29. U. Nacional Pedro Ruiz Gallo
	LAMBAYEQUE	PRIVADA	30. U. Católica Santo Toribio de Mogrovejo
	LAMBAYEQUE	PRIVADA	31. U. Particular de Chiclayo
	PIURA	NACIONAL	32. U. Nacional de Piura
	TUMBES	NACIONAL	33. U. Nacional de Tumbes
SUR	APURIMAC	PRIVADA	34. U. Tecnológica de Los Andes
	AREQUIPA	NACIONAL	35. U. Nacional de San Agustín
	AREQUIPA	PRIVADA	36. U. Católica de Santa María
	AYACUCHO	NACIONAL	37. U. Nacional San Cristóbal Huamanga
	CUZCO	NACIONAL	38. U. Nacional de San Antonio Abad del Cuzco
	CUZCO	PRIVADA	39. U. Andina del Cuzco
	HUANCAVELICA	NACIONAL	40. U. Nacional de Huancavelica
	ICA	NACIONAL	41. U. Nacional San Luis Gonzaga de Ica
	PUNO	PRIVADA	42. U. Andina Néstor Cáceres Velásquez
	PUNO	NACIONAL	43. U. Nacional del Altiplano
	TACNA	NACIONAL	44. U. Nacional Jorge Basadre Grohmann

Anexo 6–3

GRÁFICOS DE DISTRIBUCIÓN POR REGIÓN Y TIPO DE PROPIEDAD ENFERMERÍA







Anexo 6–4

MAPA DE DISTRIBUCIÓN POR REGIÓN ENFERMERÍA

Anexo 7 BASE DE DATOS DE ALUMNOS DE ENFERMERÍA

ALUMNOS **AÑOS**

Departamento	Tipo	Universidad	VARIABLES	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
AMAZONAS	NACIONAL	Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza	VACANTES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	81	80
			INGRESANTES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	81	82
			MATRICULADOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	80	160
			EGRESADOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0
			TITULADOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0
ANCASH	PRIVADA	Universidad Autónoma de los Ángeles (U. de Chimbote)	VACANTES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	364	625
			INGRESANTES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	123	625
			MATRICULADOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	47	625
			EGRESADOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0
			TITULADOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0
	NACIONAL	Universidad Nacional del Santa	VACANTES	50	70	55	55	40	55	55	55	55	61	60
			INGRESANTES	50	54	55	55	40	56	55	55	55	63	60
			MATRICULADOS	178	225	242	243	270	274	308	304	307	313	345
			EGRESADOS	0	0	0	43	19	35	23	39	NI	35	10
			TITULADOS	0	0	0	0	28	14	32	27	NI	66	1
	NACIONAL	Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo	VACANTES	0	NI	26	60	25	25	0	42	42	55	25
			INGRESANTES	0	NI	26	0	25	37	0	50	83	28	26
			MATRICULADOS	41	NI	123	149	156	174	0	293	197	225	278
			EGRESADOS	0	NI	0	0	14	*	*	21	0	42	20
			TITULADOS	0	NI	0	0	0	*	*	12	0	36	30
	PRIVADA	Universidad Privada San Pedro	VACANTES	-	-	100	100	50	0	132	48	75	70	80
			INGRESANTES	-	-	55	24	7	0	0	0	18	42	75
			MATRICULADOS	-	-	48	85	56	48	64	52	46	26	90
			EGRESADOS	-	-	0	0	0	0	8	16	NI	10	6
			TITULADOS	-	-	0	0	0	0	0	4	NI	25	3
APURÍMAC	PRIVADA	Universidad Tecnològica de los Andes	VACANTES	225	NI	NI	150	210	130	85	120	50	65	80
			INGRESANTES	200	NI	NI	156	218	136	81	113	52	71	81
			MATRICULADOS	409	NI	NI	474	587	590	654	584	565	510	824
			EGRESADOS	36	NI	44	23	34	24	NI	85	79	65	73
			TITULADOS	34	NI	30	42	16	19	NI	61	61	58	83
AREQUIPA	PRIVADA	Universidad Católica de Santa María	VACANTES	243	167	182	144	144	89	86	90	115	122	101
			INGRESANTES	181	144	173	127	64	66	63	64	75	90	97
			MATRICULADOS	546	495	496	461	373	327	252	269	214	72	265
			EGRESADOS	54	43	69	74	69	80	70	47	49	35	23
			TITULADOS	87	56	60	82	27	67	69	102	46	46	50
	NACIONAL	Universidad Nacional de San Agustín	VACANTES	NI	77	70	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
			INGRESANTES	NI	77	77	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
			MATRICULADOS	505	485	487	NI	NI	NI	427	NI	NI	NI	NI
			EGRESADOS	NI	61	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
			TITULADOS	NI	55	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI

AYACUCHO	NACIONAL	Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga	VACANTES	69	46	52	52	46	46	56	85	NI	48	98
			INGRESANTES	67	3	51	42	43	44	49	75	NI	66	91
			MATRICULADOS	537	436	516	531	523	488	367	704	NI	335	374
			EGRESADOS	45	49	44	80	59	90	88	38	NI	60	67
			TITULADOS	41	39	32	63	51	104	26	69	NI	54	52
CAJAMARCA	NACIONAL	Universidad Nacional de Cajamarca	VACANTES	149	120	152	124	124	124	130	121	120	153	130
			INGRESANTES	154	47	111	110	118	119	118	122	108	97	127
			MATRICULADOS	740	736	712	681	625	663	663	653	642	602	564
			EGRESADOS	74	104	101	121	123	100	102	175	70	92	63
			TITULADOS	85	33	84	59	102	109	96	94	101	83	96
CUZCO	PRIVADA	Universidad Andina del Cuzco	VACANTES	-	-	NI	75	NI	120	60	NI	120	148	NI
			INGRESANTES	-	-	NI	38	NI	30	2	NI	148	86	NI
			MATRICULADOS	-	-	NI	36	NI	39	38	NI	311	477	NI
			EGRESADOS	-	-	0	0	0	0	0	NI	NI	14	NI
			TITULADOS	-	-	0	0	0	0	0	NI	NI	5	NI
	NACIONAL	Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cuzco	VACANTES	69	56	69	63	74	67	110	45	NI	80	68
			INGRESANTES	67	54	54	54	50	75	92	121	NI	74	67
			MATRICULADOS	540	534	503	451	425	377	411	441	NI	462	446
			EGRESADOS	63	35	46	55	59	98	66	53	NI	72	40
			TITULADOS	87	52	32	48	59	82	70	67	NI	49	39
HUANCAVELICA	NACIONAL	Universidad Nacional de Huancavelica	VACANTES	52	50	74	70	78	80	58	NI	NI	87	79
			INGRESANTES	42	51	60	77	95	83	54	NI	NI	97	95
			MATRICULADOS	128	170	204	264	309	340	386	193	NI	905	981
			EGRESADOS	0	0	0	0	2	35	42	49	NI	0	33
			TITULADOS	0	0	0	0	0	13	16	19	NI	20	21
HUÁNUCO	PRIVADA	Universidad de Huánuco	VACANTES	-	-	-	-	-	-	-	183	254	310	330
			INGRESANTES	-	-	-	-	-	-	-	119	87	145	182
			MATRICULADOS	-	-	-	-	-	-	-	91	136	210	341
			EGRESADOS	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0
			TITULADOS	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0
	NACIONAL	Universidad Nacional Hermilio Valdizán	VACANTES	50	88	105	50	60	69	84	70	NI	78	60
			INGRESANTES	66	92	110	54	60	61	78	71	NI	80	64
			MATRICULADOS	543	525	416	548	545	536	551	504	NI	465	409
			EGRESADOS	61	79	33	65	56	69	65	62	NI	75	40
			TITULADOS	72	70	63	66	27	71	90	63	NI	97	105
ICA	NACIONAL	Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica	VACANTES	NI	NI	NI	NI	NI	131	NI	NI	NI	80	NI
			INGRESANTES	216	121	89	114	123	127	86	NI	NI	77	NI
			MATRICULADOS	1078	1017	892	871	828	780	723	634	583	501	NI
			EGRESADOS	18	2	47	72	128	179	121	139	106	131	NI
			TITULADOS	1	94	100	122	4	150	195	139	64	131	NI

ICA	PRIVADA	Universidad Particular de Ciencias y Tecnología de Ica *	VACANTES	-	50	50	40	50	50	50	NI	NI	NI	-
			INGRESANTES	-	20	30	35	45	15	41	NI	NI	NI	-
			MATRICULADOS	-	20	30	35	45	15	41	NI	NI	NI	-
			EGRESADOS	-	0	0	0	0	0	NI	NI	NI	NI	-
			TITULADOS	-	0	0	0	0	0	NI	NI	NI	NI	-
JUNÍN	NACIONAL	Universidad Nacional del Centro del Perú	VACANTES	NI	NI	80	110	50	50	30	25	25	35	68
			INGRESANTES	50	59	84	103	46	26	29	24	23	35	76
			MATRICULADOS	336	345	328	298	277	269	249	245	245	288	287
			EGRESADOS	NI	88	24	54	29	43	43	55	NI	19	1
			TITULADOS	NI	35	77	38	71	58	83	58	NI	11	38
	PRIVADA	Universidad Peruana los Andes	VACANTES	-	-	-	-	325	389	111	NI	NI	NI	NI
			INGRESANTES	-	-	-	-	80	109	24	NI	NI	NI	NI
			MATRICULADOS	-	-	-	-	86	69	23	7	NI	NI	NI
			EGRESADOS	-	-	-	-	0	0	0	0	NI	NI	NI
			TITULADOS	-	-	-	-	0	0	0	0	NI	NI	NI
LA LIBERTAD	NACIONAL	Universidad Nacional de Trujillo	VACANTES	80	76	82	80	70	70	NI	86	73	183	148
			INGRESANTES	80	75	80	75	70	70	NI	79	73	156	123
			MATRICULADOS	410	414	443	403	414	414	410	376	391	465	525
			EGRESADOS	76	100	111	91	74	76	NI	120	NI	68	81
			TITULADOS	76	97	59	86	48	121	NI	110	NI	72	39
	PRIVADA	Universidad Privada Antenor Orrego	VACANTES	-	-	-	240	NI	110	150	120	NI	160	140
			INGRESANTES	-	-	-	83	NI	43	57	19	67	96	129
			MATRICULADOS	-	-	-	74	NI	125	167	426	256	296	329
			EGRESADOS	-	-	-	0	0	0	0	0	21	12	15
			TITULADOS	-	-	-	0	0	0	0	0	0	4	24
	PRIVADA	Universidad Privada Juan XXIII ***	VACANTES	-	-	-	100	NI	50	NI	NI	-	-	-
			INGRESANTES	-	-	-	68	NI	20	NI	NI	-	-	-
			MATRICULADOS	-	-	-	55	NI	64	NI	NI	-	-	-
			EGRESADOS	-	-	-	0	NI	0	NI	NI	-	-	-
			TITULADOS	-	-	-	0	NI	0	NI	NI	-	-	-
LAMBAYEQUE	PRIVADA	Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo	VACANTES	-	-	-	-	-	-	-	0	100	100	50
			INGRESANTES	-	-	-	-	-	-	-	0	60	93	75
			MATRICULADOS	-	-	-	-	-	-	-	3	53	135	NI
			EGRESADOS	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0
			TITULADOS	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0
	NACIONAL	Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo	VACANTES	40	NI	NI	NI	NI	60	NI	75	NI	49	60
			INGRESANTES	42	NI	NI	NI	NI	60	NI	74	NI	50	60
			MATRICULADOS	304	NI	NI	NI	NI	355	352	349	NI	276	276
			EGRESADOS	62	NI	NI	NI	NI	23	NI	36	NI	88	15
			TITULADOS	78	122	39	NI	NI	21	NI	69	NI	50	93

	PRIVADA	Universidad Particular de Chiclayo	VACANTES	-	-	-	-	-	-	-	85	NI	85	100
			INGRESANTES	-	-	-	-	-	-	-	64	NI	80	95
			MATRICULADOS	-	-	-	-	-	-	-	62	NI	153	267
			EGRESADOS	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0
			TITULADOS	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0
LIMA	PRIVADA	Universidad Alas Peruanas	VACANTES	-	-	-	-	-	-	-	-	48	200	278
			INGRESANTES	-	-	-	-	-	-	-	-	26	199	240
			MATRICULADOS	-	-	-	-	-	-	-	-	9	148	309
			EGRESADOS	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0
			TITULADOS	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0
	PRIVADA	Universidad de San Martín de Porres	VACANTES	669	848	653	520	575	919	452	NI	400	NI	676
			INGRESANTES	697	501	706	533	641	504	333	NI	117	NI	492
			MATRICULADOS	1193	1114	NI	NI	2536	1371	1016	NI	1113	NI	1084
			EGRESADOS	100	221	260	393	208	439	206	NI	NI	NI	333
			TITULADOS	451	285	205	366	226	426	370	NI	NI	NI	327
	PRIVADA	Universidad Femenina del Sagrado Corazón **	VACANTES	0	20	25	20	40	NI	NI	NI	NI	NI	NI
			INGRESANTES	0	4	25	0	0	NI	NI	NI	NI	NI	NI
			MATRICULADOS	136	63	56	34	15	19	NI	NI	NI	NI	NI
			EGRESADOS	50	40	57	41	7	5	5	1	2	2	3
			TITULADOS	44	59	54	57	36	38	6	11	3	1	3
	PRIVADA	Universidad Inca Garcilaso de la Vega	VACANTES	87	60	NI	NI	NI	NI	40	48	63	80	NI
			INGRESANTES	87	62	NI	NI	NI	NI	15	48	63	80	255
			MATRICULADOS	218	226	161	93	48	34	17	55	278	120	267
			EGRESADOS	0	0	0	52	21	16	13	15	1	0	0
			TITULADOS	0	0	0	0	43	51	35	29	6	1	1
	NACIONAL	Universidad Nacional del Callao	VACANTES	120	105	115	110	100	130	130	160	160	140	220
			INGRESANTES	107	109	104	114	100	130	128	145	140	190	219
			MATRICULADOS	235	276	315	367	375	420	450	475	489	573	658
			EGRESADOS	17	4	31	29	75	47	25	69	81	62	78
			TITULADOS	58	13	5	27	29	45	40	51	91	67	42
	NACIONAL	Universidad Nacional Federico Villarreal	VACANTES	33	NI	30	35	90	100	138	NI	69	70	60
			INGRESANTES	32	NI	26	70	90	97	137	NI	NI	65	60
			MATRICULADOS	443	456	410	367	227	427	492	246	256	482	226
			EGRESADOS	28	106	114	380	304	394	185	NI	NI	NI	70
			TITULADOS	88	48	167	227	275	204	294	NI	NI	NI	154
	NACIONAL	Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión	VACANTES	100	100	56	NI	77	120	80	80	70	80	100
			INGRESANTES	103	90	52	NI	81	68	74	80	70	80	120
			MATRICULADOS	0	384	380	372	378	348	338	340	319	395	421
			EGRESADOS	44	58	38	13	32	53	51	49	NI	52	55
			TITULADOS	1	39	63	46	23	63	24	25	NI	130	70

LIMA	NACIONAL	Universiad Nacional Mayor de San Marcos	VACANTES	90	102	108	122	120	147	176	138	129	90	80
			INGRESANTES	92	93	101	69	91	97	164	127	140	86	77
			MATRICULADOS	502	415	419	350	455	377	475	501	566	545	512
			EGRESADOS	25	39	45	NI	123	36	42	30	92	118	NI
			TITULADOS	53	41	71	NI	95	88	47	80	58	156	NI
	PRIVADA	Universidad Norbert Wiener	VACANTES	-	-	-	-	-	-	-	100	100	270	260
			INGRESANTES	-	-	-	-	-	-	-	80	181	262	219
			MATRICULADOS	-	-	-	-	-	-	-	36	92	139	130
			EGRESADOS	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0
			TITULADOS	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0
	PRIVADA	Universidad Peruana Cayetano Heredia	VACANTES	NI	174	NI	140	77	80	30	390	129	140	221
			INGRESANTES	NI	177	NI	144	NI	80	14	365	129	148	185
			MATRICULADOS	676	467	NI	612	538	NI	NI	814	707	749	679
			EGRESADOS	0	135	125	87	69	70	89	133	NI	104	93
			TITULADOS	0	125	107	80	69	40	119	160	NI	122	119
	PRIVADA	Universidad Peruana Unión	VACANTES	60	80	NI	90	60	30	120	120	92	81	NI
			INGRESANTES	58	64	NI	56	56	47	74	63	92	81	NI
			MATRICULADOS	239	237	NI	180	181	170	95	153	166	192	NI
			EGRESADOS	34	48	NI	29	19	55	15	19	NI	17	NI
			TITULADOS	20	43	NI	30	39	26	53	9	NI	25	NI
	PRIVADA	Universidad Privada San Juan Bautista	VACANTES	-	-	-	-	NI	NI	240	240	NI	120	NI
			INGRESANTES	-	-	-	-	NI	NI	90	65	NI	186	NI
			MATRICULADOS	-	-	-	-	NI	NI	127	312	NI	330	NI
			EGRESADOS	-	-	-	-	0	0	0	0	NI	38	NI
			TITULADOS	-	-	-	-	0	0	0	0	NI	0	NI
	PRIVADA	Universidad Ricardo Palma	VACANTES	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
			INGRESANTES	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
			MATRICULADOS	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
			EGRESADOS	46	23	NI	18	25	22	23	23	43	28	26
			TITULADOS	23	24	NI	19	21	22	21	24	42	25	22
LORETO	NACIONAL	Universidad Nacional de la Amazonía Peruana	VACANTES	38	88	60	40	50	40	52	52	50	20	52
			INGRESANTES	48	90	60	41	50	40	53	52	52	20	50
			MATRICULADOS	222	277	274	254	280	249	277	251	279	269	263
			EGRESADOS	37	22	18	17	20	35	0	20	22	1	22
			TITULADOS	10	45	17	25	11	25	45	45	60	28	42
PASCO	NACIONAL	Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión	VACANTES	NI	134	109	111	117	88	112	85	102	102	87
			INGRESANTES	NI	110	111	118	127	91	111	85	103	100	83
			MATRICULADOS	635	669	652	622	611	621	623	587	580	561	511
			EGRESADOS	92	84	105	87	107	79	91	85	88	91	107
			TITULADOS	45	66	117	60	125	137	52	64	95	84	82

PIURA	NACIONAL	Universidad Nacional de Piura	VACANTES	-	-	-	-	-	-	40	40	NI	18	31
			INGRESANTES	-	-	-	-	-	-	39	32	NI	21	20
			MATRICULADOS	-	-	-	-	-	-	39	0	NI	108	147
			EGRESADOS	-	-	-	-	-	-	0	0	NI	0	17
			TITULADOS	-	-	-	-	-	-	0	0	NI	0	0
PUCALLPA	NACIONAL	Universidad Nacional de Ucayali	VACANTES	NI	NI	40	50	50	50	NI	60	NI	50	45
			INGRESANTES	50	77	55	50	57	50	NI	60	NI	62	48
			MATRICULADOS	210	251	282	322	299	320	NI	294	NI	301	369
			EGRESADOS	NI	10	20	24	30	30	NI	31	NI	24	36
			TITULADOS	NI	18	6	32	16	16	NI	21	NI	29	10
PUNO	PRIVADA	Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez	VACANTES	122	140	108	120	65	130	115	170	120	120	185
			INGRESANTES	156	125	82	101	89	122	142	137	114	154	260
			MATRICULADOS	213	241	233	249	243	257	231	290	276	325	410
			EGRESADOS	0	0	16	28	35	50	37	42	NI	27	36
			TITULADOS	0	0	0	2	14	20	34	18	NI	30	37
	NACIONAL	Universidad Nacional del Altiplano	VACANTES	89	102	100	120	120	84	60	60	60	50	60
			INGRESANTES	88	103	100	122	136	81	60	61	50	51	61
			MATRICULADOS	402	466	410	457	550	546	532	492	455	365	337
			EGRESADOS	9	57	76	39	33	3	NI	87	89	68	155
			TITULADOS	34	14	22	72	55	3	NI	55	81	98	82
SAN MARTÍN	NACIONAL	Universidad Nacional de San Martín	VACANTES	-	-	-	40	80	26	50	60	NI	42	63
			INGRESANTES	-	-	-	40	78	26	50	60	NI	31	64
			MATRICULADOS	-	-	-	37	112	0	1778	234	NI	289	312
			EGRESADOS	-	-	-	0	0	0	0	0	NI	29	43
			TITULADOS	-	-	-	0	0	0	0	0	NI	0	22
TACNA	NACIONAL	Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann	VACANTES	70	55	55	55	40	60	40	50	53	62	36
			INGRESANTES	70	56	55	58	29	45	45	40	53	62	49
			MATRICULADOS	240	267	273	283	269	266	265	235	232	261	241
			EGRESADOS	16	18	38	30	33	33	34	59	44	32	39
			TITULADOS	14	13	23	37	41	15	72	21	37	39	47
TUMBES	NACIONAL	Universidad Nacional de Tumbes	VACANTES	40	47	59	59	60	53	55	52	NI	52	54
			INGRESANTES	41	41	44	44	48	48	49	51	NI	36	55
			MATRICULADOS	40	92	29	258	168	199	228	239	NI	515	519
			EGRESADOS	0	0	0	0	0	0	20	28	NI	22	17
			TITULADOS	0	0	0	0	0	0	0	19	29	33	26

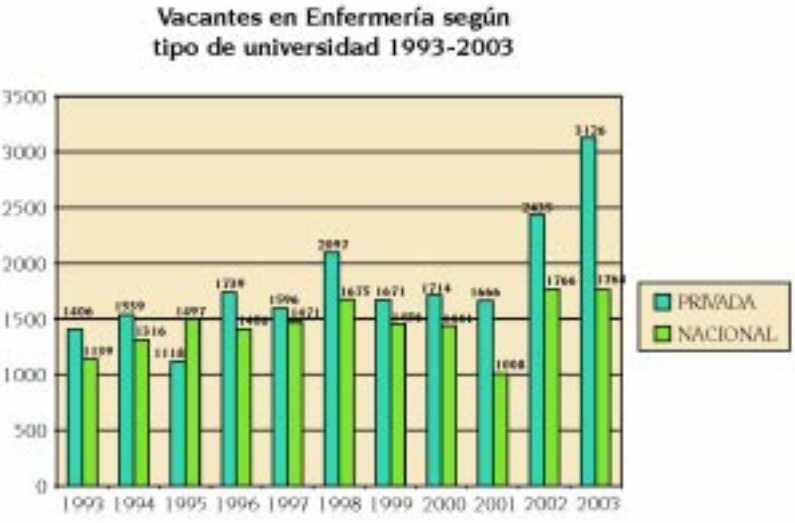
* La Universidad Particular de Ciencias y Tecnología de Ica fue cesada por Ley N.º 2777 en el 2002.

** La Universidad Femenina del Sagrado Corazón dejó en receso temporal el Programa Académico de Enfermería según Acuerdo del Consejo Universitario, sesión N.º 438 del 10-12-1997 y Resolución Rectoral N.º 170-97-CU.

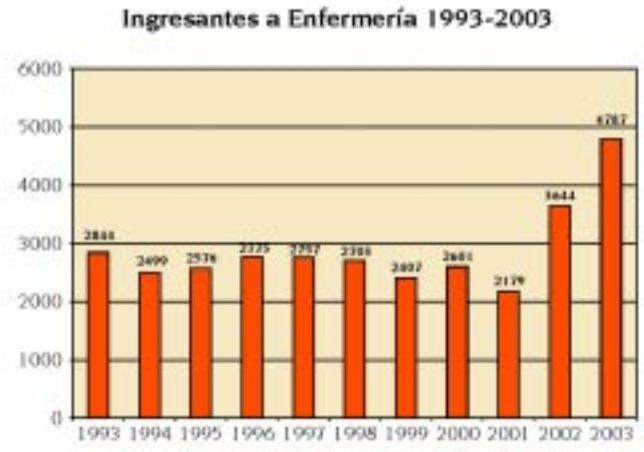
*** La Universidad Privada Juan XXIII fue clausurada por Resolución del CONAFU en el 2001.

Anexo 8–1

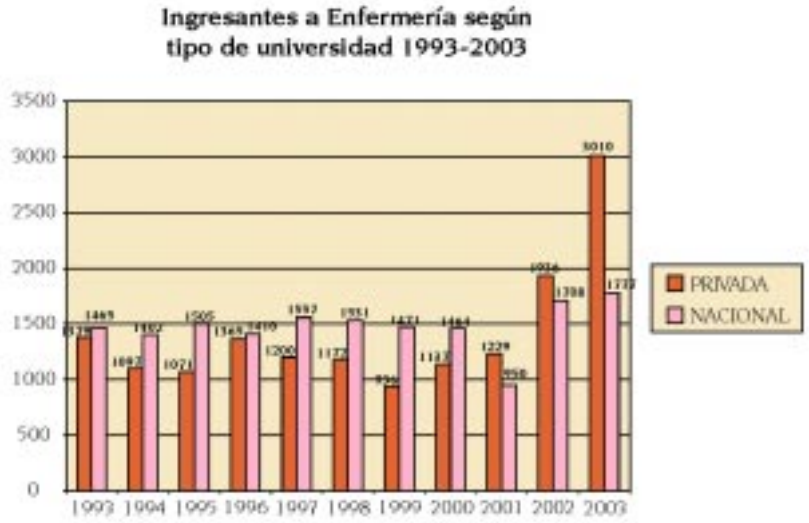
Anexo 8–2



Anexo 8–3

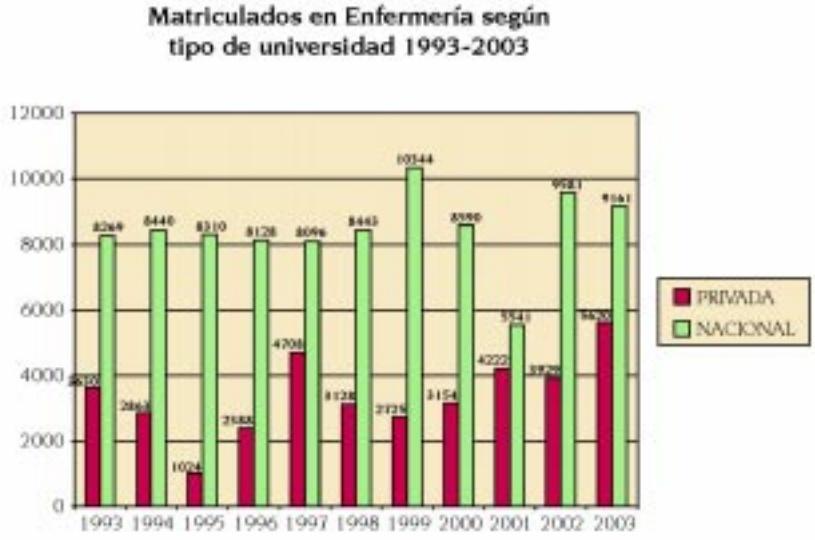


Anexo 8–4



Anexo 8–5

Anexo 8–6

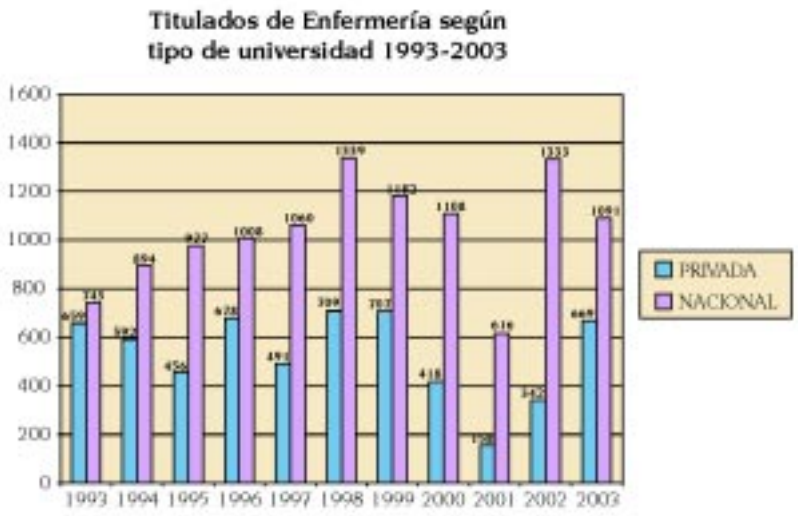


Anexo 8–7

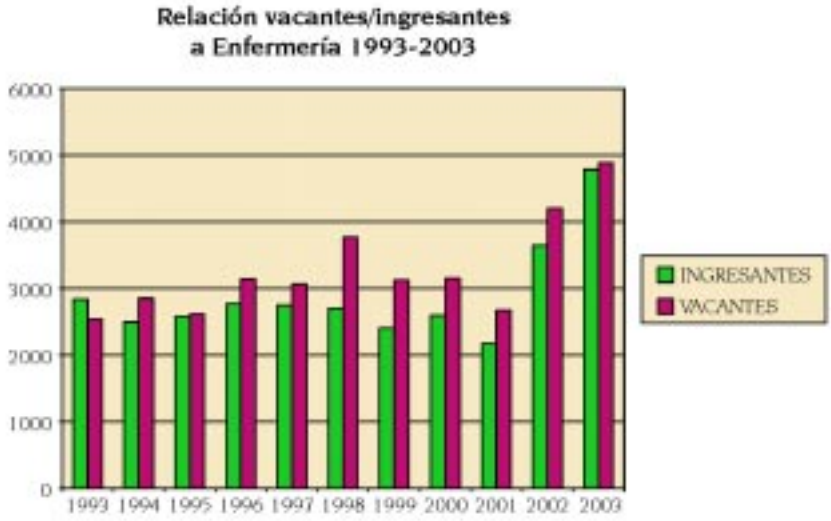
Anexo 8–8

Anexo 8–9

Anexo 8–10

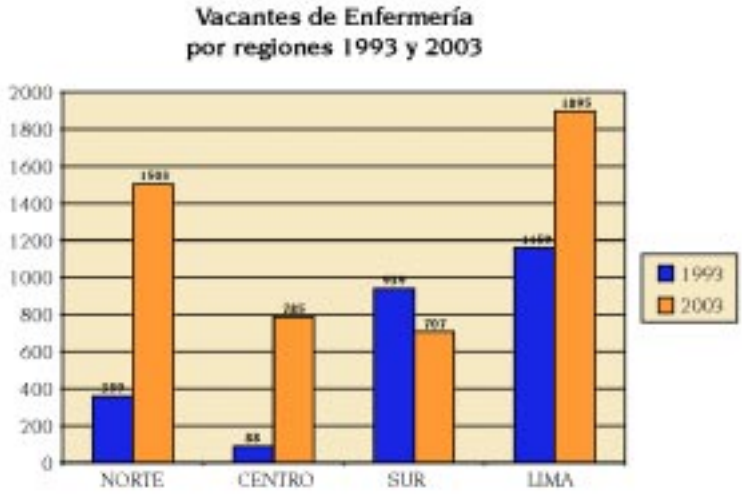


Anexo 8–11

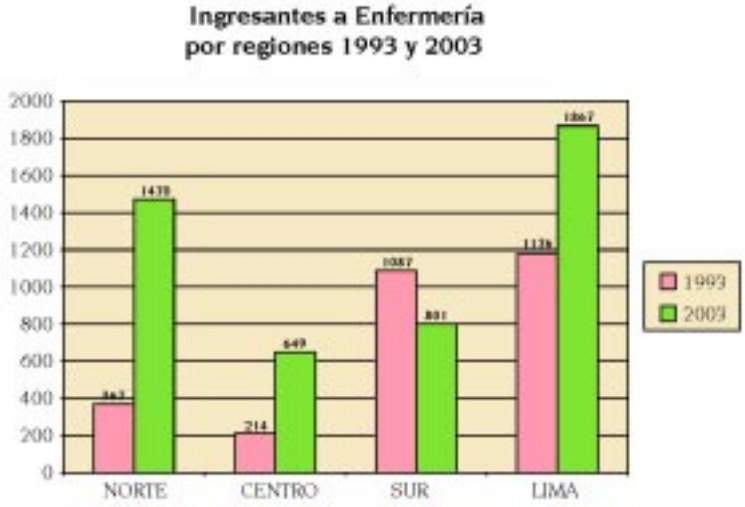


Anexo 8–12

Anexo 8–13



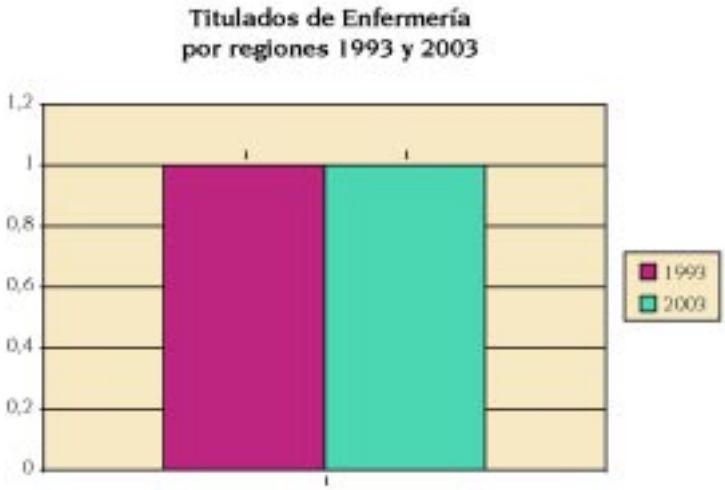
Anexo 8–14



Anexo 8–15

Anexo 8–16

Anexo 8–17


Titulados de Enfermería
por regiones 1993 y 2003
1,2
1
0,8
0,6
0,4
0,2
0
1993
2003

Anexo 9–1

DICCIONARIO DE ALUMNOS DE ENFERMERÍA

TOTAL	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
EGRESADOS	987	1426	1462	1945	1807	2219	1464	1626	787	1533	1617
INGRESANTES	2844	2499	2576	2775	2757	2703	2407	2601	2179	3644	4787
MATRICULADOS	11899	11303	9334	10516	12804	11571	13069	11744	9763	13510	14781
TITULADOS	1402	1486	1433	1686	1551	2048	1889	1526	774	1675	1760
VACANTES	2545	2855	2615	3145	3067	3772	3127	3155	2674	4201	4890
PRIVADA											
EGRESADOS	320	510	571	745	487	761	466	381	195	352	608
INGRESANTES	1379	1097	1071	1365	1200	1172	936	1137	1229	1936	3010
MATRICULADOS	3630	2863	1024	2388	4708	3128	2725	3154	4222	3929	5620
TITULADOS	659	592	456	678	491	709	707	418	158	342	669
VACANTES	1406	1539	1118	1739	1596	2097	1671	1714	1666	2435	3126
NACIONAL											
EGRESADOS	667	916	891	1200	1320	1458	998	1245	592	1181	1009
INGRESANTES	1465	1402	1505	1410	1557	1531	1471	1464	950	1708	1777
MATRICULADOS	8269	8440	8310	8128	8096	8443	10344	8590	5541	9581	9161
TITULADOS	743	894	977	1008	1060	1339	1182	1108	616	1333	1091
VACANTES	1139	1316	1497	1406	1471	1675	1456	1441	1008	1766	1764

POR REGIONES

NORTE	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
EGRESADOS	212	204	212	255	230	234	153	435	91	369	244
INGRESANTES	367	217	371	459	308	453	318	546	464	885	1470
MATRICULADOS	1713	1467	1597	1948	1689	2316	2231	2757	1892	3161	3965
TITULADOS	239	252	182	145	178	265	128	335	130	369	312
VACANTES	359	313	474	818	369	547	562	724	465	1350	1503
CENTRO											
EGRESADOS	190	283	200	247	242	256	199	253	110	239	249
INGRESANTES	214	428	420	406	498	403	345	471	265	554	649
MATRICULADOS	1946	2067	1952	2081	2210	2064	3501	2213	1240	2463	2652
TITULADOS	127	234	280	221	250	307	270	251	155	249	299
VACANTES	88	310	394	401	732	712	439	535	431	718	785
SUR											
EGRESADOS	241	265	380	401	452	592	458	599	367	504	466
INGRESANTES	1087	754	771	924	892	824	715	611	492	828	801
MATRICULADOS	4598	4131	4044	4112	4152	4025	4327	3842	2636	4213	3878
TITULADOS	298	323	299	468	267	473	482	551	289	530	411
VACANTES	939	743	760	889	827	987	720	620	518	862	707
LIMA											
EGRESADOS	344	674	670	1042	883	1137	654	339	219	421	658
INGRESANTES	1176	1100	1014	986	1059	1023	1029	973	958	1377	1867
MATRICULADOS	3642	3638	1741	2375	4753	3166	3010	2932	3995	3673	4286
TITULADOS	738	677	672	852	856	1003	1009	389	200	527	738
VACANTES	1159	1489	987	1037	1139	1526	1406	1276	1260	1271	1895

Anexo 9–2

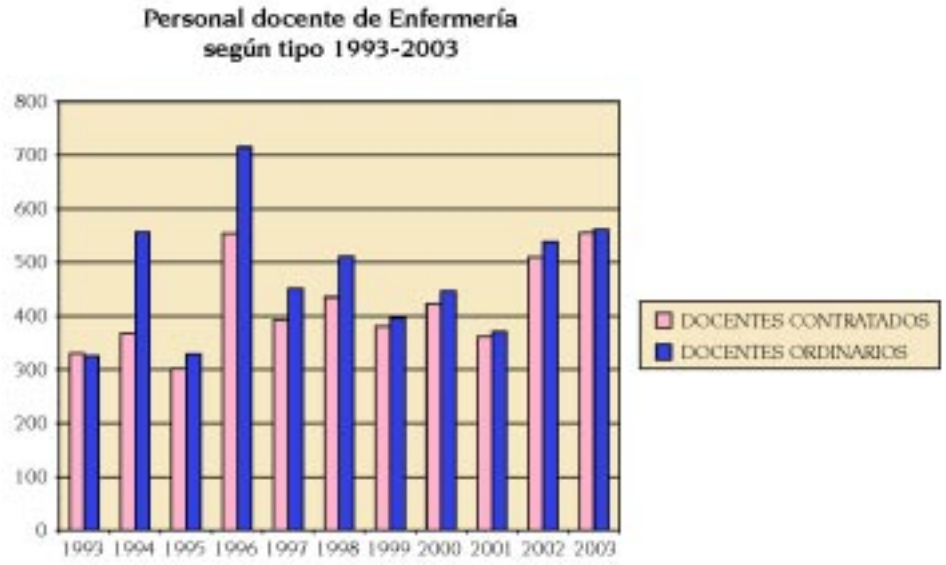
DICCIONARIO DE DOCENTES DE ENFERMERÍA

TOTAL	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
DOCENTES CONTRATADOS	331	368	302	554	393	435	381	422	362	510	555
DOCENTES ORDINARIOS	326	557	329	715	451	511	396	447	371	539	561
NACIONAL											
DOCENTES CONTRATADOS	171	219	140	267	209	238	181	212	150	283	233
DOCENTES ORDINARIOS	238	252	285	426	381	425	356	358	302	465	485
PRIVADA											
DOCENTES CONTRATADOS	160	149	162	287	184	197	200	210	212	227	322
DOCENTES ORDINARIOS	88	305	44	289	70	86	40	89	69	74	76

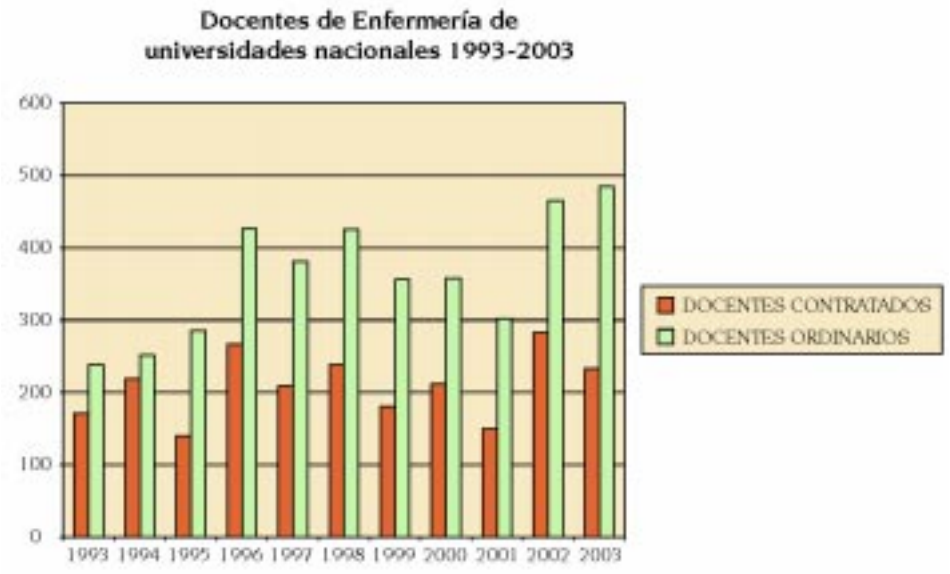
POR REGIONES

NORTE	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
DOCENTES CONTRATADOS	22	33	19	33	18	40	19	40	32	89	109
DOCENTES ORDINARIOS	50	30	47	82	52	117	33	95	90	130	129
CENTRO											
DOCENTES CONTRATADOS	37	35	33	85	64	60	59	68	95	82	72
DOCENTES ORDINARIOS	71	95	97	139	125	130	134	141	113	172	178
SUR											
DOCENTES CONTRATADOS	107	108	91	128	110	133	126	135	59	160	131
DOCENTES ORDINARIOS	135	144	126	169	142	173	154	116	109	174	184
LIMA											
DOCENTES CONTRATADOS	165	192	159	308	201	202	177	179	176	179	243
DOCENTES ORDINARIOS	70	288	59	325	132	91	75	95	59	63	70

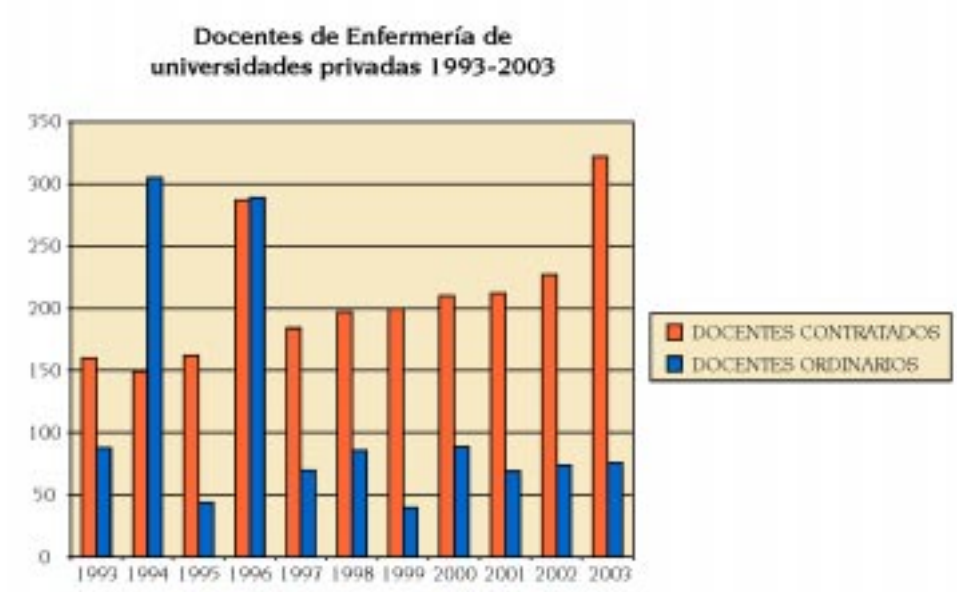
Anexo 10–1



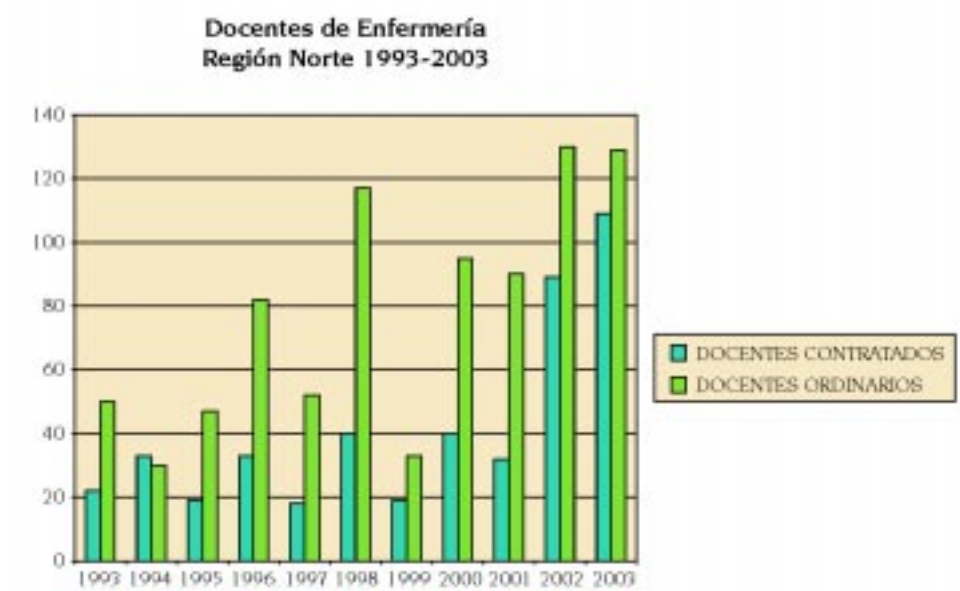
Anexo 10–2



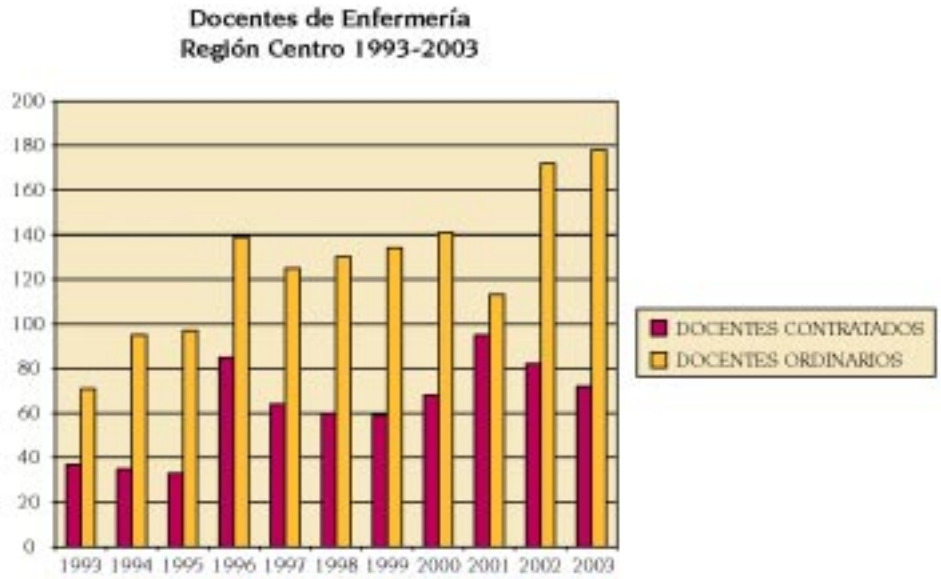
Anexo 10–3



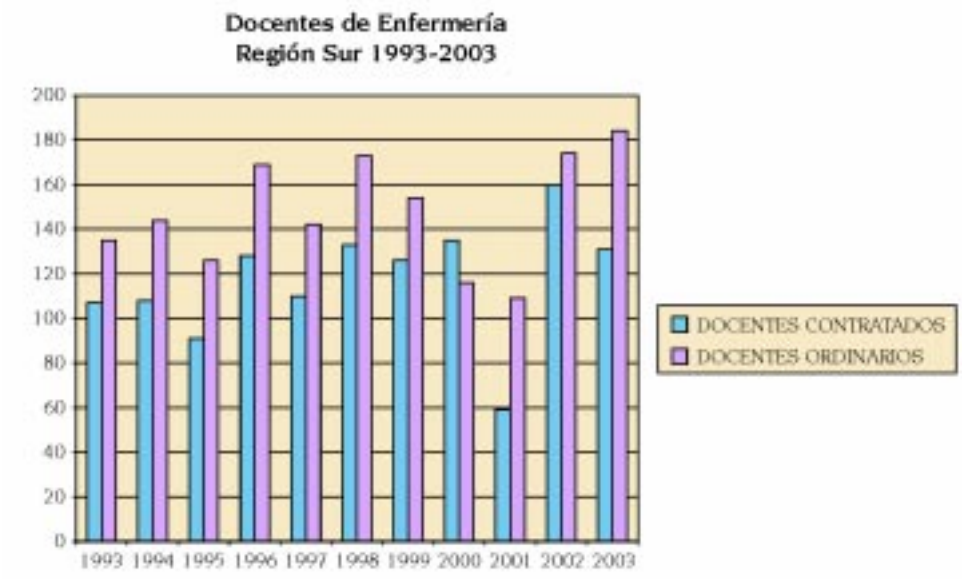
Anexo 10–4



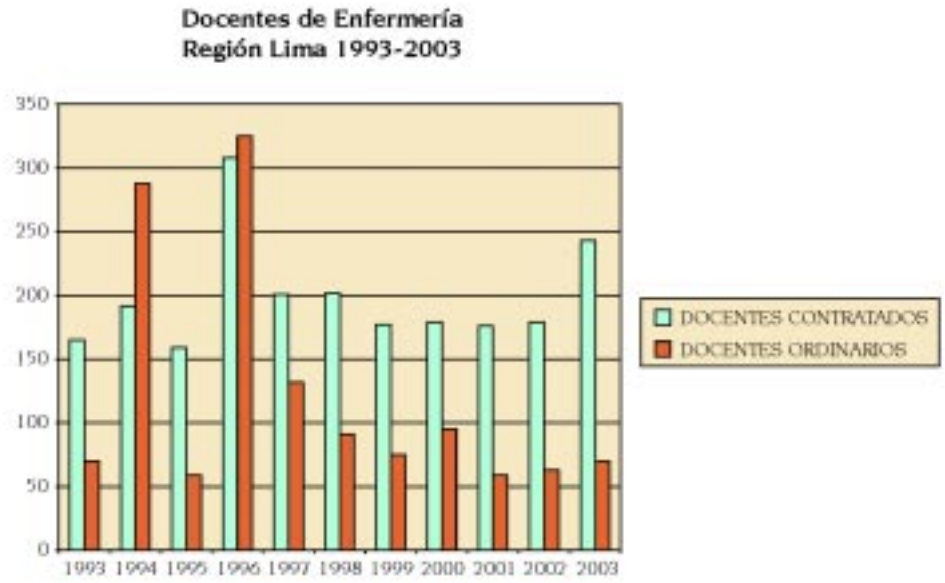
Anexo 10–5



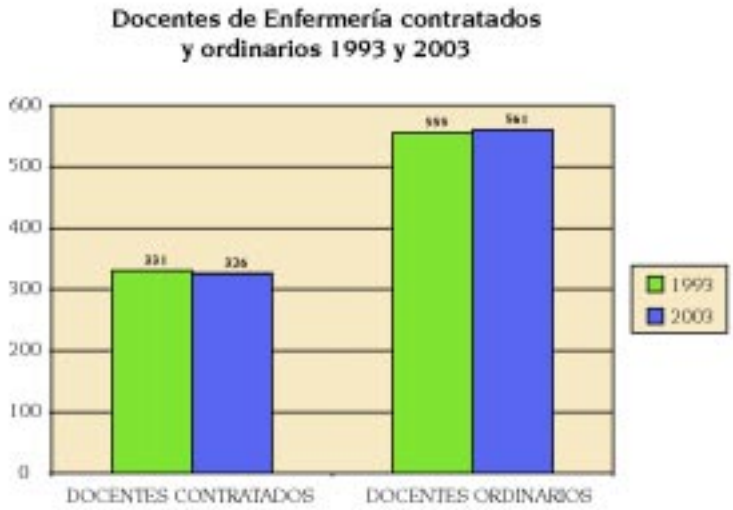
Anexo 10–6



Anexo 10–7



Anexo 10–8



Anexo 11–1 FACULTADES Y ESCUELAS DE OBSTETRICIA

LISTA DE UNIVERSIDADES POR TIPO DE PROPIEDAD
OBSTETRICIA

UNIVERSIDAD	TIPO	DEPARTAMENTO
1. Universidad Nacional Hermilio Valdizán	NACIONAL	HUÁNUCO
2. Universidad Huánuco (Ex Victor Andrés Belaunde)	PRIVADA	HUÁNUCO
3. Universidad Peruana Los Andes	PRIVADA	JUNÍN
4. Universidad Particular de Iquitos	PRIVADA	LORETO
5. Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión	NACIONAL	PASCO
6. Universidad Nacional San Martín	NACIONAL	SAN MARTÍN
7. Universidad Alas Peruanas	PRIVADA	LIMA
8. Universidad de San Martín de Porras	PRIVADA	LIMA
9. Universidad Norbert Wiener	PRIVADA	LIMA
10. Universidad Nacional Mayor de San Marcos	NACIONAL	LIMA
11. Universidad Nacional Federico Villarreal	NACIONAL	LIMA
12. Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo	NACIONAL	ANCASH
13. Universidad Privada San Pedro	PRIVADA	ANCASH
14. Universidad Los Ángeles Chimbote (Ex Chimbote)	PRIVADA	ANCASH
15. Universidad Nacional de Cajamarca	NACIONAL	CAJAMARCA
16. Universidad Cesar Vallejo	PRIVADA	LA LIBERTAD
17. Universidad Privada Antenor Orrego	PRIVADA	LA LIBERTAD
18. Universidad Particular de Chiclayo	PRIVADA	LAMBAYEQUE
19. Universidad Nacional de Tumbes	NACIONAL	TUMBES
20. Universidad Católica de Santa María	PRIVADA	AREQUIPA
21. Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga	NACIONAL	AYACUCHO
22. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cuzco	NACIONAL	CUZCO
23. Universidad José Carlos Mariátegui (ex Particular Moquegua)	PRIVADA	MOQUEGUA
24. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez	PRIVADA	PUNO
25. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann	NACIONAL	TACNA

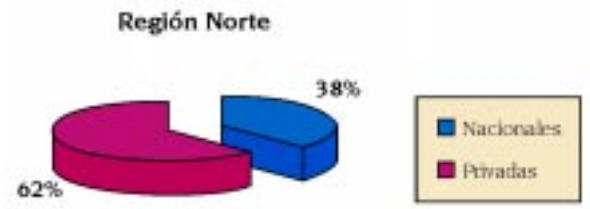
Anexo 11–2

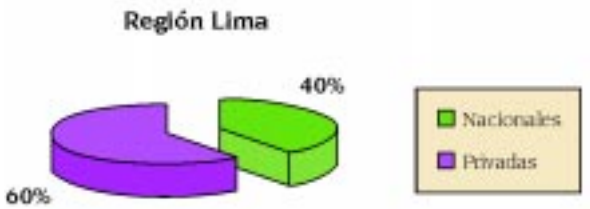
LISTA DE UNIVERSIDADES POR REGIÓN
OBSTETRICIA

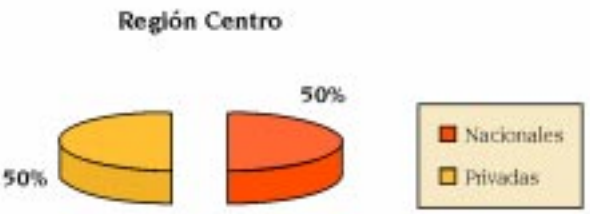
REGIÓN	DEPARTAMENTO	TIPO	UNIVERSIDAD
CENTRO	HUÁNUCO	NACIONAL	26. Nacional Hermilio Valdizán
	HUÁNUCO	PRIVADA	27. Huánuco (Ex Victor Andrés Belaunde)
	JUNÍN	PRIVADA	28. Peruana Los Andes
	LORETO	PRIVADA	29. Particular de Iquitos
	PASCO	NACIONAL	30. Nacional Daniel Alcides Carrión
	SAN MARTÍN	NACIONAL	31. Nacional San Martín
LIMA	LIMA	PRIVADA	32. Alas Peruanas
	LIMA	PRIVADA	33. de San Martín de Porres
	LIMA	PRIVADA	34. Norbert Wiener
	LIMA	NACIONAL	35. Nacional Mayor de San Marcos
	LIMA	NACIONAL	36. Nacional Federico Villarreal
NORTE	ANCASH	NACIONAL	37. Nacional Santiago Antúnez de Mayolo
	ANCASH	PRIVADA	38. Privada San Pedro
	ANCASH	PRIVADA	39. Los Ángeles Chimbote (Ex Chimbote)
	CAJAMARCA	NACIONAL	40. Nacional de Cajamarca
	LA LIBERTAD	PRIVADA	41. Cesar Vallejo
	LA LIBERTAD	PRIVADA	42. Privada Antenor Orrego
	LAMBAYEQUE	PRIVADA	43. Particular de Chiclayo
	TUMBES	NACIONAL	44. Nacional de Tumbes
SUR	AREQUIPA	PRIVADA	45. Católica de Santa María
	AYACUCHO	NACIONAL	46. Nacional San Cristóbal de Huamanga
	CUZCO	NACIONAL	47. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cuzco
	MOQUEGUA	PRIVADA	48. José Carlos Mariátegui (ex Particular Moquegua)
	PUNO	PRIVADA	49. Andina Néstor Cáceres Velásquez
	TACNA	NACIONAL	50. Nacional Jorge Basadre Grohmann

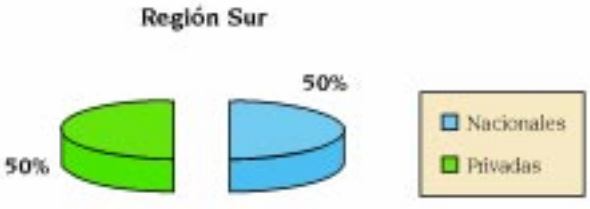
Anexo 11–3

GRÁFICOS DE DISTRIBUCIÓN POR REGIÓN Y TIPO DE PROPIEDAD OBSTETRICIA









Anexo 11–4

MAPA DE DISTRIBUCIÓN POR REGIÓN OBSTETRICIA

Anexo 12 BASE DE DATOS DE ALUMNOS DE OBSTETRICIA

			ALUMNOS	AÑOS										
Departamento	Tipo	Universidad	VARIABLES	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
	NACIONAL	Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo	VACANTES	-	-	-	50	20	25	NI	34	42	55	25
			INGRESANTES	-	-	-	NI	22	27	NI	40	65	39	26
			MATRICULADOS	-	-	-	46	66	91	NI	114	134	197	260
			EGRESADOS	-	-	-	0	0	*	*	NI	NI	24	24
			TITULADOS	-	-	-	0	0	*	*	NI	NI	10	26
ANCASH	PRIVADA	Universidad San Pedro Chimbote Ancash	VACANTES	146	135	148	136	124	145	156	141	141	100	90
			INGRESANTES	156	187	189	125	113	61	67	74	68	48	48
			MATRICULADOS	584	694	649	617	623	513	452	372	343	281	216
			EGRESADOS	12	109	92	115	62	54	88	119	NI	74	55
			TITULADOS	23	65	11	91	56	74	67	86	NI	77	51
	PRIVADA	Universidad Autónoma Los Ángeles (U. de Chimbote)	VACANTES	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	350	484
			INGRESANTES	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	100	484
			MATRICULADOS	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	24	484
			EGRESADOS	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	34
			TITULADOS	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	30	26
AREQUIPA	PRIVADA	Universidad Católica Santa María - Arequipa	VACANTES	108	173	181	133	156	94	86	90	115	122	101
			INGRESANTES	93	139	166	175	94	90	82	48	63	70	71
			MATRICULADOS	506	489	506	547	426	338	384	315	296	52	246
			EGRESADOS	65	73	62	95	43	53	38	35	36	53	37
			TITULADOS	104	67	87	65	72	61	47	50	34	25	43
AYACUCHO	NACIONAL	Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga	VACANTES	66	74	61	54	47	46	59	145	NI	70	79
			INGRESANTES	66	11	62	48	52	41	52	123	NI	86	66
			MATRICULADOS	553	426	537	566	539	507	455	922	NI	507	466
			EGRESADOS	65	51	58	89	55	48	24	48	NI	66	62
			TITULADOS	81	55	44	92	60	71	28	32	NI	49	69
CAJAMARCA	NACIONAL	Universidad Nacional de Cajamarca	VACANTES	48	48	49	48	48	48	48	48	48	48	52
			INGRESANTES	50	45	48	46	44	46	40	47	45	48	51
			MATRICULADOS	249	244	238	229	210	247	266	268	224	194	208
			EGRESADOS	35	40	46	55	40	18	20	77	35	39	28
			TITULADOS	37	33	44	23	33	49	19	21	39	58	18
CUZCO	PRIVADA	Universidad Andina del Cuzco	VACANTES	100	155	NI	100	NI	160	140	NI	100	126	NI
			INGRESANTES	116	126	NI	103	NI	110	73	NI	133	94	NI
			MATRICULADOS	114	151	NI	263	NI	358	361	NI	740	1009	NI
			EGRESADOS	0	0	NI	0	NI	18	19	NI	NI	9	NI
			TITULADOS	0	0	NI	0	NI	0	9	NI	NI	78	NI
HUÁNUCO	PRIVADA	Universidad de Huánuco (ex Privada Victor Andrés Belaúnde)	VACANTES	NI	130	181	220	206	196	174	180	262	332	366
			INGRESANTES	NI	113	114	70	85	106	116	146	168	138	75
			MATRICULADOS	447	397	561	696	703	753	379	453	451	488	409
			EGRESADOS	41	27	9	80	34	36	47	34	60	21	33
			TITULADOS	47	30	4	36	49	34	92	57	28	55	56

HUÁNUCO	NACIONAL	Universidad Nacional Hermilio Valdizán	VACANTES	50	79	58	53	61	69	91	70	NI	71	60
			INGRESANTES	73	87	66	55	71	72	85	75	NI	81	61
			MATRICULADOS	742	709	718	715	718	727	738	620	NI	484	477
			EGRESADOS	79	42	39	8	46	58	81	84	NI	53	49
			TITULADOS	49	37	64	48	40	67	60	144	NI	151	116
ICA	PRIVADA	Universidad Privada Abraham Valdelomar **	VACANTES	-	-	-	-	NI	NI	NI	NI	150	NI	-
			INGRESANTES	-	-	-	-	NI	NI	NI	NI	150	NI	-
			MATRICULADOS	-	-	-	-	NI	NI	NI	NI	163	NI	-
			EGRESADOS	-	-	-	-	NI	NI	NI	NI	NI	NI	-
			TITULADOS	-	-	-	-	NI	NI	NI	NI	NI	NI	-
	PRIVADA	Universidad Particular de Ciencias y Tecnología de Ica *	VACANTES	-	50	100	120	200	50	150	NI	NI	NI	-
			INGRESANTES	-	30	81	110	200	48	132	NI	NI	NI	-
			MATRICULADOS	-	30	81	110	200	48	132	NI	NI	NI	-
			EGRESADOS	-	0	0	0	0	0	NI	NI	NI	NI	-
			TITULADOS	-	0	0	0	0	0	NI	NI	NI	NI	-
JUNÍN	PRIVADA	Universidad Peruana Los Andes	VACANTES	-	220	285	300	476	373	215	187	180	NI	NI
			INGRESANTES	-	206	272	281	269	224	133	92	124	NI	NI
			MATRICULADOS	-	212	45	532	1408	742	127	518	511	NI	NI
			EGRESADOS	-	0	0	0	0	26	41	61	38	NI	NI
			TITULADOS	-	0	0	0	0	0	0	4	23	NI	NI
LA LIBERTAD	PRIVADA	Universidad Privada Antenor Orrego	VACANTES	512	438	450	390	NI	200	250	220	NI	190	160
			INGRESANTES	511	465	472	227	NI	84	101	43	99	64	58
			MATRICULADOS	1403	1640	1731	1667	NI	1206	988	1466	576	465	340
			EGRESADOS	0	71	144	81	NI	251	218	212	186	47	32
			TITULADOS	0	0	65	76	NI	211	231	195	135	132	170
	PRIVADA	Universidad Privada César Vallejo	VACANTES	230	195	NI	NI	220	NI	NI	150	NI	NI	NI
			INGRESANTES	149	197	NI	NI	99	NI	NI	123	NI	88	NI
			MATRICULADOS	152	175	603	NI	612	NI	NI	557	NI	421	NI
			EGRESADOS	0	0	0	NI	114	NI	NI	45	NI	77	NI
			TITULADOS	0	0	0	NI	19	NI	NI	74	NI	73	NI
LAMBAYEQUE	PRIVADA	Universidad Particular de Chiclayo	VACANTES	NI	90	NI	NI	144	120	160	135	NI	105	80
			INGRESANTES	NI	92	NI	NI	147	187	150	139	NI	97	52
			MATRICULADOS	540	531	NI	NI	547	614	643	707	NI	528	445
			EGRESADOS	NI	74	NI	NI	61	81	41	90	NI	10	93
			TITULADOS	NI	75	NI	NI	61	78	39	61	NI	118	81
LIMA	PRIVADA	Universidad Alas Peruanas	VACANTES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40
			INGRESANTES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	37
			MATRICULADOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29
			EGRESADOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
			TITULADOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0

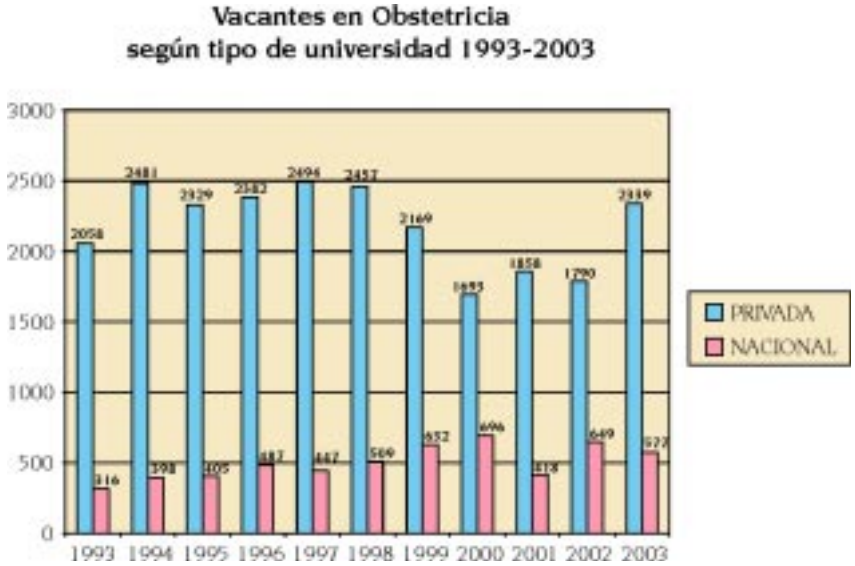
LIMA	PRIVADA	Universidad de San Martín de Porres	VACANTES	550	550	565	500	354	357	173	NI	450	NI	498
			INGRESANTES	617	365	410	208	198	227	151	NI	162	NI	350
			MATRICULADOS	2409	2158	NI	NI	2730	1166	837	NI	707	NI	897
			EGRESADOS	215	245	245	296	322	227	206	NI	NI	NI	NI
			TITULADOS	29	93	191	293	252	266	371	NI	NI	NI	NI
	PRIVADA	Universidad Norbert Wiener	VACANTES	-	-	-	-	200	300	300	200	200	180	140
			INGRESANTES	-	-	-	-	190	238	316	208	167	128	124
			MATRICULADOS	-	-	-	-	89	128	186	111	77	81	62
			EGRESADOS	-	-	-	-	0	0	0	0	0	112	53
			TITULADOS	-	-	-	-	0	0	0	0	0	30	0
	NACIONAL	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	VACANTES	67	100	105	125	110	120	154	138	129	130	80
			INGRESANTES	67	93	103	117	83	86	139	125	147	125	75
			MATRICULADOS	642	556	493	451	510	563	541	572	547	570	514
			EGRESADOS	64	75	92	NI	76	86	105	81	82	100	NI
			TITULADOS	136	92	167	NI	65	137	85	72	96	87	NI
	NACIONAL	Universidad Nacional Federico Villarreal	VACANTES	-	-	-	-	-	-	40	NI	59	41	40
			INGRESANTES	-	-	-	-	-	-	40	NI	NI	40	33
			MATRICULADOS	-	-	-	-	-	-	40	NI	114	149	113
			EGRESADOS	-	-	-	-	-	-	0	NI	0	0	17
			TITULADOS	-	-	-	-	-	-	0	NI	0	0	0
LORETO	PRIVADA	Universidad Particular de Iquitos	VACANTES	104	95	150	115	244	162	50	70	40	65	160
			INGRESANTES	31	60	71	73	69	40	30	64	28	49	160
			MATRICULADOS	59	98	138	162	177	155	143	132	104	116	225
			EGRESADOS	0	0	0	12	7	29	18	7	12	28	28
			TITULADOS	0	0	0	5	8	20	13	15	3	14	23
MOQUEGUA	PRIVADA	Universidad José Carlos Mariátegui (ex Particular de Moquegua)	VACANTES	120	NI	50	78	35	60	85	80	NI	NI	NI
			INGRESANTES	87	NI	44	29	29	56	43	30	NI	NI	NI
			MATRICULADOS	67	NI	134	129	89	106	118	114	NI	NI	NI
			EGRESADOS	0	NI	0	0	17	15	21	9	NI	NI	NI
			TITULADOS	0	NI	0	0	7	4	4	17	NI	NI	NI
PASCO	NACIONAL	Universidad Daniel A. Carrión	VACANTES	-	-	-	-	-	74	105	92	100	100	84
			INGRESANTES	-	-	-	-	-	79	104	96	112	97	83
			MATRICULADOS	-	-	-	-	-	76	170	252	332	413	459
			EGRESADOS	-	-	-	-	-	0	0	0	0	0	0
			TITULADOS	-	-	-	-	-	0	0	0	0	0	0
PUNO	PRIVADA	Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez	VACANTES	188	250	219	290	135	240	230	240	220	220	220
			INGRESANTES	343	155	164	202	226	231	227	215	173	182	163
			MATRICULADOS	897	850	670	576	600	592	470	583	541	500	479
			EGRESADOS	105	92	89	77	95	77	32	48	NI	60	74
			TITULADOS	80	101	93	129	104	108	77	49	NI	28	74

SAN MARTÍN	NACIONAL	Universidad Nacional San Martín de Tarapoto	VACANTES	NI	NI	35	55	60	24	30	62	NI	42	63
			INGRESANTES	60	NI	35	55	57	24	30	62	NI	32	64
			MATRICULADOS	NI	NI	351	343	356	*	272	75	NI	294	308
			EGRESADOS	NI	NI	34	39	28	30	72	11	NI	155	49
			TITULADOS	NI	NI	38	39	27	41	41	73	NI	150	3
TACNA	NACIONAL	Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann	VACANTES	45	43	45	50	50	50	50	55	40	40	40
			INGRESANTES	45	43	46	50	40	52	53	49	40	40	40
			MATRICULADOS	254	256	259	260	261	267	275	285	290	264	258
			EGRESADOS	26	28	24	36	36	37	32	29	38	46	35
			TITULADOS	30	35	25	27	59	50	29	26	19	19	28
TUMBES	NACIONAL	Universidad Nacional de Tumbes	VACANTES	40	54	52	52	51	53	55	52	NI	52	54
			INGRESANTES	42	44	44	45	45	49	51	53	NI	35	55
			MATRICULADOS	220	247	243	511	236	235	244	263	NI	532	519
			EGRESADOS	22	18	15	28	35	39	40	40	NI	44	17
			TITULADOS	20	11	9	22	19	24	56	57	27	52	49

* La Universidad Particular de Ciencias y Tecnología de Ica fue cesada por Ley N.º 2777 en el año 2002.
** La Universidad Privada Abraham Valdelomar fue cesada en el año 2003 por Res. N.º 211 - 2003 - CONAFU.

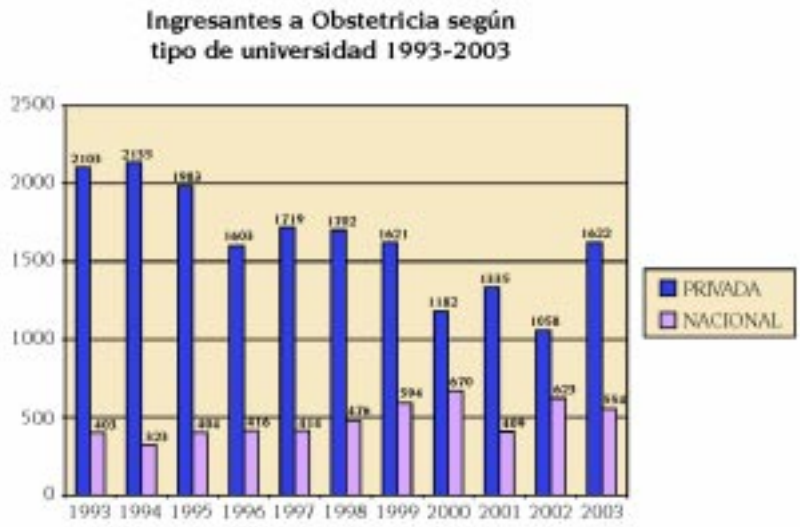
Anexo 13–1

Anexo 13–2



Anexo 13–3

Anexo 13–4

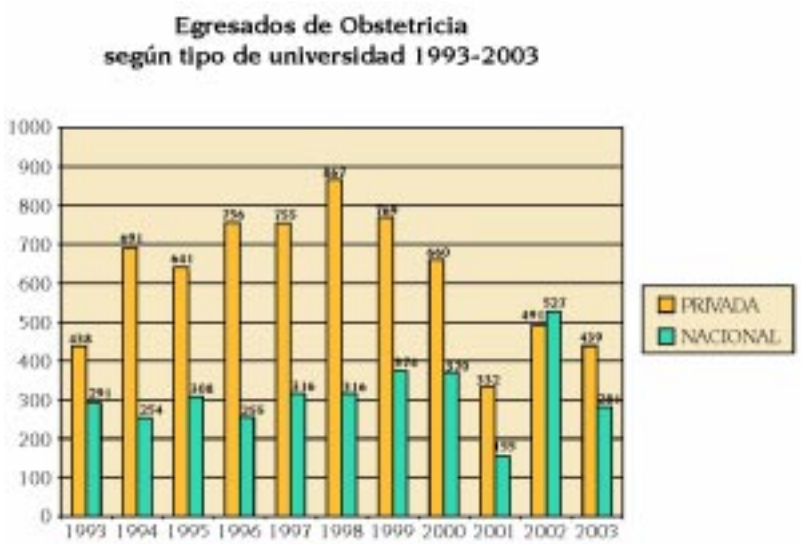


Anexo 13–5

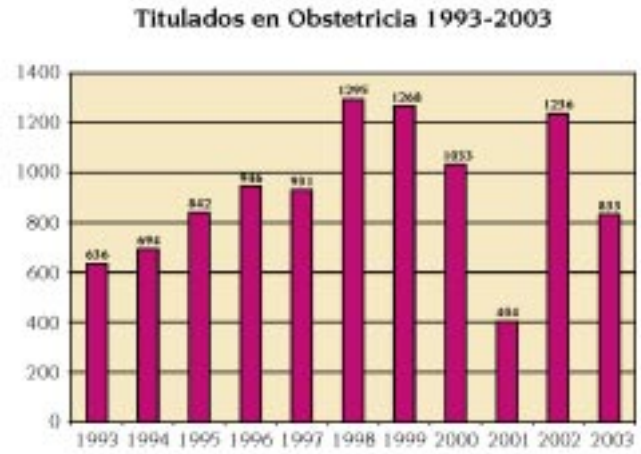
Anexo 13–6

Anexo 13–7

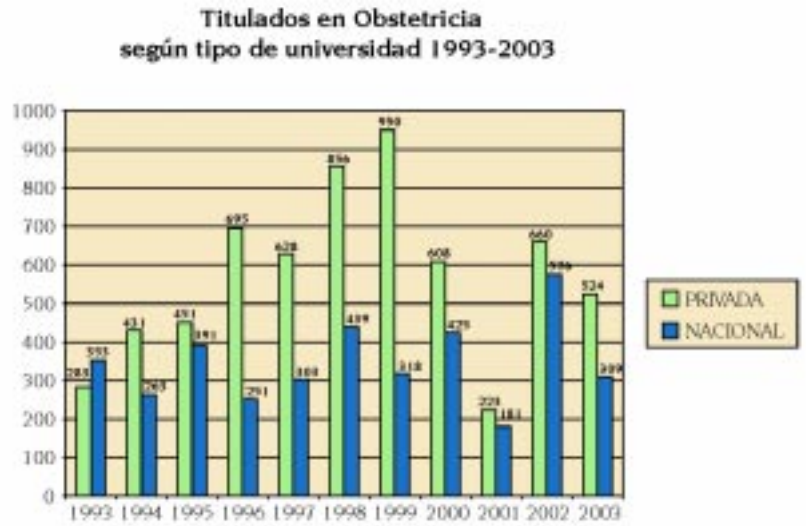
Anexo 13–8



Anexo 13–9



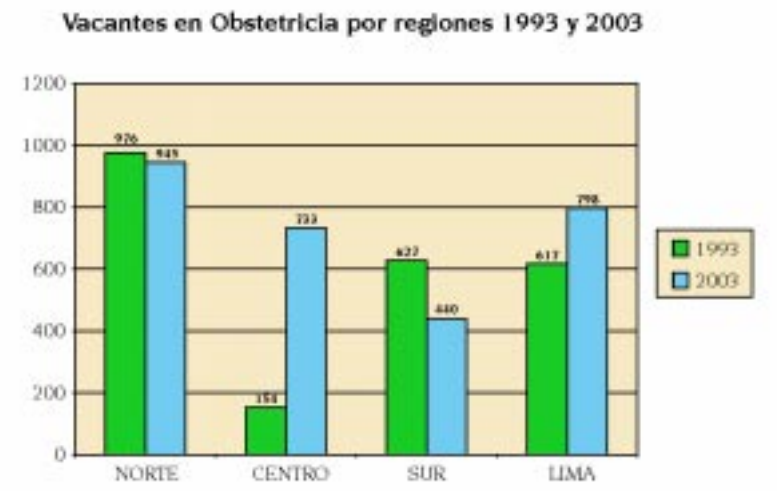
Anexo 13–10



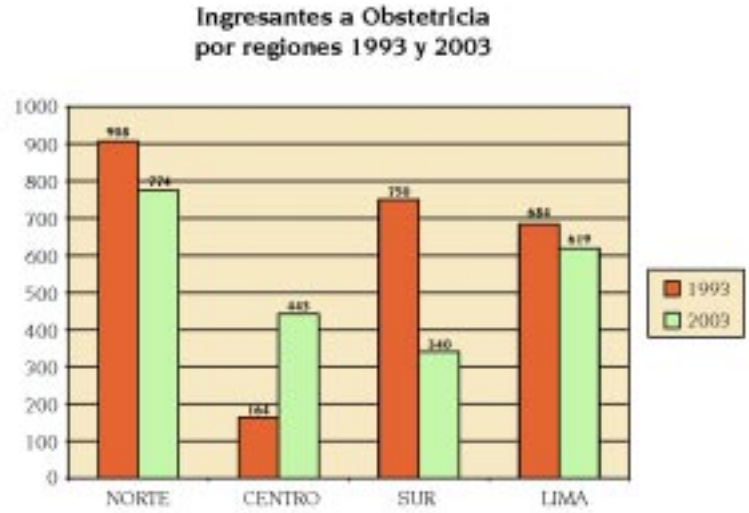
Anexo 13–11

Anexo 13–12

Anexo 13–13



Anexo 13–14



Anexo 13–15

Anexo 13–16

Anexo 13–17

Titulados en Obstetricia por regiones 1993 y 2003
450
400
350
300
250
200
150
100
50
0
421
295
214
198
165
96
80
0
NORTE
CENTRO
SUR
LIMA
1993
2003

Anexo 14–1

DICCIONARIO DE ALUMNOS DE OBSTETRICIA (1993 -2003)

TOTAL	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
EGRESADOS	729	945	949	1011	1071	1183	1143	1030	487	1018	720
INGRESANTES	2506	2458	2387	2019	2133	2178	2215	1852	1744	1681	2176
MATRICULADOS	9838	9863	7957	8420	11100	9432	8221	8699	6150	7569	7414
TITULADOS	636	694	842	946	931	1295	1268	1033	404	1236	833
VACANTES	2374	2879	2734	2869	2941	2966	2801	2389	2276	2439	2916
PRIVADA											
EGRESADOS	438	691	641	756	755	867	769	660	332	491	439
INGRESANTES	2103	2135	1983	1603	1719	1702	1621	1182	1335	1058	1622
MATRICULADOS	7178	7425	5118	5299	8204	6719	5220	5328	4509	3965	3832
TITULADOS	283	431	451	695	628	856	950	608	223	660	524
VACANTES	2058	2481	2329	2382	2494	2457	2169	1693	1858	1790	2339
NACIONAL											
EGRESADOS	291	254	308	255	316	316	374	370	155	527	281
INGRESANTES	403	323	404	416	414	476	594	670	409	623	554
MATRICULADOS	2660	2438	2839	3121	2896	2713	3001	3371	1641	3604	3582
TITULADOS	353	263	391	251	303	439	318	425	181	576	309
VACANTES	316	398	405	487	447	509	632	696	418	649	577

POR REGIONES

NORTE	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
EGRESADOS	69	312	297	279	312	443	407	583	221	315	283
INGRESANTES	908	1030	753	443	470	454	409	519	277	519	774
MATRICULADOS	3148	3531	3464	3070	2294	2906	2593	3747	1277	2642	2472
TITULADOS	80	184	129	212	188	436	412	494	201	550	421
VACANTES	976	960	699	676	607	591	669	780	231	900	945
CENTRO											
EGRESADOS	120	69	82	139	115	179	259	197	110	257	159
INGRESANTES	164	466	558	534	551	545	498	535	432	397	443
MATRICULADOS	1248	1416	1813	2448	3362	2453	1829	2050	1398	1795	1878
TITULADOS	96	67	106	128	124	162	206	293	54	370	198
VACANTES	154	524	709	743	1047	898	665	661	582	610	733
SUR											
EGRESADOS	261	244	233	297	246	248	166	169	74	234	208
INGRESANTES	750	504	563	717	641	628	662	465	559	472	340
MATRICULADOS	2391	2202	2187	2451	2115	2216	2195	2219	2030	2332	1449
TITULADOS	295	258	249	313	302	294	194	174	53	199	214
VACANTES	627	745	656	825	623	700	800	610	625	578	440
LIMA											
EGRESADOS	279	320	337	296	398	313	311	81	82	212	70
INGRESANTES	684	458	513	325	471	551	646	333	476	293	619
MATRICULADOS	3051	2714	493	451	3329	1857	1604	683	1445	800	1615
TITULADOS	165	185	358	293	317	403	456	72	96	117	0
VACANTES	617	650	670	625	664	777	667	338	838	351	798

Anexo 14–2

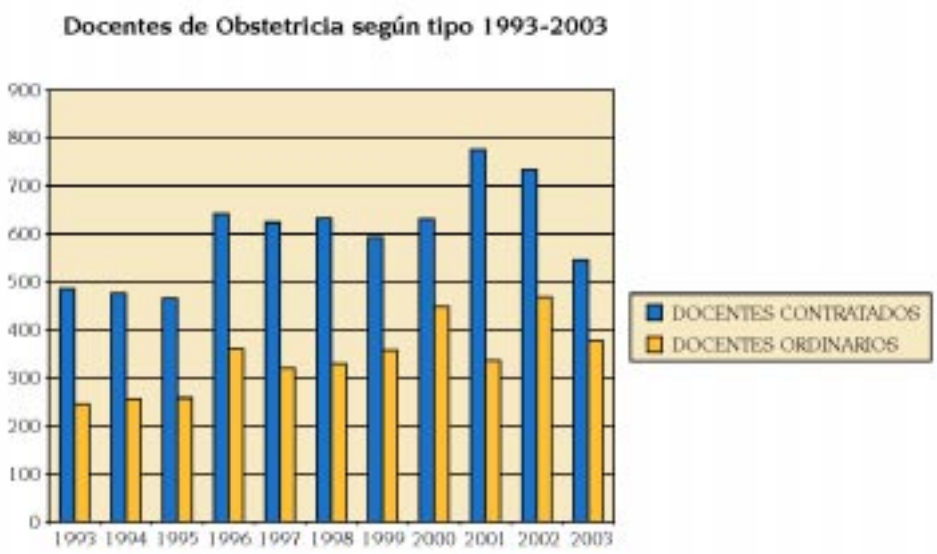
DICCIONARIO DE DOCENTES DE OBSTETRICIA

TOTAL	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
DOCENTES CONTRATADOS	486	476	465	642	624	632	592	631	776	734	546
DOCENTES ORDINARIOS	245	256	258	360	320	329	357	448	336	468	377
NACIONAL											
DOCENTES CONTRATADOS	18	19	32	59	58	58	55	41	9	44	52
DOCENTES ORDINARIOS	60	64	109	123	116	128	141	116	17	158	177
PRIVADA											
DOCENTES CONTRATADOS	468	457	433	583	566	574	537	590	767	690	494
DOCENTES ORDINARIOS	185	192	149	237	204	201	216	332	319	310	200

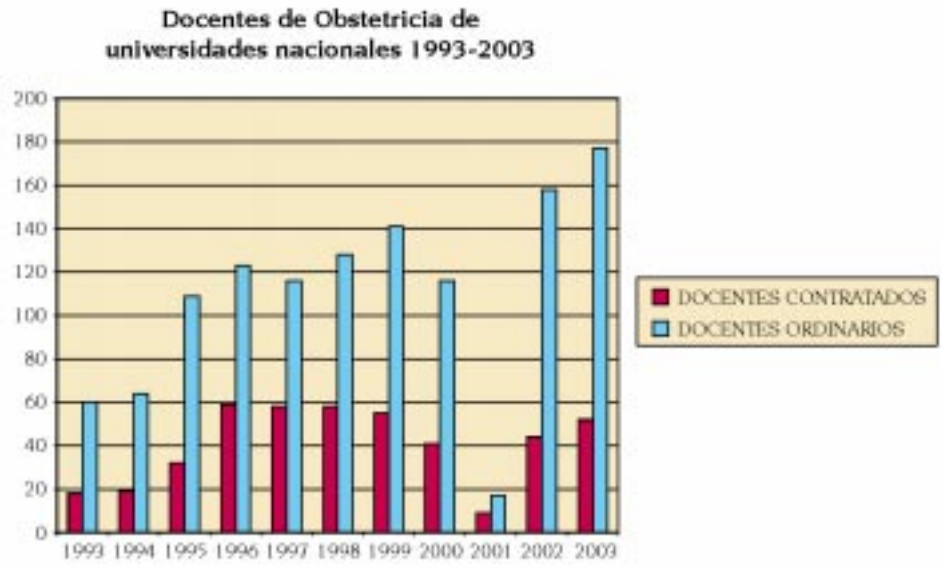
POR REGIONES

NORTE	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
DOCENTES CONTRATADOS	249	243	130	154	153	80	182	110	146	273	268
DOCENTES ORDINARIOS	70	87	99	119	138	63	104	123	45	162	124
CENTRO											
DOCENTES CONTRATADOS	18	19	61	106	201	221	62	246	249	64	74
DOCENTES ORDINARIOS	18	17	73	61	65	68	68	98	91	93	97
SUR											
DOCENTES CONTRATADOS	42	37	75	183	103	155	167	155	134	332	121
DOCENTES ORDINARIOS	131	126	53	148	79	123	94	93	167	207	124
LIMA											
DOCENTES CONTRATADOS	177	177	199	199	167	176	181	120	247	65	83
DOCENTES ORDINARIOS	26	26	33	32	38	75	91	134	33	6	32

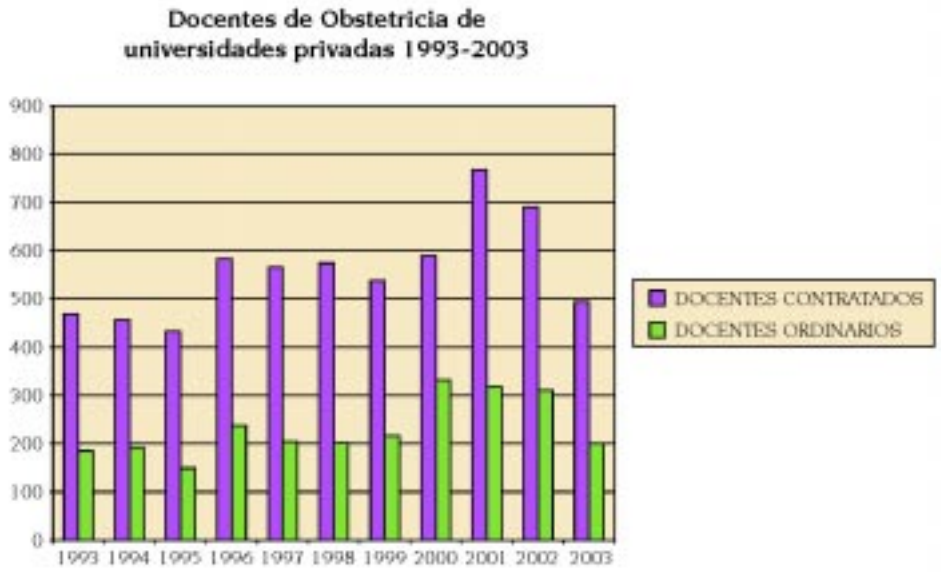
Anexo 15–1



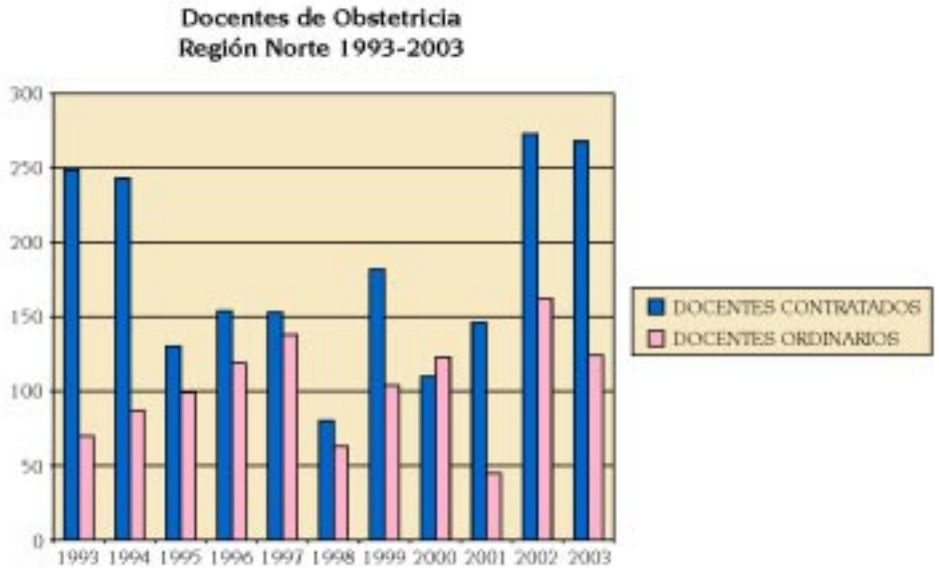
Anexo 15–2



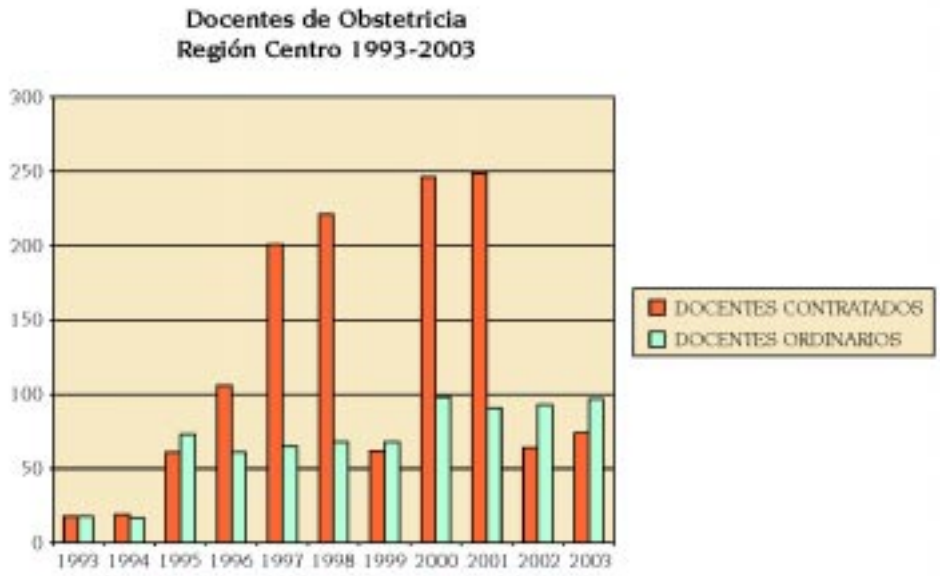
Anexo 15–3



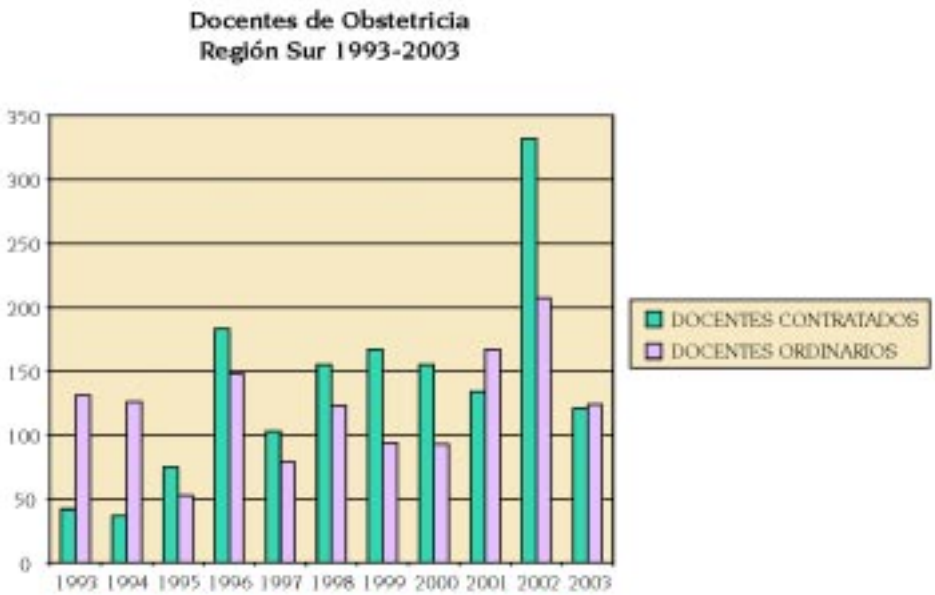
Anexo 15–4



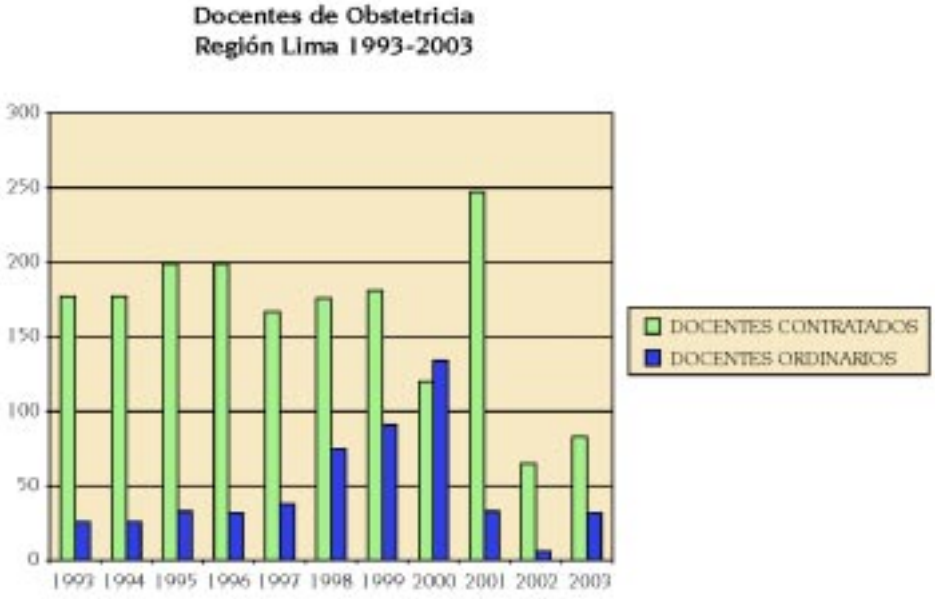
Anexo 15–5



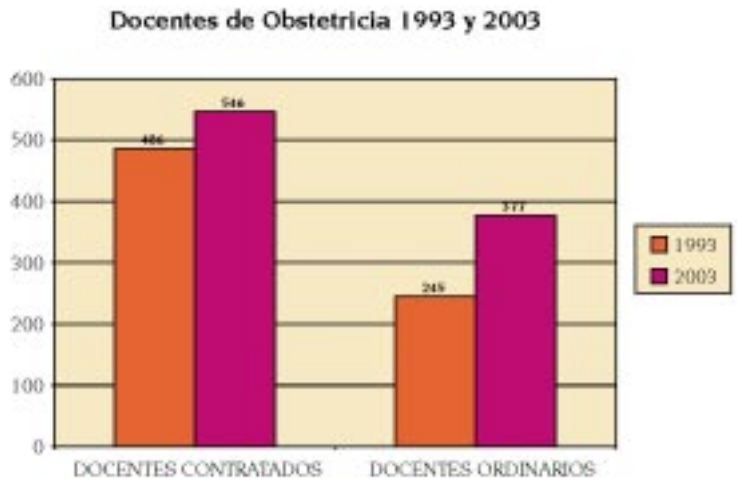
Anexo 15–6



Anexo 15–7



Anexo 15–8



Anexo 16–1 FACULTADES Y ESCUELAS DE ODONTOLOGÍA

LISTA DE UNIVERSIDADES POR TIPO DE PROPIEDAD
ODONTOLOGÍA

UNIVERSIDAD	TIPO	DEPARTAMENTO
1. Universidad Nacional Hermilio Valdizán	NACIONAL	HUÁNUCO
2. Universidad Huánuco (Ex Victor Andrés Belaunde)	PRIVADA	HUÁNUCO
3. Universidad Peruana de Los Andes	PRIVADA	JUNÍN
4. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana	NACIONAL	LORETO
5. Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión	NACIONAL	PASCO
6. Universidad Alas Peruanas	PRIVADA	LIMA
7. Universidad de San Martín de Porres	PRIVADA	LIMA
8. Universidad Inca Garcilaso de la Vega	PRIVADA	LIMA
9. Universidad Nacional Federico Villarreal	NACIONAL	LIMA
10. Universidad Nacional Mayor de San Marcos	NACIONAL	LIMA
11. Universidad Peruana Cayetano Heredia	PRIVADA	LIMA
12. Universidad Privada San Pedro	PRIVADA	ANCASH
13. Universidad Los Ángeles Chimbote (Ex Chimbote)	PRIVADA	ANCASH
14. Universidad Privada San Pedro	PRIVADA	ANCASH
15. Universidad Nacional de Trujillo	NACIONAL	LA LIBERTAD
16. Universidad Católica de Santa María	PRIVADA	AREQUIPA
17. Universidad Andina del Cuzco	PRIVADA	CUZCO
18. Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica	NACIONAL	ICA
19. Universidad Nacional del Altiplano	NACIONAL	PUNO
20. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann	NACIONAL	TACNA
21. Universidad Privada de Tacna	PRIVADA	TACNA

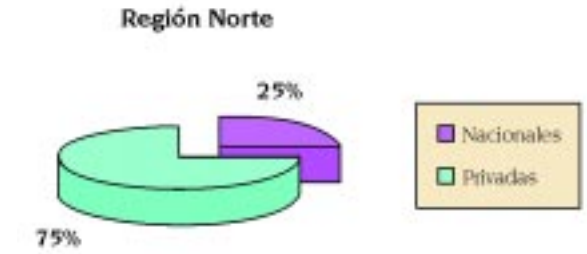
Anexo 16–2

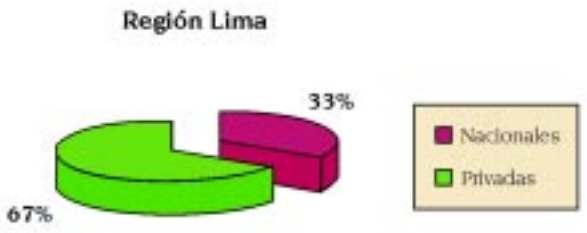
LISTA DE UNIVERSIDADES POR REGIÓN
ODONTOLOGÍA

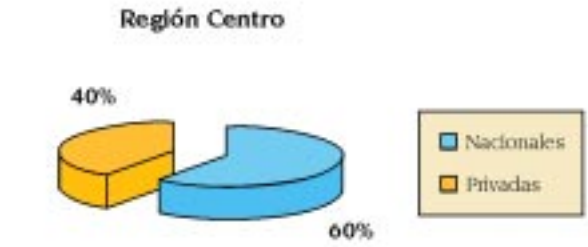
REGIÓN	DEPARTAMENTO	TIPO	UNIVERSIDAD
CENTRO	HUÁNUCO	NACIONAL	1. Universidad Nacional Hermilio Valdizán
	HUÁNUCO	PRIVADA	2. Universidad Huánuco (Ex Victor Andrés Belaunde)
	JUNÍN	PRIVADA	3. Universidad Peruana de Los Andes
	LORETO	NACIONAL	4. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana
	PASCO	NACIONAL	5. Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión
LIMA	LIMA	PRIVADA	6. Universidad Alas Peruanas
	LIMA	PRIVADA	7. Universidad Privada de San Martín de Porres
	LIMA	PRIVADA	8. Universidad Inca Garcilaso de la Vega
	LIMA	NACIONAL	9. Universidad Nacional Federico Villarreal
	LIMA	NACIONAL	10. Universidad Nacional Mayor de San Marcos
	LIMA	PRIVADA	11. Universidad Peruana Cayetano Heredia
NORTE	ANCASH	PRIVADA	12. Universidad Privada San Pedro
	ANCASH	PRIVADA	13. Universidad Los Ángeles Chimbote (Ex Chimbote)
	ANCASH	PRIVADA	14. Universidad Privada San Pedro
	LA LIBERTAD	NACIONAL	15. Universidad Nacional de Trujillo
SUR	AREQUIPA	PRIVADA	16. Universidad Católica de Santa María
	CUZCO	PRIVADA	17. Universidad Andina del Cuzco
	ICA	NACIONAL	18. Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica
	PUNO	NACIONAL	19. Universidad Nacional del Altiplano
	TACNA	NACIONAL	20. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann
	TACNA	PRIVADA	21. Universidad Privada de Tacna

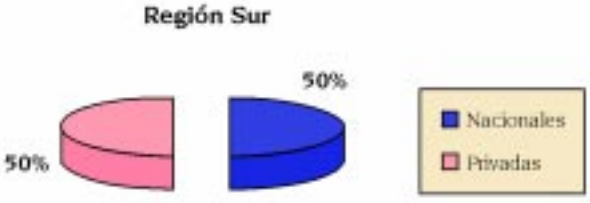
Anexo 16–3

GRÁFICOS DE DISTRIBUCIÓN POR REGIÓN Y TIPO DE PROPIEDAD ODONTOLOGÍA



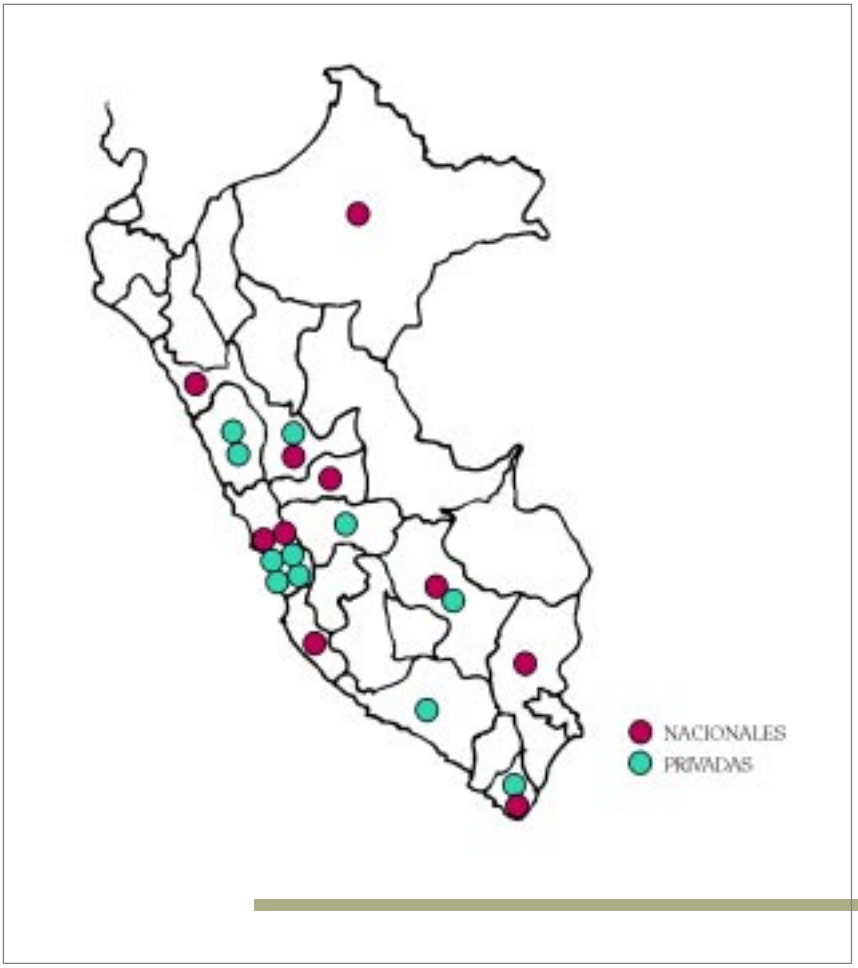






Anexo 16–4

MAPA DE DISTRIBUCIÓN POR REGIÓN ODONTOLOGÍA



Anexo 17 BASE DE DATOS DE ALUMNOS DE ODONTOLOGÍA

ALUMNOS **AÑOS**

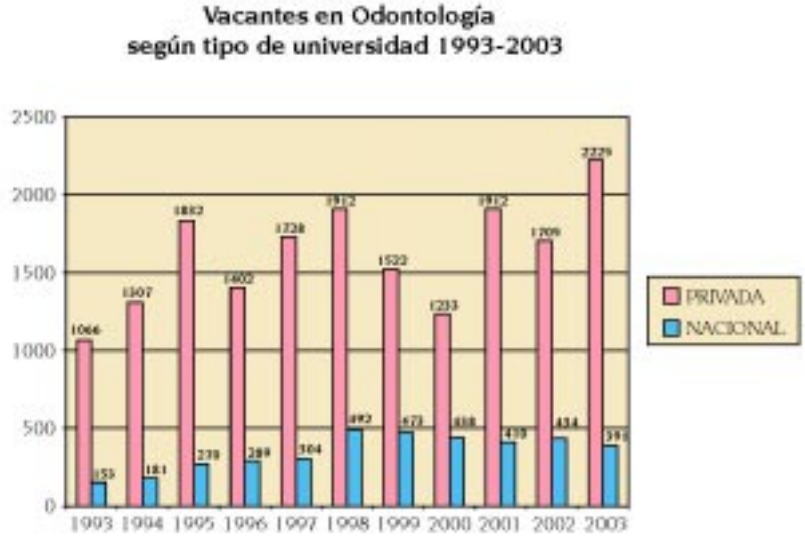
Departamento	Tipo	Universidad	VARIABLES	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
ANCASH	PRIVADA	Universidad Autónoma Los Ángeles	VACANTES	-	-	-	-	NI	NI	NI	NI	NI	272	563
			INGRESANTES	-	-	-	-	NI	NI	NI	NI	NI	167	563
			MATRICULADOS	-	-	-	-	NI	NI	NI	NI	NI	96	563
			EGRESADOS	-	-	-	-	NI	NI	NI	NI	NI	12	8
			TITULADOS	-	-	-	-	NI	NI	NI	NI	NI	0	0
	PRIVADA	Universidad Privada San Pedro	VACANTES	-	-	-	-	-	173	-	-	-	-	50
			INGRESANTES	-	-	-	-	-	23	-	-	-	-	6
			MATRICULADOS	-	-	-	-	-	NI	-	-	-	-	NI
			EGRESADOS	-	-	-	-	-	NI	-	-	-	-	NI
			TITULADOS	-	-	-	-	-	NI	-	-	-	-	NI
AREQUIPA	PRIVADA	Universidad Católica de Santa María	VACANTES	101	154	160	102	158	152	152	156	170	160	170
			INGRESANTES	93	140	160	159	163	230	155	162	170	183	177
			MATRICULADOS	659	687	713	769	777	754	726	740	756	122	768
			EGRESADOS	67	80	68	134	57	80	46	45	75	85	91
			TITULADOS	123	90	80	50	57	64	65	93	59	89	62
CUZCO	PRIVADA	Universidad Andina del Cuzco	VACANTES	100	155	NI	80	NI	160	130	NI	110	78	NI
			INGRESANTES	111	179	NI	95	NI	173	130	NI	149	60	NI
			MATRICULADOS	107	201	NI	334	NI	574	621	NI	1448	2134	NI
			EGRESADOS	0	0	0	0	NI	9	26	NI	NI	63	NI
			TITULADOS	0	0	0	0	NI	0	0	NI	NI	60	NI
	NACIONAL	Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cuzco	VACANTES	-	-	-	-	-	-	77	18	NI	44	38
			INGRESANTES	-	-	-	-	-	-	59	66	NI	46	50
			MATRICULADOS	-	-	-	-	-	-	47	132	NI	184	227
			EGRESADOS	-	-	-	-	-	-	0	0	NI	0	0
			TITULADOS	-	-	-	-	-	-	0	0	NI	0	0
HUÁNUCO	PRIVADA	Universidad de Huánuco	VACANTES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	118	147
			INGRESANTES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96	82
			MATRICULADOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	75	119
			EGRESADOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0
			TITULADOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0
	NACIONAL	Universidad Nacional Hermilio Valdizán	VACANTES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30
			INGRESANTES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32
			MATRICULADOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31
			EGRESADOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
			TITULADOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
ICA	NACIONAL	Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica	VACANTES	NI	NI	NI	NI	NI	189	NI	NI	NI	75	NI
			INGRESANTES	296	146	141	188	185	187	112	NI	NI	76	NI
			MATRICULADOS	1304	1242	1295	1581	1477	1514	1439	1227	910	697	NI
			EGRESADOS	163	35	45	129	185	185	260	210	342	222	NI
			TITULADOS	201	128	36	134	174	190	214	32	71	342	NI

JUNÍN	PRIVADA	Universidad Peruana Los Andes	VACANTES	-	-	405	390	416	375	254	175	158	NI	NI
			INGRESANTES	-	-	329	319	348	351	211	151	143	NI	NI
			MATRICULADOS	-	-	297	532	1308	809	201	824	861	NI	NI
			EGRESADOS	-	-	0	0	0	0	42	0	26	NI	NI
			TITULADOS	-	-	0	0	0	0	0	0	0	NI	NI
LA LIBERTAD	NACIONAL	Universidad Nacional de Trujillo	VACANTES	15	25	15	25	25	25	NI	23	20	20	22
			INGRESANTES	15	25	15	25	25	25	NI	17	20	18	20
			MATRICULADOS	66	44	44	97	96	98	109	130	121	120	117
			EGRESADOS	0	0	0	0	10	8	NI	8	NI	13	25
			TITULADOS	0	0	0	0	10	9	NI	7	NI	13	16
LIMA	PRIVADA	Universidad Alas Peruanas	VACANTES	-	-	-	-	-	-	-	66	277	312	650
			INGRESANTES	-	-	-	-	-	-	-	66	264	312	145
			MATRICULADOS	-	-	-	-	-	-	-	39	213	375	692
			EGRESADOS	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0
			TITULADOS	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0
	PRIVADA	Universidad de San Martín de Porres	VACANTES	550	600	481	360	363	480	299	NI	434	NI	500
			INGRESANTES	569	540	488	356	359	334	377	NI	236	NI	413
			MATRICULADOS	2702	2717	NI	NI	3792	1743	1198	NI	1142	NI	1275
			EGRESADOS	136	143	176	361	357	365	377	NI	NI	NI	226
			TITULADOS	75	79	80	113	170	274	761	NI	NI	NI	184
	PRIVADA	Universidad Inca Garcilaso de la Vega	VACANTES	315	370	726	403	671	508	637	642	643	608	NI
			INGRESANTES	335	372	726	403	460	391	586	642	643	608	542
			MATRICULADOS	796	1052	1645	1673	1947	2219	2410	2367	2644	2738	2702
			EGRESADOS	0	0	0	16	82	150	154	55	184	163	73
			TITULADOS	0	0	0	0	0	0	28	104	131	151	177
	NACIONAL	Universidad Nacional Federico Villarreal	VACANTES	77	NI	78	80	92	90	134	117	116	100	100
			INGRESANTES	90	NI	73	71	93	91	135	138	NI	99	92
			MATRICULADOS	1005	958	867	754	639	587	580	591	624	612	611
			EGRESADOS	155	79	121	128	168	160	86	80	NI	NI	95
			TITULADOS	123	134	106	86	144	153	50	134	138	NI	31
	NACIONAL	Universiad Nacional Mayor de San Marcos	VACANTES	61	61	64	70	70	110	154	125	98	55	55
			INGRESANTES	61	56	62	69	53	84	146	124	150	55	54
			MATRICULADOS	429	436	438	461	554	496	538	573	633	612	595
			EGRESADOS	35	59	80	NI	50	50	43	46	47	58	NI
			TITULADOS	62	54	67	NI	23	31	39	134	21	55	NI
	PRIVADA	Universidad Peruana Cayetano Heredia	VACANTES	NI	28	60	67	60	33	50	120	120	90	80
			INGRESANTES	NI	86	60	62	60	30	38	117	120	111	80
			MATRICULADOS	317	97	369	381	355	NI	NI	454	469	86	416
			EGRESADOS	NI	31	55	77	65	78	48	82	NI	63	60
			TITULADOS	NI	50	56	52	42	65	47	33	NI	71	56

LORETO	NACIONAL	Universidad Nacional de la Amazonía Peruana	VACANTES	-	-	-	-	-	-	36	36	40	16	22
			INGRESANTES	-	-	-	-	-	-	37	36	41	16	20
			MATRICULADOS	-	-	-	-	-	-	35	66	106	141	147
			EGRESADOS	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0	0
			TITULADOS	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0	0
PASCO	NACIONAL	Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión	VACANTES	NI	42	43	44	47	38	42	44	51	51	51
			INGRESANTES	NI	51	46	49	53	41	42	45	57	53	53
			MATRICULADOS	43	90	129	166	214	234	232	235	256	266	276
			EGRESADOS	0	0	0	0	6	29	26	21	21	26	21
			TITULADOS	0	0	0	0	0	0	2	24	4	20	19
PUNO	NACIONAL	Universidad Nacional del Altiplano	VACANTES	-	53	70	70	70	40	30	40	48	40	40
			INGRESANTES	-	53	70	71	75	40	30	42	41	41	41
			MATRICULADOS	-	53	112	171	227	258	266	248	302	266	317
			EGRESADOS	-	0	0	0	0	0	0	0	0	16	26
			TITULADOS	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12
TACNA	NACIONAL	Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann	VACANTES	-	-	-	-	-	-	-	35	37	33	33
			INGRESANTES	-	-	-	-	-	-	-	35	37	33	54
			MATRICULADOS	-	-	-	-	-	-	-	32	66	96	125
			EGRESADOS	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0
			TITULADOS	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0
	PRIVADA	Universidad Privada de Tacna	VACANTES	-	-	-	-	60	31	NI	74	NI	67	65
			INGRESANTES	-	-	-	-	13	36	NI	25	NI	31	40
			MATRICULADOS	-	-	-	-	14	68	NI	34	NI	97	80
			EGRESADOS	-	-	-	-	0	0	0	0	NI	6	9
			TITULADOS	-	-	-	-	0	0	0	0	NI	0	2

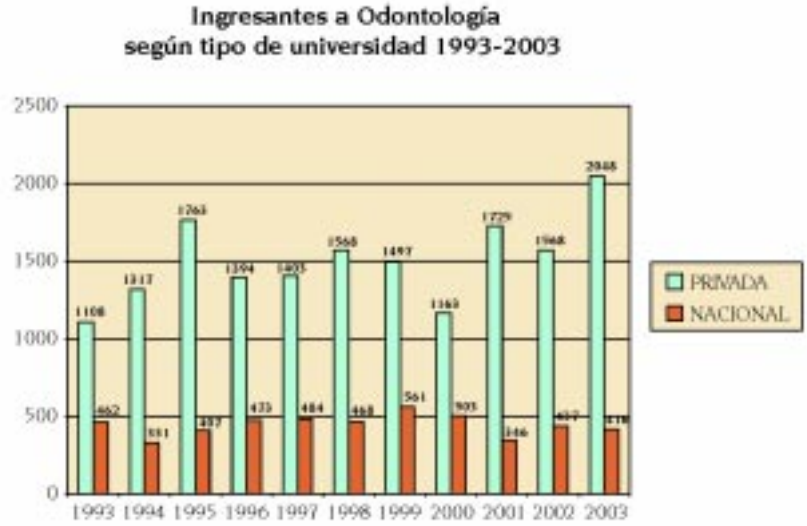
Anexo 18–1

Anexo 18–2



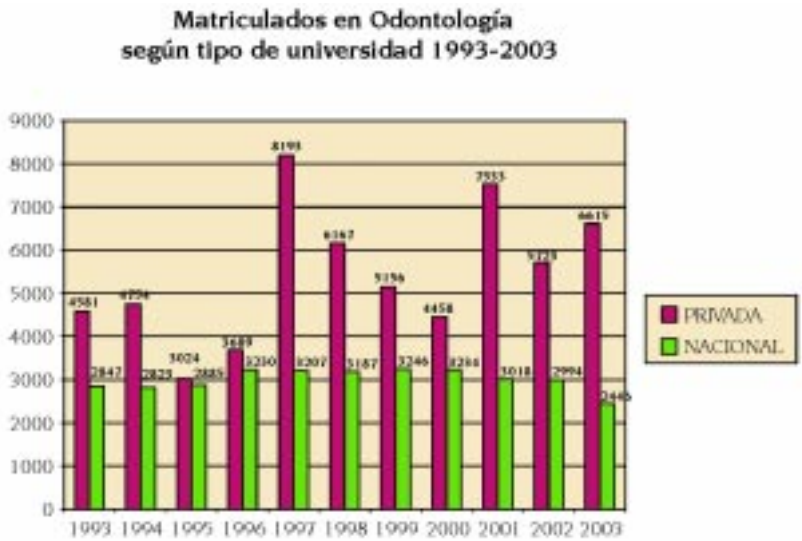
Anexo 18–3

Anexo 18–4



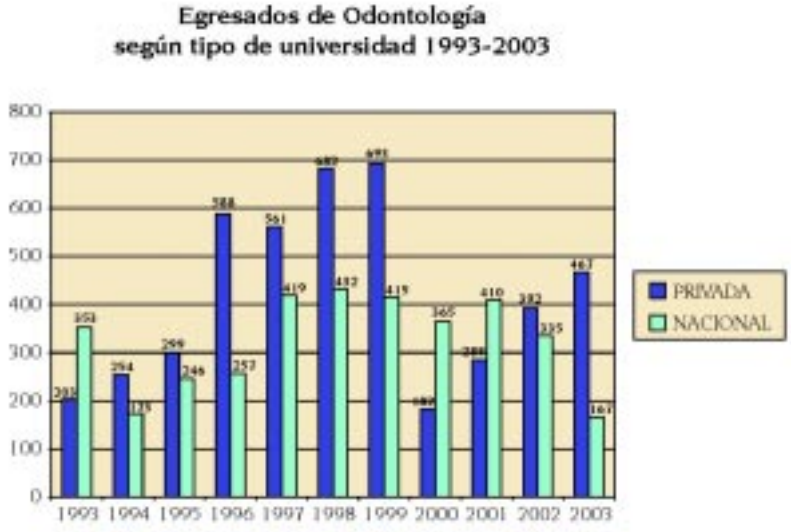
Anexo 18–5

Anexo 18–6



Anexo 18–7

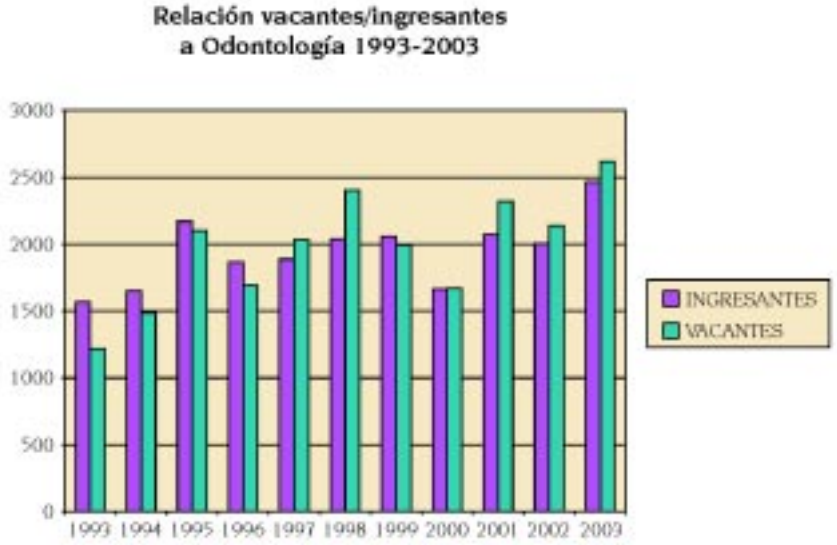
Anexo 18–8



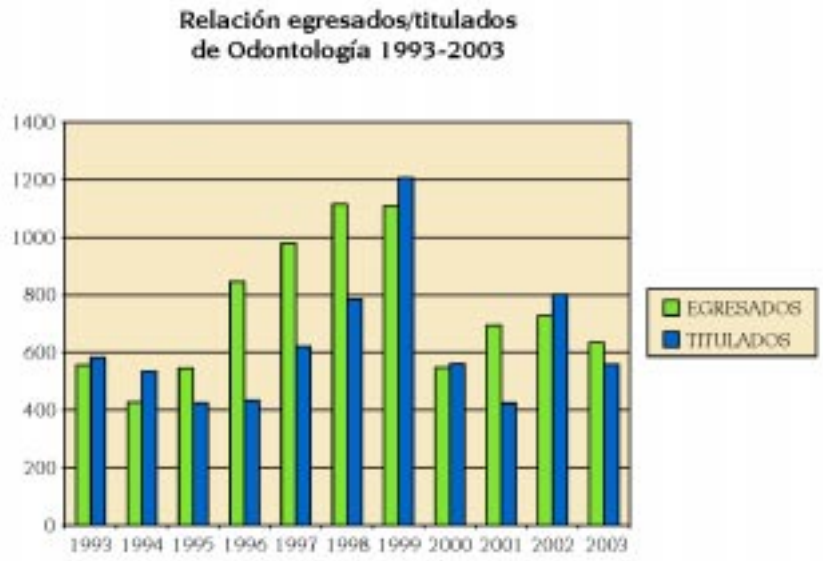
Anexo 18–9

Anexo 18–10

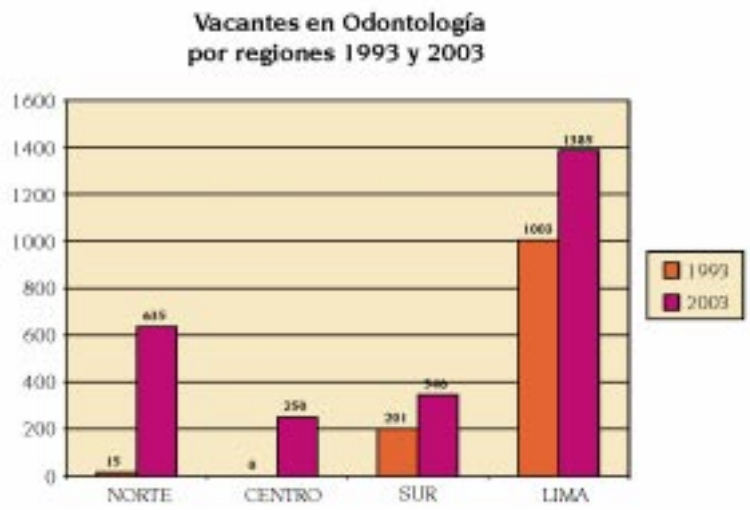
Anexo 18–11



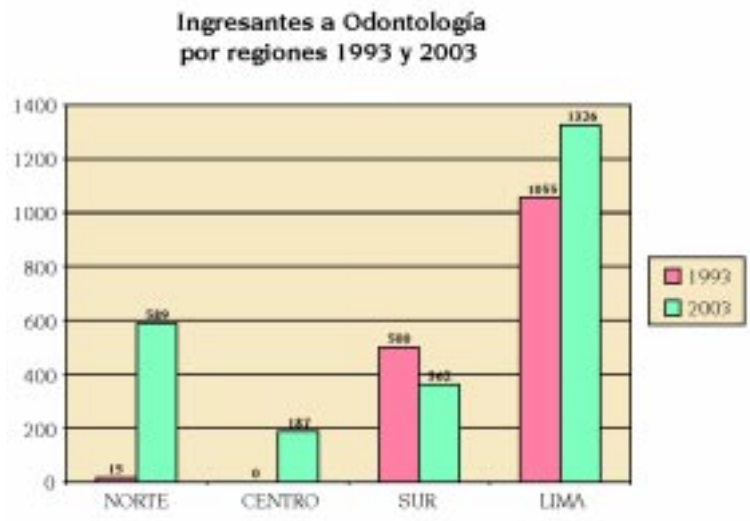
Anexo 18–12



Anexo 18–13

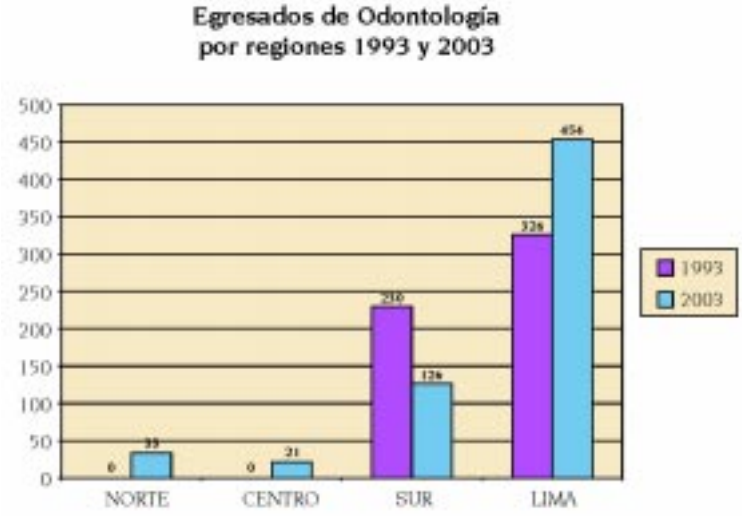


Anexo 18–14

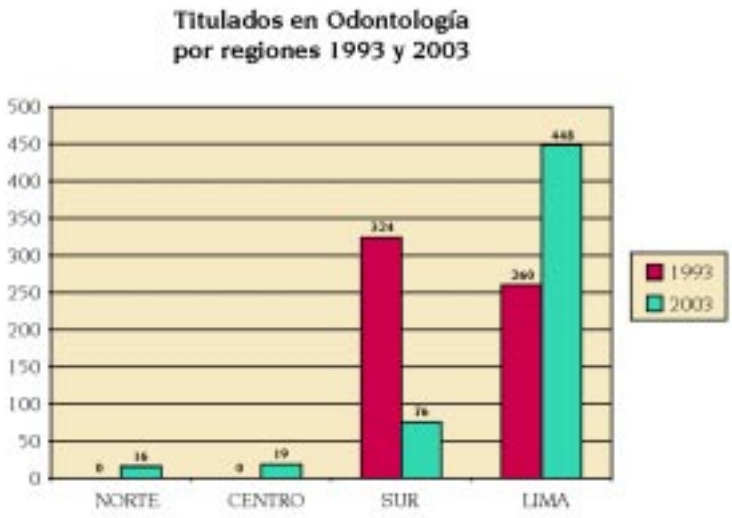


Anexo 18–15

Anexo 18–16



Anexo 18–17


Titulados en Odontología
por regiones 1993 y 2003
500
450
400
350
300
250
200
150
100
50
0
0
16
0
19
324
76
260
448
NORTE
CENTRO
SUR
LIMA
1993
2003

Anexo 19–1

DICCIONARIO DE ALUMNOS DE ODONTOLOGÍA

TOTAL	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
EGRESADOS	556	427	545	845	980	1114	1108	547	695	727	634
INGRESANTES	1570	1648	2170	1867	1887	2036	2058	1666	2071	2005	2464
MATRICULADOS	7428	7577	5909	6919	11400	9354	8402	7692	10551	8717	9061
TITULADOS	584	535	425	435	620	786	1206	561	424	801	559
VACANTES	1219	1488	2102	1691	2032	2404	1995	1671	2322	2139	2616
PRIVADA											
EGRESADOS	203	254	299	588	561	682	693	182	285	392	467
INGRESANTES	1108	1317	1763	1394	1403	1568	1497	1163	1725	1568	2048
MATRICULADOS	4581	4754	3024	3689	8193	6167	5156	4458	7533	5723	6615
TITULADOS	198	219	216	215	269	403	901	230	190	371	481
VACANTES	1066	1307	1832	1402	1728	1912	1522	1233	1912	1705	2225
NACIONAL											
EGRESADOS	353	173	246	257	419	432	415	365	410	335	167
INGRESANTES	462	331	407	473	484	468	561	503	346	437	416
MATRICULADOS	2847	2823	2885	3230	3207	3187	3246	3234	3018	2994	2446
TITULADOS	386	316	209	220	351	383	305	331	234	430	78
VACANTES	153	181	270	289	304	492	473	438	410	434	391

POR REGIONES

NORTE	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
EGRESADOS	0	0	0	0	10	8	0	8	0	25	33
INGRESANTES	15	25	15	25	25	48	0	17	20	185	589
MATRICULADOS	66	44	44	97	96	98	109	130	121	216	680
TITULADOS	0	0	0	0	10	9	0	7	0	13	16
VACANTES	15	25	15	25	25	198	0	23	20	292	635
CENTRO											
EGRESADOS	0	0	0	0	6	29	68	21	47	26	21
INGRESANTES	0	51	375	368	401	392	290	232	241	165	187
MATRICULADOS	43	90	426	698	1522	1043	468	1125	1223	482	573
TITULADOS	0	0	0	0	0	0	2	24	4	20	19
VACANTES	0	42	448	434	463	413	332	255	249	185	250
SUR											
EGRESADOS	230	115	113	263	242	274	332	255	417	392	126
INGRESANTES	500	518	371	513	436	666	486	330	397	470	362
MATRICULADOS	2070	2183	2120	2855	2495	3168	3099	2413	3482	3596	1517
TITULADOS	324	218	116	184	231	254	279	125	130	491	76
VACANTES	201	362	230	252	288	572	389	323	365	497	346
LIMA											
EGRESADOS	326	312	432	582	722	803	708	263	231	284	454
INGRESANTES	1055	1054	1409	961	1025	930	1282	1087	1413	1185	1326
MATRICULADOS	5249	5260	3319	3269	7287	5045	4726	4024	5725	4423	6291
TITULADOS	260	317	309	251	379	523	925	405	290	277	448
VACANTES	1003	1059	1409	980	1256	1221	1274	1070	1688	1165	1385

Anexo 19–2

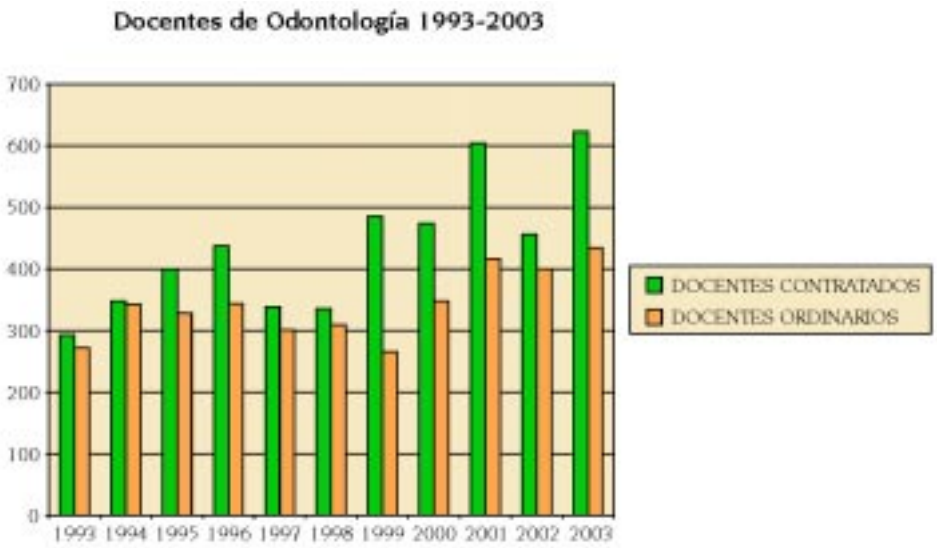
DICCIONARIO DE DOCENTES DE ODONTOLOGÍA

TOTAL	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
DOCENTES CONTRATADOS	293	348	400	437	338	335	485	474	604	456	623
DOCENTES ORDINARIOS	272	343	328	344	301	309	266	348	417	400	434
NACIONAL											
DOCENTES CONTRATADOS	89	94	64	69	97	72	64	55	77	98	77
DOCENTES ORDINARIOS	197	218	234	207	214	222	217	159	225	229	256
PRIVADA											
DOCENTES CONTRATADOS	204	254	336	368	241	263	421	419	527	358	546
DOCENTES ORDINARIOS	75	125	94	137	87	87	49	189	192	171	178

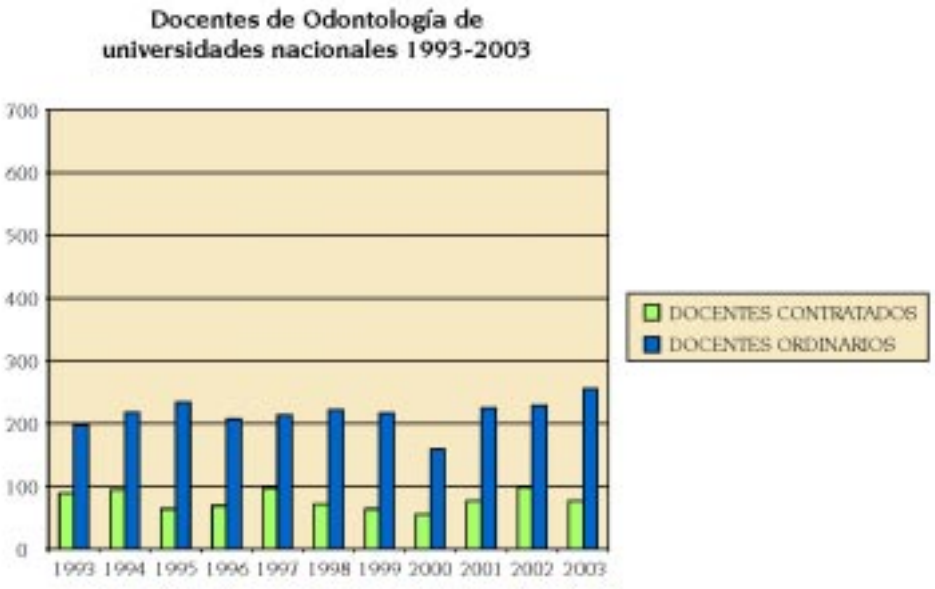
POR REGIONES

NORTE	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
DOCENTES CONTRATADOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0 0
DOCENTES ORDINARIOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
CENTRO											
DOCENTES CONTRATADOS	0	0	0	0	0	0	2	0	8	23	29
DOCENTES ORDINARIOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1
SUR											
DOCENTES CONTRATADOS	13	8	8	10	4	46	53	12	48	17	19
DOCENTES ORDINARIOS	100	96	61	102	61	106	69	41	104	90	89
LIMA											
DOCENTES CONTRATADOS	280	340	392	427	334	289	430	462	548	416	575
DOCENTES ORDINARIOS	172	247	267	242	240	203	197	307	313	307	344

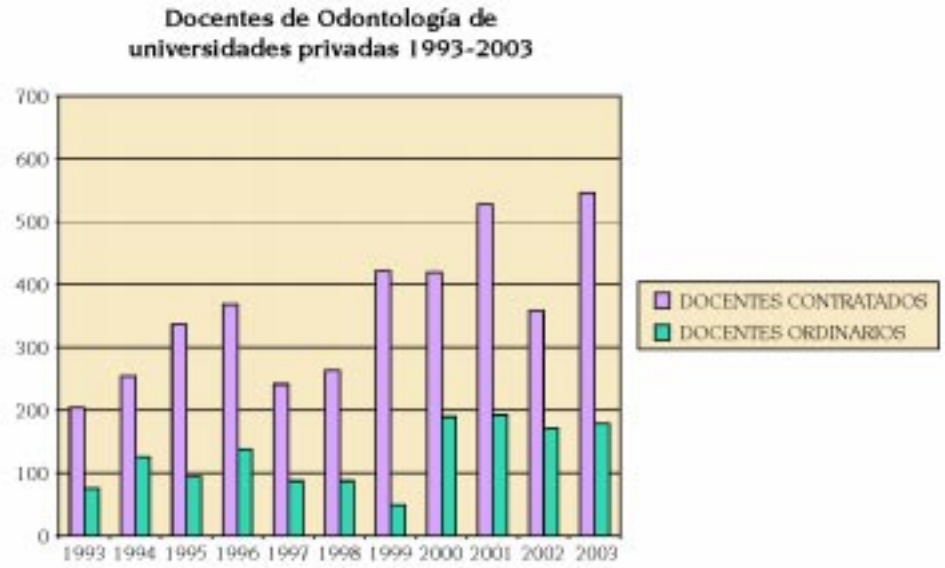
Anexo 20–1



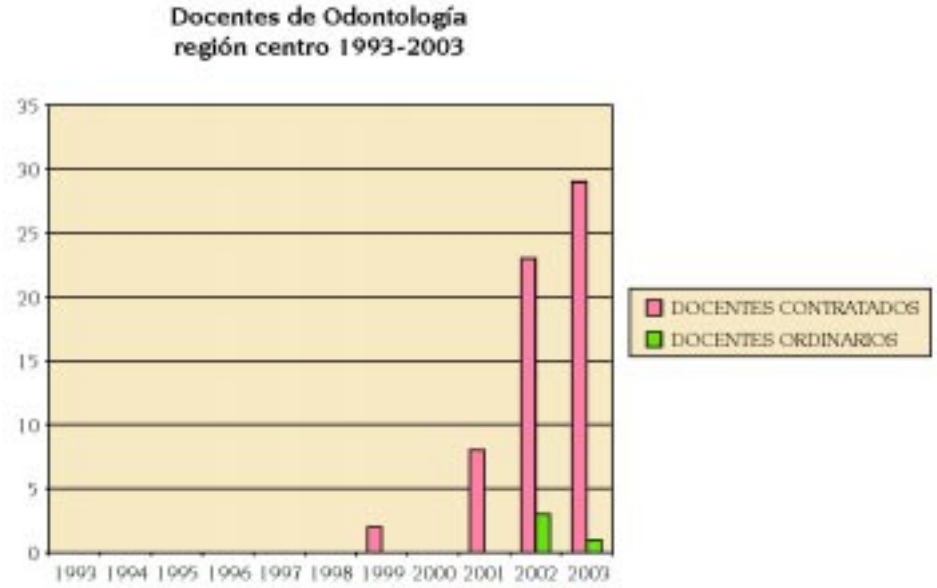
Anexo 20–2



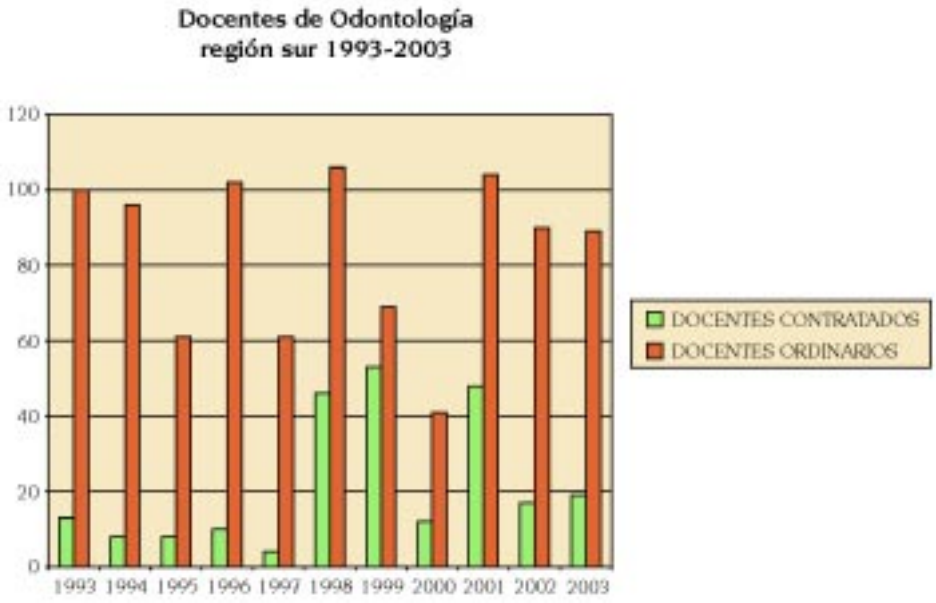
Anexo 20–3



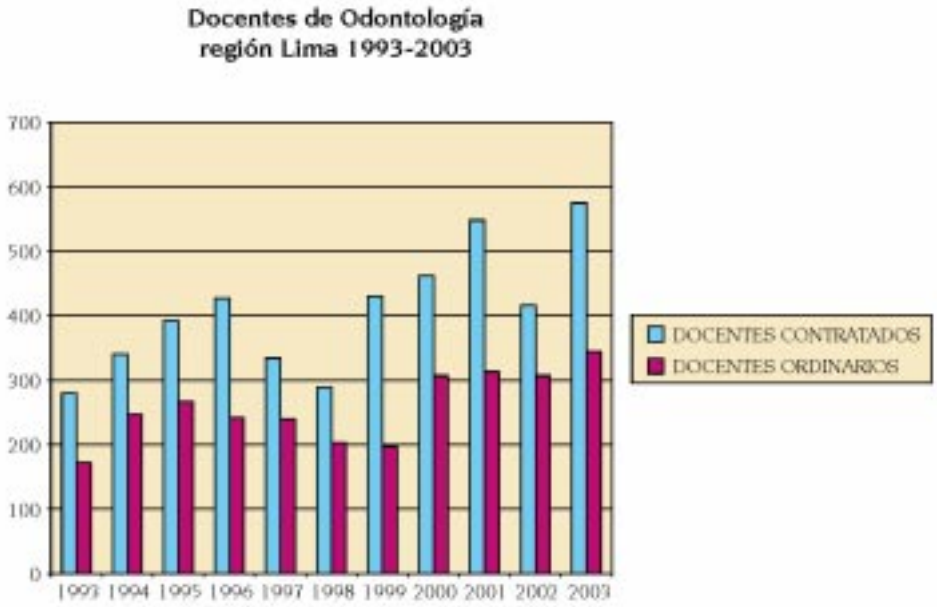
Anexo 20–4



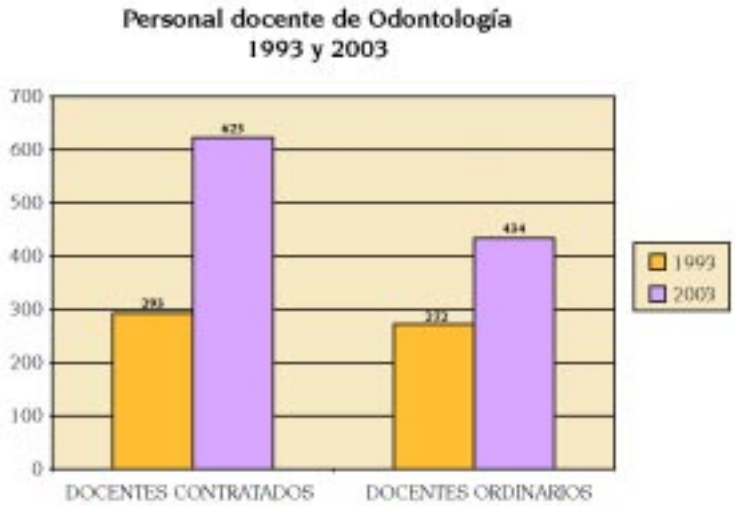
Anexo 20–5



Anexo 20–6



Anexo 20–7


Personal docente de Odontología
1993 y 2003
700
600
500
400
300
200
100
0
625
434
293
272
1993
2003
DOCENTES CONTRATADOS
DOCENTES ORDINARIOS

Capítulo II

PLANES DE ESTUDIO DE LAS CARRERAS DE MEDICINA, ENFERMERÍA, OBSTETRICIA Y ODONTOLOGÍA

1. Los planes de estudio en el Perú: Reflexiones generales

Aquí debemos anotar que la relación entre la educación y el trabajo en las profesiones de salud ha variado. En épocas anteriores, las personas que deseaban aprender estas carreras solo podían hacerlo trabajando como discípulos, ayudantes o aprendices, de este modo el aprendizaje y el trabajo estaban relacionados. Pero, como menciona García (1972)[1], durante la Edad Media ocurrió un cambio que perdura hasta nuestros días: la separación de la educación y el trabajo; esta separación trasforma al discípulo-estudiante en una categoría social cuya tarea fundamental es el aprendizaje, sin intervención en la solución de problemas de salud de la población. Entonces, la práctica que realiza el estudiante se conceptúa como una experiencia pedagógica, y no necesariamente como una contribución a la transformación de la sociedad en el sector salud.

Esta disociación entre el estudio y trabajo constituye uno de los problemas del proceso de formación moderno y genera la existencia de dos niveles en la estructura educacional: la administrativa y su sistema de gobierno en contraposición con las necesidades de las instituciones de servicios de salud.

Debe recordarse que el proceso de formación de médicos, enfermeras, obstetrices y odontólogos es un *proceso de enseñanza* que tiene un conjunto de etapas sucesivas por las que va pasando el estudiante para transformarse en un profesional. En este proceso pueden distinguirse actividades, medios y objetos de enseñanza, y supone a) una actividad humana específica que se denomina actividad de enseñanza-aprendizaje que adopta dos formas: la que realizan los profesores y la que lleva a cabo el estudiante; b) su ejecución requiere de ciertos medios materiales y se desarrolla a través del método y técnicas de enseñanza; y c) el propio estudiante que actúa como un agente activo de su propia transformación.

[1] García, J.C. *La educación médica en la América Latina*. Organización Panamericana de la Salud. 1972. pág. 18.

En resumen, el proceso de enseñanza es el conjunto de etapas sucesivas mediante las cuales el estudiante se transforma en un profesional. Esta transformación se produce en las áreas cognitiva, afectiva y psicomotora, y se adquiere tres tipos de competencias: conocimientos, habilidades y actitudes.

La pedagogía idealista separa la transformación en el área cognitiva de aquella en el área afectiva cuando se distingue la información de la formación. Este enfoque lleva a la creencia de que es posible transmitir conocimientos libres de juicio de valor y que el estudiante puede asimilarlos sin relacionarlos e integrarlos con su esquema ideológico.

García (1972) señala que las actividades de enseñanza dentro de la formación pueden ser de dos tipos: a) las que realiza el personal docente y b) las que lleva a cabo el estudiante. Las actividades de los primeros se traducen en el número de horas que se dedican a la enseñanza (horas-docentes), como por ejemplo: horas de trabajo teórico, horas de supervisión de trabajo práctico, horas de orientación proporcionada a los estudiantes, entre otras, reflejadas en el plan de enseñanza.

El plan de estudios expresa las actividades que realiza un estudiante para transformarse en un profesional y se mide por el número de horas-alumno, como por ejemplo: horas de clase teórica de fisiología recibidas, horas de trabajos prácticos de anatomía realizados, etc. Sobre esta manera de operacionalizar el trabajo de enseñanza-aprendizaje se puede delimitar un objeto de análisis: el plan de estudios.

Un *plan de estudios* puede definirse como la distribución y ordenamiento de actividades que realizará el estudiante con el fin de alcanzar objetivos o adquirir las competencias previamente establecidas. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que un plan de estudios no revela todas las actividades que realiza el estudiante, pues existen actividades informales (como el trabajo en servicios de emergencia) que representan un número considerable de horas que no son necesariamente tomadas en cuenta.

El enfoque que considera al estudiante como objeto más que sujeto de su propio aprendizaje conlleva a una forma particular de organización de las escuelas y facultades de ciencias de la salud, que cuentan con una estructura administrativa y un sistema de gobierno que miran en direcciones distintas —no necesariamente complementarias— de la organización y necesidades de las instituciones de atención medica.

Siguiendo a García, consideramos que el modo de formar profesionales de la salud influye en el orden institucional y, por lo tanto, se esperaría que la generación de cambios en el primero conlleve a trasformaciones en la organización de la formación en medicina, enfermería, obstetricia y odontología, entre otras carreras. No obstante, las estructuras de dichas escuelas y la manera en que forman a los profesionales pueden impedir el pasaje de un modo de formación a otro más centrado en las necesidades del país, en donde se incorpore al estudiante al sistema de servicios de salud.

Si ocurre esta transformación en las relaciones entre individuos que desempeñan diferentes papeles —autoridades–docentes–alumnos—, se modificaría irreversiblemente el grado de poder y autoridad que tienen unos sobre otros (dimensión dominio–sometimiento), lo que

podría llevar a la necesidad de repensar el papel y concepto del futuro profesional como agente activo de su propio desarrollo, con derechos, deberes y una integración real en los problemas del país.

2. Análisis de los planes de estudio de las carreras de Medicina, Enfermería, Obstetricia y Odontología

Para el análisis de los planes de estudio en la formación de pregrado de médicos, enfermeras, obstetrices y odontólogos, se recurrió a una muestra extraída del total de las universidades del país, siguiendo el método de análisis de casos.

Los criterios para la selección de los casos revisados fueron:

1. Accesibilidad de la información registrada en los documentos Plan de Estudios y, preferentemente, el Plan Curricular.
2. Vigencia de la información registrada en los documentos obtenidos.
3. Grado de detalle y especificación de la información consignada en el Plan de Estudios y el Plan Curricular. Se eligió trabajar con: misión, visión, perfil del egresado, número de horas, número de cursos, número de créditos, entre otros.
4. Distribución geográfica de las universidades fuente de información, buscando representatividad de Lima y las regiones del país.
5. Tipo de propiedad de las universidades que son fuente de información, buscando así una distribución relativamente representativa de las universidades nacionales y privadas.

Posteriormente se integraron y sintetizaron los hallazgos para identificar las concordancias y discordancias en la oferta de formación en pregrado de estas carreras, consignadas en este documento como nudos críticos.

Los criterios utilizados para el análisis de los planes de estudio son los siguientes:

6. Número de años de estudio para obtener el título profesional (definido como la suma del número de años dedicados a: 1) estudios generales, 2) ciencias básicas y 3) formación profesional.
7. Misión, finalidad u objetivos de la formación del estudiante de pregrado en las carreras estudiadas, generalmente encontrada en el perfil de salida.
8. Áreas representativas: conjunto de asignaturas integradas por objetivos y temática similar o complementaria en la formación del estudiante. Se han revisado las siguientes unidades docentes: 1) estudios generales, 2) ciencias básicas y 3) formación profesional.
9. Definición de las áreas incluidas en las unidades del plan de estudios:

   Estudios generales: comprenden las asignaturas o cursos con temática genérica, no relacionada directamente con los objetivos de la formación del estudiante en la carrera, sino que buscarán el desarrollo de la base personal–social del estudiante.

Incluyen cuatro grandes divisiones:

Tabla 19 Divisiones del plan de estudios

Ciencias	Letras	Humanidades	Otros
Matemáticas, química, física, biología, etc.	Lenguaje, Redacción, Comunicación Oral y Escrita.	Filosofía, Religión, Ética y Deontología, Psicología, Sociología, Realidad Nacional	Inglés, Computación, Actividades Recreativas y Deportivas

Ciencias básicas: Comprenden las asignaturas o cursos donde se hace uso de conceptos generales que son base para el estudio de casos más específicos. Se incide en conocimientos científicos, técnicos y prácticos de las ciencias morfológicas, dinámicas y de salud pública. Además, incluye el dominio de técnicas e instrumentos para el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud individuales y colectivos.

Formación profesional: Comprende los cursos donde se usan conceptos de extensión más limitada y particular, referidos sobretodo a la especialización del conocimiento sobre los estados normales y patológicos de los casos clínicos. Se incide en la adquisición de conocimientos, destrezas y aptitudes relativas a las disciplinas clínicas y de salud pública. Además, incluye prácticas supervisadas en familia y comunidad, y en establecimientos hospitalarios periféricos.

10. Número de cursos, horas y créditos por área de cada carrera.
11. Número total de cursos y créditos por área de cada carrera.

2.1 Medicina

Se han analizado 14 planes de estudios de un total de 28 universidades en el país que ofertan la formación en Medicina. Esta muestra incluye universidades estatales y privadas, y considera la distribución geográfica de las mismas.

- Número promedio de años de estudio para obtener el título profesional:

Tabla 20 Años de estudio en Medicina

Estudios generales	Ciencias básicas	Formación profesional (incluye internado)	Total
1	2	4	7

- Misión, finalidad u objetivos: Tres de las 14 universidades presentan su misión y visión en los planes de estudio revisados. Las otras universidades no detallan estos aspectos en su plan de estudios, y tampoco en los medios de información utilizados para la promoción de la carrera.

- Áreas representativas: Se ha observado que la formación en la carrera de medicina incluye:

Tabla 21 Áreas representativas del plan de estudios de Medicina

Áreas	Cursos o asignaturas
Estudios generales	Matemática, Química General, Biología General, Física, Antropología, Filosofía, Lengua y Literatura, Inglés Básico, Educación Física, Arte, entre otros.
Ciencias básicas	Anatomía humana, Histología, Comunidad y Ambiente, Fisiología Humana, Bioquímica, Procedimientos Básicos, Parasitología, Microbiología, Farmacología, Nutrición, entre otros.
Formación profesional	Semiología Médica, Radiología, Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Cardiología, Endocrinología, Pediatría, Ginecología, Obstetricia, Cirugía, entre otros. Además se incluye el tiempo de práctica, comúnmente conocido como internado, cuya duración es un año en todos los casos.

- Aspectos relevantes sobre los casos analizados de formación en pregrado de medicina:

La Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica es la única que ofrece un currículo flexible, por competencias, con aprendizaje significativo, orientado hacia las habilidades. Es la única que incluye en su currículo el curso de "Teoría de Sistemas", que se dicta en el primer semestre y equivale a dos créditos. Algunos cursos cuentan con sumillas detalladas pero no figuran en el plan de estudios; tal es el caso de cursos como "Actividades III" y "Actividades IV" que, según la sumilla, "… promueven un desarrollo en el campo afectivo y el control emocional de los futuros profesionales". Estos cursos deberían dictarse en el tercer año de estudios (semestres V y VI) y sin embargo no figuran en el plan de estudios. Hay dos o tres cursos más en la misma situación. La mayoría de los cursos de estudios generales, y específicamente los de humanidades (eje social), aparecen en la sumilla pero no figuran en el plan de estudios.

La Universidad Nacional San Agustín de Arequipa incluye metodología de la investigación en su primer año de estudios y no tiene ningún curso de gestión de servicios de salud a lo largo de la formación.

La Universidad Privada Antenor Orrego enseña en el X ciclo un curso llamado "Medicina Tradicional", sin embargo no tiene cursos de gerencia de servicios de salud.

Las universidades Peruana de Los Andes y de la Amazonía Peruana tienen un curso de Medicina Tropical. Pero solo la segunda enseña un curso relacionado con la gerencia de servicios de salud.

La Universidad Científica del Sur incluye en la currícula del primer año (Estudios Generales) un curso de "Desempeño universitario y cultura de la calidad". Sin embargo, no enseña cursos de gerencia de servicios de salud.

La Universidad Ricardo Palma enseña un curso de "Salud Comunitaria y Liderazgo en Salud", enunciando su interés por la comunidad al mismo tiempo que una inclinación por la vanguardia y tecnología. Este curso se dicta en el penúltimo año de formación profesional.

La Universidad Católica de Santa María enseña cursos de "Doctrina Social de la Iglesia", los que están relacionados con su labor de apostolado católico.

En las universidades de Tacna, la Privada enseña un curso de "Procedimientos de Enfermería", mientras que la Universidad Nacional Jorge Basadre lo ha eliminado.

- Número de cursos por área (Anexo 21–1).

1. En la mayoría de los planes de estudio analizados, el mayor porcentaje y peso del plan de estudios está ligado a la rama profesional asistencial, con un promedio de 47,8 % de cursos.
2. En segundo lugar se encuentra el área de ciencias básicas con un promedio de 38,2 % de cursos.
3. En último lugar se encuentra el área de estudios generales con un promedio de 14,0 % de cursos.

- Número total de créditos por área de cada carrera (Ver Anexo 21–2):

4. Las tres áreas en las que se divide la formación profesional presentan una distribución distinta en los casos revisados, sin regularidad ni proporcionalidad entre ellas.
5. La mayoría de créditos se encuentran concentrados en el área de formación profesional, caracterizada por un mayor número de cursos y un peso mayor en la formación del futuro profesional.
6. El perfil de salida del médico (evidenciado en el número total de créditos) presenta un amplio rango, mostrando que cada universidad es autónoma en el establecimiento de los mismos y mostrando la inexistencia de parámetros o estándares mínimos para la formación médica. Los estándares mínimos corresponden a la Universidad San Luis Gonzaga de Ica, con un total de 240 créditos, frente al caso máximo representado por la Universidad Privada Los Andes, con un total de 343.

2.2 Enfermería

Se han analizado 23 planes de estudios de un total de 47 universidades en el país que ofertan la formación en la carrera de Enfermería. Esta muestra incluye universidades estatales y privadas, y considera la distribución geográfica de las mismas.

- Número de años de estudio para obtener el título profesional:

Tabla 22 Años de estudio en Enfermería

Estudios generales	Ciencias básicas	Formación profesional (incluye internado)	Total
1	1	3	5

- Misión, finalidad u objetivos de la formación: Solo la Universidad del Altiplano presenta la misión de la Facultad de Enfermería en su Plan de Estudios. Algunas facultades lo señalan como objetivos educacionales y otras no lo incluyen de una manera explícita.

- Áreas representativas: Se ha observado que la formación en enfermería incluye:

Tabla 23 Áreas representativas en los planes de estudio de Enfermería

Áreas	Cursos o asignaturas
Estudios generales	Lengua y Literatura, Filosofía y Lógica, Biología, Matemática, Psicología, Bioquímica, Farmacología, Antropología, entre otros.
Ciencias básicas	Anatomía y Fisiología, Enfermería Básica, Nutrición y Dietética, Microbiología, Parasitología, Crecimiento y Desarrollo, entre otros.
Formación profesional	Bases Conceptuales de Enfermería, Semiología, Bases Conceptuales de la Salud Pública, Salud de la Mujer, Salud del Niño y Adolescente, Salud del Adulto, Geriatría, Salud Mental, entre otros. Además se incluye el tiempo de práctica, comúnmente conocido como internado, cuya duración en la mitad de los casos es de un año y la otra mitad es de seis meses.

- Aspectos relevantes de los casos revisados:

1. La Facultad de Enfermería de la Universidad San Luis Gonzaga de Ica presenta un número elevado de cursos profesionales, programados con el valor de un crédito cada uno. Los contenidos comprenden las grandes áreas de enfermería. La misma situación se observa en la Universidad Autónoma Los Ángeles de Chimbote.
2. La Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Norbert Wiener presenta abundantes materias generales que deberían formar parte de los cursos profesionales, incrementando las horas teórico-prácticas de las mismas para obtener una mayor secuencia e integración, de tal manera que el estudiante permanezca más tiempo en su práctica para adquirir las competencias necesarias para la atención del paciente.
3. Tres facultades o escuelas de enfermería desarrollan el curso de "Semiología".
4. Una universidad presenta un curso sobre "Biometría", y dos instituciones tienen el curso "Genética Humana", campo que en otras facultades se toca como parte de la unidad de Crecimiento y Desarrollo Humano, o en Biología.
5. En el área de estudios generales de algunas facultades o escuelas, se observa una gran diversidad de cursos, número de horas y de créditos; por ejemplo, se enseña "Formación cristiana" en 4 cursos distintos, "Teoría de los valores" en 10 cursos; y la Universidad San Agustín enseña el curso de "Análisis e interpretación de textos" durante 4 ciclos académicos.
6. En el área profesional, los cursos están organizados en grandes áreas: Cuidado Básico de Salud del Niño, Salud del Adulto y Adulto Mayor, Salud de la Madre, Gestión de Servicios de Enfermería, Salud Mental y Psiquiatría, Salud Comunitaria, Docencia e Investigación. Dentro de cada área se han diversificado los contenidos, disminuyendo tiempo para la

teoría y práctica de curso principal, ejemplo: Salud Reproductiva debería ser parte del curso Salud de la Mujer, Salud Ocupacional y Rehabilitación deberían ser parte de Salud del Adulto.

7. Con respecto al tiempo de internado, en algunas universidades dura un semestre (6 meses) y en otras dura un año.

- Número de cursos por área de cada carrera (Anexo 21–3):

1. Diversidad en las tres grandes áreas del currículo, a saber: En estudios generales el número de cursos va de 5 a 26, con 17 a 46 horas. En Ciencias Básicas hay "cierto" equilibrio en los nombres de los cursos, que son 7 hasta 19, con 42 a 52 horas. En el área de formación profesional existe cierta uniformidad en el nombre de los cursos, siendo el valor académico y las horas muy diferentes en cada institución, variando desde 14 a 38 cursos y de 166 a 473 horas.
2. Los cursos del área de Ciencias Básicas son más o menos similares en número, horas y creditaje, a excepción de Anatomía y Fisiología, Química, Química Orgánica y Bioquímica, Física y Biofísica, que en algunas universidades se enseñan integrados, como por ejemplo "Anatomía y Fisiología" con 4 créditos, y en otras se desarrollan por separado, cada uno de ellos con un valor de 4 o 5 créditos.

- Número total de horas y créditos por área de cada carrera (Anexo 21–4):

3. Las tres áreas en las que se divide la formación profesional presentan una distribución distinta en los casos revisados, con casi 50 % de los créditos concentrados en el área de formación profesional y el otro 50 % distribuido entre las áreas de ciencias básicas y estudios generales.
4. La mayoría de créditos se encuentran concentrados en el área de formación profesional dado que ocupan más tiempo y tienen un peso mayor en la formación del futuro profesional. Esto significa que se da demasiado peso a la última área en desmedro de la formación general, humanística y el fundamento científico para la comprensión y utilización de los aspectos profesionales (ciencias básicas).
5. Dos instituciones exceden los créditos totales estándares con 286 y 326, cifras que, de acuerdo al régimen de matrícula semestral o anual, excederían la capacidad del estudiante. Es probable que se esté dando demasiado valor académico a la teoría, laboratorio o práctica clínica, sin supervisión. Los reglamentos de las universidades permiten generalmente la matrícula en 22 o 24 créditos y un horario de actividades de enseñanza–aprendizaje no mayor de 35 horas semanales; sin embargo, algunas universidades tienen un programa que las sobrepasa.

2.3 Obstetricia

Se han analizado 10 planes de estudios de un total de 25 universidades del país que ofertan la formación en Obstetricia. Esta muestra incluye universidades estatales y privadas, y considera la distribución geográfica de las mismas.

- Número de años de estudio para obtener el título profesional:

Tabla 24 Número de años en la carrera de Obstetricia

Estudios generales	Ciencias básicas	Formación profesional (incluye internado)	Total
1	1	3	5

- Misión, finalidad u objetivos de la formación del estudiante: Solo uno de los casos revisados presenta una visión explícita, otras la mencionan como objetivos. Como ejemplo citamos: "Forman profesionales capaces de actuar eficientemente en la atención obstétrica del binomio madre–niño, para lo cual actúan meramente en la parte asistencial y como promotores de la salud reproductiva".

- Áreas representativas: Se han observado las siguientes áreas en la formación en obstetricia:

Tabla 25 Áreas representativas en los planes de estudio de Obstetricia

Áreas	Cursos o asignaturas
Estudios generales	Propedéutica del Trabajo Intelectual Universitario, Matemática Aplicada, Biología Celular, Computación e Informática, Física Aplicada, Química Integrada, Sociología, entre otros.
Ciencias básicas	Salud y Desarrollo Humano, Citología, Introducción a la Obstetricia, Microbiología y Parasitología, Enfermería Obstétrica, Fisiología Humana, Embriología y Genética, entre otros.
Formación profesional	Puericultura, Obstetricia Fisiológica, Ginecología, Salud Comunitaria, Medicina Interna, Obstetricia Patológica, Perinatología, entre otros. Incluye además un año (promedio) de internado.

- Aspectos relevantes de los casos revisados

6. Todos los planes de estudio coinciden en que la carrera debe estar muy comprometida con la proyección a la comunidad.
7. Si uno de los campos que las (los) obstetras deben abarcar es la docencia, se tendría que remarcar ésta en el plan de estudios, lo cual no se ve reflejado. Son pocas las universidades que llevan el curso de "Educación" en cualquiera de sus diversos campos, sin embargo algunas (como por ejemplo San Marcos) llevan cursos como: Tecnología Educativa y Educación para la Salud.
8. Ciertas instituciones como la Universidad Santiago Antunez de Mayolo incluyen el curso de "Realidad Nacional", el cual podría ayudar en la preparación del futuro profesional, hilando su aprendizaje con el entorno local.
9. La Universidad Autónoma de Los Ángeles de Chimbote enseña Sabiduría Humana, Pastoral Universitaria, Excelencia Personal, Cultura Física, entre otros que manifiestan la postura

de la Universidad más que el perfil profesional. Existen además cursos de Competencia para Eficacia Personal I, II, III, así como el curso de Liderazgo y Factor Humano.

10. La Universidad Nacional Mayor de San Marcos menciona los siguientes objetivos en su plan de estudios: "Coordinar con los miembros del equipo de salud para el desarrollo de los programas y optimización de la calidad de los servicios", "Elaborar informes técnicos, desempeñar cargos directivos y de gerencia, asesorar proyectos de investigación en salud, participar activamente de investigaciones". Es evidente que su perfil abarca puntos que no necesariamente se podrán dominar con un solo curso de administración.
11. En su reporte, la comisión evaluadora de la Universidad Santiago Antúnez de Mayolo menciona como principales puntos críticos: "falta de implementación de asignaturas de cultura general", "no concordancia entre docentes de teoría y práctica", "falta de métodos y didáctica de los docentes", "infraestructura y equipamiento insuficiente", "inadecuada distribución de créditos para los cursos", "no actualización de los contenidos por parte de los docentes", "contenidos repetitivos", entre otros.
12. La Universidad Católica Santa María busca formar profesionales para desempeñar la docencia en temas de Salud y Comunidad en universidades y establecimientos, pero solo enseña un curso teórico sobre el tema.

- Número de cursos por área de cada carrera (Anexo 21–5):

13. La mayoría de universidades dedican el primer año a cursos básicos ajenos a la carrera, como Matemática, Estadística, Química, Lenguaje y Física.
14. El mayor porcentaje de cursos se encuentra concentrado en el área de formación profesional, con un mínimo de 35 % (Universidad Nacional de Tumbes) y un máximo de 59 % (correspondiente a la Universidad Norbert Wiener). El promedio de cursos es 45,8 %.
15. El segundo porcentaje más significativo corresponde al área de ciencias básicas, con un porcentaje promedio de 29,9% de cursos.
16. Finalmente, el porcentaje menor se encuentra en el área de estudios generales, con un porcentaje promedio de 24,3 %.

- Número total de créditos por área de cada carrera (Anexo 21–6):

17. Las tres áreas en las que se divide la formación profesional presentan una distribución distinta en los casos revisados, sin guardar regularidad ni proporcionalidad entre ellas.
18. La mayoría de créditos se encuentran concentrados en el área de formación profesional.
19. El perfil de salida del obstetra, representado por el número total de créditos, tiene un amplio rango, mostrando que cada universidad es autónoma en el establecimiento de los mismos y la inexistencia de parámetros o estándares mínimos para la formación. El caso mínimo es la Universidad Norbert Wiener con un total de 156 créditos, frente al caso máximo representado por la Universidad Nacional de Tumbes, con un total de 247.

2.4 Odontología

Se han analizado 14 planes de estudios de un total de 17 universidades del país que ofertan la formación en Odontología. Esta muestra incluye universidades estatales y privadas, y considera la distribución geográfica de las mismas.

- Número de años de estudio para obtener el título profesional:

Los estudios de Odontología tiene una duración entre 5 a 6 años; el primer año corresponde a estudios académicos, entre el segundo al cuarto o quinto año se desarrollan los cursos básicos y de especialidad, y en el último año se desarrolla el internado hospitalario y el comunitario.

Tabla 26 Años de estudio en la carrera de Odontología

Estudios generales	Ciencias básicas	Formación profesional (incluye internado)	Total
1	1	3	5

- Misión, finalidad u objetivos de la formación del estudiante: Solo dos de los casos revisados incluyen esta información. Uno de ellos dice lo siguiente: "La formación del odontólogo en la universidad… será integral en conocimientos actualizados, destrezas psicomotrices propias del ejercicio de la carrera, sustentados por la fuerza de la práctica de valores, como factores que han de alentar y motivar el cambio hacia el desarrollo de competencias profesionales para plantear, formular y ejecutar políticas de desarrollo odontológico, compatibles con los avances científicos y tecnológicos y la realidad local, regional y nacional en la que se desenvuelva".

- Áreas representativas: En la formación en Odontología se han observado las áreas siguientes:

Tabla 27 Áreas representativas en los planes de estudio de Odontología

Áreas	Cursos o asignaturas
Estudios generales	Matemática Básica, Ciencias Sociales, Castellano, Química, Realidad Nacional, Metodología de la Investigación, Sociología General, entre otros.
Ciencias básicas	Anatomía Humana General, Biología Celular Molecular, Biofísica, Embriología General, Histología General, Fisiología Humana, Microbiología General, Bioquímica y Nutrición, entre otros.
Formación profesional	Oclusión I, Estomatología Rehabilitado, Periodoncia, Odontopediatría, Cirugía Bucal, Imagenología Estomatológica, Ortodoncia, Periodoncia, Clínica Integral del Adulto, entre otros. Aquí se incluye un tiempo entre cuatro meses y un año de internado rural y comunitario o clínico.

- Aspectos relevantes de los casos revisados:

20. En los planes de estudios analizados se encontró que todas la universidades reparten sus cursos en ciencias (Matemática, Física, Química) y letras (Lenguaje y Filosofía); también incluyen algún curso de ciencias sociales o análisis de la realidad del país.

21. Algunas universidades enseñan también cursos de artes, tal es el caso de la Universidad Los Ángeles de Chimbote, que además dispone un porcentaje de sus créditos para cursos de "Imagen y Relaciones Personales".
22. Las universidades Daniel Alcides Carrión, Inca Garcilaso de la Vega y San Martín de Porres incluyen también cursos de "Educación Física" en su plan de estudios.
23. Todos los casos revisados tienen cursos básicos de Anatomía general–Cabeza y Cuello, Histología General–Oral–Embriología, Bioquímica, Estadística– Bio–estadística, Metodología de la Investigación, Patología General–Bucal, Farmacología–Propedéutica y Microbiología.
24. La mayoría de casos revisados, a excepción de las universidades Inca Garcilaso de la Vega, Peruana Cayetano Heredia y Peruana de Los Andes, no señalan en su plan de estudios cursos de Psicología General o aplicada.
25. La Universidad San Luis Gonzaga de Ica presenta cursos de Otorrinolaringología y Oftalmología.
26. La Universidad Peruana de Los Andes y la Universidad Peruana de Tacna enseñan uno y dos cursos de Morfología respectivamente.
27. La Universidad Peruana Cayetano Heredia divide sus cursos de formación profesional en solo cuatro cursos, cada uno con similar número de créditos en cada semestre.
28. Todas la universidades (menos la mencionada en el párrafo anterior) enseñan por separado cada especialidad (Operatoria Dental, Radiología, Prótesis Fija–Removible, Endodoncia, Periodoncia, Cirugía Bucal–Oral, Medicina Oral, Patología Oral).
29. La Universidad Inca Garcilaso de la Vega enseña también un curso de Implantología.
30. Entre los ciclos I al VII, la Universidad Garcilaso de la Vega enseña siete cursos de inglés sin créditos.
31. La Universidad Privada de Tacna enseña siete cursos de inglés entre el segundo semestre y el octavo.
32. La mayoría de los cursos de la carrera se enfocan en la enseñanza de las alternativas de tratamiento de las enfermedades orales más prevalentes, siendo muy pocas las horas que se dedican a la enseñanza de la prevención.
33. Algunas universidades no enseñan cursos de proyección social a lo largo de la formación general, básica y profesional, teniendo solo un curso en el internado rural.
34. Todas las universidades incluyen en su plan de estudios cursos referentes a investigación, como por ejemplo, Estadística, Bioestadística y Metodología de la Investigación, aparte de Seminarios de Tesis.

- Número de cursos por área de cada carrera (Ver Anexo 21–7):

35. La mayoría de universidades reserva el primer año a cursos básicos, ajenos a la carrera, como por ejemplo: Matemática, Estadística, Química, Lenguaje y Física.
36. El mayor porcentaje de cursos se concentran en el área de formación profesional, con un mínimo de 42 % (Universidad Peruana Cayetano Heredia) y un máximo de 75 % (Universidad Peruana Los Andes). El promedio de cursos es de 53 % en esta área.
37. Los cursos clínicos y de diagnóstico ocupan entre 50 y 60 % del total de créditos. Estos cursos se incluyen en cada una de las especialidades de la Odontología, usualmente desde el tercer año; tienen un creditaje similar y se dividen en horas de teoría y práctica (estas últimas duplican a las primeras). Por otra parte existen cursos "integradores", como "Clínica Integral" o "Atención Integral" que se cursan después.

38. El siguiente porcentaje más significativo se encuentra en el área de ciencias básicas, con un porcentaje promedio de 29 % de cursos.
39. Finalmente, el menor porcentaje se encuentra en el área de estudios generales, con un porcentaje promedio de 18 %.

- Número total de créditos por área de cada carrera (Ver Anexo 21–8):

40. Las tres áreas en las que se divide la formación profesional presentan una distribución distinta en los casos revisados, sin regularidad ni proporcionalidad entre ellas.
41. La mayoría de créditos se encuentran concentrados en el área de formación profesional. Las universidades Inca Garcilaso de la Vega, Autónoma Los Ángeles y Jorge Basadre Grohmann, son las que presentan una mayor carga crediticia.
42. El perfil de salida del odontólogo, evidenciada en el número total de créditos, presenta un amplio rango. Las universidades que presentan un número mayor de créditos son Inca Garcilaso de la Vega (293 créditos), San Luis Gonzaga de Ica y Jorge Basadre Grohmann, en tanto que universidades que presentan un número menor de créditos son Peruana Cayetano Heredia (207 créditos), Daniel Alcides Carrión, San Martín de Porres y Nacional Federico Villarreal.

Anexo 21–1

COMPONENTES DE LOS PLANES DE ESTUDIO DE MEDICINA (Análisis de casos)

INSTITUCIÓN	TIPO		Facultad	Escuela	Perfil profesional	Misión	Visión	PLAN DE ESTUDIOS					
	Estatal	Privada						Estudios Generales	Ciencias Básicas	Formación Profesional	Total de cursos	Internado	
												1 año	6 meses
Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica	X		X		X	X	X	10	27	18	55	X	
Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman	X		X		X	X	X	3	17	26	46	X	
Universidad Privada de Tacna		X		X				13	19	15	47	X	
Universidad Nacional San Agustín	X			X				4	22	23	49	X	
Universidad San Martín de Porres		X	X					6	18	23	47	X	
Universidad Nacional Federico Villareal	X		X					4	13	23	40	X	
Universida Nacional Mayor de San Marcos	X			X				7	15	20	42	X	
Universidad de Chiclayo			X					8	25	37	70	X	
Universidad Privada Antenor Orrego		X	X					6	19	28	53	X	
Universidad Privada Los Andes				X				11	18	22	51	X	
Universidad Científica del Sur								11	20	30	61	X	
Universidad Ricardo Palma		X	X					11	17	25	53	X	
Universidad Católica de Santa María		X	X					4	25	33	62	X	
Universidad Nacional de la Amazonia Peruana	X		X		X	X	X	3	19	21	43	X	

Anexo 21–2

PORCENTAJE DE LAS ÁREAS DEL CURRÍCULO DE MEDICINA

INSTITUCIÓN	ESTUDIOS GENERALES			CIENCIAS BÁSICAS			FORMACIÓN PROFESIONAL			Total de Créditos
	N.º Horas	N.º Cursos	Créditos	N.º Horas	N.º Cursos	Créditos	N.º Horas	N.º Cursos	Créditos	
Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica	31	10	19	167	27	119	149	18	99	240
Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman	9	3	8	125	17	92	243	26	206	306
Universidad Privada de Tacna	68	13	54	142	19	98	188	15	143	295
Universidad Nacional San Agustín		4			22			23		NI
Universidad San Martín de Porres	21	6	14	182	18	78	278	23	193	285
Universidad Nacional Federico Villareal		4			13			23		NI
Universida Nacional Mayor de San Marcos		7	22		15	86		20	220	328
Universidad de Chiclayo		10	24		25	78		37	194	296
Universidad Privada Antenor Orrego		6			19			28		NI
Universidad Privada Los Andes	40	11	29	176	18	125	219	22	182	343
Universidad Científica del Sur		19	67		20	104		30	143	314
Universidad Ricardo Palma	36	11	23	98	17	63	352	25	208	294
Universidad Católica de Santa María	10	4	8	147	25	120	275	33	169	297
Universidad Nacional de la Amazonia Peruana		23	44		19	98		21	214	321

Anexo 21–3

COMPONENTES DE LOS CURRÍCULOS DE ENFERMERÍA

INSTITUCIÓN	TIPO		Facultad	Escuela	Perfil	Misión	Visión	PLAN DE ESTUDIOS					
												Internado	
	Estatal	Privada						Estudios Generales	Ciencias Básicas	Formación Profesional	Total de cursos	1 año	6 meses
Universidad Nacional de la Amazonia Peruana	X		X					7	12	16	35	X	
Universidad Nacional San Agustín	X							8	11	18	37		X
Universidad Católica de Santa María		X	X					5	11	22	38	No especifica	
Universidad Nacional del Altiplano	X		X		X	X	X	11	11	22	44	X	
Universidad Nacional Mayor de San Marcos	X			X	X			9	11	12	32	X	
Universidad Nacional de Tumbes	X			X				14	14	16	44		X
Universidad Nacional Federico Villareal	X			X				10	9	18	37		X
Universidad San Martín de Porres		X	X					5	11	23	39	X	
Universidad Peruana Unión		X	X					20	10	16	46		X
Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo	X		X					8	11	16	35	X	
Universidad Ricardo Palma - EF Tessa		X		X				18	16	23	67		X
Universidad Norbert Wiener		X		X				4	7	22	32		X
Universidad Alas Peruanas		X	X					24	15	19	48	X	
Universidad Santiago Antunez de Mayolo	X		X					10	15	19	44	X	
Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann	X		X					14	13	24	51	X	
Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica	X		X					23	18	38	79		X
Universidad Alas Peruanas		X	X					24	14	20	58		X
Universidad Privada Antenor Orrego		X	X					24	17	15	56	X	
Universidad Autónoma de Los Ángeles		X		X				12	11	36	59	No menciona internado	
Universidad de Chiclayo				X				13	13	16	42	X	
Universidad Santo Toribio de Mogrovejo		X	X					19	14	16	48		X
Universidad Nacional de San Antonio Abad			X					16	19	13	48	X	
Universidad Toribio Rodriguez de Mendoza	X		X					13	9	17	39	X	

Anexo 21–4

PORCENTAJE DE LAS ÁREAS DEL CURRÍCULO DE ENFERMERÍA

INSTITUCIÓN	ESTUDIOS GENERALES			CIENCIAS BÁSICAS			FORMACIÓN PROFESIONAL			Total de Créditos
	N.º Horas	N.º Cursos	Créditos	N.º Horas	N.º Cursos	Créditos	N.º Horas	N.º Cursos	Créditos	
Universidad Nacional de la Amazonia Peruana		26	50		12	48	167	16	148	246
Universidad Nacional San Agustín	39	8	31	57	11	38	166	18	134	203
Universidad Católica de Santa María	17	5	14	46	11	36,5	226	22	114,5	165
Universidad Nacional del Altiplano	46	11	41	50	11	39		22	143	223
Universidad Nacional Mayor de San Marcos		9	28		11	39		12	153	220
Universidad Nacional de Tumbes		14	32		14	49		16	127	208
Universidad Nacional Federico Villareal		10			9			18		No figuran créditos
Universidad San Martín de Porres		5	14		11	32		23	164	210
Universidad Peruana Unión		20	42		10	36		16	127	205
Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo	33	8	23	42	11	34	238	16	127	184
Universidad Ricardo Palma - EF Tessa		18	58		16	66		14	162	286
Universidad Norbert Wiener		4	14		7	27		14	119	Falta primer año
Universidad Alas Peruanas		24			15			14		No figuran créditos
Universidad Santiago Antunez de Mayolo		10	26		15	60		19	139	225
Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann	39	14	28	59	13	50	473	24	191	269
Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica		23	49,5	52	18			38	107	156,5
Universidad Alas Peruanas		24	69		14	44		20	116	229
Universidad Privada Antenor Orrego		24			17			15		No figuran créditos
Universidad Autónoma de Los Ángeles		12	28		11	35		36	148	211
Universidad de Chiclayo		13	46		13	41		16	106	193
Universidad Santo Toribio de Mogrovejo		19	47		14	45		16	112	204
Universidad Nacional de San Antonio de Abad del Cuzco	33	16	46	33	19	69	236	13	87	202
Universidad Toribio Rodriguez de Mendoza		13	36		9	38		17	148	222

Anexo 21–5

COMPONENTES DE LOS CURRÍCULOS DE OBSTETRICIA

INSTITUCIÓN	TIPO		Facultad	Escuela	Perfil	Misión	Visión	PLAN DE ESTUDIOS					
	Estatal	Privada						Estudios Generales	Ciencias Básicas	Formación Profesional	Total de cursos	Internado	
												1 año	6 meses
Universidad Nacional Mayor de San Marcos	X			X	X			12	8	22	42	X	
Universidad Norbert Wiener		X	X		X			9	11	29	49	X	
Universidad Santiago Antunez de Mayolo	X			X	X	X	X	19	7	22	48	X	
Universidad Nacional de Tumbes	X			X	X			9	22	17	48	X	
Universidad Alas Peruanas		X		X	X			13	19	18	50		
Universidad de Chiclayo				X				10	19	22	51	X	
Universidad de San Martín de Porres		X	X					14	17	24	55		
Universidad Antenor Orrego		X		X	X			15	18	26	59		
Universidad Los Ángeles-Chimbote				X				18	18	24	60	X	
Universidad Católica Santa María		X	X		X			5	14	27	46	18 meses	

Anexo 21–6

PORCENTAJE DE LAS ÁREAS COMPONENTES DE LOS CURRÍCULOS DE OBSTETRICIA

INSTITUCIÓN	ESTUDIOS GENERALES			CIENCIAS BÁSICAS			FORMACIÓN PROFESIONAL			Total de Créditos
	N.º Horas	N.º Cursos	Créditos	N.º Horas	N.º Cursos	Créditos	N.º Horas	N.º Cursos	Créditos	
Universidad Nacional Mayor de San Marcos		16	63		8	25		22	143	231
Universidad Norbert Wiener		9	24		11	38		29	94	156
Universidad Santiago Antunez de Mayolo		26	80		7	27		22	107	214
Universidad Nacional de Tumbes		20	36		22	84		17	127	247
Universidad Alas Peruanas		16			19			18	107	NI
Universidad de Chiclayo		10	22		19	67		22	124	213
Universidad de San Martín de Porres		16	38		17	61		24	139	238
Universidad Antenor Orrego		15			18			26	119	NI
Universidad Los Ángeles-Chimbote		18	42		18	60		24	142	244
Universidad Católica Santa María	17	5	12	65	14	50	207	27	144	206

NI: No se cuenta con información

Anexo 21–7

COMPONENTES DE LOS CURRÍCULOS DE ODONTOLOGÍA

VARIABLES / INSTITUCIÓN	TIPO		Facultad	Escuela	Perfil	Misión	Visión	PLAN DE ESTUDIOS					
												Internado	
	Estatal	Privada						Estudios Generales	Ciencias Básicas	Formación Profesional	Total de cursos	1 año	6 meses
Universidad Autónoma Los Ángeles		X		X				14	13	40	67	X	
Universidad Inca Garcilaso de la Vega		X	X					10	18	34	62	X	
Universidad Alas Peruanas		X	X					7	20	27	54		X
Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica	X		X					7	17	18	42		X
Universidad Peruana Cayetano Heredia		X	X		X	X	X	18	9	20	47	X	
Universidad de San Martín de Porres		X	X					4	12	16	32	X	
Universidad Privada de Tacna		X		X				12	16	25	53	X	
Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann	X			X				5	19	25	49	X	
Universidad Católica de Santa María		X	X					6	20	32	58		X
Universidad Nacional Federico Villarreal	X		X					7	13	17	37		X
Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión	X			X				17	22	61	100	X	
Universidad de Huanuco	X		X		X	X	X	9	15	33	57	X	
Universidad Peruana Los Andes		X	X					NI	12	37	49	X	
Universidad Nacional de la Amazonia Peruana	X		X					19	13	44	76		X

Anexo 21–8

PORCENTAJE DE LAS ÁREAS COMPONENTES DE LOS CURRÍCULOS ODONTOLOGÍA

INSTITUCIÓN	ESTUDIOS GENERALES			CIENCIAS BÁSICAS			FORMACIÓN PROFESIONAL			Total de Créditos
	N.º Horas	N.º Cursos	Créditos	N.º Horas	N.º Cursos	Créditos	N.º Horas	N.º Cursos	Créditos	
Universidad Autónoma Los Ángeles		14	30		12	44		18	40	268
Universidad Inca Garcilaso de la Vega	41	10	31	77	18	53	237		34	293
Universidad Alas Peruanas	11	9	23	38	19	71	51	26	25	240
Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica	27	8	30	48	24	83	51	15	27	265
Universidad Peruana Cayetano Heredia	6	18	39		9	32		23	20	207
Universidad de San Martin de Porres	20	4	14	29	16	66	39	23	22	216
Universidad Privada de Tacna	12	12	37	45	15	63	46	23	23	244
Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann		5	17	55	18	78	52	20 37	24	269
Universidad Católica de Santa María		6	18		20	89		28	32	238
Universidad Nacional Federico Villarreal		7	23		13	69		22	18	224
Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión	14	14	30	34	19	61	35	30 25	28	210
Universidad de Huanuco	24	14	43	33	16	58	48	33	26	260
Universidad Peruana Los Andes		8	NI	29	12	52	72	21	37	NI
Universidad Nacional de la Amazonia Peruana		27	32		13	45			44	263

Capítulo III

ANÁLISIS DE LA ASIGNACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS PARA EL ESTUDIO DE PREGRADO EN MEDICINA HUMANA, ENFERMERÍA, OBSTETRICIA Y ODONTOLOGÍA

1. Medicina

1.1 Comité de Pregrado en Medicina

En el mes de agosto de 2004 se formó el Comité de Pregrado en Medicina, que se encuentra encargado de la planificación, organización, monitoreo y evaluación del proceso de integración docencia–servicio–investigación en pregrado entre los establecimientos de salud a cargo del Ministerio de Salud y la universidades que cuentan con facultades o escuelas formadoras de profesionales de medicina.

Los decanos de medicina de las universidades del Perú manifestaron que este sistema debería ser un organismo nacional, que involucre a todos los actores de pregrado en la fase clínica y preprofesional, y por tanto se debería consolidar en un Comité Nacional de Pregrado en Medicina (CONAPREME). Por tanto plantearon que este comité debería nacer a partir de una ley o decreto ley, para que tenga la fuerza política que le permita congregar a todos sus integrantes. Además, manifestaron que el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH) es considerado como una institución integrante del CONAPREME, ya que sus actividades se centralizan en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, y podría obviarse la participación de los servicios de EsSalud, Sanidad de la Fuerzas Policiales, Institutos Armados y entidades privadas prestadoras de servicios de salud.

Aparentemente se pretende transferir las experiencias del residentado médico de manera mecánica al pregrado, sin considerar las diferencias en el perfil profesional, ni los diferentes niveles de responsabilidades y ámbito de aplicación de conocimientos.

Afirmaron también que el marco legal del CONAPREME debería prever la institucionalización de los convenios marco entre instituciones prestadoras de servicios de salud y las instituciones formadoras de recursos humanos en medicina, de manera que se garantice la distribución

homogénea y acorde a las necesidades de los establecimientos de salud y también de la población beneficiaria.

El CONAPREME tiene los siguientes objetivos:

- Estandarizar la formación médica a nivel nacional.
- Elevar, uniformizar y optimizar el uso de la capacidad instalada.
- Descentralizar la formación y uso de los servicios, potenciando las rotaciones de intercambio de sedes a nivel nacional, para que los estudiantes de pregrado tengan un mayor enfoque del sistema hospitalario.
- Distribuir en forma adecuada los espacios clínicos en el ámbito nacional, respetando el área de influencia directa según lo establecido por la universidad en sus proyectos de creación.
- Evitar posibles conflictos entre facultades de Medicina.

1.2 Situación actual de la asignación de campos clínicos en Medicina

La distribución actual es totalmente anárquica en la asignación de campos clínicos. En el Centro de Salud no se respeta al paciente, quien debe soportar el asedio de varios grupos de estudiantes de diferentes universidades.

Todas las facultades de medicina desean los mismos campos clínicos, soslayando el derecho de los pacientes a su tranquilidad, privacidad y descanso. Ellos son visitados en las mañanas por dos, tres y hasta más grupos de alumnos, como consecuencia de que algunos médicos laboran como profesores de dos o tres facultades de medicina en forma simultánea.

Por otro lado, debido al centralismo, la distribución de los campos clínicos es desigual, teniendo muchas veces que recurrir a una elevada presencia de alumnos en la visita médica, consultas, centro quirúrgico y sala de partos, constituyéndose éstas en situaciones no éticas en la relación medico-paciente. Además, hay una contradicción entre la normatividad de hospitales provinciales y la de la Comisión Acreditadora de Facultades de Medicina, ya que admiten como máximo cuatro estudiantes por docente y ocho por cada acto médico.

Esto se potencia con la trasposición horaria y espacial de los cursos en los planes de estudio de las diferentes facultades, que señalan que se revise a un solo paciente en el desarrollo de las prácticas. Este problema exige el establecimiento de una plantilla básica de requerimientos mínimos de los planes de estudio de las facultades de Medicina a nivel nacional para evitar esta trasposición. Asimismo, esto podría servir como aporte para el establecimiento de estándares mínimos de acreditación de las facultades.

Actualmente se observa que cada universidad crea feudos que favorecen a sus respectivos alumnos, contratando docentes en lugares o clínicas estratégicas, e impidiendo así que los alumnos de otras facultades puedan acceder a estos campos clínicos.

Su contraparte, el hospital, actúa como un organismo autónomo que no respeta los convenios marco entre la universidad (representada por el rector) y el Ministerio de Salud (representada por el director regional). Recurre por lo tanto a exigencias incompatibles con la legislación y los presupuestos de las universidades, como donaciones y maquinaria que la universidad debe dar para "garantizar" las vacantes necesarias para sus alumnos de internado.

El problema de la falta de pacientes o campos clínicos podría mejorar si se considera la ampliación de las sedes docentes, actualmente de tercer nivel, hacia establecimientos de salud de primer y segundo nivel. Además se debe considerar rotaciones en el área rural y urbano marginal (centros médicos y postas), y la implementación de centros médicos itinerantes.

Los problemas centrales son los conflictos de poder y la falta de regulación y monitoreo de la asignación de los campos clínicos, ya que se prefiere a ciertas universidades (convenios antiguos) que reciben el doble de vacantes, los mejores pabellones y la sala de operaciones, mayormente en los hospitales del Ministerio de Salud.

El criterio que debe primar es el respeto a la privacidad y dignidad de los pacientes, quienes ahora se desenvuelven en un contexto de valoración creciente de sus derechos humanos y de salud, y que son los beneficiarios finales de los esfuerzos de la formación de los profesionales.

2. Enfermería

En el internado de esta carrera, al igual o más que en las otras carreras de salud, se observa una oferta creciente y explosiva de facultades y escuelas de formación superior. Esto trae como consecuencia que aumente el número de estudiantes que pugnan por un sitio para realizar sus prácticas de internado clínico y comunitario en enfermería, manteniéndose igual el número de hospitales y centros de salud.

Debido al incremento de la demanda por el uso de los hospitales de todos los niveles, se ha generado una sobredemanda del uso de los servicios, generalmente en el turno de mañana. El procedimiento regular supone que las universidades firman convenios marco y convenios específicos con los hospitales y centros de salud para la asignación de plazas de práctica para sus estudiantes. Sin embargo, este sistema ha presentado múltiples deficiencias ya que, ante la alta demanda y poca oferta de plazas, los hospitales y centros de salud han comenzado a buscar su propio beneficio y a "negociar" la asignación de las mismas. Se sabe que los hospitales y centros de salud exigen "donativos" de equipos (fotocopiadoras, multimedia, retroproyector, etc.) que las universidades particulares deben hacer.

En el caso de las universidades nacionales, que no cuentan con presupuesto para cumplir con estas demandas (y tienen muchas veces un número aún mayor de estudiantes que sus contrapartes privadas) se afirma que los estudiantes deben pagar una mensualidad al hospital por la plaza de prácticas que desean ocupar.

Ante esto, cabe recordar que los practicantes son quienes colaboran más en la atención al paciente y labores administrativas, excediendo muchas veces las obligaciones que les corresponden.

Salta a la vista la falta de un sistema de regulación y control del internado.

3. Obstetricia

Las facultades de obstetricia tienen sedes docentes designadas mediante convenios interinstitucionales establecidos para tal fin.

Los hospitales, centros de salud y clínicas privadas del Ministerio de Salud, EsSalud y las fuerzas armadas ofrecen plazas para el internado de los alumnos provenientes de universidades nacionales y privadas. Actualmente, las universidades privadas están ocupando más vacantes de campos clínicos en desmedro de los alumnos de universidades nacionales; esto se debe principalmente a las mayores facilidades y los beneficios que las universidades privadas ofrecen a cambio de obtener estas plazas.

Se debe considerar además que el inicio de actividades de nuevas universidades, privadas o nacionales, contribuye a que la oferta de los campos clínicos se distribuya entre más demandantes, siendo ésta no necesariamente equitativa para las necesidades de la población beneficiaria o de los estudiantes que requieren un lugar donde realizar su internado.

En la mayoría de facultades o escuelas de obstetricia, la cantidad de alumnos que cada docente debe supervisar se establece de acuerdo al total de alumnos y docentes, generalmente entre cinco y ocho alumnos por docente. Sin embargo debemos recordar que en el Perú los docentes suelen trabajar en dos o más universidades, teniendo en cada una un grupo de prácticas que supervisar, y que lleva a la misma sede docente. Esta situación ocasiona la convivencia de varios grupos de alumnos en una sola sede.

Además se ha detectado una deficiencia en la formación de competencias preventivo-promocionales en los internos, lo que evidencia un sesgo en la formación y práctica clínica de los mismos.

Es evidente también la necesidad que tienen las facultades o escuelas de contar con un mayor número de docentes, situación que está supeditada a las restricciones presupuestales de las universidades y la falta de preparación académica de los docentes.

En este caso, así como en el diseño e implementación de programas de formación, los colegios profesionales no pueden intervenir directamente, tal vez pueden hacerlo de manera indirecta, por medio de algunas recomendaciones que no son necesariamente asumidas por las universidades.

Es menester recalcar el déficit notado en el funcionamiento de las jefaturas de departamentos con respecto al ejercicio del internado de obstetricia. Algunos de los problemas más relevantes son:

- No existe un reglamento de internado en ninguna facultad o escuela de obstetricia. Cada universidad se rige por una serie de acuerdos tácitos sobre los derechos y las obligaciones

de los estudiantes en este periodo. Asimismo, los docentes de campos clínicos no tienen una guía o directrices que seguir para cumplir los objetivos planteados en el plan de estudios.

- La mayoría de veces los docentes de prácticas tienen como profesión la medicina y conducen las prácticas hacia la realización de actividades puramente contemplativas, sin considerar que los alumnos necesitan dominar la "práctica" de los procedimientos.

- En ocasiones, los estudiantes son colocados bajo la tutela del profesional de servicio en la sede docente, y deben esperar su voluntad o disponibilidad.

- Se han reportado problemas específicos con algunas facultades de obstetricia en las siguientes universidades: Norbert Wiener, Federico Villarreal y Alas Peruanas. Las internas de estas universidades son sumisas y pasivas ante los internos de otras facultades, especialmente de Medicina. En el Hospital Santa Rosa señalan como un problema muy grave que las internas de estas universidades no sepan atender partos naturales.

En este caso, de manera similar a lo que se aprecia en Medicina y Enfermería, es evidente y urgente la reglamentación y monitoreo de la asignación de los campos clínicos en Obstetricia, tanto en Lima como en provincias.

4. Odontología

El proceso de enseñanza–aprendizaje en Odontología indica la atención clínica de pacientes por lo menos en 50 % de las actividades curriculares. La mayoría de universidades posee centros de atención odontológica, es decir, clínicas dentales donde los alumnos realizan todos los procedimientos que exigen los cursos de formación profesional.

Durante el último año de formación se desarrolla el internado en odontología; según cada universidad, éste puede desarrollarse en sedes de hospital, postas o centros de salud en comunidades, y puede durar entre cuatro meses y un año.

Cada universidad tiene convenios con hospitales nacionales o de las fuerzas armadas (en el caso del internado hospitalario), o con postas o centros de salud del MINSA (en el caso del internado rural o comunitario). También existe el internado clínico que se desarrolla en el centro dental de cada universidad. Un porcentaje mínimo de estas plazas obtiene beneficios económicos (remuneración) o alimentación.

El internado rural o comunitario se desarrolla generalmente en una posta o centro de salud en zonas urbano–marginales, donde el estudiante cumple principalmente labores preventivo–promocionales. A su vez, el internado hospitalario se desarrolla en un hospital donde se establecen turnos de rotación de los estudiantes por los distintos servicios de salud del hospital.

El modo de distribución de los alumnos en las distintas plazas se determina por el orden de mérito alcanzado en los estudios de pregrado, es decir, el primer puesto tiene preferencia para

elegir la sede docente donde desea hacer su internado, luego el segundo puesto y así sucesivamente hasta cubrir todas las plazas disponibles.

Sin embargo, es importante anotar que en las instituciones del Ministerio de Salud y EsSalud, el estudiante solo tiene opción de efectuar procedimientos básicos (curaciones y extracciones) en la población de bajos recursos económicos; y la necesidad de odontólogos en estas instituciones es menor en comparación con otras carreras de salud como Medicina, Obstetricia o Enfermería.

Por tanto, no hay insuficiencia de plazas en el caso particular de odontología, ya que las universidades (al notar el alto número de alumnos por promoción, el reducido servicio de Odontología de los hospitales y centros públicos, incapaces de alojar a un número constante de alumnos, y la consiguiente programación de las rotaciones en servicios ajenos a Odontología, Obstetricia o Medicina) optan por construir sus propias clínicas o centros de atención dental, en donde sus alumnos pueden cumplir con los turnos clínicos y requisitos de atención de pacientes para graduarse.

Esto refleja la opción de las universidades de no orientar a sus alumnos hacia prácticas hospitalarias, siguiendo la concepción de que esta carrera en el país está restringida al ámbito privado e independiente (consultorios privados).

Capítulo IV

PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LAS FACULTADES O ESCUELAS DE FORMACIÓN DE LAS CARRERAS DE MEDICINA, ENFERMERÍA, OBSTETRICIA Y ODONTOLOGÍA

1. Acreditación de facultades y escuelas de medicina

1.1 Antecedentes

En 1964 se fundó la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM) y se realizó un seminario sobre los requisitos para el funcionamiento de una facultad de Medicina.

En marzo de 1968 se realizó el IV Seminario Nacional de Educación Médica, con auspicio de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEN), donde se abordaron temas como las relaciones entre el Ministerio de Salud y las facultades de medicina, el tipo de médico que forman las facultades y su adecuación a las necesidades nacionales y la enseñanza de la demografía en la formación médica.

En 1980 ASPEFAM organizó un seminario sobre requisitos mínimos para los programas académicos de medicina humana. En 1985 se llevó a cabo el Seminario Taller "Auto evaluación–análisis prospectivo de las Facultades de Medicina", el cual incluyó cuatro eventos académicos dentro del Programa Latinoamericano para el Desarrollo de la Educación Médica con apoyo de FEPAFEM y de la Fundación Kellog. En 1992 se realizó el Primer Seminario de Acreditación de Facultades de Medicina.

1.2 Ley 27154: Institucionalización de la acreditación de facultades/escuelas de medicina

En 1998 un grupo de trabajo diseñó un proyecto de ley que fue presentado al Congreso de la República, aprobándose el 11 de julio de 1999. La ley 27154 institucionalizó la acreditación de facultades y escuelas de Medicina, para garantizar la calidad e idoneidad de la formación profesional de los médicos cirujanos y de la atención de salud a la comunidad. Para esto creó la Comisión para la Acreditación de Facultades Escuelas de Medicina (CAFME).

Esta ley suspende la autorización de funcionamiento y creación de facultades o escuelas de Medicina (Art. N.º 4), asimismo se prevé el proceso de adecuación de las facultades no acreditadas.

La CAFME funciona adscrita al Ministerio de Salud, con autonomía técnica y administrativa. Está presidida por un representante del Ministerio de Salud, y conformada por un representante del Ministerio de Educación, un representante de la Asamblea Nacional de Rectores (elegido entre los ex decanos de las facultades de medicina de las universidades del país), un representante del Consejo Nacional para la Autorización de Funcionamiento de Universidades (CONAFU), un representante del Colegio Médico; y la ASPEFAM cumple un rol asesor.

El 8 de enero del 2001 se aprobaron los estándares mínimos para la acreditación de facultades o escuelas de Medicina (RS 013-2001), y en julio del mismo año se aprobaron los estándares mínimos para la evaluación previa a la creación de una facultad o escuela de Medicina Humana en universidades con autorización de funcionamiento definitivo.

El proceso de acreditación se inició en enero del 2002 con el cumplimiento de la siguiente disposición: las universidades con autorización de funcionamiento definitivo y una o más promociones de egresados deberían solicitar su acreditación hasta el 7 de ese mes. Las universidades sin egresados, con autorización de funcionamiento definitivo o provisional, debían informar anualmente a la CAFME sobre el cumplimiento de estándares mínimos, mientras que las universidades autorizadas para funcionar definitivamente, que cuentan con una o más promociones de egresados de la facultad o escuela de Medicina, deben acreditarse cada cinco años (Art. 8).

1.3 Proceso de acreditación: características

El proceso de acreditación presenta las siguientes características:

***Tabla* 28 *Proceso de acreditación en* Medicina**

Características	Descripción
Obligatorio	Señalado en la Ley 27154
Integral	Incluye en la evaluación aspectos de estructura, procesos y resultados
Objetivo	Se basa en variables e indicadores que permiten la obtención de los datos
Analítico	Detecta disconformidades en base a la verificación de evidencias objetivas
Orientación constructiva	Las brechas identificadas deben ser subsanadas en base a planes de mejora continua (acciones correctivas)
Temporal	La acreditación tiene un tiempo de validez por un plazo determinado
Autoformativo	Único, sin fines de lucro

La Ley N.º 27154 define la acreditación como "el acto por el cual el Estado certifica periódicamente que la formación que imparten las facultades o escuelas de medicina cumple con estándares mínimos de calidad e idoneidad". Es un proceso que evalúa un programa para determinar que éste tiene objetivos apropiados, así como organización y recursos para ejecutarlo, y puede demostrar que está cumpliendo objetivos.

Los aspectos a evaluar son:

1. Organización académica
2. Currículo
3. Proceso de admisión de nuevos estudiantes
4. Plana docente
5. Prevención de riesgos de salud asociados a las practicas pre profesionales
6. Competencias adquiridas por estudiantes y graduados
7. Metodología para la evaluación y seguimiento del proceso de aprendizaje
8. Organización administrativa
9. Servicios académicos complementarios
10. Infraestructura física y equipamiento

***Tabla* N° 29 *Aspectos definidos para acreditacion de facultades y escuelas de* Medicina**

Partes	Descripción
Estándares	Requisitos o condiciones que se exigen a las facultades o escuelas de Medicina como medios para garantizar la calidad e idoneidad de la formación profesional que imparten
Variables	Equivalen a referentes axiológicos en base a los cuales se emitirán juicios de valor
Indicadores	Precisan la expresión cuantitativa y cualitativa de cada una de las variables
Valor	Es mayormente nominal y dicotómico, en algunas hay escalas ordinales expresadas en porcentajes
Fuente de verificación	Evidencia de la información (reglamentos, registros, etc.)

Además, se dispone de una alternativa circunstancial denominada imposibilidad material (IM), definida como la condición de un determinado indicador que resulta imposible de cumplir, en todo o en alguna de sus partes, debido a impedimentos físicos o por eventos imprevistos.

El certificado de acreditación es un documento válido por cinco años que señala que la facultad/escuela cumple con todos los estándares; si no cumple con todos ellos se le otorga un plazo de hasta un año para superar los indicadores no cumplidos. Este proceso se llama cierre de brechas.

En el caso de que la facultad/escuela no tenga egresados pero cumpla con los requerimientos, se expide una constancia que señala lo cumplido. Si aún debe cumplir uno o más requisitos se deja constancia de ello y se otorga un plazo de 90 días. Las facultades/escuelas que se encuentran bajo la supervisión de CONAFU tienen un plazo de 180 días.

Las sanciones para las facultades/escuelas no acreditadas son: 1) suspensión de ingreso, 2) suspensión de campos clínicos, 3) cierre de la facultad/escuela.

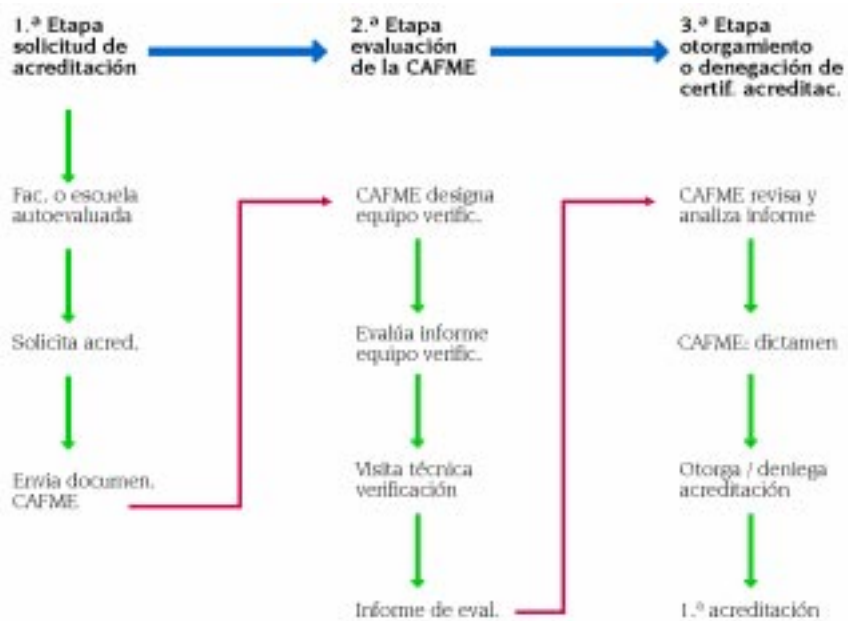
La difusión del resultado del proceso de acreditación se realiza mediante una carta a la universidad y efectores, aviso periodístico, boletines y notas de prensa.

La CAFME capacitó a 12 verificadores para realizar las visitas técnicas de verificación. Para esto convocó a un concurso nacional, siendo los candidatos presentados por los decanos de las facultades de medicina a la ASPEFAM. El grupo de verificadores estuvo conformado por 4 profesionales médicos para el área clínica, 4 profesionales médicos para el área de ciencias básicas y 4 profesionales de otras disciplinas para el área de gestión, administración y currículo. Este grupo realizó el primer proceso de verificación.

En el 2003 se capacitó a un nuevo grupo de profesionales médicos como verificadores, quienes fueron presentados por las facultades (tres por cada universidad).

1.4 Procedimiento de acreditación

Gráfico 5



1.5 Lista de Facultades o Escuelas de Medicina acreditadas (con una o más promociones)

Tabla 30 Universidades acreditadas (con una o más promociones)

1.	Universidad Nacional Mayor de San Marcos
2.	Universidad Peruana Cayetano Heredia
3.	Universidad Nacional Federico Villarreal
4.	Universidad San Martín de Porres
5.	Universidad Nacional San Agustín
6.	Universidad Nacional de Trujillo
7.	Universidad San Luis Gonzaga de Ica
8.	Universidad Nacional de San Antonio Abad
9.	Universidad Nacional del Altiplano
10.	Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo
11.	Universidad Nacional de la Amazonia Peruana
12.	Universidad Nacional de Piura
13.	Universidad nacional José Faustino Sánchez Carrión
14.	Universidad Nacional del Centro del Perú
15.	Universidad Nacional de Cajamarca
16.	Universidad Privada de Tacna

1.6 Facultades o Escuelas de Medicina sin promociones de egresados, año académico 2000

Tabla 31 Universidades acreditadas sin promociones

1.	Universidad Privada Antenor Orrego
2.	Universidad Privada San Pedro (Chimbote)
3.	Universidad Ricardo Palma
4.	Universidad Particular de Chiclayo
5.	Universidad Cesar Vallejo (Trujillo)
6.	Universidad Peruana Los Andes (Huancayo)
7.	Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann (Tacna)
8.	Universidad Nacional de Ucayali

1.7 Universidades con autorización de funcionamiento provisional

- Universidad Privada San Juan Bautista
- Universidad Científica del Sur

1.8 Cronograma del proceso de acreditación

- En el año 2001 se inició el proceso de acreditación de facultades de Medicina que no tenían egresados en ese momento.
- El 7 de enero de 2002 todas las facultades y escuelas de medicina se incorporaron al proceso de acreditación.
- Se dieron plazos de adecuación para cierre de brechas: tres meses para las facultades sin egresados y un año para las facultades con egresados.
- Las facultades o escuelas acreditadas deberán solicitar una segunda visita de verificación en el año 2007.

1.9 Indicadores de estándares mínimos de acreditación incumplidos con mayor frecuencia

Tabla 32 Indicadores de estándares mínimos para las facultades y escuelas de Medicina

- Mecanismos y procedimientos de evaluación	- Revisión periódica de los sílabos
- Porcentaje de profesores que conocen la evaluación	- Porcentaje de estudiantes que conocen las reglas de evaluación
- Plazos para la entrega de evaluaciones y constancias	- Disponibilidad garantizada de sílabos de cada curso
- Porcentaje de profesores con el grado de maestro y/o doctor	- Programas de tutorías y asesorías
- El estudiante y el graduado adquieren competencias morfológicas y fisiológicas básicas	- El estudiante y el graduado adquieren conocimientos, habilidades y destrezas en áreas básicas
- Porcentaje del total de créditos para informática e inglés	- Porcentaje del total de créditos destinado a cursos de ciencias sociales, humanidades y comunicación
- Realización del control anual de los alumnos para la detección de tuberculosis	- Número de textos de consulta obligatoria· Reserva de láminas de histología y anatomía patológica

1.10 Logros del proceso de acreditación

- Participación en el proceso de acreditación de todas las facultades/escuelas de Medicina.
- Constitución como un referente único de acreditación a nivel nacional para el sistema universitario.

- Suspensión de la creación de nuevas facultades/escuelas de Medicina. No se ha creado ninguna nueva facultad desde 1999.
- Movilización al interior de las facultades de Medicina y universidades en procesos de autoevaluación.
- Mejoramiento de la infraestructura de algunas facultades/escuelas de Medicina.

1.11 Dificultades en el proceso de acreditación

- La Asamblea Nacional de Rectores no asumió su responsabilidad para concretar sanciones.
- Limitado numero de verificadores
- Falta de recursos económicos
- Incomprensión de algunos rectores

Si bien es cierto que este proceso ha posibilitado que las facultades y escuelas de Medicina mejoren en aspectos académicos administrativos, infraestructura, recursos y medios educativos, entre otros, es necesario aún sensibilizar al sector estudiantil y docente sobre el proceso de autoevaluación como mecanismo de mejora continua (autoregulación), para dar institucionalidad y sostenibilidad al proceso de acreditación.

Un aspecto importante que debe reanalizarse es la evaluación de competencias educativas, pues la conceptualización de este modelo es heterogénea y se ha insertado en currículos de formación basados en objetivos, lo que hace inviable su aplicación. Además, para lograr las metas planteadas en este proceso, es necesario capacitar a los docentes que dirigen el proceso enseñanza-aprendizaje y no solo a los directivos a cargo de verificar los procesos.

2. Acreditación de facultades y escuelas de enfermería

La Asociación de Facultades/Escuelas de Enfermería (ASPEFEEN) se encuentra desarrollando el "Proyecto de Planificación e Implementación del Proceso de Auto Evaluación y Acreditación de Programas de Pregrado de las Facultades/Escuelas de Enfermería", desde enero del año 2003.

Este proyecto busca contribuir a promover el desarrollo de la educación en Enfermería para lograr la excelencia en la formación, en aras de garantizar un servicio de calidad para la población. Este proyecto cuenta con la cooperación del Colegio de Enfermeros del Perú, la Organización Panamericana de la Salud y el Consorcio CATALYST–AID.

2.1 Proceso de autoevaluación y acreditación

El modelo de acreditación comprende dos niveles: el primero definido como "Estándares Básicos de Calidad", relacionados a los aspectos necesarios para el funcionamiento de un programa de formación, evaluados en función de lo que las instituciones educativas declaran. Su fin es realizar un diagnostico situacional y planes de mejora continua.

El segundo nivel es definido como "Estándares de Calidad para el Programa de Pregrado de Enfermería", está basado en el perfil del egresado y evaluará los resultados de los planes de mejora proyectados a partir de la autoevaluación, aplicando los estándares básicos de calidad.

Los principios sobre los cuales se sustenta la autoevaluación y acreditación son: universalidad, integridad, equidad, idoneidad, responsabilidad, coherencia, transparencia, pertinencia, eficacia y eficiencia.

El modelo establece estándares básicos de calidad que comprenden 9 áreas, 32 variables, 68 indicadores y las respectivas fuentes de verificación.

Las áreas que se evaluarán son:

- Estructura académico–administrativa
- Plan curricular
- Formación en investigación
- Dotación de medios educativos
- Infraestructura física
- Personal docente
- Proceso de admisión
- Seguimiento de egresados
- Proyección social y bienestar universitario

2.2 Características del proceso

Las facultades y escuelas de Enfermería han decidido participar en el proceso con el lema "Movilización Nacional por la Calidad de la Educación en Enfermería". El modelo fue construido con la participación de las instituciones educativas, representantes de las enfermeras asistenciales del MINSA, EsSALUD, fuerzas policiales y sector privado, y el Colegio de Enfermeros del Perú, todos bajo la conducción de un equipo técnico de ASPEFEEN.

Este proceso se caracteriza por:

- Ser voluntario
- Ser autoregulado
- Ser participativo
- Ser integral
- Usar criterios cualitativos
- Promover el desarrollo de planes de mejora
- Ser revisado por pares externos

2.3 Metodología

ASPEFEEN ha diseñado una metodología que incluye la manera de desarrollar la autoevaluación y la visita de pares evaluadores, a modo de preparación para cuando se establezca la acreditación según la ley de educación vigente.

Las fases o momentos de este proceso tienen objetivos y procedimientos propios para cada una, las cuales se desarrollan de manera secuencial y acumulativa. Ellas incluyen:

- Autoevaluación de las facultades y escuelas de Enfermería en base a los indicadores básicos de calidad
- Presentación del informe de autoevaluación a la ASPEFEEN
- Visita de pares evaluadores externos
- Presentación del informe de visita de pares
- Revisión e informe de ASPEFEEN a facultades y escuelas

El proyecto de autoevaluación y acreditación de ASPEFEEN partió de la definición del perfil educativo, realizado luego de un análisis de la realidad peruana con participación de enfermeras docentes y asistenciales, empleadores y representantes de los sectores salud y educación.

Seguidamente el equipo técnico de ASPEFEEN formuló los estándares básicos de calidad, que fueron socializados a nivel nacional. Posteriormente se capacitó a dos representantes de cada institución (miembros del comité de autoevaluación) sobre aspectos relacionados al tema y sobre gerencia. Asimismo, se convocó a los docentes de las facultades y escuelas de Enfermería del país a un concurso para seleccionar y capacitar a 25 evaluadores externos.

Se ha iniciado la visita de pares evaluadores en setiembre del presente año.

3. Acreditación de facultades y escuelas de obstetricia

Hasta el momento de la investigación no existe ningún organismo que regule, evalúe y controle la formación de facultades y/o escuelas de obstetricia en el Perú; es decir, no existe un organismo de acreditación interna.

Por ello, según la información consignada en su página web[2], se ha realizado el Proyecto de Acreditación de Facultades y Escuelas de Obstetricia, como un plan de cooperación entre la Asociación Peruana de Escuelas y Facultades de Obstetricia (ASPEFOBST) y el Consorcio CATALYST, representado jurídica y administrativamente en el Perú por Pathfinder International.

La presidenta de la ASPEFOBST y el resentante legal del Consorcio CATALYST firmaron este convenio con el objetivo central de establecer las bases para un sistema de acreditación para las escuelas y facultades de Obstetricia, a través del análisis de la situación de la salud materno perinatal y del análisis curricular de estas escuelas y facultades.

El convenio tuvo una duración de 21 meses, con posibilidades de ampliación, entrando en vigencia a partir del 1.° de febrero del 2003 hasta el 31 de octubre del 2004, teniendo en cuenta que los representantes de ambas instituciones se reunieron cada trimestre para realizar el balance de las acciones emprendidas y elaborar informes parciales de las actividades.

El proyecto, primer paso del proceso de acreditación de facultades y escuelas de obstetricia, tuvo los siguientes objetivos generales y específicos:

- Objetivo general

Establecer las bases para un sistema de acreditación para las escuelas y facultades de Obstetricia, a través del análisis de la situación de salud materno perinatal y del análisis curricular de estas escuelas y facultades.

- Objetivos específicos

Analizar la situación de salud materno perinatal a nivel nacional, preferentemente en las regiones donde se forman profesionales en Obstetricia.

Analizar los currículos de las escuelas y facultades de Obstetricia.

Evaluar el logro de las competencias de los egresados como profesionales de Obstetricia.

Diseñar el currículo base para la formación del profesional en Obstetricia y validarlo en seis facultades o escuelas

[2] http://www.aspefobst.com

Proponer los criterios necesarios para la acreditación de las escuelas y facultades de Obstetricia.

Organizar los sistemas de autoevaluación, que deben incluir estándares, instrumentos, perfil de los evaluadores e indicadores.

Capacitar al personal que se encargará de realizar la evaluación en seis facultades o escuelas.

Realizar una experiencia piloto de implementación del proceso de evaluación y acreditación en seis facultades/escuelas de Obstetricia través de: 1) autoevaluación/evaluación, 2) asistencia técnica de ASPEFOBST–capacitación.

Actualmente se están desarrollando talleres de socialización y capacitación sobre el proyecto de acreditación a nivel nacional.

4. Acreditación de facultades y escuelas de Odontología

En la Ley N.° 28044, artículos 14, 15 y 16, se menciona que el Estado debe garantizar el funcionamiento de un sistema nacional de evaluación, acreditación y certificación de la calidad educativa mediante un organismo que deberá ser creado y normado por ley específica, y que esté encargado de evaluar los procesos pedagógicos, acreditar la calidad de la institución educativa y establecer el proceso de certificación–recertificación, y a la vez difundir esos resultados y desarrollar los indicadores de medición.

Hasta el momento de la investigación, no existe ningún organismo que regule, evalúe y controle la formación de facultades y/o escuelas de Odontología en el Perú; es decir no hay un organismo de acreditación interna.

El Colegio Odontológico del Perú ha manifestado su preocupación debido al incremento del número de facultades de Odontología de 5 en 1981 a 23 en el 2004, aumentando el número de colegiados de 3083 a 16 390 y considerando además que la cantidad de graduados por año ha elevado la tasa de 1,7 a 6,0 odontólogos por cada 10 000 habitantes, cifra que triplica la tasa de 2,0 odontólogos recomendada por la Organización Panamericana de Salud.

Por ello, esta institución ha elaborado y presentado un proyecto de ley al Congreso de la República para la creación de un organismo encargado de operar el sistema nacional de evaluación, acreditación y certificación de la calidad educativa en educación superior, y la creación de nuevas facultades y/o escuelas de Odontología. Luego de dos años de haber sido presentado este proyecto, aún no se conoce una respuesta positiva sobre la misma.

REFERENCIAS

1. Asociación Nacional de Rectores (2004). *Resumen estadístico* 2002. Dirección de Estadística e Informática. Lima.

2. Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Obstetricia. *Proyecto de Acreditación*. http://www.aspefobst.com/aspefobst.html

3. García, J. (1972) *La educación médica en la América Latina*. Organización Panamericana de la Salud.

4. Universia (2003) *Guía de Educación Superior Perú* 2003. Lima.

FORMACIÓN DE PREGRADO EN MEDICINA HUMANA, ENFERMERÍA, OBSTETRICIA Y ODONTOLOGÍA

2ª PARTE

Capítulo I

NUDOS CRÍTICOS

En Perú, el término "nudo crítico" de hizo popular como parte de la propuesta denominada Planificación de Situaciones de Poder Compartido (PSPC) durante el segundo lustro de la década de los ochenta.

En los años noventa, sin haber llegado a asentarse y desarrollarse plenamente, la PSPC se vio desplazada en el sector salud por la Gerencia Estratégica o Planeamiento Estratégico, proveniente del arsenal teórico–metodológico de las empresas con fines de lucro, que llegó a los establecimientos de salud como una forma de ampliar su capacidad para recaudar recursos directamente: los "recursos propios", que no son asignados del tesoro público, sino que provienen directamente del bolsillo de los usuarios. Todo ello dentro de un discurso, en el ámbito nacional y mundial, que impulsa y coloca a la competencia comercial como prioridad de la gerencia de cualquier tipo de organización este discurso hasta hoy prevalece dentro del sector salud nacional (privados, Seguridad Social, Sanidad Militar, Ministerio de Salud, etc.).

A pesar de la virtual desaparición, en los últimos quince años, de la propuesta de PSPC en la práctica administrativa de los establecimientos e instancias directivas sanitarias y en el campo académico de la salud pública, algunos de sus elementos siguieron circulando aisladamente y siendo utilizados, no siempre con el rigor científico necesario.

De allí que sea necesario ir explicitando el sentido con el cual se utiliza el término *nudo crítico* en este documento. Se tiene como contexto teórico básico a la PSPC, a la cual hemos incorporado otros elementos provenientes de desarrollos teóricos cuya aceptación dentro de los diversos campos relacionados con la salud pública, la educación y la gerencia es cada vez mayor.

Situación, problemas y actores sociales

La formación de recursos humanos en salud (FRHS) es un campo social relativamente delimitable dentro de otro mayor que suele denominarse desarrollo de recursos humanos en salud (DRHS). A su vez, la FRHS discurre en la intersección de otros dos campos mayores: el sanitario y el educacional. En el campo de FRHS en Perú se presenta una serie de situaciones en las que el IDREH desea intervenir en el marco de la función reguladora que tiene asignado el Estado. Tales situaciones, sin embargo, no siempre son claras con relación a las siguientes cuestiones:

a) ¿Son problemas?
b) ¿Cuál es la naturaleza de esos problemas?
c) ¿Por qué ocurren?
d) ¿Son problemas intervenibles?
e) ¿Son intervenibles mediante regulación estatal?

A lo largo de este documento iremos abordando cada uno de estos temas. Empecemos por el primero.

El término "formación de pregrado en Medicina, Enfermería, Obstetricia y Odontología" no refiere directamente a un problema, sino a procesos educacionales mediante los cuales los estudiantes adquieren un conjunto de competencias técnicas correspondientes a las disciplinas mencionadas, con las cuales obtienen una licencia para el ejercicio profesional que las universidades otorgan por delegación del Estado. ¿Cuándo surgen los problemas? Cuando los productos de los procesos, y/o las condiciones o las formas cómo se realizan dichos procesos no son lo esperado por un actor social. Esto es, cuando para un actor social hay una discrepancia entre la realidad observada y la realidad esperada, lo que corresponde precisamente a la definición de un problema en la planificación situacional.

En palabras de Carlos Matus, desde de la PSPC, un problema se define como:

> *"la formalización para un actor social de una discrepancia entre la realidad constatada o simulada y una norma que él acepta o crea como referencia".*[3]

Para continuar con el análisis es necesario definir los actores sociales de esta situación.

Algunos autores consideran que un mejor término es agente social en lugar de actor social. Dado que en el campo de la planificación situacional y en los discursos prevalentes en el campo sanitario peruano el término "actor" está más posicionado que el de "agente", lo seguiremos utilizando, anotando con el fin de evitar confusiones la siguiente definición:

> *"un actor social es una personalidad, una organización o una agrupación humana que en forma estable o transitoria tiene capacidad de acumular fuerza, desarrollar intereses y necesidades y actuar produciendo hechos en la situación".*[4]

Si se trabaja con las definiciones de los párrafos anteriores, surgen dos preguntas: ¿quiénes son los actores sociales en la formación de recursos humanos profesionales en salud y cuáles son los problemas según ellos? Estas preguntas, a su vez, nos conducen a varias respuestas ya que es posible identificar varios actores sociales; los principales son los formadores y los que están en formación, pero hay otros actores relevantes: universidades, grupos políticos, población, administración estatal, grupos económicos, docentes agrupados, estudiantes agrupados, profesionales, etc, cada uno de ellos con un conjunto de problemas (sub o sobreproducción de profesionales, sub o sobreutilización, inadecuada calidad profesional del recién titulado, graduación sin titulación, inadecuada distribución, etc.).

[3] Matus, C. *Política, Planificación y Gobierno.* Ed. OPS/OMS. Washington, D.C., 1987, pp. 758.
[4] Ibid.: 744

En la última década se distinguen claramente dos fenómenos[5] en las universidades y facultades/escuelas de ciencias de la salud:

1. Crecimiento cuantitativo sin precedentes: la cantidad de universidades se ha multiplicado por 8,8 en los últimos 46 años.

2. Privatización: la relación público/privado ha pasado de 8,0 a 0,72 en el mismo lapso. Hasta 1958, existían nueve centros de enseñanza superior en todo el país; ocho de ellos eran estatales y uno privado. Al finalizar el 2003, existían 79 universidades, de las cuales 33 son públicas y 46 privadas.

3. Descentralización: inicialmente la mayoría de universidades se concentraba en las principales ciudades, ahora no sólo están fuera de Lima, la ciudad capital de Perú, y de las más importantes como Arequipa y Trujillo, sino que se encuentran difundidas hasta en pequeñas ciudades.

Veamos algunos de los datos obtenidos en esta consultoría respecto a estos tres fenómenos sociales.

El crecimiento de la oferta educacional, ¿el cielo es el límite?

Arriba, siempre arriba" (Jorge Chávez)

El crecimiento en el número de universidades, a su vez, ha tenido importante repercusión en la dinámica demográfica de la población que estudia una carrera de las ciencias de la salud. Restringiéndonos sólo a las profesiones incluidas en esta consultoría, se observa que 48 de las 79 (61 %) oferta formación en al menos una de ellas. Proporción que aumentará claramente si se considera que varias universidades son especializadas, como los casos de las universidades de ingeniería, educación y administración, entre otras. La Tabla 33 muestra la oferta de formación en Medicina, Obstetricia, Enfermería y Odontología en las universidades peruanas.

Tabla 33 Universidades según oferta de estudios en Obstetricia, Medicina, Odontología y Enfermería

Región	Universidad	Obstetricia	Medicina	Odontología	Enfermería
Amazonas	Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza	No	No	No	Si
Ancash	Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo	Si	No	No	Si
	Universidad Privada San Pedro	Si	Si	Si	Si
	Universidad Nacional del Santa	No	No	No	Si
	Universidad Autónoma Los Ángeles	Si	No	Si	Si
Apurímac	Universidad Tecnológica de los Andes	No	No	No	Si

[5] Nótese que estamos utilizando el término "fenómenos" (o "hechos") y no "problemas".

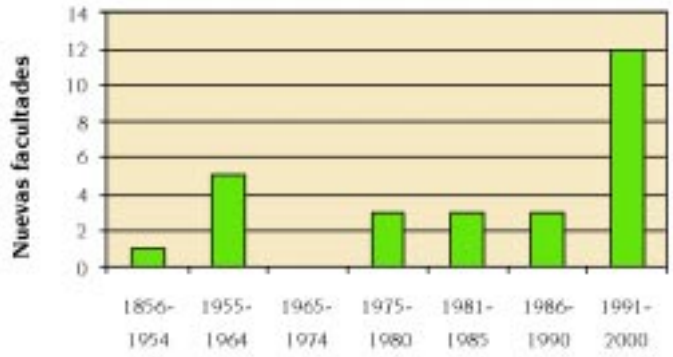
Región	Universidad	Obstetricia	Medicina	Odontología	Enfermería
Amazonas	Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza	No	No	No	Si
Ancash	Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo	Si	No	No	Si
	Universidad Privada San Pedro	Si	Si	Si	Si
	Universidad Nacional del Santa	No	No	No	Si
	Universidad Autónoma Los Ángeles	Si	No	Si	Si
Apurímac	Universidad Tecnológica de Los Andes	No	No	No	Si
Arequipa	Universidad Católica Santa María - Arequipa	Si	Si	Si	Si
	Universidad Nacional San Agustín	No	Si	No	Si
Ayacucho	Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga	Si	No	No	Si
Cajamarca	Universidad Nacional de Cajamarca	Si	Si	No	Si
Cuzco	Universidad Nacional de San Antonio Abad	No	Si	Si	Si
	Universidad Andina del Cusco	Si	No	Si	Si
Huancavelica	Universidad de Huancavelica	Si	No	No	Si
Huánuco	Universidad Nacional Hermilio Valdizán	Si	Si	Si	Si
	Universidad de Huánuco	Si	No	Si	Si
Ica	Universidad Nacional San Luis Gonzaga	No	Si	Si	Si
Junín	Universidad Peruana Los Andes	Si	Si	Si	Si
	Universidad Nacional del Centro del Perú	No	Si	No	Si
La Libertad	Universidad Privada Antenor Orrego	Si	Si	No	Si
	Universidad Nacional de Trujillo	No	Si	Si	SI
	Universidad Privada César Vallejo	Si	Si	No	No

Región	Universidad	Obstetricia	Medicina	Odontología	Enfermería
Lambayeque	Universidad Particular de Chiclayo	Si	Si	No	Si
	Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo	No	Si	No	Si
	Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo	No	No	No	Si
Lima	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	Si	Si	Si	Si
	Universidad Alas Peruanas	No	No	Si	Si
	Universidad Inca Garcilaso de la Vega	No	No	Si	Si
	Universidad de San Martín de Porres	Si	Si	Si	Si
	Universidad Federico Villarreal	Si	Si	Si	Si
	Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión	No	Si	No	Si
	Univ. Peruana Cayetano Heredia	No	Si	Si	Si
	Universidad Nacional del Callao	No	No	No	Si
	Universidad Peruana Unión	No	No	No	Si
	Universidad Privada San Juan Bautista	No	Si	No	SI
	Universidad Ricardo Palma	No	Si	No	Si
	Universidad Privada Norbert Wiener	Si	No	No	Si
Loreto	Universidad Particular de Iquitos	Si	No	Si	No
	Universidad Nacional de la Amazonia Peruana	No	Si	No	S
Moquegua	Universidad José Carlos Mariátegui	Si	No	No	Si
Pasco	Universidad Daniel A. Carrión	Si	No	Si	Si
Piura	Universidad Nacional de Piura	No	Si	No	Si
Puno	Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez	Si	No	No	Si
	Universidad Nacional del Altiplano	No	Si	Si	Si
San Martín	Universidad Nacional San Martín	Si	No	No	Si

Región	Universidad	Obstetricia	Medicina	Odontología	Enfermería
Tacna	Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann	Si	Si	Si	Si
	Universidad Privada de Tacna	No	Si	Si	No
Tumbes	Universidad Nacional de Tumbes	Si	No	No	Si
Ucayali	Universidad Nacional de Ucayali	No	Si	No	Si

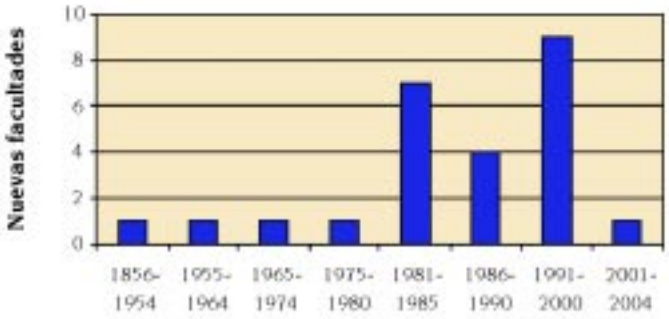
En ese marco, la Facultad de Medicina de San Fernando de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) fue (por algo más de un siglo, desde su fundación por Cayetano Heredia en 1856 hasta 1958) la única institución donde se formaban los médicos en Perú. Ahora la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Medicina de San Marcos es una de las 28 instituciones formadoras de médicos que hay en el país. Este aumento en el número de facultades/escuelas de Medicina es parte del incremento mencionado en el número de universidades, producido desde el final de la década de los años cincuenta del siglo pasado. Sin embargo, es interesante notar que, tomando 1958 como base, el número de facultades y escuelas de Medicina se ha multiplicado por 28, mientras que el de las universidades lo ha hecho por ocho.

Gráfico 6 Facultades/escuelas de Medicina según época de creación



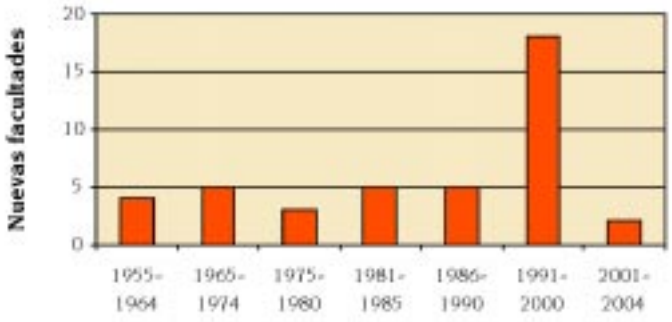
En el caso de las facultades y escuelas de Obstetricia, la enseñanza institucionalizada comenzó tempranamente luego de la Independencia de Perú, cuando don Hipólito Unanue creó el Colegio de Partos, en 1826. Sin embargo, la enseñanza propiamente universitaria comenzó en 1895, cuando el Colegio de Partos se incorporó a la Facultad de Medicina de Lima (hoy San Fernando) de la UNMSM. Pese a que la enseñanza universitaria de la Obstetricia en el país tiene muy larga data, en 1981 había solo tres facultades/escuelas de obstetricia. Sin embargo, en 1993 ya sumaban 18, y diez años después eran 25. Esta evolución del número de instituciones formadoras de obstetrices y obstetras ha sido similar a la que han registrado las facultades/escuelas de Medicina.

Gráfico 7 Facultades/escuelas de Obstetricia según época de creación



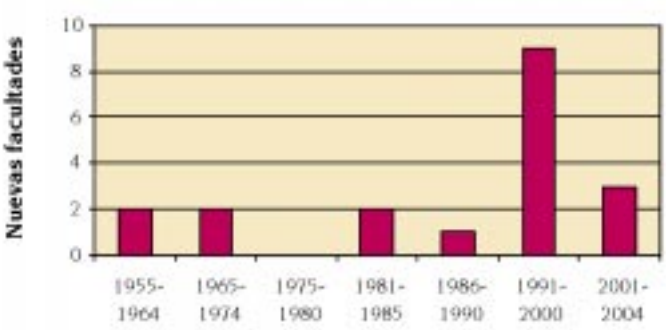
Por otro lado, las facultades/escuelas de Enfermería son las más numerosas de las cuatro carreras que hemos analizado. Esto se debe parcialmente a que la Enfermería no era una carrera exclusivamente universitaria hasta la década de los ochenta, pues los estudios se realizaban en escuelas profesionales de hospitales y clínicas. Ello explica el crecimiento de la década de los ochenta, cuando la gran mayoría de las escuelas se afiliaron a universidades y gran parte de ellas se convirtieron en facultades. El crecimiento de los noventa, que se prolonga hasta el momento, obedece más bien a la misma lógica que siguen las facultades/escuelas de Medicina y Obstetricia. En todo caso, en el último medio siglo, el número de centros universitarios formadores de enfermeras se ha multiplicado por diez, y suman actualmente 44.

Gráfico 8 Facultades/escuelas de Enfermería según época de creación



Finalmente, las facultades/escuelas de Odontología son las que menos han crecido en número en el país. Hasta 1990 eran 8, ahora son 21.

Gráfico 9 Facultades/escuelas de Odontología según época de creación



Una característica de la dinámica de las instituciones formadoras es su explosivo crecimiento a partir de la década de los ochenta. Hay, sin embargo, algunas diferencias que es interesante remarcar. En Medicina, a diferencia de las otras carreras, no se crearon nuevas facultades entre 1965 y 1974, ni desde el año 2000. En ambos casos se debió a la regulación; en el primer caso el Consejo Nacional de la Universidad Peruana (CONUP) debía otorgar el permiso correspondiente, lo que no hizo; más aún, ordenó el cierre de la Facultad de Medicina Rural de la Universidad Nacional de Cajamarca.

En el segundo caso, la regulación se relaciona con la Ley 27154 de Acreditación de Facultades y Escuelas de Medicina, que se encarna en la Comisión para la Acreditación de Facultades y Escuelas de Medicina (CAFME). Es interesante anotar que los Estados han prestado atención especial al ejercicio profesional de la medicina, y para su regulación se han establecido diversos mecanismos para reglamentar el ejercicio profesional y la obtención de la licencia correspondiente. En nuestro país, al menos desde el virreinato, el Estado intervino en la Medicina. Una entidad denominada el Protomedicato que fuera creado en España durante el reinado de Alfonso El Sabio (1252–1284), y que cobró su mayor impulso con Felipe II (1556–1598)[6], se exportó oficialmente[7] a América en 1570 (Paz Soldán, 1994), llegando el Primer Protomédico Real a Lima en 1589. La reglamentación del Protomedicato se aplicó en el Perú por tres siglos, esto es, hasta la Independencia y algo más.[8] Las otras carreras profesionales (Odontología, Obstetricia y Enfermería) no han sido objeto de tanta preocupación, al menos desde su reconocimiento como tales.

Exceptuando entonces a la formación médica —e incluso en ella la iniciativa provino del Colegio Médico del Perú— no existe regulación estatal para la formación profesional. La cuestión queda librada a la autonomía universitaria. Este es un *nudo crítico*: no la ausencia de regula-

[6] Tate, John. *El Real Protomedicato. La reglamentación de la profesión médica en el Imperio español*. Ed. UNAM. México, 1997.
[7] Ya en 1957, el cabildo de Lima había nombrado al doctor Hernaldo Sepúlveda, proveniente de La Española, como "protomédico sustituto" (Lastres. *La Medicina en el Virreinato*, vol. II, pp. 57-58).
[8] Lastres op. cit.:178.

ción, sino principalmente *la ausencia de voluntad o de conciencia de la necesidad de regular la formación profesional*. Este es gran nudo (gordiano) crítico: el Estado ha abdicado en la práctica su derecho a regular la formación de los profesionales de la salud.

Descentralización y privatización

¿A descentralizar a descentralizar (o, a privatizar a privatizar) que la historia se va a acabar? (Anónimo).

Los "atractores extraños" en la creación de universidades

¿Por qué el aumento explosivo en el número de universidades, en general, y el de las facultades/escuelas de Medicina, Obstetricia, Odontología y Enfermería, en particular? Dos respuestas salen a la luz. La primera: se necesitan más profesionales para mejorar la salud de la población. Y la segunda: hay una alta demanda para estudiar las carreras profesionales mencionadas.

Para sostener la explicación de que se necesitan más médicos, odontólogos, enfermeras y obstetrices para mejorar la salud de la población debemos adoptar uno o más criterios que definan esas necesidades. Estos criterios, entre otros, podrían ser:

a) Una razón demográfica (número de profesionales de la salud/ número de habitantes).
b) Una razón técnico administrativa sanitaria (tipo de personal y número de acuerdo al modelo de cuidado de la salud que se promueve y a la organización del sistema del cuidado de la salud).
c) Una razón epidemiológica (número y tipo de profesional de la salud/prioridad de los problemas de salud a enfrentar), etc.

Aún sin realizar un estudio ad hoc —lo cual está lejos del alcance de esta consultoría— es posible afirmar que ninguno de estos criterios son fundamentales para el incremento del número de universidades ni de facultades, aunque algunas veces han sido utilizados, como en la Facultad de Medicina Rural en la Universidad Nacional de Cajamarca o la Atención Primaria de la Salud en la Universidad Nacional de San Antonio Abad.

Más aún, pensar que uno de los criterios mencionados u otro de similar naturaleza ha sido adoptado para la creación de las universidades implica la existencia de mecanismos que no existen actualmente, ni han existido antes.

Los criterios para determinar la oferta de formación en las especialidades médicas y de la salud deberían ser:

a) Una relación número de profesionales/número de habitantes "adecuada" para lograr un determinado nivel de salud y que exista una distribución organizada de los profesionales de la salud con relación a la población.
b) El modelo de cuidado de la salud de las personas se debería reflejar en la disponibilidad de profesionales necesarios para cada tipo de atención y nivel.
c) Una relación más o menos directa entre el tipo de profesionales de la salud que se forman y las prioridades establecidas frente a un perfil epidemiológico determinado.

Una rápida mirada a la situación sanitaria nos confirma que estos no son los criterios por los cuales se crean más facultades/escuelas de las ciencias de la salud. Tampoco se ha estableci-

do cuál o cuales con los criterios para la creación de una facultad o escuela de Medicina, Enfermería, Obstetricia u Odontología. La CAFME no ha establecido tales criterios pero ha determinado que, para la creación de una facultad/escuela de Medicina, los proponentes deben sustentar su pretensión.

Veamos el primero de los criterios mencionados, la distribución de los profesionales de las ciencias de la salud según zonas geográficas y, evidentemente, la población que vive en ellas a partir de datos publicados, mayormente para el caso de los médicos.

En la Tabla 34 se presenta la distribución de los médicos en ejercicio durante el año 1999, según departamentos (ahora regiones). Se observa que 65,19 % de los médicos se concentraba en Lima y 34,81 % en el resto del país, destacando los departamentos de Arequipa donde se encontraba 8,45 % del total (2488 médicos) y La Libertad con 5,84 % del total (1719 médicos).

***Tabla* 34 *Distribución de médicos en ejercicio según Consejo Regional* (30 *de abril de* 1999)**

Consejo Regional	Inscritos
CR I - Trujillo	1719
CR II - Iquitos	316
CR III - Lima	19186
CR IV - Huancayo	450
CR V - Arequipa	248
CR VI - Cusco	766
CR VII - Piura	819
CR VIII - Chiclayo	898
CR IX - Ica	1121
CR X - Huánuco	142
CR XI - Chimbote/Huaraz	395
CR XII - Tacna	352
CR XIII - Pucallpa	126
CR XIV - Puno	339
CR XV - San Martín	155
CR XVI - Ayacucho	159
Total	29 431

Fuente: Oficina de Informática del Colegio Médico del Perú

Los datos de los últimos cuarenta años (ver Tabla 35) muestran que las escasas políticas implementadas en el último medio siglo por el Estado para redistribuir relativamente a los médicos no han sido exitosas. El Programa de Medicina Rural no tuvo un efecto redistributivo importante, tampoco el Programa SECIGRA que se transformó en el actual SERUMS. Además,

los datos muestran que la reforma sanitaria emprendida en la década pasada, con sus estrategias de focalización y política de flexibilización laboral, tampoco ha tenido un efecto significativo en la redistribución porcentual de médicos a nivel nacional, y seguramente tampoco al interior de las regiones en cuanto a la proporción capital/resto de la región.

Tabla 35 Porcentaje de médicos en Lima y resto del país

Año	Lima(%)	Resto de país(%)
1957	75,47	24,53
1964	65,00	35,00
1988-89	66,30	33,70
1999	65,19	34,81

Las modificaciones en los últimos cuarenta años en la redistribución por departamentos se muestran en la siguiente Tabla.

Tabla 36 Distribución de médicos según departamentos, años 1957 y 1999

Departamento	1957		1999	
	n	%	n	%
Amazonas	8	0,21	72	0,24
Ancash	56	1,49	395	1,34
Apurímac	11	0,29	76	0,26
Arequipa	135	3,59	2488	8,45
Ayacucho	17	0,45	159	0,54
Cajamarca	30	0,80	115	0,39
Cerro de Pasco	19	0,51	32	0,11
Cusco	65	1,73	661	2,25
Huancavelica	10	0,27	57	0,19
Huánuco	22	0,59	110	0,37
Ica	83	2,21	1121	3,81
Junín	98	2,61	393	1,34
La Libertad	102	2,71	1604	5,45
Lambayeque	67	1,78	826	2,81
Lima	2837	75,47	19186	65,19
Loreto	77	2,05	316	1,07
Madre de Dios	3	0,08	29	0,10
Moquegua	7	0,19	92	0,3
Piura	26	0,69	732	2,49

Departamento	1957		1999	
	n	%	n	%
Puno	30	0,80	339	1,15
San Martín	9	0,24	155	0,53
Tacna	21	0,56	260	0,88
Tumbes	26	0,69	87	0,30
Ucayali	-	-	126	0,43
Total	3759	100,00	29431	100,00

Los cambios mayores se produjeron en Lima, Arequipa, Ica, La Libertad, Lambayeque y Piura. Muchos pueden ser los factores responsables del aumento porcentual en estos departamentos.

No obstante, es obvio que la existencia de un mayor número de facultades/escuelas de las ciencias de la salud y, por ende, de profesionales no ha resultado en una modificación sustantiva de la distribución geográfica porcentual de los mismos.

Abordemos el segundo aspecto del criterio "relación numérica entre profesionales y población", usando como indicador número de profesionales/número habitantes. La preocupación por la planificación de los recursos humanos en salud está presente desde el estudio que realizó Thomas Hall en 1962,[9] en el cual se determinó el número de médicos existentes entonces y formuló proyecciones a 20 años. En 1976, la Unidad de Recursos Humanos de Salud de la Oficina Sectorial de Planificación del Ministerio de Salud estableció los requerimientos de personal para sus diversos establecimientos en su publicación "Normas de Dotación de Personal".[10] Luego de éstos no se han realizado otros esfuerzos de esa naturaleza.

El trabajo del Ministerio de Salud era parte de un movimiento mayor de planificación que impulsaba en la región la Organización Panamericana de la Salud, que en su Plan Decenal de Salud para las Américas,[11] suscrito en 1972 por los Ministros de Salud, estableció una meta de 165 000 médicos formados para 1980 en todos los países de la región. Dentro de esa meta general, cada país debía fijar la suya.[12]

En el caso de los médicos se calculó que para 1980 se necesitarían 10 médicos/10 000 habitantes. En Perú, ya en 1897 se había alcanzado la razón de 9 médicos por cada 10 000 habitantes, y actualmente está cerca de duplicarse esa razón médicos/habitantes.

9 Hall, T. (1969). *Health Manpower in Peru*. Baltimore, Johns Hopkins Press.

10 Resolución Directoral 000627-76-SA/DS del 1 de septiembre de 1976, aprobada por Resolución Ministerial 0060-SA-DM del 24 de junio de 1977.

11 OPS (1973). *Plan Decenal de Salud de las Américas. Informe Final, III Reunión Especial de Ministros de Salud para las Américas*. Documento Oficial de la OPS 118. Washington D.C.

12 OPS (1985). *Marco de Referencia para el Desarrollo de la Educación Médica en la América Latina y el Caribe*. Publicación científica 483. Washington D.C.

Por otro lado, en 1986 había 14 709 enfermeras y la razón fue de 7,3 por 10 000 habitantes. Más recientemente, el censo realizado por el Colegio de Enfermeros del Perú el 2001, calculó en 31 008 la cantidad de colegiados como parte de la fuerza de trabajo disponible en esa disciplina; entonces, considerando la población nacional proyectada para ese año, la razón resulta ser cerca de 12 enfermeros por 10 000 habitantes. En ambos casos, médicos y enfermeros, las razones se encuentran por encima del nivel recomendado.

Por lo tanto, no puede esgrimirse como explicación para crear nuevas facultades/escuelas de Medicina que faltan médicos y enfermeras en el país —igual razonamiento es válido para las obstetrices y los odontólogos—, ni tampoco que se forman para que mejore la distribución según ámbito geográfico.

¿Cuál es entonces el atractor que determina la dinámica del sistema? Los físicos dirían que es un atractor extraño. Este término se refiere al elemento de un sistema dinámico no lineal que tiene una apariencia caótica, pero es un sistema ordenado a partir de relaciones que corresponden a los principios de la física cuántica y no a las leyes newtonianas de la física mecánica. Nuestra hipótesis es que en la apariencia caótica del crecimiento de universidades y, dentro de ellas, de facultades y escuelas de formación profesional en las ramas que nos ocupa esta consultoría, hay un orden regido por atractores extraños.

Ahora podemos contestar a nuestra segunda pregunta, ¿cuál es la naturaleza del problema? Los problemas de la formación de profesionales de salud son de naturaleza compleja, por lo tanto, deben ser estudiados por las ciencias de la complejidad (estas incluyen a las ciencias de los sistemas mecánicos). Anotamos aquí un *nudo crítico*, no de la formación de profesionales de la salud, sino de la aproximación al estudio de la situación problemática originada alrededor del proceso de formación.

El autoabastecimiento regional de profesionales de las ciencias de la salud

"Nadie es profeta en su tierra, pero… sí profesional de la salud" (Otro anónimo)

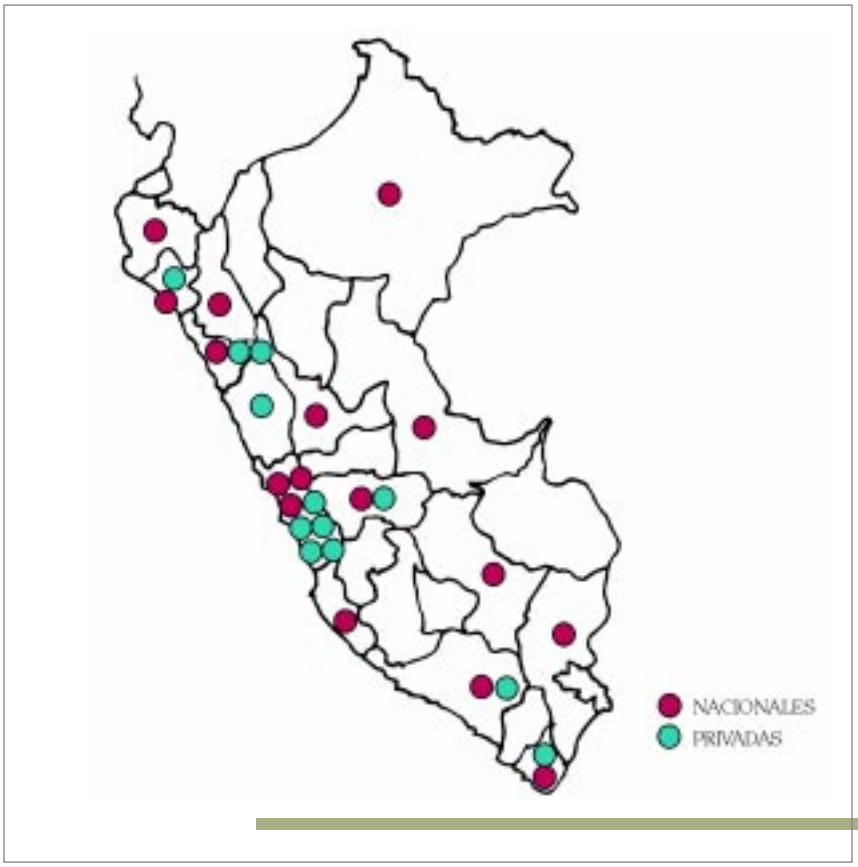
Hemos descrito en publicaciones anteriores un fenómeno que denominamos *autoabastecimiento*, que consiste en que cada región o macrorregión es consumidora de los profesionales que forman sus universidades. Hemos estudiado el fenómeno en médicos y obstetrices (para los primeros existen datos correspondientes al ámbito nacional que lo confirman[13] y en obstetricia el fenómeno se ha documentado en Lambayeque[14]). Entonces, se podría esperar que la creación de facultades/escuelas de ciencias de la salud en ciertos ámbitos cumpla un importante efecto redistributivo (no logrado por las políticas laborales). Sin embargo, este efecto no ha ocurrido.

Aunque contamos con los datos de las facultades/escuelas de Medicina, Obstetricia, Odontología y Enfermería existentes en cada región política del país, dada la alta movilidad para estudiar una carrera universitaria y la existencia de importantes relaciones sociales, culturales y económicas, consideramos que las actuales regiones políticas del país pueden unirse en

[13] Lip, C. y col. (2000) *Situación de los Médicos a diez años de reforma*. Manuscrito.
[14] Lip, C. y col. *Las Obstetrices y los Obstetras en Lambayeque*. Manuscrito

cuatro grandes regiones que reflejen mejor la dinámica presente en la formación de los profesionales de la salud. Las cuatro macrorregiones son: Norte, Centro, Sur y Lima.

***Gráfico* 10 Distribución geográfica de facultades y escuelas de Medicina humana, 2003**



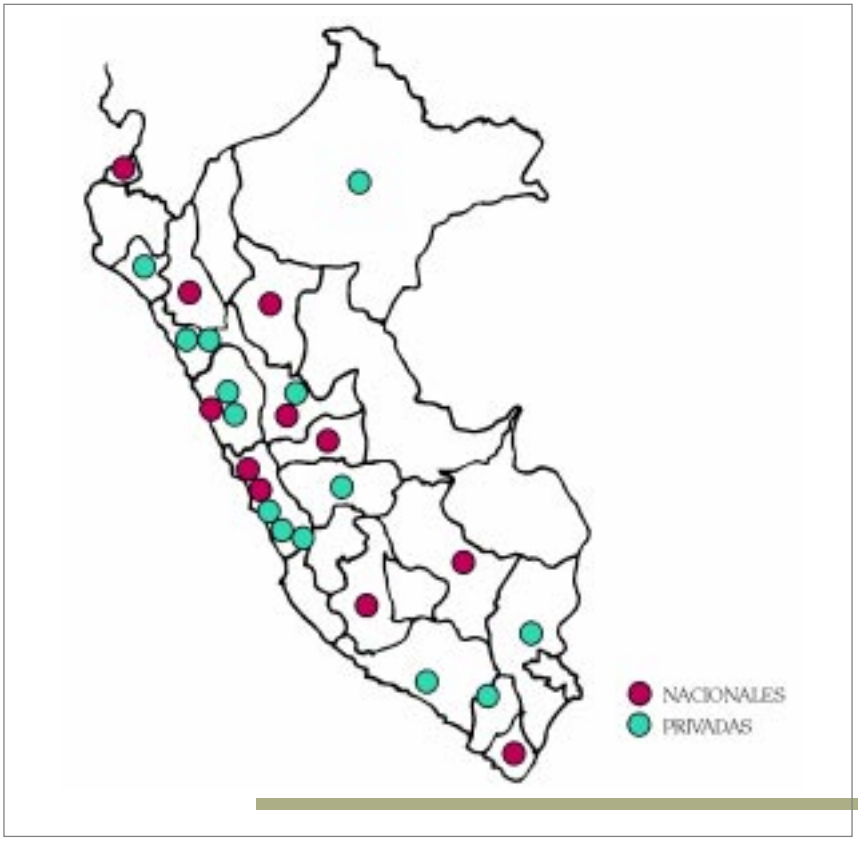
La macrorregión Centro está integrada por los departamentos de Huánuco, Junín, Loreto y Ucayali; la macrorregión Norte por Ancash, Cajamarca, La Libertad, Lambayeque y Piura; la macrorregión Sur incluye a Ica, Arequipa, Tacna, Puno y Cusco y la macrorregión Lima al departamento de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.

Si bien hasta 1958 se formaban médicos solo en Lima (en San Fernando), ahora la formación se realiza en 17 de los 24 departamentos o regiones. No hay facultades/escuelas de Medicina en Ayacucho, Tumbes, Amazonas, Huancavelica, Apurímac, Moquegua, Madre de Dios, Pasco, ni en San Martín. Curiosamente, son las regiones donde la razón número de médicos/número de habitantes es mucho menor.

Las 28 facultades/escuelas de Medicina están distribuidas de la siguiente manera: 8 (28,6 %) se encuentran en Lima, un número igual en el Norte, 7 (25 %) en el Sur y 5 (17,86 %) en el Centro. De ellas, 16 facultades/escuelas (57,14 %) son estatales y 12 (42,86 %) privadas. A su vez, 75% de las privadas han sido creadas en la última década.

En el caso de Obstetricia, hay 5 facultades/escuelas (20 %) en Lima, las macrorregiones Centro y Sur tienen 6 (24 %) cada una y el restante 32 %, o sea 8, están en el Norte.

***Gráfico* 11 Distribución geográfica de facultades y escuelas de Obstetricia, 2003**

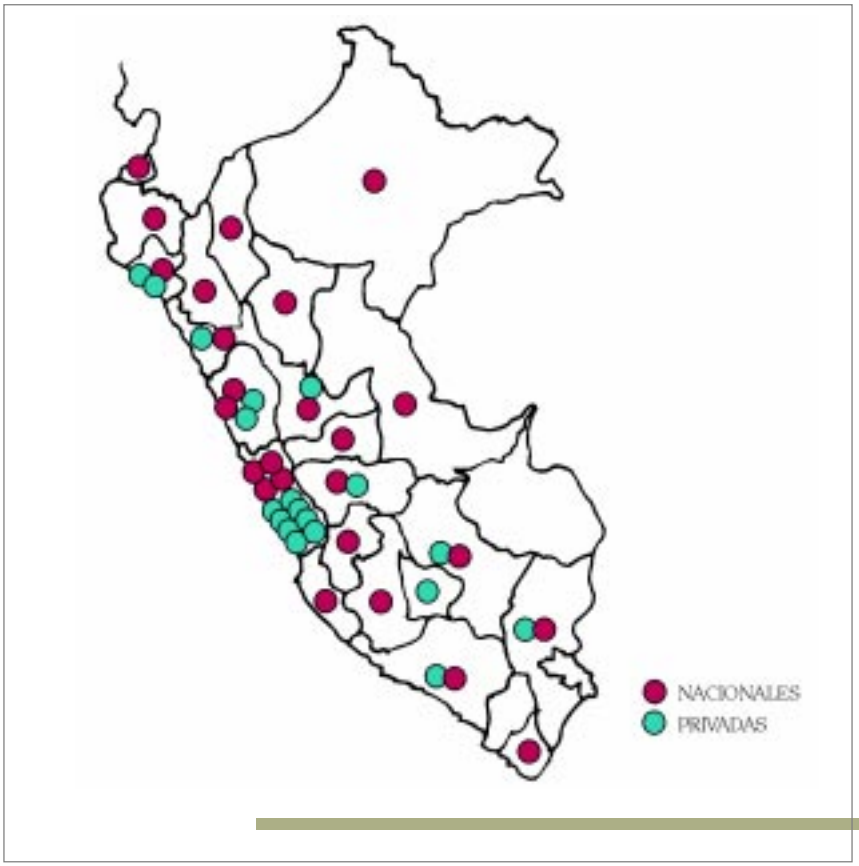


Llama la atención la existencia de dos facultades en Huánuco debido a que no es una zona con población general o estudiantil mayor que muchas otras regiones que solo tienen una facultad, como el caso de Arequipa, o que no tienen facultad de obstetricia como Piura e Ica. Ancash es la región fuera de Lima que tiene más facultades de Obstetricia: dos en Chimbote y una en Huaraz. Luego del fracaso de la Universidad Abraham Valdelomar, Ica carece de una facultad de Obstetricia. En igual situación se encuentran: Amazonas, Ucayali, Madre de Dios, Huancavelica y Apurímac, además de Piura, ya mencionada.

De las 25 facultades/escuelas de Obstetricia, 14 (56 %) son privadas y 11 (44 %) son estatales. Las proporciones son casi inversas respecto a las de Medicina.

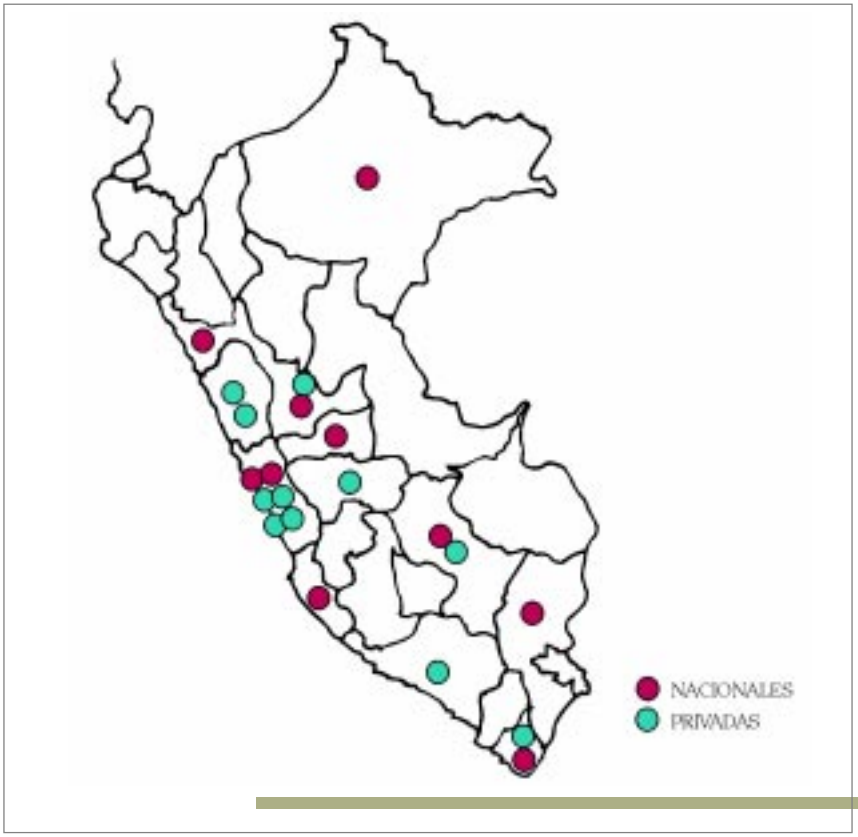
Las facultades/escuelas de Enfermería son 44, de ellas 18 funcionan como facultades y 26 como escuelas profesionales. De ellas, 25 facultades o escuelas ofertan la carrera de Enfermería en universidades nacionales y 19 en universidades privadas, esto es, 57 % pertenecen a universidades nacionales y 43 % a privadas.

Gráfico 12 Distribución geográfica de facultades y escuelas de Enfermería, 2003



La distribución porcentual y gráfica de las facultades y escuelas de formación en Enfermería y Odontología se muestra en los Gráficos 12 y 13. Es interesante notar que la oferta de las universidades privadas duplica a la de las universidades nacionales solo en Lima.

***Gráfico* 13 Distribución geográfica de facultades y escuelas de Odontología, 2003**



El alcance de los problemas

Cada uno de estos fenómenos puede ser asumido o descartado como un problema, dependiendo del actor social que los juzga, pero sí deben ser reconocidos como situaciones complejas. El crecimiento cuantitativo de instituciones puede ser un problema para las universidades nacionales, dado que el mismo fondo se tendrá que repartir entre más instituciones, en el peor de los casos, o limitará el aumento del presupuesto de las ya existentes. Sin embargo, para otros actores esto es una solución al problema del acceso a la educación superior.

Algunos actores sociales consideran que se debe impulsar la privatización de la educación superior ya que así el Estado podría orientar sus recursos a otras áreas donde existan importantes necesidades. Sin embargo, otros opinan que las universidades privadas —especialmente las creadas al amparo del Decreto Ley N.° 882— no toman en cuenta las necesidades del país, sino los afanes de lucro de sus propietarios.

También existen discrepancias entre los actores sociales respecto a la descentralización y otros temas.

En resumen, hasta el momento, en la formación de los recursos humanos profesionales en salud existe un proceso central en el que interactúan un conjunto de actores sociales, quienes suelen definir problemas desde su particular autorreferencia. Por lo tanto, existirán diferentes conjuntos de problemas y, consecuentemente, explicaciones y propuestas de solución dependiendo del actor social. Este análisis adopta un posicionamiento que tiene como punto central de referencia el rol rector del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH) del Ministerio de Salud, vale decir, desde la perspectiva del Estado peruano.

Cada uno de los fenómenos mencionados, entre muchos otros presentes en la formación de los recursos humanos profesionales en salud, pueden o no ser considerados problemas por otros actores; pero desde el punto de vista del IDREH lo son. No obstante, no basta con reconocer y asumir que un fenómeno u hecho social determinado es un problema, se requiere avanzar en su caracterización.

Existen problemas que no se pueden localizar o distribuir espacialmente (como la ausencia de pensamiento crítico) y otros que adquieren particularidades espaciales o que tienen ciertas características de ocupación del espacio (como el desajuste entre el perfil educacional y el perfil ocupacional en una región, o la desigual distribución de recursos humanos profesionales entre las regiones del Perú).

Todos los problemas "aespaciales" son problemas de alcance nacional. Pero, también son nacionales aquellos problemas que se presentan con contenido distinto en cada espacio geopoblacional. Sin embargo, existen problemas exclusivos de una región o una localidad. EL IDREH deberá clasificar los problemas de acuerdo a su alcance, como nacionales y regionales. Ello incidirá en su formulación de políticas de desarrollo de recursos humanos y en la planificación nacional de sus intervenciones. Para los problemas nacionales deberá formular políticas nacionales, pero para los problemas regionales deberá formular y promover la construcción del marco legal correspondiente, para que los gobernantes regionales, e inclusive locales, puedan formular las políticas en esos niveles, y planificar y tomar decisiones en consecuencia.

Todo lo anterior es de suma importancia en un país que atraviesa un proceso de descentralización política y administrativa. Por ejemplo, al transferirse la gestión de los fondos del Ministerio de Salud para la especialización médica, del SERUMS y del internado que pasarán a ser de orden regional, persistirán los problemas que requieran la definición de políticas de desarrollo de los recursos humanos profesionales en salud, en relación con las políticas nacionales de salud, el cierre de las brechas sanitarias entre las regiones, la inteligencia sanitaria, la búsqueda de equidad entre las distintas regiones y otras prioridades de salud pública. La distinción de los problemas en la formación de profesionales de la salud incluye distinguir el alcance de los mismos y trabajar en la construcción de propuestas que den cuenta de las necesidades de coordinación entre los diversos espacios (nacional, regional y local) mediante mecanismos que equilibren descentralización con centralización. **No definir cuáles son las competencias de las diversas instancias que regulan la formación de los profesionales de las ciencias de la salud constituye otro nudo crítico** en el estado de la cuestión que estamos esbozando.

Precisiōn de los problemas

La caracterización de un problema resulta ser el elemento central para su solución. La formación de los profesionales de las ciencias de la salud resulta una situación problema (también denominada problemática o macroproblema) compleja y difícil de caracterizar plenamente.

- Problemas actuales: saturación de los campos clínicos, insuficiencia de plazas rentadas para realizar el SERUMS, baja calidad de la enseñanza, elevadas tasas de deserción estudiantil, planes curriculares uniformes para realidades diferentes, planes de estudios incoherentes, disociación entre las prácticas educacionales y las bases educacionales enunciadas por las escuelas y facultades, etc.

- Problemas potenciales: plazas de trabajo para los actuales estudiantes, grado de obsolescencia relativamente rápido, subutilización y sobreutilización de la fuerza laboral, aumento de las brechas en los recursos humanos disponibles según población, discrepancia entre las competencias adquiridas y las competencias ocupacionales al egresar, etc.

La caracterización implica acotar el problema como forma de avanzar hacia una explicación, su comprensión y el diseño de formas de enfrentarlo.

Un problema tiene tres elementos: explicado, explicando y espacio explicativo. Se puede representar matemáticamente de la manera siguiente:

$$Pr = E (Ex1, Ex2),$$

donde:

E es el espacio del problema o espacio explicativo,
Ex1 es el explicado, y
Ex2 es el explicando.

Sobre el espacio explicativo o espacio del problema, que es de tres tipos: general, particular y singular, volveremos después. Ahora, para seguir el esquema de nuestra presentación, vemos los otros dos elementos.

El explicado y el explicando se relacionan con el espacio dentro del cual se hace la explicación del problema. El explicado está conformado por una serie de características del problema que sirven para precisarlo. En la planificación situacional se le conoce como vector de definición del problema (VDP) y está constituido por un grupo de flujos o hechos sociales cuya enumeración resulta un conjunto necesario y suficiente para diferenciarlo de otro problema.

¿Cuándo se dice que un problema está bien precisado? Cuando su VDP se ha definido claramente, cuando hay una caracterización (cualitativa) y un dimensionamiento (cuantitativo) adecuados. Por ejemplo, cuando se dice que el problema de los recursos humanos en salud es que

las universidades no forman los profesionales que el Perú necesita, ésta es la caracterización; es una aserción que debe satisfacer las condiciones de verdadero y falso y de esta manera se refleja la complejidad subyacente. Tal aserción representa calidades de una situación que están expresadas en variables lingüísticas.

Las variables lingüísticas no son números sino palabras u oraciones en un lenguaje natural o artificial. Por ejemplo, la adecuación para satisfacer una necesidad, la altura o el color que pueden tomar valores que son palabras (muy adecuado, adecuado, poco adecuado, alto, bajo, más o menos alto, rojo, amarillo, verde, etc.) pueden tratarse como numerales.

Sin embargo, los numerales son solo convenciones numéricas sobre la identidad de algún elemento. Por ejemplo, en el mapa de la pobreza se utilizan numerales para identificar estratos socioeconómicos (I, II, III, IV y V). Éstos podrían utilizarse también para identificar grupos de profesionales de las ciencias de la salud según la adecuación de su perfil educacional de egresado respecto de las necesidades de la población, la cual también podría ser catalogada según numerales como, por ejemplo, cuando se trabajan los perfiles epidemiológicos en la propuesta de Omram.[15]

No se debe confundir un numeral con un número, éste es un concepto matemático que se refiere a una propiedad real de las cosas ordenadas. Por ejemplo, 1000 médicos titulados indican un número que corresponde realmente con los médicos que se titularon. La relación entre numeral y número constituye una vía por la cual la calidad de algo puede ser objeto de precisión numérica.

Por tanto, cuando en el campo de formación de recursos humanos profesionales en salud se alude a problemas como brecha entre el perfil real y el perfil deseado, saturación de los campos clínicos, sobreproducción de médicos, subproducción de anestesistas, currículos explícitos distintos a los currículos reales, etc., solo se está caracterizando. Es necesario avanzar en la precisión del problema mediante su dimensionamiento que, en nuestro caso, incluye no solo el espacio geopoblacional sino la temporalidad. Así, habría que preguntarse por los médicos que el Perú necesita: ¿dónde? (espacios geopoblacionales y de trabajo) y ¿cuándo? (¿ahora o dentro de diez años?). De allí la importancia de la clasificación de problemas mencionados anteriormente como actuales y potenciales.

En consecuencia, precisar bien un problema requiere la enumeración de:

- Variables lingüísticas (caracterización) y
- Variables cuantitativas (medición)

Ese conjunto de variables lingüísticas y cuantitativas debe permitir que los problemas se distingan claramente. Esto evita el reduccionismo cuantitativista que generalmente produce el efecto de designar o caracterizar una realidad (un problema) por lo secundario, si lo principal no es cuantificable o medible con números.

[15] Omran, A. (1977). "*Epidemiologic Transition in the* U.S.: *The Health Factor in Population Change*". Population Bulletin 32 (2). Population Reference Bureau, Inc., Washington D.C.

Concretando, **un nudo crítico para la regulación de la formación de profesionales de la salud surge cuando los problemas que se presentan en ese proceso no están debidamente precisados**.

Por ejemplo, en el caso de la sobresaturación de los campos clínicos —esencialmente en hospitales— la misma caracterización (sobresaturación) lo presenta como una cuestión de orden cuantitativo. Sin embargo, esto es secundario; lo principal consiste en saber qué de la formación requiere de esos campos clínicos. Resolver esta cuestión primaria solucionará en consecuencia la secundaria. Por ejemplo, el Instituto de Salud Materno Perinatal está sobresaturado como campo clínico, sin embargo, si se toma en cuenta que es un servicio del IV nivel de complejidad técnica y ningún estudiante de pregrado hace allí sus prácticas para lograr las competencias que indica su perfil profesional, quizás se requeriría solamente una visita guiada.

Por otro lado, visto solo desde la perspectiva del Instituto de Salud Materno Perinatal, la situación aparece como un problema importante, sin embargo, desde el punto de vista de los campos clínicos (en Lima y mucho más si se toma en cuenta el ámbito nacional) para la adquisición de las competencias exigidas para la titulación de médico, enfermera u obstetriz, esa brecha entre demanda de campo clínico y capacidad física, administrativa y humana del instituto, se disuelve, lo que permite catalogarlo como un falso problema.

Entonces, el vector de definición de un problema (VDP) puede ser preciso respecto a un falso problema. Ello coloca al planificador o al analista en el umbral de cometer un error de tipo III: resolver bien el problema que no hay que resolver.[16]

El escenario de la situación

En el conjunto lingüístico formado por términos tomados del teatro se encuentra no solamente el de actores sociales, sino también el de escenario. Los actores sociales actúan en un escenario social. Los procesos de formación de médicos, odontólogos, obstetrices y enfermeras constituyen una interrelación técnica, política y administrativa entre actores sociales (individuales y colectivos), que ocurre en uno o varios escenarios si tomamos en cuenta los espacios singular, particular y general.

Para continuar identificando nudos críticos, es necesario entonces ver el escenario de la situación, el contexto donde se ubican los actores sociales produciendo hechos, actuando, desarrollando el proceso de formación, que podemos definir en su unidad mínima[17] como la relación configurada por el encuentro de las escuelas/facultades (formadores organizados) y los que están en formación (alumnos).

[16] Mitroff, I. (2000) *Cómo pensar con claridad. Descubra la ventaja competitiva de identificar los verdaderos problemas, plantearlos debidamente y aplicar soluciones apropiadas*. Ed. Norma, Bogotá.

[17] Esta figura es un artefacto útil para el análisis, más no el reflejo de una concepción atomista.

Denominamos "escenario de la situación" a:

> *"el contexto externo con el cual interactúa la situación. Para una situación determinada, el escenario de la situación es el contexto externo en el cual se inscribe y con el cual interactúa con diversos tipos de relaciones. Los límites entre la situación y su escenario son relativos a la situación y propósitos del actor".*[18]

La formación de médicos, enfermeras, obstetrices y odontólogos tiene lugar en un escenario nacional que muestra importantes diferencias respecto a los de las décadas inmediatamente anteriores. Es posible identificar tres momentos: a) hasta poco después de iniciado los noventa, un vida política caracterizada por gobiernos clientelistas débiles que concretaban una democracia representativa permanentemente en jaque por un terrorismo político–militar de alcance nacional y sumamente letal; b) un segundo momento con un gobierno elegido democráticamente que devino en una "dictadura blanda" y que alteró las reglas sociales, políticas y económicas según su conveniencia, para concentrar todos los poderes del Estado y enriquecerse ilícitamente; y c) desde el 2001, el momento político actual en el cual existe independencia de poderes dentro del Estado, pero aunque éstos se han constituido legalmente, tienen un alto grado de ilegitimidad. Por otro lado, hay en el país una escasa gobernabilidad, la fragmentación política es evidente, así como la incapacidad de los políticos y sus organizaciones para ver más allá de sus propios intereses. Actualmente, las mayores expectativas de cambio giran alrededor de un tímido proceso de descentralización político–administrativa del aparato estatal.

En el nivel económico se han procesado también grandes cambios. Hacia el final de la década de los ochenta colapsó la intención de lograr el desarrollo económico mediante el modelo de sustitución de importaciones e implementación de un Estado de bienestar, llegándose a una hiperinflación nunca antes vista, con niveles de pobreza que superaron largamente el 50 % de la población y la exclusión del país de los circuitos económico–financieros mundiales por negarse a pagar la deuda externa. Desde el inicio de la década de los noventa y hasta el momento, se ha instalado en el país —prácticamente sin alternativa a la vista— el modelo neoliberal, que ha resultado en una situación con indicadores macroeconómicos estables, en la reinserción económica del país en el mundo, en un crecimiento económico temporalmente irregular que no se refleja en la creación de puestos de trabajo y que tampoco ha servido para superar los altos niveles de pobreza económica.

Respecto a lo sociocultural, a diferencia de los campos político y económico, la dinámica ha sido más uniforme: sigue creciendo la fragmentación, la exclusión y la anomia social.

En el cambiante escenario nacional brevemente descrito, la situación de la formación de pregrado en Medicina, Enfermería y Obstetricia también ha variado en gran medida, debido a la acentuación de dinámicas que estaban en marcha, y por la aparición de otras que resultan nuevas en el país. En breve, se puede afirmar que en los últimos tres lustros:

a) Se ha neoliberalizado la educación universitaria pudiendo ser un área de actuación para la obtención de lucro.
b) El número de instituciones formadoras ha aumentado considerablemente, así como el número de los formados y en formación.

[18] Matus, C. (1987) *Política, Planificación y Gobierno.* Ed. OPS/OMS. *Washington*, D.C., p. 750.

c) El proceso de formación y, por tanto, la calidad de los productos no ha mejorado sustancialmente, incluso hay quienes no dudan en afirmar que ha empeorado.
d) La competencia entre las universidades ha alcanzado niveles nunca antes vistos, con importantes consecuencias negativas para el proceso de formación en Enfermería, Obstetricia, Odontología y Medicina.
e) El Estado ha mostrado una pobre capacidad (o interés) de regular lo que ocurre en el mercado educacional universitario.

Desde la planificación estratégica corporativa, tan en boga en los últimos tiempos en el campo de la salud y en el de la educación, se podría recusar que el escenario descrito sea el macroescenario de la situación, y que corresponde trabajar más con el escenario inmediato: la situación de salud en el país.

Esto es precisamente lo que no ha ocurrido. Las dinámicas cuantitativa y cualitativa de la formación en Medicina, Odontología, Obstetricia y Enfermería no están siendo determinadas por la interrelación con las fuerzas del campo sanitario que son las que deberían constituir su escenario inmediato. De hecho, éste **es el nudo crítico en la formación** en las carreras profesionales que interesan en esta consultoría.

¿Por qué ahora se califica la descontextualización de la formación de profesionales de la salud respecto a la situación sanitaria, actual y potencial, como "el" y no como un nudo crítico más?

La situación de la formación de recursos humanos profesionales en Medicina, Odontología, Enfermería y Obstetricia puede ser considerada, desde el punto de vista del IDREH, como un macroproblema. Esto es, un problema genoestructural, que cruza varios ámbitos del sistema social (político, económico, organizativos, administrativos, de relaciones internacionales y, evidentemente, educativos y de salud) y que, además, es un macroproblema nacional que afecta a todo el país y toda la población. De allí la pertinencia de ser trabajados por el IDREH, dada su misión de ámbito nacional.

La brecha negativa entre el perfil de competencias de los profesionales formados y las necesidades de atención sanitaria en Medicina, Enfermería, Odontología y Obstetricia es la caracterización del macroproblema que debe precisarse y ello constituirá el explicado del problema. El otro elemento, el explicando, constituye una red de relaciones de determinación y condicionamiento, la cual no debe ser confundida con una red de relaciones causales como se usa en la epidemiología tradicional. Veamos esto con mayor detalle, dada su importancia frente al tema de los nudos críticos.

Causas y explicaciones, redes y nudos

En una primera aproximación debe tenerse en cuenta que el concepto de nudo crítico corresponde a un tópico científico y filosófico conocido como la causación. Enseguida desarrollamos, en forma resumida, las principales posiciones actuales sobre la causación, tomando puntos de reflexión pertenecientes al campo de la formación de los recursos humanos profesionales en salud.

Causas y explicaciones

Para intervenir sobre los fenómenos o hechos sociales que se presentan en la formación de recursos humanos, la situación ideal sería aquella en la cual se conoce fehacientemente cuál es la causa del fenómeno que se quiere intervenir. Si bien el conocimiento de las causas de los diversos fenómenos no deseados, como por ejemplo una brecha entre la cantidad o calidad de médicos, enfermeras, obstetrices y odontólogos que se necesitan y producen, es importante no solo para su prevención sino también para el diagnóstico y la aplicación del tratamiento adecuado, esperar la mencionada situación ideal sería una ilusión racionalista. El concepto de *causa* ha sido y es motivo de muchas controversias.

El concepto de causa, en la ciencia moderna, se origina operacionalmente en el tercer precepto que postuló René Descartes (1596-1650), cuando en su famosa obra, E*l Discurso del Método*, dice:

> *"El tercero, conducir ordenadamente mis pensamientos, empezando por los objetos más simples y más fáciles de conocer, para ir ascendiendo poco a poco, gradualmente, hasta el conocimiento de los más compuestos, e incluso suponiendo un orden entre los que no se preceden naturalmente."*

Otros fundamentales antecedentes son los principios asociativos del plano fenoménico que desarrolló Hume (1711-1776) —semejanza, contigüidad y causalidad— y su concepción acerca de los principios de relaciones factuales —contigüidad, prioridad y conjunción— (Breilh, 1995).

El concepto de causalidad en el estudio de los procesos de salud–enfermedad ha seguido un itinerario influenciado ampliamente por los grandes y exitosos eventos científicos, entre los cuales destaca nítidamente el descubrimiento del papel de los microorganismos en las enfermedades infecciosas y que llevaron a las reglas establecidas por Koch para aceptar si un determinado microorganismo es el causante de una enfermedad. Aunque de la monocausalidad de Koch se pasó, en salud, a la multicausalidad, subyace en ambas formas el mismo concepto de causación.

Dada la notable intervención de los profesionales de las ciencias de la salud, no debe extrañar que los enfoques de causación hegemónicos en salud se hayan trasladado al campo de la formación escolarizada de estos profesionales; aunque no es un modelo propio de la enseñanza de estas ciencias, en esta área se desarrolló con amplitud y profundidad. El modelo causalista, mono o multicausal, está en la base del modelo educativo tecnológico–positivista o conductista que:

> *"concibe a la enseñanza como una actividad regulable, que consiste en programar, realizar y evaluar, y como tal consiste en una actividad técnica bajo los parámetros de control y realización científica*. (…) [Este modelo tiene una concepción curricular que] *se concreta en un documento en forma de plan de aprendizaje, que como planificación de la instrucción, incluye con precisión y detalle objetivos, contenidos, actividades y estrategias de evaluación*. E*s una planificación racional para la intervención didáctica."*[19]

[19] Román, M. y Diez, E. (2000). *Aprendizaje y curriculum. Diseños curriculares aplicados*. Ed. Novedades Educativas. Sexta edición. Buenos Aires.

En este modelo conductista se postula que el aprendizaje se consigue por asociación de elementos o partes que posteriormente constituirán un todo. Este es el concepto que en salud corresponde a la multifactorialidad o multicausalidad que tiene su expresión más lograda en el modelo "causa componente suficiente" de Rothman, que es el modelo de investigación epidemiológica hegemónico actualmente.

A modo de digresión, llama poderosamente la atención que a pesar de que muchos investigadores han alertado con claridad que la presencia de una correlación no supone una relación de causalidad, los profesionales de la salud, y mucho más los otros pobladores, toman a los factores de riesgo como causas (Gardner, 2000).

Poco después de la aceptación prácticamente universal del modelo determinista de causación (mono o multicausal), se encontró que en la mayoría de las enfermedades, infecciosas como no infecciosas, tales postulados no son adecuados para establecer una relación de causalidad Beaglehole, 1994).

Un camino similar se ha transitado en la formación profesional de las ciencias de la salud. En las décadas de los años setenta y ochenta, algo tardíamente respecto a otros países, el conductivismo fue la tendencia hegemónica en el diseño curricular de las facultades y escuelas profesionales de las ciencias de la salud. De allí se pasó al modelo academicista que está centrado en los contenidos como forma de saber y formas de hacer (*know how*). Estos contenidos se organizan en asignaturas cuya interiorización es el objetivo esencial del aprendizaje. El prototipo de egresado que se busca es el "hombre culto", que conoce conceptos, hipótesis, teorías, leyes, sistemas conceptuales, principios, etc. que se adquieren mediante actividades que conforman el currículum explícito. El punto más alto de esta propuesta es el modelo "Aprender a aprender" (aprender a aprender cómo saber y cómo hacer). Actualmente, al igual que en otras carreras, se está trabajando la incorporación del modelo de competencias profesionales en la formación en salud; en muchos casos creyendo que es un modelo diametralmente diferente a los anteriores. En realidad, bajo el término enfoque de competencias profesionales existen diferentes y múltiples perspectivas de qué son las competencias. Las facultades y escuelas de Medicina (inclusive el Colegio Médico del Perú) han optado generalmente por uno de los dos siguientes enfoques: a) análisis ocupacional, y b) análisis funcional. Ambos son versiones que mezclan elementos provenientes del conductismo —incluso en su dura versión tayloriana— y del academicismo.

Los planes de estudio de las facultades y escuelas profesionales analizadas muestran un **pobre manejo de las teorías educacionales y su instrumentación en la construcción curricular,** y también de los propios planes de estudio, constituyéndose en un **nudo crítico**.

Análisis y explicación

Explicar el proceso de formación profesional requiere superar el enfoque *causalista*. En ciencia y tecnología, algo se explica solo cuando se revela cómo funciona, cuál es el mecanismo subyacente.

¿Qué es lo que se puede explicar? Según Bunge (1999), en el campo social (colocamos en esta categoría a la salud poblacional y a la educación en ciencias de la salud) existen al menos dos objetos: variables y hechos. Las primeras designan propiedades y los segundos se refieren a sucesos y procesos. "*Una variable se explica cuando se muestra que es una función de otras variables.*" Por el contrario, "*un hecho se explica cuando se demuestra que la proposición que lo representa se deduce lógicamente de una o más generalizaciones concernientes a algún o algunos mecanismos juntamente con uno o más datos.*" Hay tres clases de análisis de una variable social:

a) Un análisis *de abajo hacia arriba* si y solo si representa una propiedad de un todo y se interpreta como función de variables independientes, algunas de las cuales representan rasgos de partes del todo y ninguna encarna rasgos de un todo. Por ejemplo, el perfil educacional de los egresados de un programa de profesionalización es una función del aprendizaje en las diversas asignaturas de su currículo.
b) Un análisis de *arriba hacia abajo* si y solo si la variable representa una propiedad de una parte de un todo y se analiza como una función de variables independientes, algunas de las cuales representan rasgos del todo y ninguna encarna rasgos de ninguna de las partes. Por ejemplo, la tasa de subempleo en los profesionales de la salud ha aumentado en los últimos veinte años en proporción directa a la cantidad de titulados en cada carrera.
c) Un análisis *mixto* (*o micro–macrosociológico*) si y solo si la variable se analiza como una función de variables independientes, algunas de las cuales representan rasgos individuales, otras de sistemas y otras más, posiblemente, de elementos ambientales. Por ejemplo, el volumen de estudiantes de Medicina en las universidades privadas aumentó en la década anterior como producto del aumento de la oferta educacional que incrementó las vacantes, y porque la medicina es una profesión con alto prestigio social.

Por otro lado, la explicación de los hechos puede tipificarse también en tres clases. La primera —de abajo hacia arriba— consiste en explicar un hecho (en nuestro caso, la formación de un grupo profesional o la situación de salud de un grupo social) como resultado de la acción o características de los individuos que lo componen. La segunda, que está a contramano del anterior, consiste en tratar de explicar las características de un individuo o grupo social en términos de las características del o de los grupos o sistemas sociales al que pertenece; es una explicación de arriba hacia abajo. La tercera es la combinación de las dos anteriores.

Es importante recordar que, para ser considerada como tal, la explicación de un hecho requiere que las generalizaciones que se postulen describan algún mecanismo (causal o estocástico, biológico o social, o una combinación cualquiera de tipos puros).

Debido a la evolución ya mencionada del concepto de causalidad, en el campo de los recursos humanos este concepto consiste en encontrar explicaciones de tipo descendente (la estructura social es una noción muy recurrida en estos casos entre los científicos). La aparente virtud de estos tipos de explicación, al igual que de la explicación ascendente, es su simplicidad. El problema no estriba en que una explicación sea simple, sino *simplista*. Esto es, explicar un fenómeno complejo, como el de la salud de un grupo social, a partir de mecanismos simples. Esto ignora la naturaleza sistémica de los grupos y sociedades, así como los constreñimientos y las emergencias que se presentan en los sistemas de todo tipo (Morin, 1997).

Para explicar un hecho social como la situación de los recursos humanos en salud, especialmente en un trabajo dirigido a identificar nudos críticos, necesitamos evitar el micro y el macrorreduccionismo. Requerimos abordar esos complejos hechos sociales que son la formación profesional y la salud (en cualquiera de los espacios tratados anteriormente) a partir de enfoques que puedan dar cuenta de la tarea. En este trabajo se intenta hacerlo a partir del paradigma de la complejidad (Morin, 1994, 1997, 1998) que en buena parte coincide con la propuesta que Bunge (1999) denomina la *regla de análisis y síntesis* y enuncia con las siguientes palabras:

> *"cuando intente explicar un hecho social, (a) evite las explicaciones de tipo ascendente puro, a menos que hagan referencia explícita al contexto social; (b) admita sólo provisoriamente las explicaciones de tipo descendente —en la medida que no suponga que los individuos son pasivamente barridos por oscuras e irresistibles fuerzas sociales—, siempre que impliquen premisas (suficientemente) verdaderas, o al menos plausibles, que describan alguna clase de mecanismos."*

Como ejemplo, quienes estudian las redes sociales ubican a los agentes en una red y a su vez tratan de explicar la emergencia de la estructura social como producto de las elecciones interdependientes de actores constreñidos estructuralmente.

Todo lo anterior, aplicado al campo de la formación profesional en salud, requiere de la multi- y transdisciplinariedad, dado que nos enfrentamos a fenómenos multilaterales y multidimensionales, en los que se cruzan varios niveles de organización. Por tanto, será necesario seguir también la *regla de reducción e integración* enunciada por Bunge (1999) de la siguiente manera:

> *"cuando estudie sistemas de cualquier tipo clase, (a) redúzcalos a sus componentes (en cierto nivel) y la interacción entre éstos, así como entre ellos y los elementos ambientales, pero reconozca y explique la emergencia cada vez que se produzca; y (b) enfoque los sistemas desde todas las perspectivas pertinentes y en todos los niveles relevantes, integrando teorías e incluso campos de investigación cada vez que la unidisciplinariedad demuestre se insuficiente."*

Determinación

Testa sostiene que la determinación es "L*a definición, por un fenómeno, de las condiciones bajo las cuales otro fenómeno puede ser eficaz*", marcando que esta forma de entender la determinación enfatiza la importancia de las condiciones del entorno y, al mismo tiempo, la noción de eficacia destaca su aspecto probabilístico, si se acepta que la eficacia es "*la probabilidad de que un fenómeno produzca consecuencias hasta el máximo de su capacidad potencial*". La determinación entendida como una forma de la causalidad menos "fuerte", no mecánica del tipo *a una causa dada le sigue exactamente el mismo efecto*. Ello se debe a la importancia primordial de las condiciones del entorno, las cuales no se encuentran bajo el control de la causa que se encuentra en acción (Testa M. 1986).

Para Matus, la determinación se refiere al proceso por el cual la producción de un hecho (A), abre el espacio de variedad de lo posible para que se produzca otro hecho (B). Si se produce

o no el hecho B dependerá de la dinámica del campo al cual pertenece B en una realidad concreta.[20]

Podemos afirmar entonces que la formación de un grupo profesional, y en particular la situación concreta de los profesionales de la salud, ocurre dentro de un espacio de variedad de lo posible determinado por una conjunción de procesos económicos, políticos, culturales y tecnológicos.

Redes y nudos

El conocimiento de tales determinantes tiene una larga data en las ciencias de la educación y, sobre todo, en la sociología de las profesiones en muchos países, más no en el nuestro. Esto resulta ser también, aunque recursivamente, un determinante de la ausencia de políticas que regulen la formación de los profesionales de las ciencias de la salud.

El conocimiento sobre las determinantes sociales de la formación profesional es un campo que urge promover desde el IDREH, de manera que pueda construirse una red explicativa de los problemas que le preocupan en tanto órgano rector del desarrollo de recursos humanos del país. Una red explicativa que no se restrinja a señalar las "causas, en última instancia", sino que permita poner en evidencia las mediaciones complejas a través de las cuales actúan las transformaciones del macrocontexto en la génesis y la distribución diferencial de los problemas de la formación de profesionales de la salud. Esto implica construir un flujograma explicativo situacional, el cual permitirá identificar, caracterizar y formular los problemas que constituyen los nudos explicativos y nudos críticos (el Ex2, explicando), y sobre esa base diseñar las políticas que regulen el campo.

Un nudo explicativo de un problema en el flujograma situacional es un "conjunto semántico" que constituye la unidad modular de descripción de un proceso o de hechos en una situación en un espacio determinado. Estos nudos son caracterizaciones que se localizan en las genoestructuras (reglas sociales), en las fenoestructuras (acumulaciones sociales) y en la fenoproducción (flujos y hechos sociales). Cada nudo explicativo es un subproblema en relación al problema.[21] Entonces, el flujograma situacional deviene en un problema que es explicado por otros problemas que se presentan en otros espacios y otros planos, y cuyos resultados lo determinan.

Sin embargo, debemos tener en cuenta que el espacio en el cual se analiza el problema tiene que cumplir dos requisitos:

- Debe corresponder al ámbito de acción de un sujeto o actor social con capacidad política y gerencial sobre el proceso desarrollado en dicho espacio, y

- Debe corresponder a una delimitación del problema de acuerdo a algún criterio de distribución de tareas en las instancias correspondientes.

[20] Matus, C. 1987: 158.
[21] Matus, C. 1987:339

Ambos criterios deben ser cuidadosamente analizados en el IDREH, ya que en ambos casos su participación puede ser cuestionada, tanto en el ámbito de los servicios de salud como en el de las universidades. En ese sentido, la concertación para la construcción de políticas que privilegien la autorregulación como mecanismo debe ser tomada en cuenta con prioridad.

Como es previsible, un nudo debe ser un conjunto semántico preciso, es decir, debe cumplir las siguientes condiciones:

f) Que su expresión cualitativa sea distinguible de otras aproximadas o similares;
g) Que su expresión cuantitativa sea pertinente, significativa y exacta, y
h) Que la articulación de las dos condiciones anteriores otorgue al nudo un sentido desprovisto de ambigüedad.

Entonces, entre los nudos de un problema existen relaciones de determinación y condicionamiento; estas relaciones constituyen los mecanismos subyacentes en el proceso analizado, y evidentemente todos ellos constituyen hipótesis para la formulación de políticas y la planificación.

En resumen, un nudo explicativo de un problema contiene variables cuantitativas y variables lingüísticas que forman parte de la red sistémico–causal que conforma el explicando del flujograma.

Un flujograma situacional o red sistémico–causal está conformado por las relaciones que existen entre los nudos explicativos. El análisis de sensibilidad de los vectores de definición de los problemas (VDP) —vale decir de los nudos explicativos— está dirigido a definir cuánto cambiará (positivamente) el macroproblema ante los cambios en cada problema (nudo). Los nudos explicativos cuyos cambios se calcula que modifican más (siempre en el sentido positivo) los descriptores del VDP del macroproblema, se denominan **nudos críticos**. Es decir, un nudo crítico es un subproblema derivado del problema explicado, que en el flujograma se representa como un nudo cuyo cambio cuantitativo o cualitativo origina una alteración significativa de las características del vector de definición del problema explicado. El VDP es altamente sensible a los cambios del nudo crítico.

Hasta aquí es evidente que esta consultoría tiene limitaciones estructurales (fue diseñada para estudiar solo los aspectos cuantitativos en la formación de médicos, enfermeras, obstetrices y odontólogos) para identificar a plenitud los nudos críticos, lo que equivale a tener el dimensionamiento de un problema no caracterizado. Sin embargo, para aportar al IDREH se ha avanzado tomando diversos elementos trabajados independientemente por el consultor, con el fin de realizar una primera aproximación sistemática para la identificación de los nudos críticos que ahora se presentan en este documento. Es obvio que la sugerencia consiste en llevar adelante un esfuerzo de investigación sistemática y de suficiente envergadura para comprender el macroproblema de la formación profesional de pregrado en Medicina, Enfermería, Obstetricia y Odontología.

Los resultados de dicho trabajo constituirían una base firme para avanzar en el cálculo de la viabilidad para la regulación del proceso que es objeto de este trabajo.

Relación sistema de salud y sistema de formación de profesionales de salud

El sector salud está altamente fragmentado en el país, aunque desde hace aproximadamente dos años y medio se realizan nuevamente esfuerzos por construir un sistema de salud, esta vez mediante el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS), creado por Ley N.° 27813 de agosto del 2002. Aunque no es materia de este documento el análisis exhaustivo de la conformación del SNCDS, se presenta un breve resumen debido a nuestra afirmación de que los problemas de recursos humanos en salud en un país corresponden a los del sistema de salud que los contiene.

Puede mostrarse con relativa facilidad que el SNCD no es descentralizado. No ha ocurrido ni se encuentra en proceso un empoderamiento de las direcciones regionales de salud con respecto a la administración central del Ministerio de Salud. Prueba de ello es el Reglamento de Organización y Funciones de las Direcciones de Salud y de las Direcciones de Red de Salud (Resolución Ministerial N.º 573-2003-SA/DM) que norma que todas las Direcciones de Salud, a nivel nacional, deberán elaborar sus respectivos Reglamentos de Organización y Funciones. El objetivo de este reglamento es "*Establecer la organización estandarizada de las Direcciones de Salud a nivel nacional, normando su naturaleza, visión, misión y objetivos estratégicos, sus objetivos funcionales generales, estructura orgánica y objetivos funcionales de sus unidades orgánicas, así como sus relaciones, régimen laboral, régimen económico y las disposiciones pertinentes*". Se reafirma en este reglamento la naturaleza de órganos descentralizados de las direcciones regionales de salud.

El SNCDS no puede mostrarse como coordinado horizontalmente —dentro de cada ámbito regional o local— dado que el discurso y la práctica de la competencia por la demanda poblacional de prestaciones de salud sigue siendo el aspecto hegemónico; y tampoco se encuentra coordinado verticalmente pues no existen ejes que permitan el trabajo coordinado para la formulación de políticas, la planificación, ejecución y evaluación estratégica y operativa que atraviesen lo local, lo regional y lo nacional, con tránsito en doble sentido.

Más aún, no es claro que el SNCDS funcione o pretenda funcionar realmente como un sistema social, entendido éste como un conjunto de elementos interrelacionados y que tienen un fin común. Basta mirar las relaciones que existen (o cuál es la mutua influencia) entre los servicios del Ministerio de Salud, los de otros prestadores de servicios de salud, los de las universidades y los de las municipalidades para cuestionarse sobre cuán poco refleja la situación real el término sistema.

En este contexto, el SNCDS no es sino una cuestión fenoménica y no estructural con relación a la atención de salud, y más aún en lo que nos interesa al escribir este documento; el SNCDS no tiene incidencia alguna sobre la formación de los recursos humanos profesionales en salud.

Finalmente, el SNCDS busca constituirse como un agente sanitario, pero funciona más bien como un escenario de lucha por el poder político, administrativo y técnico en el sector salud. Una muestra de ello es la hegemonía de la corporación médica en las diferentes instancias; ella obedece a su peso relativo en el modelo de atención de salud de nuestro país, el cual —más allá de calificarse como integral— sigue siendo médico–hegemónico y centrohospitalario, y flexeriano. Este es uno de los nudos críticos, no sólo en lo cualitativo sino en lo cuantitativo.

¿Cuántos profesionales están preparados o se requieren preparar para que el modelo de atención integral de salud (MAIS) tenga la suficiente amplitud y fortaleza para ser hegemónico? La respuesta, al menos por ahora, no debe aludir a un trabajo en equipo de los profesionales de salud; éstos son prácticamente inexistentes para la atención de salud más allá de la experiencia de los actos quirúrgicos y otros pocos más.

Finalmente, la dinámica al menos cuantitativa de la formación en Medicina, Odontología, Obstetricia y Medicina no ha sido determinada por, y en, interrelación con las fuerzas de campo sanitario que son las que deberían constituir su escenario inmediato, esto es, no está contextualizada con relación a la problemática sanitaria. La dimensión cuantitativa de disponibilidad, en general, y de la formación, en particular, de los recursos humanos profesionales en salud no puede analizarse fuera de su contexto. En realidad, no existen problemas cuantitativos de recursos humanos en salud en sí mismos, sino en relación con el sistema de salud que los contiene, por eso, el establecimiento de metas cuantitativas rígidas y precisas se dificulta por la acción de diversos factores entre los que destacan: la estructura de los servicios de salud, las políticas de salud, los planes de salud, el modelo de atención de salud, las características de la población, etc. La regulación y la construcción de sistemas de formación de profesionales de la salud verdaderamente articulados es una necesidad; para ello debe vulnerarse el punto critico de la concurrencia de un no–sistema de salud con el no–sistema de la formación de los profesionales de salud.

César Lip Lichan

OFERTA DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA HUMANA (ÉNFASIS EN MEDICINA INTEGRAL), ENFERMERÍA, OBSTETRICIA Y ODONTOLOGÍA

Índice

Objetivos del estudio 223
Metodología, técnicas y actividades realizadas 223
Resultados 224

1ª PARTE

Capítulo I
Aspectos cuantitativos de la oferta para la formación de especialistas en Medicina Humana (énfasis en Medicina Integral), Enfermería, Obstetricia y Odontología 227
Capítulo II
Planes de estudio de la formación en especialidades de Medicina, Enfermería y Odontología 253
Capitulo III
Asignación de campos clínicos en la formación de especialidades en Medicina, Enfermería, Obstetricia y Odontología 271

2ª PARTE

Capítulo I
Nudos críticos de la formación en especialidades de Medicina, Enfermería y Odontología 275
Referencias 285

Objetivos del estudio

Objetivo general

Señalar la oferta y los nudos críticos en la formación de especialistas en Medicina (énfasis en Medicina Integral), Enfermería, Obstetricia y Odontología en el país.

Objetivos específicos

1. Determinar las características cuantitativas de la formación de especialistas en Medicina (énfasis en Medicina Integral), Enfermería, Obstetricia y Odontología, según tipo de entidad formadora y ámbito geográfico.
2. Identificar y evaluar la racionalidad de la asignación de los campos clínicos en la formación en las especialidades arriba mencionadas.
3. Identificar la presencia de temas de especial interés para el Ministerio de Salud en los planes de estudio de Medicina (énfasis en Medicina Integral), Enfermería, Obstetricia y Odontología.
4. Identificar los nudos críticos en la formación de especialistas médicos (énfasis en Medicina Integral), enfermeras, obstetrices y odontólogos, estableciendo los temas que son regulados por el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH) y Ministerio de Salud (MINSA)

Metodología, técnicas y actividades realizadas

Las metodologías y técnicas aplicadas, así como las actividades realizadas y algunas de sus características, serán descritas en cada una de las partes que conforman este informe. La descripción minuciosa de las actividades está orientada únicamente para servir de insumo para la formulación de una propuesta.

Resultados

Los resultados de la investigación se presentarán siguiendo el orden establecido en los objetivos específicos. Así la primera parte consta de tres capítulos que responden a los primeros objetivos específicos. La segunda parte corresponderá al cuarto objetivo específico.

OFERTA DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA HUMANA (ÉNFASIS EN MEDICINA INTEGRAL), ENFERMERÍA, OBSTETRICIA Y ODONTOLOGÍA

1ª PARTE

Capítulo 1

ASPECTOS CUANTITATIVOS DE LA OFERTA PARA LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA HUMANA (ÉNFASIS EN MEDICINA INTEGRAL), ENFERMERÍA, OBSTETRICIA Y ODONTOLOGÍA

En esta sección se describen las características generales de las instituciones formadoras de especialistas en Medicina (énfasis en Medicina Integral), Enfermería, Obstetricia y Odontología. Las universidades que ofertan programas de segunda especialización en Medicina, Enfermería, Obstetricia y Odontología, al finalizar el año 2004, son:

Tabla 1 Número y afiliación de las universidades que ofertan segunda especialización

	Carreras				Total
Datos generales	**Medicina**	**Enfermería**	**Obstetricia**	**Odontología**	
- Universidades nacionales	7	6	0	1	14
- Universidades privadas	3	4	0	1	8
Total	10	10	0	2	22

Los datos de los programas de segunda especialización se presentarán y analizarán utilizando los criterios que se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2 Criterios de análisis de características de formación en programas de segunda especialización (modalidad escolarizada)

Carreras	Aspectos	Componentes
Medicina Enfermería Obstetricia Odontología	a. Unidad/Sección/ Dirección o equivalente de postgrado	1. Número de universidades que ofertan programas de segunda especialización 2. Afiliación de las programas de formación en segunda especialidad según tipo de propiedad de la universidad
	b. Alumnos	1. Datos demográficos · Número de vacantes · Número de ingresantes · Número de matriculados · Número de egresados · Número de titulados
		2. Relaciones numéricas · Vacantes/ingresantes, por especialidad, por tipo de propiedad de la universidad y por región. · Egresados/titulados, por especialidad, por tipo de propiedad de la universidad y por región.

1. Medicina Humana

1.1 Segunda especialidad en Medicina: Residentado Médico

En Medicina existen dos tipos de programas educativos de postgrado, los orientados al campo académico como Maestrías y Doctorados y los orientados al campo profesional. Estos últimos tienen como función mejorar las competencias (conocimientos, habilidades y destrezas) profesionales para intervenir en la atención individual de salud, y comprenden los estudios de educación continua o permanente (usualmente cursos o pasantías de corta duración) y los conducentes al título de especialista médico: Residencia Médica. Este último caso es tratado en la Ley Universitaria N.º 23733 como "postgrado profesional" o segunda especialización.

La formación escolarizada universitaria de médicos especialistas se inició en el país en el año 1973, en los hospitales con programas diseñados por las universidades, basados en la práctica profesional, con tutoría por médicos especialistas en servicios de la especialidad, y cursos de postgrado. En 1988 se aprueban las normas básicas del Sistema Nacional de Residentado Médico.

El Sistema Nacional de Residentado Médico fue creado por D.S. N.º 055–75–SA, y normado por los D.S. N.º 008–88–SA y R.S. N.º 009–88–SA, a través de las cuales se regula la formación

de especialistas, mediante la modalidad de Residentado Médico, en las facultades de Medicina de las universidades del país.

El Comité Nacional de Residentado Médico (CONAREME) fue creado por Decreto Supremo como ente máximo coordinador del sistema, que está compuesto por: un representante de cada una de las seis instituciones prestadoras de servicios de salud: MINSA, EsSalud, Sanidad Naval, Sanidad Militar, Sanidad FAP y Sanidad PNP (llamadas sedes docentes por los directores de las escuelas, secciones o unidades de postgrado 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 ASPEFAM. La presidencia del CONAREME es ejercida anualmente en forma alterna, por las dos últimas autoridades mencionadas. Entre sus funciones se incluyen establecer normas básicas de calificación de servicios y programas de residentado, evaluar cada dos años y acreditar a los establecimientos de salud donde se desarrollan programas de residentado, y evaluar permanentemente el sistema y a cada uno de sus programas específicos, formulando recomendaciones para su perfeccionamiento.

El CONAREME ha desarrollado el Reglamento del Sistema Nacional de Residentado Médico, cuya nueva versión fue aprobada en noviembre del 2004. Los principales puntos de este reglamento son:

- Los requisitos mínimos que debe cumplir el postulante.
- Normalización del concurso público, que se realizará una vez al año, y en forma simultánea en todas las facultades según cronograma calendario determinado por CONAREME. Las facultades o escuelas de Medicina instrumentan el proceso de admisión.
- El inscrito solo puede postular a una facultad de Medicina o universidad por concurso. Finalizado el examen escrito, y obtenidos los resultados y el promedio, se publican los resultados finales en papel y en la web, dando por concluido el proceso de selección.
- Después del concurso, las actas y el cuadro de méritos indican las vacantes según estricto orden de mérito, y no se podrá hacer cambios de modalidad, especialidad ni sede docente.
- La modalidad es responsabilidad exclusiva del postulante.
- Determinación de los criterios de calificación y ponderación: 80 % examen, 14 % promedio ponderado, 0,4 % orden de mérito, 2 % nota de internado. El examen consta de 100 preguntas y para las subespecialidades es un examen diferenciado de 50 preguntas. Los temas que se evaluarán son: Ciencias Básicas y Salud Pública (10 % cada una), Medicina, Cirugía, Gineco–Obstetricia y Pediatría (20 % cada una). El puntaje mínimo aprobatorio son 60 puntos.
- Definición de los médicos residentes como profesionales que están realizando estudios universitarios de segunda especialización en Medicina (postgrado), los cuales se realizan bajo la modalidad de docencia en servicio en las instituciones autorizadas por el CONAREME como sedes del Residentado Médico.
- Se señalan los deberes y derechos de los residentes.
- Se indica que el aumento o disminución de plazas ofertadas debe guardar proporcionalidad según los antecedentes históricos.

A partir del 2001 se aprobaron los estándares mínimos de la formación de los especialistas, de inclusión obligatoria en los programas de cada una de las especialidades que se dictan actualmente en el sistema. Los estándares institucionales fueron aprobados el año 2004 y las normas y procedimientos de acreditación de programas en el 2005.

1.2 Programas de formación de especialistas en Medicina

La información sobre las especialidades de Medicina fue obtenida del Consejo Nacional de Residentado Médico (CONAREME), el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH), el Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud y las universidades que ofrecen programas de formación de especialistas.

Según los responsables del CONAREME, las escuelas de postgrado de las universidades que ofertan las especialidades médicas envían los datos de vacantes e ingresantes de manera discontinua e incluso incompleta.

Al finalizar el 2004, eran 10 las universidades que ofrecían la segunda especialización en Medicina (Residentado Médico). Sus nombres y distribución según región y universidad se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3 Distribución de universidades que ofrecen el programa de Residentado Médico según tipo de propiedad de la universidad

UNIVERSIDAD	SIGLAS	TIPO	DEPARTAMENTO
1. U. de San Martín de Porres	USMP	PRIVADA	LIMA
2. U. Nacional Federico Villarreal	UNFV	NACIONAL	LIMA
3. U. Nacional Mayor de San Marcos	UNMSM	NACIONAL	LIMA
4. U. Peruana Cayetano Heredia	UPCH	PRIVADA	LIMA
5. U. Nacional de Trujillo	UNT	NACIONAL	LA LIBERTAD
6. U. Nacional Pedro Ruiz Gallo	UNPRG	NACIONAL	LAMBAYEQUE
7. U. Nacional de San Agustín	UNSA	NACIONAL	AREQUIPA
8. U. Católica de Santa María	UCSM	PRIVADA	AREQUIPA
9. U. Nacional San Antonio Abad	UNSAAC	NACIONAL	CUZCO
10. U. Nacional San Luis Gonzaga de Ica	UNSLG	NACIONAL	ICA

Tabla 4 Distribución de universidades que ofrecen el programa de Residentado Médico según región

REGIÓN	DEPARTAMENTO	TIPO	UNIVERSIDAD
LIMA	LIMA	PRIVADA	1. U. de San Martín de Porres
	LIMA	NACIONAL	2. U. Nacional Federico Villarreal
	LIMA	NACIONAL	3. U. Nacional Mayor de San Marcos
	LIMA	PRIVADA	4. U. Peruana Cayetano Heredia
NORTE	LA LIBERTAD	NACIONAL	5. U. Nacional de Trujillo
	LAMBAYEQUE	NACIONAL	6. U. Nacional Pedro Ruiz Gallo
SUR	AREQUIPA	NACIONAL	7. U. Nacional San Agustín
	AREQUIPA	PRIVADA	8. U. Católica Santa María
	CUZCO	NACIONAL	9. U. Nacional San Antonio Abad
	ICA	NACIONAL	10. U. Nacional San Luis Gonzaga de Ica

1.3 Vacantes

En los cuadros siguientes, se puede revisar la información sobre las variables universitarias de la oferta de formación de Residentado Médico.

La información sobre las vacantes ofertadas para el Residentado Médico en el periodo 2000–2004 es consignada por el Consejo Nacional de Residentado Médico (CONAREME) de manera detallada a partir de la compilación de las plazas vacantes ofertadas por las universidades que ofrecen estos programas de formación.

Debido a la dificultad en la recopilación y el archivo de los datos por parte del CONAREME, se cuenta con la siguiente información detallada:

- MINSA: años 2000–2004
- EsSalud: años 2000–2004
- Sanidad FFAA: años 2002–2004
- Privado: años 2001–2004

Para desarrollar un estudio analítico, detallado y a la vez compilatorio, se propuso la siguiente clasificación de las especialidades médicas ofertadas en el territorio nacional:

I. *Especialidades básicas*

Formación de profesionales médicos como especialistas, bajo la modalidad escolarizada, en las cuatro grandes ramas de la medicina humana: Medicina Interna, Pediatría, Cirugía y Gineco-Obstetricia, que son consideradas como especialidades básicas. Estos estudios se prolongan durante tres años académicos.

BÁSICOS	
1	Medicina Interna
2	Pediatría General
3	Cirugía General
4	Gineco-Obstetricia

II. *Especialidades específicas*

Formación de profesionales médicos como especialistas, bajo la modalidad escolarizada, en áreas derivadas de las ramas de las especialidades básicas. Se denominan especialidades específicas. Estos estudios tienen una duración de tres a cuatro años académicos.

	MEDICINA
1	Cardiología
2	Dermatología
3	Endocrinología
4	Enfermedades Infecto-Contagiosas y Tropicales
5	Gastroenterología
6	Genética
7	Geriatría
8	Hematología Clínica
9	Inmunología y Alergia
10	Inmunoreumatología
11	Medicina de Emergencia y Desastres
12	Medicina de Infectología
13	Medicina Intensiva
14	Medicina Legal
15	Medicina Nuclear
16	Neumología
17	Nefrología
18	Neurología
19	Oncología Médica
20	Psiquiatría
21	Reumatología
22	Medicina del Deporte

	PEDIATRÍA
1	Neonatología
2	Oncología Pediátrica
3	Psiquiatría Infantil

	CIRUGÍA
1	Anestesiología
2	Anestesiología Obstétrica
3	Anestesiología Cardiovascular
4	Cirugía de Cabeza y Cuello
5	Cirugía de Cabeza y Cuello Oncológico
6	Cirugía de Tórax y Cardiovascular
7	Cirugía Onco Abdominal
8	Cirugía Onco de Mamas, Tejidos Blandos y Piel
9	Cirugía Oncológica
10	Cirugía Pediátrica
11	Cirugía Plástica
12	Neurocirugía
13	Oftalmología
14	Oftalmología Oncológica
15	Ortopedia y Traumatología
16	Otorrinolaringología
17	Urología
18	Urología Oncológica

	GINECO–OBSTETRICIA
1	Ginecología de la Niña y Adolescente
2	Ginecología Oncológica

III. *Ayuda al diagnóstico y tratamiento*

Formación de profesionales médicos como especialistas, bajo la modalidad escolarizada, en las áreas de las especialidades que se orientan a proporcionar conocimientos y habilidades para la ayuda en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Los estudios duran tres años académicos.

1	Anatomía Patológica
2	Medicina Física y Rehabilitación
3	Patología Clínica
4	Patología Oncológica
5	Radiología
6	Radioterapia

IV. *Salud pública*

Formación de profesionales médicos como especialistas en las áreas de las especialidades que se orientan a proporcionar conocimientos y habilidades para enfrentar problemas de salud pública y enfermedades prevalentes en salud individual. Los estudios tienen una duración de tres años académicos.

1	Administración de Salud
2	Medicina General Integral o Medicina Familiar
3	Medicina Ocupacional y del Medio Ambiente
4	Medicina del Adolescente (Adolescentología)

V. *Subespecialidades*

Formación de profesionales médicos como subespecialistas, teniendo certificación en alguna de las especialidades básicas, específicas o de ayuda al diagnóstico y tratamiento. Los cursos se prolongan durante dos años académicos.

1	Cardiología Pediátrica
2	Cuidados Intensivos en Pediatría
3	Dermatología Pediátrica
4	Endocrinología Pediátrica
5	Gastroenterología Pediátrica
6	Infectología Pediátrica
7	Neumología Pediátrica
8	Nefrología Pediátrica
9	Neurocirugía Pediátrica
10	Neurología Pediátrica
11	Urología Pediátrica

Las especialidades médicas ofertadas han ido aumentando en número y especificidad. Durante el periodo estudiado se ofertaron en promedio 60 especialidades y 11 subespecialidades.

En el caso de las vacantes ofertadas por las universidades se observa lo siguiente:

Tabla 5 Distribución de vacantes según universidades que ofrecen el programa de Residentado Médico

UNIVERSIDAD	2004		2003		2002		2001		2000	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
UNMSM	383	40,6	437	39,5	438	40,6	425	45,0	333	45,6
UNFV	176	18,7	231	20,9	219	20,3	168	17,8	138	18,9
USMP	109	11,6	114	10,3	108	10,0	49	5,2	66	9,0
UPCH	114	12,1	145	13,1	158	14,6	148	15,7	77	10,5
UNT	51	5,4	48	4,3	47	4,4	46	4,9	38	5,2
UNAS	53	5,6	60	5,4	42	3,9	44	4,7	33	4,5
UNPRG	15	1,6	28	2,5	32	3,0	31	3,3	20	2,7
UCSM	4	0,4	8	0,7	5	0,5	6	0,6	1	0,1
UNSLG	19	2,0	24	2,2	22	2,0	24	2,5	19	2,6
UNSAAC	19	2,0	12	1,1	8	0,7	4	0,4	6	0,8
TOTAL	943	100,0	1107	100,0	1079,0	100,0	945	100,0	731	100,0

Fuente: Base de datos proporcionada por CONAREME.

- Entre el año 2000 y 2004 las universidades han aumentado a 212 las vacantes ofertadas (equivalente a 25 %) para el estudio del residentado médico a nivel nacional. Las principales variaciones que se observan son:

  - La Universidad Nacional Mayor de San Marcos muestra una variación de 50 vacantes (crecimiento de 13 %). En general se observa crecimiento con una meseta y luego una disminución hasta casi el nivel inicial del periodo.
  - La Universidad Nacional Federico Villarreal muestra una variación de 38 vacantes (crecimiento de 22 %). En los primeros años muestra un crecimiento sostenido, seguido de una disminución en el año 2004.
  - La Universidad de San Martín de Porres muestra una variación de 43 vacantes (crecimiento de 39 %). En el inicio del periodo disminuyó su oferta, aunque luego mantuvo una tendencia creciente hasta el año 2004.
  - La Universidad Peruana Cayetano Heredia muestra una variación de 37 vacantes (crecimiento de 35 %). En los primeros años mantuvo una tendencia creciente y a partir del 2003 disminuyó su oferta.
  - La Universidad Nacional de Trujillo muestra una variación de 13 vacantes (crecimiento de 26 %). En todo el periodo mantiene una tendencia de oferta creciente.
  - La Universidad Nacional San Agustín muestra una variación de 20 vacantes (crecimiento de 38 %). En todos los años muestra una tendencia creciente, con pico en el 2003 y disminución en el año 2004.

- La Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo muestra una variación de 5 vacantes (con una disminución de 25 %) entre los años 2000 y 2004. Ha mantenido una tendencia creciente en los primeros años, y una disminución en casi 50 % durante el último año.
- La Universidad Católica Santa María muestra una variación de 3 vacantes (con un crecimiento de cuatro veces el número inicial) entre los años 2000 y 2004. Ha mantenido una tendencia creciente en los primeros años, y una disminución en 50 % durante el último año.
- La Universidad San Luis Gonzaga de Ica muestra un comportamiento estable, con el mismo número de vacantes al inicio y fin del periodo. En general se ha mantenido la proporción de las vacantes ofertadas.
- La Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco muestra una variación de 13 vacantes (crecimiento de tres veces el número inicial). Se observa una disminución inicial y luego un crecimiento sostenido hasta el último año.

- Por tanto, en líneas generales se nota que las universidades del país presentan una tendencia creciente entre los años 2000 y 2004, aunque con las particularidades de cada caso. La mayoría disminuyó considerablemente su oferta en el año 2004.

- Las universidades Nacional de Trujillo, Católica Santa María (Arequipa) y San Antonio Abad (Cusco) muestran una marcada tendencia creciente con respecto a sus similares de provincias e incluso Lima.

La distribución de las vacantes ofertadas por las universidades de Lima y provincias es la siguiente:

***Tabla* 6 Distribución de las vacantes ofertadas por las universidades de Lima y provincias, 2000-2004**

AÑOS	2004		2003		2002		2001		2000	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Lima	785	83,2	911	83,2	891	82,6	769	81,4	601	82,2
Provincias	158	16,8	196	16,8	188	17,4	176	18,6	130	17,8
Total	943	100,0	1107	100,0	1079	100,0	945	100,0	731	100,0

Fuente: Base de datos proporcionada por CONAREME.

- En el 2004 el número de plazas ofertadas muestra una variación de 184 en Lima, y 28 en provincias, lo que constituye 23 % y 17 % de crecimiento con respecto al año 2000.

- Además, la mayor cantidad de vacantes ofertadas proviene de las universidades de Lima, superando 80 % de las plazas. Esto a pesar de que seis universidades en provincias y

cuatro en Lima ofrecen el residentado médico. Sin embargo, dado que Lima concentra la mayor cantidad de sedes docentes para la realización de la actividad clínica indispensable en la especialización médica, el crecimiento de la oferta (y por ende la mayor especialización de médicos) corresponde a esta ciudad.

En el caso de las plazas a nivel nacional se observa que:

***Tabla 7 Distribución de plazas ofertadas según subsectores*, 2000-2004**

INSTITUCIÓN	2004		2003		2002		2001		2000	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
MINSA	583	61,8	592	53,5	531	49,2	584	61,8	381	52,1
EsSALUD	193	20,5	340	30,7	337	31,2	350	37,0	350	47,9
SANIDAD FF. AA.	156	16,5	163	14,7	189	17,5	0	0,0	0	0,0
PRIVADO	11	1,2	12	1,1	22	2,0	11	1,2	0	0,0
TOTAL	943	100,0	1107	100,0	1079	100,0	945	100,0	731	100,0

Fuente: Base de datos proporcionada por CONAREME.

- A lo largo del periodo 2000-2004 se han ofertado 2671 vacantes en el MINSA, 1570 en EsSalud, 508 en las sanidades de las Fuerzas Armadas y 56 en los otros campos clínicos (o financiados por instituciones privadas), haciendo un total de 4805 vacantes. El proceso de admisión 2004 se realizó con una fuerte disminución de vacantes, debido a que Essalud redujo el 50 % de su oferta por motivos presupuestarios entre otros.

- De estos totales, entre los años 2000 y 2004, el MINSA y EsSALUD fueron los principales ofertantes de plazas vacantes. El MINSA aumentó su oferta, pasando de ofertar 52 % a 60% de las vacantes, en tanto que EsSalud la disminuyó considerablemente, pasando de ofertar 48 % a 20 % de las vacantes. Entre los años 2002 y 2004, se observa en los campos de las sanidades de las Fuerzas Armadas que se ha mantenido el número de vacantes ofertadas, contribuyendo aproximadamente con 16 % del total. Los campos financiados por instituciones privadas (otros campos clínicos) han mantenido su oferta, contribuyendo en el 2004 con 1,2 % al total.

En el caso de las vacantes ofertadas por especialidades a nivel nacional se encuentra lo siguiente:

***Tabla* 8 *Vacantes ofertadas por especialidades*, 2000-2004**

ESPECIALIDADES	2004		2003		2002		2001		2000	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Básicas	302	31,8	342	30,9	358	33,2	329	34,9	271	37,1
Específicas	493	52,5	594	53,6	576	53,3	484	51,2	363	49,7
Ayuda al diagnóstico	97	10,3	102	9,2	100	9,3	94	10,0	67	9,2
Salud pública	33	3,5	57	5,2	31	2,9	25	2,7	24	3,3
Subespecialidad	18	1,9	12	1,1	14	1,3	13	1,4	6	0,8
TOTAL	943	100,0	1107	100,0	1079	100,1	945	100,0	731	100,1

Fuente: Base de datos proporcionada por CONAREME.

- En el periodo 2000-2004 las vacantes de especialidades específicas se ofertaron más que las básicas, de ayuda al diagnóstico, salud pública y subespecialidades.

- Las especialidades específicas concentraron alrededor de 50 % de las vacantes ofertadas, siendo el otro 50 % cubierto por: las especialidades básicas que aún concentran alrededor del 32 % de la oferta, las especialidades de ayuda al diagnóstico que presentan un promedio de 10 % y las de salud pública y subespecialidades con promedios de 3,5 % y 1,9 %. En el 2003 hubo un aumento promedio de 80 % en las especialidades de salud pública, específicamente en la especialidad de Medicina General Integral (conocida también como Medicina Integral y de Gestión).

- En el 2004 aumentó la oferta en todas las especialidades con respecto al año 2000: 31 plazas en las básicas (lo que representa un crecimiento de 10 %) y 30 plazas en ayuda al diagnóstico (crecimiento de 30 %), 130 plazas en las especialidades específicas (crecimiento de 26%), 9 plazas en salud pública (crecimiento de 28 %) y 12 plazas en las subespecialidades (crecimiento de 67 %). Como muestran los datos, la tendencia es hacia la sobre especialización de los médicos (subespecialidades), quienes hacen una especialidad posterior a la que obtienen primero y su campo de acción clínico resulta más específico.

En las vacantes ofertadas por especialidades según zona, se observa que:

Tabla 9 Vacantes ofertadas por especialidades según zona en Lima y provincias, 2000-2004

ESPECIALIDADES	2004		2003		2002		2001		2000	
	Lima	Prov.	Lima	Prov.	Lima	Prov.	Lima	Prov.	Lima	Prov.
Básicas	239	63	251	91	268	90	243	86	204	67
Específicas	426	67	518	76	501	75	410	74	310	53
Ayuda al diagnóstico	82	15	88	14	86	14	81	13	59	8
Salud pública	20	13	42	15	22	9	22	3	22	2
Subespecialidad	18	0	12	0	14	0	13	0	6	0
TOTAL	785	158	911	196	891	188	769	176	601	130

Fuente: Base de datos proporcionada por CONAREME.

- En el año 2004 se reportaron 35 plazas más en las especialidades básicas de Lima (crecimiento de 15 %) y 4 plazas menos (disminución de 6 %) en provincias. En las especialidades específicas de Lima la variación fue de 116 plazas (crecimiento de 27 %) y en provincias de 14 plazas (crecimiento de 20 %). En las especialidades de ayuda al diagnóstico en Lima se han Ofrecido 23 plazas más (con un crecimiento de 28%) y en provincias 7 plazas más (con un crecimiento de 47%). En las especialidades de salud pública en Lima se observó una variación de 2 plazas menos (disminución de 10 %) y en provincias de 11 plazas más (crecimiento de 85%). En las subespecialidades se advirtió que en Lima se ofrecieron 12 vacantes más (crecimiento de 67%) mientras que en provincias no se ha ofrecido esta alternativa de formación durante este periodo y al parecer se mantendrá esta tendencia.

- Se puede ver en la Tabla 9 que la distribución proporcional de las especialidades básicas pasó de 75,3 a 79,1 % en Lima, y de 24,7 a 20,9% en provincias. Las especialidades específicas se han mantenido alrededor de 85 % en Lima y 15 % en provincias. Las especialidades de ayuda al diagnóstico han pasado de 88 a 84,5 % en Lima y de 11,9 a 15,5 % en provincias. La formación en subespecialidades se mantiene concentrada solo en Lima. Destaca el crecimiento en las especialidades de salud pública en provincias: de 8,3 a 39.4 % y de 91,7 a 60,6 % en Lima.

Se percibe entonces que existe una tendencia hacia el aumento de la oferta para la especialización de los médicos del Perú, sobretodo en las especialidades específicas y subespecialidades. Sin embargo, el desplazamiento de las especialidades de salud pública en provincias es una tendencia continua, y dentro de ésta la oferta en la especialidad de Medicina General Integral (Medicina Integral y de Gestión).

1.4 Postulantes e ingresantes

1. La información sobre los ingresantes al Residentado Médico en el periodo 2002-2004 es consignada detalladamente por el Consejo Nacional de Residentado Médico (CONAREME)

a partir de la compilación de las plazas de postulantes ofertadas por las universidades que ofrecen estos programas de formación.

2. Como se mencionó anteriormente, se han identificado 10 universidades que ofrecen plazas de residentado médico. En los últimos tres años solo 26 a 32 % de los postulantes ingresaron a ocupar algunas de las plazas ofertadas. La cantidad total de postulantes varió entre 2940 y 3243.

***Tabla* 10 *Postulantes que ingresaron al* Residentado Médico, 2002-2004.**

INGRESÓ	2004		2003		2002	
	n	%	n	%	n	%
NO	2398	73,9	2222	71,1	1994	67,8
SI	845	26,1	901	28,9	946	32,2
Total	**3243**	**100,0**	**3123**	**100,0**	**2940**	**100,0**

Fuente: Base de datos proporcionada por CONAREME.

3. La distribución de ingresantes por universidades se mantuvo sin variaciones importantes: la UNMSM conserva la mayor proporción con 39 a 41 %, le sigue la UNFV con 19 a 21 % y en tercer lugar la UPCH con 8 a 13 %. Las universidades de Lima tienen el mayor número de ingresantes.

***Tabla* 11 *Ingresantes según universidades*, 2002-2004.**

UNIVERSIDAD	2004		2003		2002	
	n	%	n	%	n	%
UNMSM	336	39,8	371	41,2	377	39,9
UNFV	168	19,9	189	21,0	193	20,4
UPCH	88	10,4	75	8,3	128	13,5
USMP	82	9,7	93	10,3	86	9,1
UNAS	52	6,2	54	6,0	51	5,4
UNT	49	5,8	49	5,4	47	5,0
UNICA	22	2,6	23	2,6	21	2,2
UNPRG	20	2,4	28	3,1	31	3,3
UNSAAC	20	2,4	11	1,2	8	0,8
UCSM	8	0,9	8	0,9	4	0,4
TOTAL	**845**	**100,0**	**901**	**100,0**	**946**	**100,0**

Fuente: Base de datos proporcionada por CONAREME.

4. Se analizó los ingresantes por tipo de proveedor o subsector salud, pero solo pudo obtenerse información del año 2004, no pudo reconstruirse la base de datos de los años anteriores para analizar esta variable. El MINSA es la institución que recibió más postulantes, representando 61,1 %, le siguen EsSALUD con 25,2 % y Sanidad de las Fuerzas Armadas con 12,6 %. Creemos que en los años anteriores no observaron diferencias significativas.

Tabla 12 Ingresantes según proveedor de servicios, 2004

INSTITUCIÓN	2004	
	n	%
MINSA	516	61,1
EsSALUD	213	25,2
SANIDAD FF. AA.	106	12,6
PRIVADO	7	0,8
Otras	3	0,2
TOTAL	**845**	**100,0**

Fuente: Base de datos proporcionada por CONAREME.

5. La distribución de ingresantes por proveedores y regiones muestra una distribución similar en las plazas de provincias y Lima. El 84 % de los residentes de provincias ingresa al MINSA y EsSALUD.

Tabla 13 Ingresantes según proveedor de servicios y regiones del estudio, 2004

INSTITUCIÓN	TOTAL		LIMA		PROVINCIAS	
	n	%	n	%	n	%
MINSA	516	61,1	404	60,0	103	60,2
EsSALUD	213	25,2	135	20,0	42	24,6
SANIDAD FF. AA.	106	12,6	94	14,0	24	14,0
PRIVADO	7	0,8	13	2,0	2	1,2
Otras	3	0,2	27	4,0	0	0,0
TOTAL	**845**	**100**	**674**	**100,0**	**171**	**100,0**

Fuente: Base de datos proporcionada por CONAREME.

6. Una forma de hacer evidente el efecto del centralismo en el sistema del residentado médico consiste en presentar los ingresantes para Lima y provincias. En Lima ingresa el 80 % de los profesionales médicos y en provincias apenas el 20 %.

***Tabla* 14 Distribución de los ingresantes por regiones (Lima-provincias), 2002-2004**

REGIONES	2004		2003		2002	
	n	%	n	%	n	%
LIMA	674	79,8	728	80,8	784	82,9
PROVINCIAS	171	20,24	173	19,20	162	17,12
Total	**845**	**100,0**	**901**	**100,0**	**946**	**100,0**

Fuente: Base de datos proporcionada por CONAREME.

7. Sin embargo, entre 2002 y 2004 se incrementó el número de los ingresantes en provincias, a diferencia de lo que ocurría en Lima donde donde se registraron 784 ingresantes en el año 2002 y 674 en el 2004, habiendo una reducción de más de 100 plazas en los últimos tres años.

8. En el caso de los ingresantes por especialidades a nivel nacional, se advierte que 39,4 % de los médicos ingresó a las especialidades básicas, 48,2 % a las especialidades específicas, 8,9 % a las especialidades de ayuda diagnóstica, 2,7 % a las especialidades de salud pública, mientras que a las subespecialidades ingresó 0,8 %.

9. Existe un fuerte predominio de las especialidades biomédicas en la formación de los profesionales médicos, y las competencias y otras funciones se orientan a problemas de salud recuperativa.

***Tabla* 15 Ingresantes por especialidades, 2003-2004**

ESPECIALIDADES	2004		2003	
	n	%	n	%
Básicas	333	39,4	358	39,7
Específicas	407	48,2	440	48,8
Ayuda al diagnóstico	75	8,9	78	8,7
Salud pública	23	2,7	23	2,6
Subespecialidad	7	0,8	2	0,2
TOTAL	**845**	**100,0**	**901**	**100,0**

Fuente: Base de datos proporcionada por CONAREME.
(*) Incluye ingresantes en segunda opción.

10. En el año 2003 se registró la misma composición porcentual en la distribución de las especialidades en Lima y provincias, con predominio de las especialidades básicas y específicas, destacando otra vez la escasa participación de las especialidades de salud pública.

***Tabla* 16 *Ingresantes por especialidades y regiones*, 2003**

REGIONES	2004		2003		2002	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Básicas	277	38,0%	81	46,8%	358	39,7%
Especificas	370	50,8%	70	40,5%	440	48,8%
Diagnóstico y Tratamiento	64	8,8%	14	8,1%	78	8,7%
Salud Pública	15	2,1%	8	4,6%	23	2,6%
Subespecialidades	2	,3%	NI	NI	2	,2%
Total	728	100,0%	173	100,0%	901	100,0%

Fuente: Base de datos proporcionada por CONAREME.

11. Sobre los profesionales de Medicina Integral Familiar (Medicina General Integral o Medicina Integral y Gestión en Salud) se puede deducir indirectamente que su mercado es aún muy reducido.

1.5 Matriculados

La situación de los médicos especialistas matriculados en los programas de Residentado Médico se obtuvo de manera indirecta, revisando la información correspondiente a los profesionales que son remunerados durante el primer año de su especialidad, asumiendo que ya tienen autorización de la universidad para ocupar la plaza asignada durante el proceso de ingreso.

Por razones de disponibilidad de información, el IDREH proporcionó datos solo de los médicos residentes en Lima y de los que ocupan plazas en el Ministerio de Salud; en el año 2004 se matricularon 309 profesionales.

1.6 Egresados

La situación de los médicos especialistas egresados de los programas de Residentado Médico se obtuvo también de manera indirecta, revisando la información correspondiente a los profesionales remunerados durante el tercer o cuarto año de su especialidad, asumiendo esta variable como sinónimo de egresados.

Por razones de disponibilidad de información, el IDREH proporcionó datos solo de los médicos residentes en Lima y de los que ocupan plazas en el Ministerio de Salud; en el año 2004 egresaron 316 profesionales.

1.7 Relaciones entre vacantes, ingresantes, egresados y titulados

- Ingresantes/Vacantes

En el año 2004 se identificó la asignación de 943 vacantes, en tanto que en el 2003 fueron 1107; los ingresantes fueron 845 y 901 profesionales respectivamente. Por consiguiente, la razón ingresantes/vacantes (845/943 y 901/1107) es 0,896 y 0,814. Estos resultados indican que entre 82 y 89 % de las vacantes son ocupadas por profesionales que ingresan a los programas académicos de postgrado en Medicina.

- Egresados/Titulados

Considerando que en el año 2004 se matricularon en el MINSA 309 profesionales, vale decir titulados, y egresaron 316 profesionales en el mismo periodo, se obtiene la razón egresados/titulados: 316/309, donde se observa que la totalidad de los titulados (matriculados) son egresados de estos programas. La cifra que parece ilógica por ser mayor se debe a que algunos profesionales reservan matrícula para iniciar posteriormente sus estudios. Lo adecuado sería que el número de egresados sea igual o menor al de los titulados.

2. Enfermería

2.1 Programas de segunda especialización (modalidad escolarizada) en Enfermería

El Programa de Segunda Especialización en Enfermería es nuevo, se inició en la Facultad de Enfermería de la Universidad Cayetano Heredia, en 1998, bajo la modalidad escolarizada.

Un año después, la Facultad de Medicina de la UNMSM inició la planificación de la modalidad no escolarizada en la Escuela Profesional de Enfermería, para ello se tuvo en cuenta el antecedente de Medicina y por tanto tuvo las mismas características. Esta primera experiencia tuvo gran demanda nacional y dio como resultado alrededor de 2000 enfermeras tituladas en las especialidades siguientes:

- Enfermería en Centro Quirúrgico
- Enfermería en Emergencias y Desastres
- Enfermería Intensivista
- Enfermería Pediátrica
- Enfermería Oncológica
- Enfermería Nefrológica

- Enfermería en Salud Pública
- Enfermería en Administración de los Servicios de Enfermería
- Enfermería Cardiológica
- Enfermería en Neonatología
- Enfermería en Cuidados Intensivos Pediátricos
- Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría
- Enfermería Neurológica
- Enfermería en Cirugía Cardiovascular
- Enfermería en Gastroenterología
- Enfermería en Neurocirugía
- Enfermería en Cirugía Reparadora y Quemados
- Enfermería en Perfusión Extracorpórea y Asistencia Circulatoria, entre otras.

Esta modalidad duró dos años y fue cerrada para reabrir la modalidad escolarizada.

Posteriormente se abrió la modalidad no escolarizada en la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María de Arequipa y en la Unidad de Post Grado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal.

En el año 2005 existen 10 universidades que ofertan programas de segunda especialización (modalidad escolarizada) en Enfermería a nivel nacional. El listado según universidad y macrorregión se presenta en la Tabla 17.

Tabla 17 Universidades que ofrecen segunda especialización (modalidad escolarizada) de Enfermería según región y tipo de propiedad, 2005

REGIÓN	UNIVERSIDAD	SIGLAS	TIPO
AREQUIPA	1. Universidad Católica de Santa María	UCSM	Privada
	2. Universidad Nacional de San Agustín	UNSA	Nacional
ICA	3. Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica	UNSLG	Nacional
HUANUCO	4. Universidad Nacional Hermilio Valdizán	UNHEVAL	Nacional
LA LIBERTAD	5. Universidad Nacional de Trujillo	UNT	Nacional

REGIÓN	UNIVERSIDAD	SIGLAS	TIPO
LAMBAYEQUE	6. Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo	UNPRG	Nacional
LIMA	7. Universidad de San Martín de Porres	USMP	Privada
	8. Universidad Nacional Mayor de San Marcos	UNMSM	Nacional
	9. Universidad Peruana Cayetano Heredia	UPCH	Privada
	10. Universidad Peruana Unión	UPEU	Privada
PUNO	11. Universidad Nacional del Altiplano	UNAP	Nacional

Son 4 universidades privadas y 7 universidades nacionales las que ofrecen programas de segunda especialización (modalidad escolarizada) en Enfermería a nivel nacional.

2.2 Especialidades ofertadas

En esta sección se incluye información de las especialidades en enfermería que ofertan las principales universidades del Perú. En las fuentes de información no se especifica la modalidad de estudios de las especialidades.

Las especialidades ofertadas al 2005 son:

1. Enfermería en Cuidados Intensivos
2. Enfermería Cardiológica
3. Enfermería en Salud Pública
4. Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría
5. Enfermería Oncológica
6. Enfermería Pediátrica (o en Crecimiento y Desarrollo, o Enfermería del Niño y Adolescente)
7. Enfermería en Gerencia en Servicios de salud
8. Enfermería en Emergencias y Desastres
9. Enfermería en Centro Quirúrgico
10. Enfermería en Adulto Mayor o Geriatría
11. Enfermería en Atención de la Mujer
12. Enfermería en Emergencia

13. Enfermería en Neurología

14. Enfermería en Neonatología (o perinatal)

15. Enfermería en Oncología

16. Enfermería en Quemados

17. Enfermería en Salud Mental

18. Enfermería del Adulto en Situaciones Críticas

19. Enfermería en Emergencias y Desastres

2.3 Especialistas inscritas en el Registro Nacional de Especialistas en Enfermería

El Registro Nacional de Especialistas en Enfermería del Colegio de Enfermeros del Perú inició la inscripción de los títulos de segunda especialidad el 13 de junio de 2000.

Según el Censo Nacional de Enfermeras(os) del 2001, acápite Títulos de Especialistas, entre los años 2000-2004 se inscribieron 811 enfermeras en el Registro Nacional de Especialistas en Enfermería. Este total incluye a quienes han cursado tanto la modalidad no escolarizada como la modalidad escolarizada.

Tabla* 18 *Número de enfermeras especialistas según modalidad de estudios

MODALIDAD	PERIODO JUNIO 2000/NOVEMBRE 2004	
	n	%
Escolarizada	75	9,25
No escolarizada	736	90,75
Total	811	100,00

Fuente: Reportes de Enfermeras con título de Segunda especialidad inscritas en el Colegio de Enfermeros del Perú (2000-2004). Colegio de Enfermeros del Perú. Consejo Nacional.

Solo 9,25 % de las enfermeras inscritas en el Registro de Enfermeras ha cursado sus estudios en la modalidad escolarizada. En este estudio nos remitiremos solamente a ellas.

Tabla 19 Número de enfermeras especialistas (modalidad escolarizada) por año

AÑOS	MODALIDAD ESCOLARIZADA	
	N	%
Junio-diciembre 2000	1	1,33
2001	05	6,67
2002	21	28,00
2003	19	25,33
2004	29	38,67
Total	**75**	**100,00**

Fuente: Reportes de Enfermeras con título de Segunda especialidad inscritas en el Colegio de Enfermeros del Perú (2000-2004). Colegio de Enfermeros del Perú. Consejo Nacional.

En el periodo de estudio creció notablemente el porcentaje de enfermeras que estudian bajo la modalidad escolarizada, aún cuando no exceden en total el 10 % de especialistas registradas. En el año 2000 se registró una sola enfermera, pero en el 2004 eran 29 las registradas bajo esta modalidad.

Tabla 20 Número de enfermeras especialistas (modalidad escolarizada) por universidad

INSTITUCIÓN	DEPARTAMENTO	MODALIDAD ESCOLARIZADA	
		N	%
1. Escuela de Salud Pública	Lima	1	1,33
2. Universidad Católica de Santa María	Arequipa	3	4,00
3. Universidad San Martín de Porres	Lima	9	12,00
4. Universidad Nacional de Trujillo	La Libertad	2	2,67
5. Universidad Nacional del Altiplano	Puno	1	1,33
6. Universidad Nacional Federico Villarreal	Lima	0	0,00
7. Universidad Nacional Mayor de San Marcos	Lima	5	6,67
8. Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo	Lambayeque	11	14,67
9. Universidad Peruana Cayetano Heredia	Lima	42	56,00
10. Universidad Sao Paulo	Sao Paulo -Brasil	1	1,33
TOTAL		**75**	**100,00**

Fuente: Reportes de Enfermeras con título de Segunda especialidad inscritas en el Colegio de Enfermeros del Perú (2000-2004). Colegio de Enfermeros del Perú. Consejo Nacional.

La mayoría de las especialistas registradas cursaron sus estudios en la ciudad de Lima y Lambayeque, mientras que otras lo hicieron en Arequipa, La Libertad, Puno y Brasil.

3. Obstetricia

3.1 Programas de segunda especialización (modalidad escolarizada) en Obstetricia

Hasta el momento de la investigación no existen programas de formación en segunda especialidad (modalidad escolarizada) ni registro de especialistas en Obstetricia.

4. Odontología

4.1 Universidades que ofertan segunda especialización en Odontología

Hasta el momento de la investigación existen dos universidades que ofrecen programas de formación en segunda especialización en Odontología a nivel nacional.

Tabla 21 Universidades y facultades de Odontología

DEPARTAMENTO	UNIVERSIDAD	TIPO
LIMA	1. Universidad Nacional Mayor de San Marcos	Nacional
	2. Universidad Peruana Cayetano Heredia	Privada

La Universidad Peruana Cayetano Heredia tiene el Programa Académico de Segunda Especialización más antiguo (mayor de 15 años) y mejor consolidado.

En la Tabla 22 se presentan las especialidades que brinda este programa.

Tabla 22 Número de odontólogos según especialidades, Universidad Peruana Cayetano Heredia

Especialidad	DURACIÓN (años)	VACANTES	INGRESANTES	EGRESADOS
Estomatología de Pacientes Especiales	2	1	1	0
Cirugía Oral y Maxilofacial	4	4	4	1
Endodoncia	2	3	3	0
Odontología Pediátrica	2	6	7	0
Ortodoncia	3	7	14	7
Patología y Medicina Oral y Maxilofacial	3	1	1	0
Periodoncia	2	3	3	0
Radiología Oral y Maxilofacial	2	2	2	0
Rehabilitación Oral	2	2	2	0

Este programa tiene una gran demanda y su principal característica es que las plazas son pagadas por los profesionales que acceden a las especialidades odontológicas.

En la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) el programa se denomina Segunda Especialidad Profesional.

Las especialidades ofertadas al 2004 son:

1. Endodoncia-Cariología
2. Cirugía Bucomaxilofacial
3. Ortodoncia
4. Periodoncia
5. Odontopediatría
6. Rehabilitación Oral

La autofinanciación de estas plazas ha generado problemas para la UNMSM, pues los alumnos no cumplen con pagar sus mensualidades, lo que dificulta que el programa de residentado en Odontología se mantenga; actualmente solo una o dos especialidades se encuentran activas.

4.2 Alumnos

En la Universidad Peruana Cayetano Heredia se observa la siguiente distribución de alumnos.

***Tabla* 23 Número de alumnos por año de estudios según especialidad Universidad Peruana Cayetano Heredia**

ESPECIALIDADES	ALUMNOS			TOTAL
	R1	R2	R3	
1. Atención de Pacientes Especiales	1	1	0	2
2. Cirugía Oral y Maxilar	4	5	1	10
3. Endodoncia	3	4	0	7
4. Ortodoncia	14	7	7	28
5. Odontología Pediátrica	7	4	0	11
6. Medicina y Patología Oral y Maxilar	1	1	0	2
7. Periodoncia	3	4	0	7
8. Radiología Oral y Maxilar	2	3	0	5
9. Rehabilitación Oral	2	5	0	7
TOTAL	**37**	**34**	**8**	**79**

Fuente: Reporte de Base de datos. Programa de Segunda Especialización en Odontología, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Algunas de las especialidades son nuevas, por lo que solo registran datos de matriculados y no de egresados pues aún no hay. Estas especialidades tienen una duración entre 2 y 4 años.

4.3 Profesionales especialistas con registro nacional

En el año 2005, el Colegio de Odontólogos del Perú tiene registrados a los siguientes especialistas:

Tabla 24 Especialistas registrados según universidad

UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA	ESPECIALISTAS
Universidad Nacional Mayor de San Marcos	13
Universidad Particular Cayetano Heredia	61
TOTAL	**74**

Fuente: Colegio de Odontólogos del Perú. Reporte de Especialistas registrados al 2005.

Asimismo, el Colegio de Odontólogos del Perú tiene registrados especialistas en las siguientes especialidades:

Tabla 25 Número de especialistas inscritos en el Registro de Especialidades, 2004

ESPECIALIDAD*	ESPECIALISTAS
Cirugía Bucal y Maxilofacial	1
Cirugía Oral y Maxilofacial	20
Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial	1
Endodoncia	2
Endodoncia y Cariología	4
Implantología Oral	1
Medicina y Patología Oral	1
Odontología Pediátrica	6
Odontología Restauradora y Estética	1
Odontopediatría	8
Ortodoncia	21
Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilofacial	1
Ortodoncia y Ortopedia Maxilar	1
Patología Bucal	1
Periodoncia	4
Radiología Oral y Maxilofacial	9
Rehabilitación Oral	7
Rehabilitación Oral con Mención en Prótesis	1
Salud Pública en Estomatología	1
TOTAL	**91**

* Incluye especialidades estudiadas en universidades extranjeras, con un total de 15 inscritos.
Fuente: Colegio de Odontólogos del Perú. Reporte de Especialistas registrados al 2005.

Capítulo II

PLANES DE ESTUDIO DE LA FORMACIÓN EN ESPECIALIDADES DE MEDICINA, ENFERMERÍA Y ODONTOLOGÍA

1. Los planes de estudio en el Perú: reflexiones generales

El plan de estudios expresa las actividades que realiza un estudiante para cultivar su formación profesional y se mide por el número de horas–alumno, por ejemplo: horas recibidas de Teoría de Cirugía General, horas de trabajos prácticos de planificación estratégica, etc.

Un plan de estudios puede definirse como la distribución y ordenamiento de actividades que realizará el estudiante con el fin de alcanzar objetivos o competencias previamente establecidos. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que un plan de estudios no revela todas las actividades que realiza el estudiante, pues existen algunas informales (como las practicadas en servicios de emergencia) que representan un número considerable de horas que no son necesariamente tomadas en cuenta.

2. Análisis de los planes de estudio de las especialidades en Medicina, Enfermería y Odontología

Para el análisis de los planes de estudio de las especialidades en Medicina, Enfermería y Odontología se utilizó una muestra extraída del total de programas de formación en segunda especialización, siguiendo el método de análisis de casos.

Los criterios para la selección de los casos revisados fueron:

1. Accesibilidad de la información registrada en los documentos Plan de Estudios y, preferentemente, Plan Curricular.
2. Vigencia de la información registrada en los documentos.

3. Grado de detalle y especificación de la información consignada en el Plan de Estudios y el Plan Curricular. Se buscó contar con misión, visión, perfil académico profesional, número de horas, número de cursos, número de créditos, entre otros.

Posteriormente se integraron y sintetizaron los hallazgos, para identificar las concordancias y discordancias en la oferta de formación de segunda especialización de estas carreras, consignadas en el presente documento como nudos críticos, en el capítulo 3.

2.1 Medicina

El plan de estudios general de todas las universidades comprende asignaturas básicas de contenido teórico–práctico, prácticas preprofesionales (rotaciones en los servicios de las sedes docentes) y la realización de un proyecto de trabajo de investigación del área de su especialidad en el transcurso del segundo año de residentado.

a. Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Se revisaron los planes de estudio de la Unidad de Postgrado, sección Segunda Especialización en Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Asimismo se examinaron los planes curriculares de las cuatro especialidades básicas (Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General y Gineco–Obstetricia) y de la especialidad de Medicina General Integral (Medicina Integral y de Gestión), y los mapas curriculares de las 29 especialidades específicas, de apoyo al diagnóstico, salud pública y subespecialidades.

La formación de Segunda Especialización en Medicina Humana comprende estudios escolarizados en sedes docentes acreditadas con una duración de tres años, en los cuales se deben aprobar 120 créditos académicos, de los cuales 34 provienen de la práctica profesional y 6 de tres cursos de postgrado anuales.

Criterios que se deben considerar:

1. Análisis de los planes curriculares

Se revisaron los siguientes puntos:

- Asignaturas: grado de lógica, secuencialidad y continuidad.

  - Asignaturas básicas: correspondencia o pertenencia a las ciencias básicas humanísticas y de cultura general.
  - Asignaturas complementarias: pertenencia a las ciencias aplicadas y apoyo a las asignaturas profesionales.
  - Asignaturas profesionales: orientación al logro de los conocimientos, habilidades y destrezas relacionadas directamente con el ejercicio de la especialidad.

- Currículo: revisión de los fines, objetivos, estrategias, contenidos y métodos orientados a lograr el desarrollo pleno del profesional en sus dimensiones individual, académico-profesional y social.

- Diagnóstico de la situación curricular: evaluación de las áreas críticas identificadas en el planeamiento y ejecución del plan curricular.

- Mapa curricular: revisión de la expresión gráfica de las relaciones horizontales y verticales durante los ciclos de enseñanza y a lo largo de los años de duración de las especialidades, considerando la organización de los contenidos y prerrequisitos correspondientes.

2. Análisis de los mapas curriculares

Se revisará la expresión gráfica de las relaciones horizontales y verticales durante los ciclos de enseñanza y a lo largo de los años de duración de las especialidades, considerando la organización de los contenidos y prerrequisitos correspondientes.

ANÁLISIS DE LOS PLANES CURRICULARES

Las especialidades la Universidad Nacional Mayor de San Marcos manifiestan como *misión* de la formación en la Segunda Especialización en Medicina Humana:

> *"Preparar especialistas en las diferentes ramas de la Medicina Humana, de acuerdo con las necesidades del país, en los aspectos asistencial, preventivo, docente y de investigación, presentando planteamientos de solución a la problemática de salud en el país y al mismo tiempo evitando la migración de profesionales al extranjero".*

Una limitación es que la formación de especialistas no guarda relación con las necesidades de atención de salud de la población peruana; esto no solo se aplica al caso particular de la UNMSM sino que ocurre en todas las universidades. Este es un factor clave que aleja las alternativas de solución de los problemas de salud de la población.

Por otro lado, los siguientes aspectos ayudan al análisis de los planes curriculares:

- El Programa de Segunda Especialización se inició en 1972 con 24 especialidades, y en el 2004 (32 años después) ofrecen 39 especialidades y 8 subespecialidades. Las especialidades se desarrollan en 39 sedes docentes divididas en 29 establecimientos de salud entre hospitales, institutos, centros de salud, una dirección de salud, el Ministerio Público y 8 institutos de investigación.

- La formación de especialistas tiene generalmente una duración de tres años, no cuenta con un plan curricular, se basa en un plan de estudios que contiene cursos teóricos de uno, dos o tres créditos y prácticas profesionales de 34 créditos por año.

- El perfil académico profesional del especialista está implícito y responde al mercado ocupacional más no al análisis contextual.

De acuerdo a lo solicitado en los términos de referencia, se analiza la especialidad de Medicina General Integral.

1. MEDICINA GENERAL INTEGRAL (MEDICINA INTEGRAL Y DE GESTIÓN)

1.1 Diagnóstico de la situación curricular

- Los cursos de la especialidad se siguen durante tres años, con 42 créditos en el primer y segundo año, y 40 créditos en el tercer año.

- Según el mismo Plan Curricular de la especialidad, la formación de especialistas en Medicina General Integral ha dependido fundamentalmente de las vacantes de las sedes docentes.

- El Plan Curricular cuenta con cursos teóricos y prácticas profesionales que están orientados a formar un número de especialistas acorde a las necesidades del país, las cuales requieren de un estudio de mercado específico.

- También se consideran como factores limitantes: la falta de identificación de algunos docentes con la especialidad, la escasa difusión del perfil académico profesional de este especialista y, como consecuencia, la poca demanda de la especialidad.

- Su perfil le permite laborar en el subsector público, privado y en docencia universitaria, ya que existe demanda social y potencial en el mercado laboral en los aspectos asistencial y gerencial, pero los factores limitantes y la insuficiente cantidad de egresados no permiten el desarrollo de esta especialidad.

- Los objetivos curriculares tienen un ámbito limitado y son poco específicos respecto de los estándares mínimos delineados por el CONAREME.

No indican las competencias mínimas e indispensables que debe tener el especialista al finalizar el programa en las áreas personal–social, asistencial, proyección social, docente, investigación y gerencial. Además las autoridades del CONAREME, según consta en el Reglamento del Residentado Médico, han considerado que las competencias de más alta prioridad corresponden al área personal social. Esto no se puede analizar ni evaluar pues el Plan de Estudios no está organizado de esta manera.

El término "gestión" es la contradicción más importante que se asocia a esta especialidad, ya que su orientación es principalmente asistencial, es decir formar un especialista en el campo de la salud individual; sin embargo, al introducir un área gerencial se desfigura su objeto de intervención y los profesionales pueden perder el objetivo principal de su formación.

1.2 Asignaturas

- Asignaturas básicas: en el plan de estudios se considera Medicina como asignatura básica de dos créditos, esto nos lleva a preguntarnos qué enseñan, pues no son médicos graduados los que ingresan a la especialidad. Se presenta como irrelevante, y la otra asignatura es la de Gerencia en Salud con dos créditos.

- Asignaturas complementarias: en el plan de estudios figuran los cursos de Metodología de Investigación y Didáctica Aplicada a las Ciencias de la Salud, con dos créditos cada una. Es

decir, solo 10 % del total de créditos está orientado a la investigación y otro 10 % a la docencia. No parece ser suficiente para generar conocimientos sostenidos en estas áreas, con respecto a los objetivos educacionales y los ejes curriculares de atención integral, gestión de servicios y establecimientos de salud y de investigación que plantea el plan curricular.

- Asignaturas profesionales: corresponden a la mayoría del plan de estudios, divididas en asignaturas asistenciales básicas (cirugía, obstetricia y ginecología, pediatría). ¿Hasta qué punto son repeticiones del pregrado y asignaturas del área gerencial (planificación estratégica, epidemiología, financiamiento en servicios de salud y desarrollo institucional)? Estas asignaturas tienen relación con los objetivos educativos aun cuando son pocas y vistas en contenido teórico, ya que recién en los últimos tres meses del segundo y tercer año se realizan las prácticas en esta área.

Estos aspectos refuerzan la idea de que la especialidad tiene un defecto conceptual al no precisarse su objeto de intervención. Lo cierto es que la experiencia demuestra que no es posible hacer ambas cosas a la vez: se brindan prestaciones de salud o se gestionan los recursos para ofrecer prestaciones de salud.

1.3 Currículo

- Se plantean los logros mínimos por año. Los logros mínimos tienen un planteamiento subjetivo y no operacional, que no permite la evaluación académica del logro de los mismos en el campo clínico o de gestión. Según los estándares mínimos, las actividades y procedimientos especificados en cada año de estudio exigen ser valorados cualitativa y cuantitativamente; no se trata sólo del cumplimiento con el número anotado sino de su realización óptima para ser considerados como logro mínimo (ejemplo: realiza el diagnóstico y tratamiento oportuno). No se manifiesta en forma específica cuál es realmente el logro "mínimo" que debe alcanzar el alumno, y faltan indicadores de cumplimiento y evaluación. Solo se indica el número mínimo de actividades por año y por área clínica, más no hay indicadores de calidad o eficiencia ni en las áreas de competencias personal–social, etc.

- Se considera la metodología de enseñanza andragógica o coparticipativa, heurística, en la que el residente es constructor de su propio aprendizaje y el tutor es un agente facilitador. También incluye el método de problematización de la enseñanza.

- Se ofrecen lineamientos básicos para desarrollar las prácticas profesionales–asistenciales, permitiendo que las sedes docentes fijen los horarios, frecuencia de asistencia a los servicios, ajuste de procedimientos al año de especialidad, entre otros aspectos.

- Las evaluaciones de alumnos, docentes, asignaturas o rotaciones, sedes docentes, del plan curricular y de los egresados están planteadas en términos generales, dejando varios puntos para definir durante el desarrollo de las asignaturas o rotaciones. Asimismo, se considera un seguimiento a los egresados para determinar su ubicación laboral, perfil ocupacional, desempeño y aporte a la solución de la problemática de la especialidad. Un tercio de la evaluación comprende el desempeño con criterios como "puntualidad", "cumpli-

miento de obligaciones", "capacidad profesional", "iniciativa y capacidad crítica", "capacidad de cooperación", que son generales e indirectos y sin indicadores objetivos de desempeño. La evaluación no está relacionada con la formación académica ni profesional.

1.4 Mapa curricular

Resalta que las prácticas de primer año incluyen Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Pediatría, cuando el curso de Medicina es el único que se dicta este año y los otros tres se dictan recién en el segundo año. Además las prácticas de Administración en Salud se realizan en el segundo año, mientras que el curso se dicta en el primer año.

2. OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICO QUIRÚRGICAS

2.1 En la UNMSM, las especialidades básicas, específicas y subespecialidades, así como sus planes de estudios, tienen la siguiente estructura:

- Diagnóstico socioprofesional
- Perfil académico y objetivos institucionales
- Marco estructural, que contiene el plan de estudios, sumillas de los cursos y logros mínimos. En la práctica existe fuerte resistencia para cumplir con estos logros, muchos de los cuales están influidos por variables externas o internas.
- Metodología
- Evaluación
- Adecuación administrativa
- Anexos: mapa curricular, glosario de términos y normas básicas del residentado

2.2 En la mayoría de las especialidades no se encuentran cursos destinados a la investigación o docencia.

2.3 El desarrollo de la currícula se encuentra afectado por factores académicos y administrativos, entre los que destacan la escasa formación o capacitación docente en didáctica universitaria, el déficit de los recursos para la instrucción e infraestructura, poca coordinación con las sedes hospitalarias y escaso compromiso institucional.

b. **Universidad Peruana Cayetano Heredia**

- El Programa de Especialización en Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia está regido por las leyes y los reglamentos siguientes:

  1. Ley Universitaria N.º 23733.
  2. Decreto Supremo N.º 008-88-SA.
  3. Resolución Suprema N.º 009-88-SA. Reglamento del Sistema Nacional de Residentado Médico.
  4. Reglamento del Comité Nacional de Residentado Médico.
  5. Estatuto y Reglamento vigente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
  6. MOF de la Dirección de Postgrado y Especialización en Medicina de la Facultad de Medicina Alberto Hurtado.

7. Reglamento de Evaluación y Titulación de Especialización en Medicina por la Modalidad Escolarizada - Facultad de Medicina Alberto Hurtado.
8. Reglamento interno de los hospitales e instituciones de salud que son sedes docentes.

- El objetivo fundamental de este programa es la *"formación de un profesional especializado de alto nivel académico y técnico, con profundos conceptos humanísticos, éticos y morales. Capaz de ejercer la especialidad y desarrollarse en ella en cualquier punto del país y del extranjero de manera eficaz, eficiente y efectiva"*.

- Para el logro de estos objetivos, la universidad cuenta con sedes docentes que otorgan el campo clínico al médico residente en formación. El aprendizaje se logra mediante un proceso de educación tutorial continua, privilegiando la autoformación a través de la integración docente asistencial, donde además se estimula la investigación.

- La Dirección de Postgrado y Especialización en Medicina ofrece adiestramiento mediante el Residentado Médico en 28 especialidades, 12 subespecialidades médicas, 8 subespecialidades quirúrgicas, 9 sub specialidades pediátricas, 2 subespecialidades de Ginecología, 1 de Psiquiatría y 1 de Patología, en Medicina Ocupacional y Medio Ambiente, Administración de Salud y en Medicina Familiar.

- Las sedes docentes del Programa de Especialización en Medicina son: Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL), Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado–Hideyo Noguchi (INSM), Instituto Nacional Oftalmológico (INO), establecimientos de la DISA LIMA NORTE, Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins (HNERM), Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI), Instituto del Corazón (INCOR). Otros Hospitales incorporados vía convenio son: el Instituto Especializado de Salud del Niño, Hospital Herminio Valdizán, Hospital Santo Toribio de Mogrovejo y Hospital Docente Madre–Niño San Bartolomé. La Facultad de Medicina Alberto Hurtado mantiene convenio con instituciones del subsector privado como sedes docentes para rotación de las especialidades de Cardiología y Medicina del Deporte. Ha incorporado como sedes docentes a los hospitales de la Southern Perú Cooper Corporation (SPCC) para la nueva especialidad de Medicina Ocupacional y Medio Ambiente.

- Establece el uso de un mecanismo de evaluación permanente con los siguientes objetivos: a) Asegurar que el proceso de evaluación sea integral. b) Determinar en qué medida los alumnos alcanzan los objetivos educacionales. c) Determinar si los alumnos están aptos para optar al título de especialista. d) Retroalimentar el proceso de formación de especialistas.

- Los criterios para la evaluación de alumnos se sujetan a las siguientes pautas:

1. Área de conocimientos

   a) Calificaciones obtenidas en conocimientos explorados diariamente a través de las historias clínicas, visita a pacientes, conversatorios, revisión de revistas.
   b) Evaluaciones orales o escritas cuando los profesores crean conveniente.

2. Área de habilidades y procedimientos

   a) Número de procedimientos realizados.
   b) Tipo y complejidad de procedimientos realizados.
   c) Resultados de los procedimientos realizados.
   d) Destreza adquirida para realizar los procedimientos.

3. Área de actitudes

   a) Asistencia y puntualidad.
   b) Responsabilidad.
   c) Relación con los pacientes, familiares, profesores, estudiantes, profesionales y trabajadores de la universidad e instituciones de salud.
   d) Predisposición e iniciativa en relación con la especialidad, la autoformación y desarrollo integral.
   e) Nivel de participación en cada una de las actividades de docencia, investigación y servicio.

c. **Universidad Nacional Federico Villarreal**

De acuerdo al Art. 113 del Estatuto de la Universidad Nacional Federico Villarreal, la Sección de Post Grado de la Facultad de Medicina Humana es un órgano académico de la Facultad de Medicina Humana, cuyo objetivo es formar personal idóneo altamente capacitado para el ejercicio profesional médico especializado, la docencia universitaria y la investigación médico científica.

El programa de Residentado Médico funciona desde el año 1976 y se desarrolla con las siguientes bases legales:

- Decreto Supremo N.º 008-88-SA.
- Resolución Suprema N.º 009-88-SA.
- Convenios con el Ministerio de Salud, Instituto Peruano de Seguridad Social, Sanidad de la Fuerzas Policiales, Sanidad de las Fuerzas Militares y Sanidad de la Fuerza Aérea del Perú, y otras entidades de salud privadas.

Los estudios de postgrado conducen a obtener el título de Médico Especialista.

El sistema de evaluación es permanente y toma en cuenta las áreas cognoscitiva y psicomotriz. La evaluación de los estudiantes es un sistema inherente al proceso enseñanza–aprendizaje. La evaluación de las habilidades, destrezas y aptitudes corresponden a la evaluación del desempeño a través de la observación, la entrevista y la autoevaluación, aplicando escalas de estimación, récord de procedimientos u otros instrumentos específicos.

2.2. Enfermería

Los programas de segunda especialización en Enfermería establecen el estudio de asignaturas teórico-prácticas además de prácticas clínicas especializadas y la realización de una investigación aplicada para obtener el título de especialista.

En esta sección revisaremos la información disponible sobre planes de estudio y otros documentos que permitan bosquejar la situación de la formación en especialidades de Enfermería que ofrecen las distintas universidades.

a. Universidad Nacional Mayor de San Marcos

La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, a través de la Unidad de Post Grado, desarrolla el Programa de Segunda Especialización en Enfermería Escolarizada con el propósito de "*formar especialistas que se constituyan en expertos y líderes en el cuidado de la persona que demanda atención especializada de Enfermería…*"

Especialidades

* Enfermería Intensivista
* Enfermería Cardiológica
* Enfermería en Salud Pública
* Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría
* Enfermería Oncológica
* Enfermería Pediátrica
* Enfermería en Emergencias y Desastres
* Enfermería en Centro Quirúrgico

Objetivos curriculares

- Proporcionar al individuo, familia y/o comunidad cuidados de enfermería altamente especializados.
- Realizar investigaciones que contribuyan a mejorar la ciencia y tecnología en Enfermería para brindar cuidados más efectivos.
- Administrar los servicios de enfermería de la especialidad.
- Desarrollar la docencia en el campo clínico asistencial específico.

Plan de estudios

La práctica especializada en los dos años de estudio (cuatro ciclos académicos) comprende 15 créditos y las siguientes asignaturas tienen dos créditos cada una: Epistemología-Tecnología en la especialidad, Gestión de los Servicios de Enfermería, Seminarios de Investigación, Didáctica Universitaria, y Enfoques y Modelos en el Cuidado del Paciente en la especialidad correspondiente.

Se consigna la siguiente distribución de créditos:

Asignaturas generales
Dos créditos por curso

Práctica clínica
408 horas semestrales - 12 créditos

Teoría de la especialidad
Tres créditos

Los egresados logran el título de especialista con la aprobación del plan de estudios y un trabajo de investigación.

b. Universidad San Martín de Porres

Esta universidad define la formación en segunda especialidad como *"el perfeccionamiento del enfermero a nivel de Post Título, en las áreas profesionales con énfasis en el desarrollo de habilidades y destrezas de la práctica seleccionada"*.

Las especialidades que ofrece son:

- Enfermería en Salud Pública
- Enfermería en Crecimiento y Desarrollo
- Enfermería Pediátrica
- Enfermería Gerencial
- Enfermería en Cuidados Intensivos

c. Universidad Nacional de San Agustín

El Programa de Segunda Especialidad en Enfermería *"concede al profesional–estudiante un crecimiento y cambio continuo, pues decide su propio aprendizaje y participa activamente en la adquisición de conocimientos. Las actividades por desarrollar propician el intercambio del saber, experiencias y valores, elementos fundamentales para el crecimiento personal y profesional de alumnos y profesores"*.

Desde esta perspectiva, la Facultad de Enfermería asume el rol que le corresponde en la formación de recursos humanos profesionales en las áreas de especialidad de la profesión, de modo que puedan brindar atención oportuna, pertinente y calificada para mejorar la salud de la población.

Objetivos

- Fortalecer la competencia profesional de la enfermera en las diferentes áreas de especialidad.
- Acreditar profesionales especialistas en las instituciones de salud de la región y el país.

Las especialidades ofertadas por esta universidad son:

1. Adulto Mayor o Geriatría
2. Atención de la Mujer
3. Cardiología
4. Centro Quirúrgico
5. Crecimiento y Desarrollo
6. Cuidados Intensivos
7. Emergencia
8. Gerencia en Servicios en Salud

9. Neurología
10. Neonatología
11. Oncología
12. Pediatría
13. Quemados
14. Salud Mental
15. Salud Pública
16. Unidad de Cuidados Intensivos

d. Universidad Nacional de Trujillo

En 1997 se creó la Sección de Segunda Especialidad en Enfermería, perteneciente a la Facultad de Enfermería. Ella se caracteriza por ofrecer una *"alternativa para el perfeccionamiento del recurso humano con enfoque multiprofesional así como el fortalecimiento de los servicios de salud"*.

Ofrece las siguientes menciones:

1. Enfermería del Adulto en Situaciones Críticas
2. Enfermería del Niño y Adolescente
3. Enfermería Perinatal
4. Gerencia en Salud

Enfermería del adulto en situaciones críticas

- Esta especialización proyecta un perfil académico profesional vinculado a la profundización de los conocimientos en el adulto en situaciones críticas y a la formulación de nuevas alternativas o estrategias para su cuidado.

- Perfil académico: al completar los estudios de especialista, el egresado será capaz de:

  - Enmarcar su ejercicio profesional especializado en los conocimientos científicos y humanísticos propios de la Enfermería.
  - Conducir valoraciones completas de salud en el adulto en situaciones críticas a través de funciones independientes e interdependientes.
  - Realizar el diagnóstico y tratamiento de las respuestas complejas del adulto en situaciones críticas.
  - Demostrar autonomía y habilidad en el cuidado del adulto en situaciones críticas.
  - Aplicar el método de solución de problemas durante la práctica especializada.
  - Proporcionar cuidados especializados de enfermería al adulto en situaciones críticas, en base a una respuesta de modelos de atención.
  - Participar con el equipo multiprofesional en el cuidado del adulto en situaciones críticas.
  - Desempeñar su práctica en el cuidado del adulto en situaciones críticas en los diferentes niveles de atención.
  - Ejercer la práctica especializada en el marco ético legal inherente.
  - Ejercer consultoría y asesoría en el campo especializado del adulto en situaciones críticas.

- Incorporar los avances científicos y tecnológicos a su práctica especializada.
- Desarrollar investigaciones que tiendan a fortalecer el cuerpo de conocimientos de Enfermería y sustentar la práctica.
- Desarrollar capacidades de educación permanente, donde predomine el autoaprendizaje.
- Dominio de la tecnología y procedimientos especiales.
- Brindar educación sanitaria a los pacientes y familiares en relación a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, utilizando técnicas adecuadas de comunicación.
- Establecer relación empática con el adulto en situaciones críticas.
- Administrar el cuidado de Enfermería, demostrando capacidades de liderazgo transformador.
- Desarrollar sistema de vigilancia epidemiológica y monitoreo gerencial.
- Difundir el conocimiento de enfermería especializada en eventos científicos y publicaciones.
- Realizar proyectos de intervención en salud para la solución de la problemática del adulto en situaciones críticas de salud.

Enfermería del Niño y Adolescente

- Comprende entre su población objetivo el cuidado de pacientes a partir de los 30 días de vida hasta los 19 años.

- Perfil académico: al completar los estudios de especialista, el egresado será capaz de:

  - Enmarcar su ejercicio profesional especializado en los conocimientos científicos y humanísticos propios de la Enfermería.
  - Conducir valoraciones de salud del niño y adolescente.
  - Realizar el diagnóstico y tratamiento de las respuestas complejas en el contexto individual, familiar y en grupos comunitarios.
  - Demostrar autonomía y habilidad en el cuidado de la Enfermería.
  - Aplicar el método de solución de problemas durante la práctica especializada.
  - Proporcionar cuidados especializados de Enfermería en base a propuesta de modelos de atención.
  - Participar con el equipo multiprofesional en el cuidado del niño y adolescente en los diferentes modelos de atención.
  - Ejercer la práctica especializada en el marco ético legal inherente.
  - Ejercer consultoría y asesoría en campo especializado.
  - Incorporar los avances científicos y tecnológicos a su práctica especializada.
  - Desarrollar investigaciones tendientes a fortalecer el cuerpo de conocimientos de Enfermería y sustentar la práctica.
  - Desarrollar capacidades de educación permanente, donde predomine el autoaprendizaje.
  - Tener dominio de la tecnología y procedimientos especiales.
  - Brindar educación sanitaria a los pacientes, familiares y la comunidad en relación a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, utilizando técnicas adecuadas de comunicación.
  - Establecer relación empática con el niño y adolescente, la familia y los grupos comunitarios.

- Administrar el cuidado de Enfermería, demostrando capacidades de liderazgo transformador.
- Desarrollar un sistema de vigilancia epidemiológica y monitoreo gerencial.
- Difundir el conocimiento de Enfermería especializada en eventos científicos y publicaciones.

Enfermería Perinatal

- La especialización en la mención de Enfermería Perinatal comprende el cuidado del neonato hasta los 30 días de vida.

- Perfil académico: al completar los estudios de especialista, el egresado será capaz de:

  - Enmarcar su ejercicio profesional especializado en los conocimientos científicos y humanísticos propios de la Enfermería.
  - Conducir valoraciones de salud del neonato.
  - Realizar el diagnóstico y tratamiento de las respuestas complejas en el contexto individual, familiar y en grupos comunitarios.
  - Demostrar autonomía y habilidad en el cuidado de la Enfermería.
  - Aplicar el método de solución de problemas durante la práctica especializada.
  - Proporcionar cuidados especializados de Enfermería en base a propuesta de modelos de atención.
  - Participar con el equipo multiprofesional en el cuidado del neonato en los diferentes niveles de atención.
  - Ejercer la práctica especializada en el marco ético legal inherente.
  - Ejercer consultoría y asesoría en campo especializado.
  - Incorporar los avances científicos y tecnológicos a su práctica especializada.
  - Desarrollar investigaciones que fortalezcan el cuerpo de conocimientos de enfermería y sustenten la práctica.
  - Desarrollar capacidades de educación permanente, donde predomine el autoaprendizaje.
  - Dominar la tecnología y los procedimientos especiales.
  - Brindar educación sanitaria a los pacientes, familiares y la comunidad en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, utilizando técnicas adecuadas de comunicación.
  - Establecer relación empática con el neonato, la familia y los grupos comunitarios.
  - Administrar el cuidado de Enfermería demostrando capacidades de liderazgo transformador.
  - Desarrollar sistema de vigilancia epidemiológica y monitoreo gerencial.
  - Difundir el conocimiento de Enfermería especializada en eventos científicos y publicaciones.

Gerencia en salud

- Perfil académico: al completar los estudios de especialista, el egresado será capaz de:

  - Tomar decisiones de manera innovadora, creativa y con sólidos valores éticos.

- Ser un líder visionario, con habilidades y destrezas para dirigir, organizar y motivar al equipo humano de salud a su cargo.
- Ser emprendedor, aplicar nuevas herramientas conceptuales y técnicas en el campo de la gerencia estratégica, promoviendo el trabajo en equipo.
- Realizar análisis críticos, y con alto potencial estratégico, para generar ventajas competitivas en el desempeño de las organizaciones de salud a su cargo.
- Asumir coordinaciones intra e intersectoriales para el desarrollo de diferentes proyectos de salud.
- Asumir responsabilidades por los resultados de su gestión, manejando un sistema de monitoreo y evaluación permanentes.
- Centrarse en la investigación y desarrollo de estudios de carácter operativo, inter y multidisciplinario.
- Realizar funciones de consultoría y asesoría en gestión y servicios de salud.

e. **Universidad Peruana Cayetano Heredia**

La universidad observó un vacío en los programas universitarios de especialización en Enfermería y crea una comisión ad hoc que formuló una propuesta para el desarrollo de un Programa de Especialización en Enfermería. El Departamento Académico de Enfermería (DAE) recogió esta iniciativa, la replanteó y puso en marcha.

Para lograr esto se plantearon los objetivos siguientes:

- Formar enfermeras especialistas para desempeñarse con un alto nivel de eficiencia en la atención integral de pacientes, familia y comunidad.

- Capacitar enfermeras con un profundo conocimiento y dominio científico–técnico en el área de la especialidad.

- Preparar enfermeras para diseñar y analizar trabajos de investigación científica en el campo de la especialidad.

- Preparar enfermeras comprometidas en mejorar los servicios de Enfermería del país.

- Formar enfermeras con alto nivel académico que les permita desarrollar actividades docentes a nivel universitario.

LINEAMIENTOS GENERALES DEL PLAN DE ESTUDIOS

El Plan de Estudios de la especialización en Enfermería se desarrolla en 16 meses, continuos, distribuidos en cuatro semestres académicos de 17 semanas cada uno.

El plan semestral tiene 20 créditos académicos y el plan global 80, valorando un crédito por cada 32 horas de práctica o 16 horas teóricas.

El Plan de Estudios incluye contenidos de diferente naturaleza que responden a los objetivos educacionales:

- Contenidos de Humanidades y Ciencias Sociales (H).
- Contenidos Correlacionados o de Apoyo (C).
- Contenidos Profesionales o de Especialización (P).

El Plan de Estudios de las distintas áreas de especialización tiene asignaturas comunes y asignaturas específicas.

La evaluación es sistemática–permanente (evaluación diagnóstica, evaluación de proceso y evaluación final) y sistemática–integral (aspectos cognoscitivos, psicomotores y afectivos). Para terminar satisfactoriamente los tres primeros semestres académicos es indispensable haber aprobado todas las asignaturas del Plan de Estudios de cada semestre y un examen teórico–práctico. Para terminar satisfactoriamente el cuarto semestre académico es necesario haber aprobado todas las asignaturas del plan de estudios y un examen teórico–práctico, así como sustentar un perfil de proyecto de investigación en Enfermería relacionado con la especialidad.

Las asignaturas comunes del Plan de Estudios se aprueban cuando se obtiene una calificación de 65 puntos como mínimo o su equivalente en otro sistema de calificación.

Las asignaturas específicas de los tres primeros semestres se aprueban cuando se obtiene una calificación de 65 puntos como mínimo en cada uno de los componentes de la evaluación integral, de acuerdo a la siguiente ponderación: conocimientos 20 %, habilidades y destrezas 20 %, actitudes 20 %, examen teórico práctico final (acumulativo de los cuatro semestres académicos) 30 %, sustentación de un perfil de proyecto de investigación 10 %.

La Universidad Peruana Cayetano Heredia ofrece segunda especialidad en su sede de Lima y por modalidad descentralizada en su sede de Huancayo. En Lima ofrece la especialidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Cuidados Intensivos Pediátricos y Centro Quirúrgico Especializado; mientras que en Huancayo ofrece: Enfermería en Cuidado Intensivos Generales, Enfermería en Emergencias y Desastres y Enfermería en Centro Quirúrgico.

f. Universidad Nacional Federico Villarreal

Ofrece las siguientes especialidades:

- En Salud Pública
- En Emergencias y Desastres
- En Centro Quirúrgico Especializado

2.3 Odontología

Universidad Nacional Mayor de San Marcos – Programa de Segunda Especialización en Odontología

La Unidad de postgrado y segunda especialización de la UNMSM inició sus actividades en el año 2000; al momento del presente estudio presenta las siguientes especialidades:

1. Endodoncia – Cariología
2. Cirugía Bucomaxilofacial
3. Ortodoncia
4. Periodoncia
5. Odontopediatría
6. Rehabilitación Oral

Los programas de especialización tienen una duración de cuatro semestres académicos, con excepción de Rehabilitación Oral y Cirugía Oral que duran seis semestres académicos.

Al evaluar los planes de estudio se encuentra que:

1. Los cursos básicos por semestre son:

   SEMESTRE I (12 créditos)

   - Crecimiento y Desarrollo del Sistema Estomatognático
   - Bioquímica
   - Fisiología
   - Microbiología
   - Radiología

   SEMESTRE II (10 créditos)

   - Medicina Bucal
   - Farmacología
   - Psicología del Niño y del Adolescente
   - Metodología de la Investigación
   - Biomateriales

   SEMESTRE III (4 créditos)

   - Bioestadística
   - Epidemiología

   SEMESTRE IV (4 créditos)

   - Salud Pública
   - Ética y Odontología Forense

2. El creditaje varía entre 22 a 32 créditos por semestre; la mayor cantidad de créditos corresponde al segundo semestre académico de cada especialidad

3. Las especialidades de Periodoncia, Endodoncia y Rehabilitación incluyen seminarios multidisciplinarios, en los que intervienen las tres especialidades para el tratamiento del paciente

4. Desde el primer semestre cada especialidad incluye cursos clínicos bajo los nombres de Clínica Integrada de Periodoncia, Rehabilitación, Endodoncia, Ortodoncia Clínica y Cirugía Bucomaxilofacial

Universidad Peruana Cayetano Heredia – Programa de Segunda Especialización en Estomatología

El Programa de Especialización de Estomatología o Programa de Residentado fue instaurado en el año 1993 con cuatro especialidades; hasta el 2004 ofrece ocho especialidades y han egresado de sus aulas 178 especialistas en las distintas áreas

La metodología se basa en un programa que incluye la revisión de las ciencias básicas y clínicas de cada especialidad, entrenamiento clínico intensivo y discusiones académicas.

Los estudios de cada especialidad duran dos años, salvo en el caso de Cirugía y Ortodoncia que duran tres años. La enseñanza se divide en cuatrimestres, por lo que suman un total de seis a nueve cuatrimestres por especialidad.

Según el análisis de los planes de estudio, los cursos básicos (denominados de actualización) varían de acuerdo a las necesidades de cada especialidad, tienen el valor de un crédito por cuatrimestre y en general se listan de la siguiente manera:

1. Actualización en Periodoncia
2. Odontología Restauradora y Estética
3. Rehabilitación del Edentulo Total
4. Rehabilitación con Prótesis Fija
5. Histología Oral y Maxilofacial
6. Endodoncia Clínica I y II
7. Radiología Oral
8. Fundamentos de Oclusión
9. Cirugía Oral
10. Rehabilitación Oral Implanto Soportada
11. Rehabilitación con Prótesis Removible
12. Fotografía Clínica
13. Farmacología
14. Odontopediatría I y II

Los cursos de especialidad son variados y propios de cada rama. Se observa que en cada especialidad es constante la presentación de revistas, casos clínicos, casos multidisciplinarios y seminarios.

Capítulo III

ASIGNACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS EN LA FORMACIÓN DE ESPECIALIDADES EN MEDICINA, ENFERMERÍA Y ODONTOLOGÍA

1. Medicina

***Situación actual de la asignación de campos clínicos en la especialización en* Medicina**

El órgano rector de la asignación de los campos clínicos debe ser el IDREH y el ejecutor el CONAREME; sin embargo aún no se han establecido objetivos, actividades, estrategias ni políticas específicas para enfrentar estos importantes procesos que forman parte de los programas de segunda especialización en Medicina Humana.

Un campo clínico es un centro asistencial de cualquier nivel de complejidad, donde los profesionales residentes de Medicina acuden a ejecutar sus prácticas asistenciales y administrativas. Dadas las características de las propias especialidades, generalmente se realizan en los servicios relacionados con la especialidad, incluyendo servicios ambulatorios, de hospitalización, emergencia u otros.

Un campo clínico tiene regularmente los siguientes elementos de estructura y procesos:

- Pacientes o usuarios de los establecimientos de salud.
- Médicos Asistentes, muchos de los cuales fungen de tutores o docentes de práctica.
- Enfermeras de distintas especialidades que laboran en los servicios clínicos y administrativos.
- Coordinador de la especialidad.
- Residentes de primer, segundo o tercer año.
- Internos de Medicina.

- Recursos para la atención médica: instrumental médico quirúrgico, insumos clínicos, historias clínicas, equipos biomédicos, instalaciones asistenciales (camas, habitaciones, etc.) y otros recursos como alimentación.

Entre los principales problemas identificados en los campos clínicos destacan los siguientes:

a) El excesivo número de estudiantes de Medicina afecta la formación de los médicos residentes.

b) Ausencia de un órgano rector que supervise la asignación de los campos clínicos.

c) Las universidades negocian directamente con los hospitales o institutos especializados y establecen convenios con ellos.

d) No hay regulación que establezca el número máximo de vacantes por universidad ni por campo clínico.

2. Enfermería

La identificación de campos clínicos para las especialistas en enfermería es semejante al caso de los profesionales médicos y presenta una problemática muy similar.

Es necesario establecer mecanismos para la definición de necesidades y la asignación de plazas en los respectivos campos clínicos.

3. Odontología

En la Universidad Peruana Cayetano Heredia la práctica clínica se realiza en la clínica dental; la especialidad de Cirugía Oral realiza actividades en distintos servicios del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Las especialidades de Odontopediatría y Radiología realizan rotaciones temporales en servicios del Hospital Nacional Cayetano Heredia, INEN y otras instituciones afines.

No fue posible recoger información sobre la asignación de campos clínicos en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, pero estimamos que su problemática es más preocupante que la de la Universidad Peruana Cayetano Heredia pues no cuenta con una clínica u hospital donde asignar a sus estudiantes.

OFERTA DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA HUMANA (ÉNFASIS EN MEDICINA INTEGRAL), ENFERMERÍA, OBSTETRICIA Y ODONTOLOGÍA

2ª PARTE

Capítulo I

NUDOS CRÍTICOS DE LA FORMACIÓN EN ESPECIALIDADES DE MEDICINA, ENFERMERÍA Y ODONTOLOGÍA

En Perú, el término **"nudo crítico"** de hizo popular como parte de la propuesta denominada Planificación de Situaciones de Poder Compartido (PSPC) que surgió durante el segundo lustro de la década de los ochenta.

En los años noventa, la PSPC —sin haber llegado a asentarse y desarrollarse plenamente— se vio desplazada en el sector salud por la Gerencia Estratégica o Planeamiento Estratégico proveniente del arsenal teórico–metodológico de las empresas con fines de lucro, que llegó a los establecimientos de salud como una forma de ampliar su capacidad para recaudar recursos directamente: "recursos propios", esto es, los que no son asignados del tesoro público, sino que provienen directamente del bolsillo de los usuarios. Esto forma parte de un discurso, presente a nivel nacional y mundial, que impulsa y coloca a la competencia comercial como prioridad de la gerencia de cualquier tipo de organización; este discurso prevalece hasta hoy dentro del sector salud a nivel nacional (Ministerio de Salud, Seguridad Social, Sanidad Militar, privados, etc.).

A pesar de la desaparición, en los últimos quince años, de la propuesta de PSPC en la práctica administrativa de los establecimientos e instancias directivas sanitarias y en el campo académico de la salud pública, algunos de sus elementos siguieron circulando aisladamente y siendo utilizados, no siempre con el rigor científico del caso.

De allí que sea necesario explicar el sentido con el cual se utiliza el término **nudo crítico** en este documento. El contexto teórico corresponde a la PSPC, a la cual hemos incorporado elementos provenientes de desarrollos teóricos cuya aceptación dentro de los diversos campos relacionados con la salud pública, la educación y la gerencia es cada vez mayor.

Situación, problemas y actores sociales

La formación de recursos humanos en salud (FRHS) es un campo social relativamente delimitable dentro de otro mayor que suele denominarse "desarrollo de recursos humanos en salud"

(DRHS). A su vez, la FRHS discurre en la intersección de otros dos campos mayores: el sanitario y el educacional. En el campo de FRHS en Perú, se presentan situaciones en las que el IDREH desea intervenir en el marco de la función reguladora que tiene el Estado. Tales situaciones, sin embargo, no son siempre claras con relación a las siguientes cuestiones:

a) ¿Son problemas?
b) ¿Cuál es la naturaleza de esos problemas?
c) ¿Por qué ocurren?
d) ¿Son problemas intervenibles?
e) ¿Son intervenibles mediante regulación estatal?

A lo largo de este documento iremos a abordando cada uno de estos temas. Comenzaremos por definir si constituyen problemas.

El término formación de especialistas en Medicina, Enfermería, Obstetricia y Odontología no refiere directamente a un problema, sino a procesos educacionales mediante los cuales los estudiantes adquieren un conjunto de competencias técnicas altamente especializadas, correspondientes a las disciplinas mencionadas, con las cuales obtienen de las universidades una segunda certificación, de nivel superior, para el ejercicio profesional. Los problemas surgen cuando los productos de los procesos, las condiciones y las formas cómo se realizan dichos procesos no son los que esperan los actores sociales.

En palabras de Carlos Matus, un problema, desde de la PSPC, se define como

> *"la formalización para un actor social de una discrepancia entre la realidad constatada o simulada y una norma que él acepta o crea como referencia".*[1]

En este contexto es necesario definir quiénes son los actores sociales. Aunque algunos autores consideran que es mejor utilizar "agente social", en la planificación situacional y en el campo sanitario peruano continúa predominando "actor social". Este término puede definirse de la manera siguiente:

> *"un actor social es una personalidad, una organización o una agrupación humana que en forma estable o transitoria tiene capacidad de acumular fuerza, desarrollar intereses y necesidades y actuar produciendo hechos en la situación."*[2]

¿Quiénes son los actores sociales en la formación de recursos humanos especialistas en salud y cuáles son los problemas que ellos perciben? Estas preguntas nos conducen a varias respuestas debido a la diversidad de los actores sociales. Los principales son los formadores y los que están en formación, pero otros actores relevantes son: universidades, grupos políticos, población, administración estatal, grupos económicos, docentes agrupados, estudiantes agrupados, profesionales, etc., cada uno de ellos con un conjunto de problemas (sub, sobreproducción o producción nula de especialistas —en el caso de obstetricia—, sub o sobreutilización

[1] Matus, C. *Política, Planificación y Gobierno.* Ed. OPS-OMS. Washington D.C., 1987, p. 758.
[2] Ibid.: 744

de los mismos, inadecuada calidad profesional del recién titulado, graduación sin titulación, titulación sin inscripción en el Colegio Profesional, inadecuada distribución, etc.).

En la última década se distinguen claramente dos fenómenos[3] en las universidades y facultades/escuelas de ciencias de la salud:

- Crecimiento cuantitativo sin precedentes: la cantidad de vacantes se ha incrementado en los últimos cinco años.

- Centralización de la oferta: la oferta para la formación de especialistas se encuentra limitada a Lima (la capital del país) o las principales ciudades (como Trujillo), restringiendo el acceso de los interesados en esta formación y su posterior distribución.

Según Lip y colaboradores (2000): "*el aumento de especialidades y subespecialidades de medicina no ha llevado a una situación en la cual la oferta supere a la demanda: la sobre oferta para estudiar medicina especializada no existe. Sin descartar el fenómeno de que la oferta esté induciendo la demanda de formación médica especializada*"[4].

Estos autores mencionan también que "*dada la composición del Comité Nacional de Residentado Médico (CONAREME), en el cual los representantes de las facultades de Medicina son amplia mayoría, generalmente la distribución de plazas para ingresar al residentado médico queda a decisión de las facultades y, dentro de ellas, a la presión ejercida por sus bases de docencia en los hospitales. Aunque en varias ocasiones ASPEFAM ha tratado el punto de la especialización médica, en realidad no se cuenta hasta el momento con una situación-objetivo de lo que se desea lograr en relación al mercado educacional y menos del mercado de trabajo de los médicos especialistas*"[5].

Analizando los últimos cinco años, podemos decir que la situación se mantiene igual y que seguirá así ya que el Estado no tiene una meta concreta ni delinea políticas que encaminen la oferta para la formación de médicos especialistas y otras carreras de salud.

El segundo plan del Estado para modificar el mercado de especialistas fue la creación de la especialidad de Medicina Integral Familiar (Medicina General Integral o Medicina Integral y Gestión en Salud). En los últimos cinco años, las plazas ofertadas (básicamente en el MINSA) aumentaron de 20 a 27, esto equivale a 2,6 % del total de plazas ofertadas para la residencia médica, lo que constituye un número prácticamente simbólico. Sin embargo, en el año 2003 hubo un repunte de la oferta de plazas en esta especialidad.

Entonces, exceptuando la formación médica —e incluso ésta es teóricamente regulada por el Consejo Nacional de Residentado Médico— no existe ninguna regulación estatal respecto a la formación de especialistas para Enfermería, Odontología u Obstetricia. El diseño y contenido de los programas de formación de especialistas, el número de vacantes, la cantidad y tipo de especialidades ofertadas, y la asignación de campos clínicos son temas que están sujetos a la autonomía universitaria. Este es un **nudo crítico**; no la ausencia de regulación, sino

[3] Nótese que estamos utilizando el término "fenómenos" (o "hechos") y no "problemas".
[4] Lip C. y Col. (2000). *Situación de los médicos a diez años de la reforma*. Manuscrito.
[5] Lip C. y Col. *Las obstetrices y obstetras en Lambayeque*. Manuscrito.

la ausencia de conciencia de la necesidad de regular la formación de especialistas. El Estado ha abdicado —en la práctica— su derecho a regular la formación de los profesionales de la salud.

Los criterios para determinar la oferta de formación en las especialidades médicas y de la salud deberían ser:

a) Una relación "adecuada" entre el número de especialistas y el número de habitantes para lograr un determinado nivel de salud, y que exista una distribución organizada de los especialistas con relación a la población.

b) El modelo de cuidado de la salud de las personas se debería reflejar en la disponibilidad de especialistas necesarios para cada tipo de atención y nivel.

c) Una relación más o menos directa entre el tipo de especialistas que se forman y las prioridades establecidas frente a un perfil epidemiológico determinado.

Una rápida mirada a la situación sanitaria nos confirma que los criterios no son estos. Tampoco se han establecido los criterios para la apertura de una nueva especialidad, la determinación del número de vacantes, la asignación de campos clínicos, ni la naturaleza de los planes de estudio en Medicina, Enfermería u Odontología.

La existencia de un mayor número de instituciones formadoras de especialistas en Medicina, Enfermería y Odontología no ha resultado en una modificación sustantiva en la distribución geográfica porcentual de los mismos. Por lo tanto, que falten médicos, enfermeras y odontólogos especialistas no puede esgrimirse como explicación para crear nuevas especialidades o plazas en las especialidades existentes en el país, ni tampoco que se forman para que mejore la distribución según ámbito geográfico poblacional.

Si el criterio no es llegar a una razón número de médicos, odontólogos, enfermeras especialistas/número de pobladores (ya sea como población general o subdividida en diversas clases, como por ejemplo, mujeres en edad reproductiva), ni algún otro que aparezca con claridad, ¿cuál es el atractor que determina la dinámica del sistema? Nuestra hipótesis es que en la apariencia caótica del crecimiento de la oferta de especialidades existe un orden regido por atractores extraños.

Ahora podemos contestar a nuestra segunda pregunta: ¿cuál es la naturaleza del problema? Los problemas de la formación de especialistas son de naturaleza compleja, por lo tanto, deben ser estudiados con las denominadas ciencias de la complejidad (que incluyen subsumidas a las ciencias de los sistemas mecánicos). Anotamos aquí un **nudo crítico** que corresponde a la aproximación al estudio de la situación problemática originada alrededor del proceso de formación de éstos.

<u>El anti–abastecimiento regional de especialistas</u>

Se presume que los especialistas en Medicina deberían devolver a su región el doble del tiempo recibido y dedicado a su formación como tales. Sin embargo, es sabido y que esta situación no ocurre, por el contrario, los especialistas formados buscan y consiguen generalmente quedar-

se a laborar en Lima o en las principales ciudades donde han sido formados, dejando cada vez más desabastecidas a las regiones.

Si esta reglamentación se cumpliera, habría un importante efecto distributivo (no logrado por las políticas laborales). Sin embargo, este efecto no se presenta.

Curiosamente en las regiones donde no se ofrece formación escolarizada de especialistas, la razón número de especialistas/número de habitantes es mucho menor.

El alcance de los problemas

Cada uno de estos fenómenos puede ser asumido o no como un problema, dependiendo del actor social que los juzga, pero sí deben ser reconocidos como situaciones complejas.

En la formación de especialistas en Medicina, Enfermería, Obstetricia y Odontología existe hasta el momento un proceso central en el que interactúan un conjunto de actores sociales que suelen definir problemas desde su punto de vista. Por lo tanto, existirán diferentes conjuntos de problemas y, consecuentemente, distintas explicaciones y propuestas de solución dependiendo del actor social. Este análisis tiene como punto central de referencia el rol rector del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH) del Ministerio de Salud, es decir, desde la perspectiva del Estado peruano.

Regresando a lo ya expuesto, cada uno de los fenómenos mencionados, entre muchos otros que se presentan en la formación de los especialistas, pueden o no ser considerados problemas por otros actores; sin embargo lo son desde el punto de vista del IDREH. No es suficiente reconocer y asumir que un fenómeno u hecho social determinado es un problema, se requiere avanzar en su caracterización.

La distinción de los problemas en la formación de especialistas incluye distinguir el alcance de los mismos y trabajar en la construcción de propuestas que den cuenta de las necesidades de coordinación entre los diversos espacios (nacional, regional y local), mediante mecanismos que equilibren descentralización con centralización. La indefinición de cuáles son las competencias de las instancias regulardoras en la formación de los profesionales de las ciencias de la salud constituye otro **nudo crítico** en el flujograma situacional que estamos elaborando paulatinamente.

Precisión de los problemas

La caracterización de un problema es el elemento central para su solución. En este sentido, la formación de los profesionales de las ciencias de la salud resulta una situación–problema (también denominada problemática o macroproblema) compleja y difícil de caracterizar plenamente. Por ejemplo, utilizando una clasificación de problemas que resulta útil para la formulación de políticas y para la planificación, se puede fácilmente identificar dentro de la situación–problema de formación de profesionales de las ciencias de la salud:

- Problemas actuales: saturación de los campos clínicos —excesivo número de estudiantes de medicina, que afecta la formación de los médicos residentes—; ausencia de un órgano rector que supervise la asignación de los campos clínicos pues las universidades negocian directamente y establecen convenios con los hospitales o institutos especializados, y no existe un número máximo de vacantes por universidad ni por campo clínico; baja calidad de la enseñanza; elevadas tasas de deserción estudiantil —sobre todo en las especialidades de enfermería y odontología ya que son autofinanciadas—; planes curriculares uniformes para realidades diferentes; planes de estudios incoherentes; disociación entre las prácticas educacionales y las bases educacionales enunciadas por las escuelas y facultades; etc.

- Problemas potenciales: plazas de trabajo para los estudiantes actuales; grado de obsolescencia relativamente rápido; subutilización y sobreutilización de la fuerza laboral; aumento de las brechas en los recursos humanos disponibles según población; discrepancia entre las competencias adquiridas y las competencias ocupacionales al egresar; cada año se generan nuevos conocimientos en medicina y las otras ciencias de la salud y es casi imposible incorporarlos al curriculo; la rigidez de éste no facilita la parte electiva (<30 %); la fragmentación de contenidos pues se aprecia notablemente que no hay un hilo conductor, atomizando así la formación y por tanto la visión de los alumnos sobre el paciente o usuario; las especialidades no reflejan las tendencias poblacionales de alargamiento de la vida de los usuarios, promocionando las especialidades en geriatría y gerontología (tercera edad), o con la especialidad de Medicina Integral Familiar, que aún no encuentra su población objetivo, entre el servicio salubrista, la administración y la medicina individual.

La caracterización implica acotar el problema como forma de avanzar hacia una explicación, comprensión y el diseño de formas de enfrentarlo. Por tanto, es necesario definir los principales elementos que constituyen un problema.

Cuando en el campo de formación de recursos humanos profesionales en salud se alude a problemas como brecha entre el perfil real y el perfil deseado, saturación de los campos clínicos, sobreproducción de médicos, subproducción de anestesistas, currículos explícitos distintos a los currículos reales, etc., solo se está caracterizando. Es necesario avanzar en la precisión del problema mediante su ubicación que, en nuestro caso, incluye no solo el espacio geopoblacional sino la temporalidad. Así, habría que preguntarse por los médicos que el Perú necesita: ¿dónde? (espacios geopoblacionales y de trabajo) y ¿cuándo? (ahora o dentro de diez años?). De allí, la importancia de la clasificación de los problemas mencionados anteriormente como actuales y potenciales.

En consecuencia, precisar bien un problema requiere la enumeración de:

- Variables lingüísticas (caracterización) y
- Variables cuantitativas (medición)

Ese conjunto de variables lingüísticas y cuantitativas debe permitir distinguir un problema de otro. Esto evita el reduccionismo cuantitativista, que generalmente produce el efecto de designar o caracterizar una realidad (un problema) por lo secundario, si lo principal no es cuantificable con números.

Concretando, otro **nudo crítico** para la regulación de la formación de profesionales de la salud es que los problemas que se presentan en ese proceso no están debidamente precisados. Por ejemplo, en el caso de la sobresaturación de los campos clínicos —en esencia se refiere a hospitales— para la formación de profesionales de las ciencias de la salud, la misma caracterización (sobresaturación) lo presenta como una cuestión de orden cuantitativo. Esto es secundario. Lo principal es qué parte o aspecto de la formación requiere de esos campos clínicos. Resolver esta cuestión primaria solucionará la secundaria. Ello permite catalogarlo como un falso problema. Entonces, el vector de definición de un problema (VDP) puede ser preciso respecto a un falso problema. Esto coloca al planificador o al analista en el umbral de cometer un error de tipo III: resolver bien el problema que no hay que resolver.[6]

El escenario de la situación

En resumen, se puede afirmar que en los últimos tres lustros:

a. Se ha neoliberalizado la educación universitaria, pudiendo ser un área de actuación para la obtención de lucro.

b. El número de instituciones formadoras de especialistas ha aumentado y se ha diversificado considerablemente, así como el número de los formados y en formación.

c. El proceso de formación y, por tanto, la calidad de los productos no ha mejorado sustancialmente, incluso hay quienes no dudan en afirmar que ha empeorado.

d. La competencia entre las universidades ha alcanzado niveles nunca antes vistos, con importantes consecuencias negativas para el proceso de formación de especialistas en Enfermería, Odontología y Medicina.

e. El Estado ha mostrado una pobre capacidad (o interés) de regular lo que ocurre en el mercado educacional universitario.

Desde la planificación estratégica corporativa, tan en boga en los últimos tiempos en el campo de la salud y en el de la educación, se podría recusar que el escenario de la situación descrito es en realidad el macroescenario, y que corresponde trabajar más con el escenario inmediato: la situación de salud en el país.

Ello es precisamente lo que no ha ocurrido, esto es, la dinámica cuantitativa ni la cualitativa de la formación en Medicina, Odontología, Obstetricia y Enfermería no está determinada por la interrelación con las fuerzas de campo sanitario, que son las que deberían constituir su escenario inmediato. De hecho, éste es el **nudo crítico** en la formación de especialistas en las carreras profesionales que interesan en esta consultoría, entre otros.

[6] Mitroff, I. *Cómo pensar con claridad. Descubra la ventaja competitiva de identificar los verdaderos problemas, plantearlos debidamente y aplicar soluciones apropiadas*. Ed. Norma. Bogotá, 2000

¿Por qué se califica ahora la descontextualización de la formación de profesionales de la salud respecto a la situación sanitaria, actual y potencial, como "el" y no como "un" nudo crítico? La situación de la formación de recursos humanos especialistas en Medicina, Odontología, Enfermería y Obstetricia (y en otras ciencias) puede ser considerada, desde el punto de vista del IDREH, como un macroproblema. Esto es un problema genoestructural, que cruza varios ámbitos del sistema social (político, económico, organizativos, administrativos, de relaciones internacionales y, evidentemente, educativos y de salud) que, además, es un macroproblema nacional que afecta a todo el país y la población. De allí, la pertinencia de ser trabajados por el IDREH dada su misión de ámbito nacional.

La brecha negativa entre el perfil de competencias de los profesionales formados y las necesidades de atención sanitaria en Medicina, Enfermería y Odontología es la caracterización del macroproblema que debe precisarse.

Los planes de estudio de las facultades y escuelas profesionales estudiadas muestran un pobre manejo de las teorías educacionales y su instrumentación en la construcción de currículas y de los propios planes de estudio, constituyéndose en un nudo crítico.

Análisis y explicación

Explicar el proceso de formación profesional requiere superar el enfoque *causalista*. En ciencia y tecnología, algo se explica solo cuando se revela cómo funciona, cuál es el mecanismo subyacente. Para explicar un hecho social como la situación de los recursos humanos en salud, especialmente en un trabajo dirigido a identificar nudos críticos, necesitamos evitar el micro y el macrorreduccionismo.

Todo lo anterior, aplicado al campo de la formación profesional en salud, requiere de la multidisciplinariedad y la transdisciplinariedad, dado que nos enfrentamos a fenómenos multilaterales y multidimensionales, en los que se cruzan varios niveles de organización.

El conocimiento de las determinantes sociales de la formación profesional es un campo que urge promover desde el IDREH, de manera que pueda construirse una red explicativa de los problemas que le preocupan como órgano rector del desarrollo de recursos humanos del país, una red explicativa que no se restrinja a señalar las "causas en última instancia", sino que permita poner en evidencia las mediaciones complejas a través de las cuales actúan las transformaciones del macrocontexto, en la génesis y la distribución diferencial de los problemas de la formación de profesionales de la salud. Esto implica construir un flujograma explicativo situacional que permitirá identificar, caracterizar formular los problemas que constituyen los nudos explicativos y nudos críticos, y sobre esa base diseñar las políticas que regulen el campo.

Entonces, entre los nudos de un problema existen relaciones de determinación y condicionamiento; estas relaciones constituyen los mecanismos subyacentes en el proceso analizado, evidentemente todos ellos constituyen hipótesis para la formulación de políticas y la planificación.

La hegemonía de la corporación médica en las diferentes instancias —hegemonía que obedece a su peso relativo en el modelo de atención de salud de nuestro país, el cual más allá de calificársele como integral sigue siendo médico hegemónico, centrohospitalario y flexeriano— es uno de los **nudos críticos**, no solo en lo cualitativo sino en lo cuantitativo. ¿Cuántos profesionales están preparados o se requieren preparar para que el modelo de atención integral de salud (MAIS) tenga la suficiente amplitud y fortaleza para ser hegemónico? La respuesta, al menos por ahora, no debe aludir a un trabajo en equipo de los profesionales de salud, que son prácticamente inexistentes en la atención de salud, más allá de la experiencia puntual de los actos quirúrgicos y otros pocos más.

Finalmente, la dinámica —al menos— cuantitativa de la formación de especialistas en Medicina, Odontología, Obstetricia y Medicina no ha sido determinada por, y en, interrelación con las fuerzas de campo sanitario, que son las que deberían constituir su escenario inmediato. Es decir, no está contextualizada con relación a la problemática sanitaria. La dimensión cuantitativa de disponibilidad, en general, y de la formación, en particular, de los recursos humanos especialistas en salud no puede analizarse en forma descontextualizada. En realidad, no existen problemas cuantitativos de recursos humanos en salud en sí mismos, sino en relación con el sistema de salud que los contiene; por eso, el establecimiento de metas cuantitativas rígidas y precisas se dificulta por la acción de diversos factores, entre los que destacan: la estructura de los servicios de salud, las políticas de salud, los planes de salud, el modelo de atención de salud, las características de la población, etc.

La regulación y la construcción de verdaderos sistemas de formación de especialistas de la salud y de atención a la salud articulados es una necesidad, para ello debe vulnerarse el punto critico de la concurrencia de un no-sistema de salud con el no-sistema de la formación de los especialistas en Medicina, Enfermería y Odontología.

REFERENCIAS

Especialización en Medicina

CONAREME (2004). *Base de Datos*.
CONAREME (2005). *Estándares Mínimos para la Formación de Médicos Residentes*.
Lip, C., Vargas, A., Zevallos, W., Longa, J. y Hurtado, J. (2000) "Situación del Profesional Médico Cirujano a Ocho Años de Iniciada la Reforma de la Salud y la Seguridad Social". *Anales de la Facultad de Medicina* 61 (2). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
Universidad Nacional Mayor de San Marcos (2005). *Planes de Estudio de las Especialidades de Medicina*. Facultad de Medicina. Escuela de Postgrado.
Universidad Peruana Cayetano Heredia (2005). *Planes de Estudio de las Especialidades de Medicina*. Dirección de Segunda Especialización de Medicina. Facultad de Medicina Alberto Hurtado.
Universidad Nacional Federico Villarreal. Facultad de Medicina "Hipólito Unanue". http://medicinaunfv.org
Universidad de San Martín de Porres. Facultad de Medicina Humana. http://usmp.edu.pe/fmed/index.php
Universia. El portal de los Universitarios. "Concurso de Admisión: El Residentado Médico" Febrero 2004. http://www.universia.edu.pe/contenidos/noticias/

Especialización en Enfermería

COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERU (2002). *Información Básica sobre las(os) Enfermeras(os)*. Consejo Nacional.
COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERU (s. f.). *Información Básica sobre las(os) Enfermeras(os)*. Primer Censo Nacional 2001.
Universidad Nacional San Agustín. Facultad de Enfermería. www.unsa.edu.pe/seg_especi/ef/introduccion.htm
Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Oficina de Segunda Especialización en Enfermería. http://medicina.unmsm.edu.pe/UPG/default.asp?namepage=EspEnfermeria.asp
Universidad de San Martín de Porres. Oficina de Segunda Especialización en Enfermería
Facultad de Enfermería http://www.usmp.edu.pe/index.php?pag=facultades/fobstetri/index.php
Universidad Peruana Unión. Unidad de Postgrado Ciencias de la Salud. Especializaciones en Enfermería. www.upeu.edu.pe
Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Enfermería. www.upch.edu.pe/faenf/enfermeria.asp
Universidad Nacional de Trujillo. Facultad de Enfermería. www.unitru.edu.pe

Especialización en Odontología

Universidad Peruana Cayetano Heredia (2005). *Post Grado en Estomatología* 2005. Dirección de Post Grado en Estomatología.
Universidad Nacional Mayor de San Marcos (2004). Segunda especialidad profesional en Odontología. Planes de Estudios en Odontología.
Colegio Odontológico del Perú (2004). Registro de especialistas - Modalidad escolarizada por orden de recepción.

Otros documentos

Documento electrónico Especialistas.xls proporcionado por el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos.

Giovanni Escalante Guzmán.
Manuel León Nuñez Vergara.

OFERTA DE FORMACIÓN DE TÉCNICOS ASISTENCIALES EN SALUD A NIVEL DEL PERÚ Y METODOLOGÍA DE TRABAJO ARTICULADO

Índice

Introducción 289
Resumen ejecutivo 290

1ª PARTE
CARACTERIZACIÓN DE LAS INSTITUCIONES FORMADORAS
DE TÉCNICOS ASISTENCIALES EN SALUD 291

Capítulo I
Metodología de trabajo 293
Capítulo II
Número y características de instituciones formadoras
de técnicos asistenciales en salud 301
Capitulo III
Base de datos actualizable y tendencias
Conclusiones y recomendaciones 313

2ª PARTE
ANÁLISIS SOBRE PERFILES DE FORMACIÓN DE TÉCNICOS EN SALUD 323

Breve descripción de la metodología 325
Discusión de los hallazgos 365
Conclusiones y recomendaciones 369
Bibliografía 371

3ª PARTE
ANÁLISIS SOBRE MECANISMOS DE PLANIFICACIÓN EN LA
FORMACIÓN DE TÉCNICOS ASISTENCIALES EN SALUD 373

Introducción 375
Papel de la Dirección Nacional de Educación Secundaria y Superior
Tecnológica (DINESST) 377
Papel del Ministro de Salud y sus órganos descentralizados (IDREH)
en la planificación de la oferta de formación 383
Antecedentes de ordenamiento de la oferta educativa
en la formación de profesionales técnicos 387
Comentarios y recomendaciones finales 393

Introducción

La información sobre el proceso de formación de profesionales de la salud, y específicamente aquella de los técnicos en salud, es central en cualquier política de recursos humanos. Esta formación se da en instituciones con grandes diferencias en sus proyectos educativos y en los recursos disponibles.

La información disponible sobre este proceso formativo en el Perú se encuentra segmentada y desagregada, las fuentes primarias y secundarias están desvinculadas y la sistematización es relativamente pobre, al menos en función de los objetivos sanitarios nacionales. Esta es una debilidad central, que demanda el accionar de las instituciones de manera concertada y prioritaria, entendiendo que el reto debe ser afrontado, y que únicamente sobre un cuerpo coherente de información sistematizada y el conocimiento consiguiente, se podrán construir políticas nacionales coherentes y efectivas.

El presente estudio pretende generar información relevante sobre el número y características de las instituciones formadoras de técnicos asistenciales en salud en el Perú, y construir un recurso informático que combine la flexibilidad, la amigabilidad, la eficiencia y la calidad requeridas para la toma de decisiones, en el marco del estudio "Oferta de Formación de Técnicos Asistenciales en Salud a Nivel del Perú y Metodología de Trabajo Articulado".

Resumen ejecutivo

El presente documento muestra las principales características de instituciones formadoras de técnicos asistenciales en salud, adjuntando una innovadora base de datos actualizable y el directorio de las instituciones formadoras.

La metodología de trabajo se enmarca en el proceso de planificación de los recursos humanos en salud enfocando a la oferta. Para tal efecto se indagó sobre la existencia de bases de datos sobre los Institutos Tecnológicos Superiores (ISTs) en el Ministerio de Educación (MINEDU), estudios previos y una encuesta para la recolección de información más amplia aplicada a los ISTs registrados en las Direcciones Regionales de Educación (DRE).

Se ha diseñado también un software que permita articular e integrar la información de las bases de datos, que sea lo suficientemente amigable para ser utilizada con facilidad.

Según la base de datos existente en el Ministerio de Educación (MINEDU) existen 942 Institutos Tecnológicos Superiores, de los cuales, 67.4% son privados.

A la fecha, 549 se encuentran funcionando regularmente (58.2%). El MINEDU a través de la Dirección de Educación Secundaria y Superior Tecnológica (DINESST) viene revalidando los Institutos Superiores Tecnológicos y sus respectivas carreras desde noviembre de 2003 mediante una revisión de la documentación presentada y visitas de verificación a las instalaciones de cada IST. Solamente 70 aparecen como revalidados (7.4%).

En la actualidad, los ISTs ofrecen 175 carreras técnicas de las cuales diez están vinculadas a las ciencias de la salud (17.5%). Por otro lado, 372 de los 942 Institutos Tecnológicos Superiores ofrecen carreras técnicas en salud (39%). Las carreras técnicas en salud que más se ofertan son Enfermería Técnica (38.6%), Técnica en Farmacia (8.4%), Técnica en Laboratorio (7.9%) y Prótesis Dental (7.7%). Los hallazgos invitan a una profunda reflexión sobre el nivel actual de relación entre el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y los Institutos Tecnológicos Superiores para mejorar la coordinación y superar las brechas existentes en la información y la articulación entre la oferta y demanda.

CARACTERIZACIÓN DE LAS INSTITUCIONES FORMADORAS DE TÉCNICOS ASISTENCIALES EN SALUD

1ª PARTE

Capítulo I

METODOLOGÍA DE TRABAJO

La metodología de trabajo tiene como marco el proceso de planificación de los recursos humanos en salud. En particular el estudio se concentra en la oferta de formación de técnicos asistenciales en salud. Se parte de las siguientes hipótesis.

1. Hipótesis

Hipótesis 1: existen vacíos en la información disponible sobre oferta en la formación de técnicos asistenciales en salud, que dificultan el desarrollo de la planificación.

Hipótesis 2: los vacíos en información pueden ser cubiertos a través del presente estudio, desarrollando una metodología que permita monitorear el proceso de formación de técnicos en salud.

2. Conveniencia de la hipótesis

Ambas hipótesis pueden ser trabajadas con la presente investigación. La primera mostrará las principales características de estos vacíos. La segunda identificará una metodología que permita abordarlos. Así, las hipótesis muestran su conveniencia al ser confrontadas con los objetivos propuestos y los términos de referencia establecidos para la consultoría.

3. Variables de la hipótesis

Información disponible sobre la oferta de formación de los técnicos asistenciales en salud.

Conjunto de datos esenciales de las entidades encargadas de la formación de técnicos asistenciales en salud del ámbito nacional que estén razonablemente accesibles a través de los

organismos públicos responsables de su monitoreo, evaluación y autorización. Los datos están referidos a la infraestructura, el proceso de formación y sus resultados.

Planificación de los técnicos asistenciales en salud

Proceso esencial de la gestión de RRHH en salud destinado a identificar las necesidades de personal técnico asistencial de salud en número, tipo, calificación y distribución acordes a las necesidades de los servicios y la población a la cual deben atender. Involucra a las acciones de elaboración del análisis de la situación, identificación de las necesidades de RRHH, la formulación de políticas, la planificación y programación del personal. La función de planificación posee dos vertientes. La planificación de la formación de los técnicos asistenciales en salud y la planificación de la provisión de los trabajadores técnicos asistenciales en salud.

4. Limitaciones y delimitaciones

La investigación sistemática sobre la formación de técnicos asistenciales en salud es escasa y segmentada, por lo que se contará con información limitada de las fuentes secundarias, requiriéndose un abordaje mixto, de fuentes primarias y secundarias para consolidar la información.

El tiempo es bastante corto para el estudio y depende sustancialmente de la velocidad en la respuesta de las instituciones y organizaciones que están vinculadas con la formación y planificación de los técnicos asistenciales en salud.

El presente estudio se centrará exclusivamente en el análisis de la situación de la formación de los técnicos asistenciales en salud.

5. Diseño de técnicas de recolección

Estudio de tipo descriptivo analítico, el cual emplea técnicas cualitativas y cuantitativas; a partir de cada una de las instituciones formadoras que oferten servicios de formación de carreras técnicas relacionadas a técnicos en salud del ámbito nacional. Por su perfil se utilizarán las siguientes técnicas de recolección de datos:

a) **Revisión de fuentes secundarias:** verificación de instituciones educativas autorizadas para impartir estudios de formación técnica asistencial en salud, identificando indicadores relevantes al estudio. Revisión de estudios previos desarrollados.

b) **Encuesta:** en base a un cuestionario para obtener información nacional, y dirigido a los directivos de las instituciones formadoras de técnicos asistenciales en salud.

c) **Cuestionario Delphi:** aplicación a grupos de "expertos" para ampliar las perspectivas sobre las características del proceso formativo, la planificación y la oferta educativa existente en la formación de técnicos asistenciales en salud. Se incluirá en este grupo a directivos educativos y del sector salud.

d) **Entrevistas a profundidad:** identificación de los principales procesos, productos y resultados de un grupo previamente identificado de instituciones educativas, elegidas por su ubicación geográfica social, su impacto regional, su propuesta educativa, entre otros.

e) **Experimento piloto de articulación** Ministerio de Salud – Institución Prestadora, en una DIRESA previamente seleccionada, que permita validar estrategias, herramientas e instrumentos, sistematizando experiencias para su extensión nacional.

6. Población

- Total de instituciones de formación participantes del sistema educativo, y autorizadas para expedir títulos de técnicos asistenciales en salud.
- Ministerio de Educación (Dirección responsable de los Institutos Tecnológicos del Perú).
- Ministerio de Salud (Dirección de Servicios de Salud y Dirección responsable de los visados).
- Municipalidades (Dirección encargada de las licencias de funcionamiento).
- Otras instituciones indirectamente vinculadas:
  - Organización Internacional del Trabajo (promoción y difusión de la legislación laboral internacional, perfiles de formación).
  - Organización Panamericana de la Salud (asesoría en desarrollo y gestión de recursos humanos).

7. Muestras

La muestra fue definida por criterios habiéndose trabajado fundamentalmente sobre el universo de ISTs. La encuesta está destinada a todas las instituciones. Se efectuará un inventario de todas las autoridades y se procederá a aplicar los instrumentos tomando también en consideración las variables en estudio.

8. Técnicas de análisis

Las bases de datos serán presentadas sobre una plataforma de Microsoft Access® para una fácil integración en concordancia con el siguiente cuadro:

VARIABLE	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE DE RECOLECCIÓN
Variable: Información disponible oferta de formación de los técnicos asistenciales en salud			
Oferta de formación de los técnicos asistenciales en salud	Número de instituciones formadoras de técnicos asistenciales en salud	Ordinal y categórica	Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Direcciones Regionales de Educación
	Carreras técnicas que se imparten	Nominal	
	Años desde que se imparte	Ordinal	
	Tipo de gestión de la institución	Nominal - Dicotómica Pública o Privada	
	Matriculados por carrera técnica	Escalar	
	Matriculados por año desde su oferta	Escalar	
	Egresados por carrera técnica	Escalar	
	Egresados por año desde su oferta	Escalar	
Perfil de formación de los técnicos asistenciales en salud	Tipo de enfoque empleado	Nominal	Cuestionario Delphi a grupo especializado. Entrevista a profundidad
	Tipo de competencias planteadas	Nominal	Encuesta - Cuestionario Delphi.Entrevista a profundidad
	Inversión en horas teóricas	Escalar	Encuesta - Entrevista a profundidad
	Inversión en horas prácticas	Escalar	
	Mecanismos de evaluación del perfil	Ordinal	
	Metodología de su formulación	Nominal	

VARIABLE	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE DE RECOLECCIÓN
	Infraestructura	Nominal	Encuesta Cuestionario Delphi. Entrevista a profundidad
	Mecanismos de titulación	Nominal	Encuesta - Cuestionario Delphi. Entrevista a profundidad
	Requisitos de titulación	Nominal	Encuesta - Cuestionario Delphi. Entrevista a profundidad
	Tipos de mecanismos de desarrollo de prácticas	Nominal	Entrevista a profundidad
	Requisitos de desarrollo de prácticas	Nominal	Entrevista a profundidad
	Instrumentos de desarrollo de prácticas	Nominal	Entrevista a profundidad
	Supervisión de desarrollo de prácticas	Nominal	Entrevista a profundidad
	Evaluación de desarrollo de prácticas	Nominal	Entrevista a profundidad
	Duración de prácticas	Escalar	Entrevista a profundidad
	Distribución por sedes docentes	Escalar	Ministerio de Salud Encuesta - Entrevista a Profundidad
	Existencia de estudios de mercado	Ordinal	Encuesta - cuestionario Delphi. Entrevista a profundidad
	Existencia de coordinaciones con el Ministerio de Salud	Ordinal	Encuesta - Cuestionario Delphi. Entrevista a profundidad

VARIABLE	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE DE RECOLECCIÓN
Variable: Planificación de los técnicos asistenciales en salud			
	Metodología y herramientas para la planificación del personal técnico asistencial en salud	Nominal dicotómica	Estudio Delphi. Entrevista a profundidad
	Análisis de las necesidades del personal técnico de salud	Nominal	
	Estudios de balance de oferta y demanda para el personal técnico de salud	Nominal	Estudio Delphi. Entrevista a profundidad
	Establecimiento de prioridades para la dotación de personal técnico asistencial en salud por lugar, tipo y tiempo	Ordinal	Estudio Delphi. Entrevista a profundidad
	Existencia de políticas que orientan la formación y la dotación del personal técnico asistencial en salud	Nominal dicotómica	Estudio Delphi. Entrevista a profundidad
	Programación de los técnicos asistenciales en salud	Nominal	Estudio Delphi. Entrevista a profundidad
	Presupuesto de los técnicos asistenciales en salud		

9. Desarrollo de un software para la administración de bases de datos

Empleando el programa Microsoft Access® se ha diseñado un administrador de bases de datos, que permite realizar la incorporación, el mantenimiento y el seguimiento de la información disponible. Se ha partido de las premisas de simplicidad en el manejo, permitiendo la utilización e integración de la información ya existente en diversas fuentes, así como la posibilidad de emitir diferentes tipos de reportes. Para ello se ha hecho una investigación de las bases de datos existentes, habiéndose contactado con la Dirección de Educción Secundaria y Superior Tecnológica del Ministerio de Educación para determinar las fuentes de información. Se ha logrado acceder a sus bases de datos, así como a los padrones de las encuestas sistemáticas que el Ministerio de Educación viene realizando desde el 2003.

Adicionalmente, se preparó una encuesta a ser aplicada en las Direcciones Regionales de Educación e Institutos Tecnológicos Superiores. La encuesta tenía la finalidad de profundizar

en la información en sus aspectos de infraestructura, procesos y resultados. La idea es que sirva como un instrumento para el seguimiento de la calidad en la formación de los ISTs. La velocidad de respuesta no ha sido la esperada habiéndose observado retrasos importantes en la recepción de las mismas, siendo entonces también un indicador de la capacidad de respuesta de las instancias administrativas. Toda la información disponible a la fecha de edición de este informe ha sido vaciada a las bases de datos existentes.

Capítulo II

NÚMERO Y CARACTERÍSTICAS DE INSTITUCIONES FORMADORAS DE TÉCNICOS ASISTENCIALES EN SALUD

Según el censo del MINEDU (1997), la educación superior tecnológica en el Perú oferta sus servicios en 337 especialidades. El 22% de las especialidades están orientadas a actividades laborales relacionadas con el sector comercio y otros servicios, el 17,2% con el sector industrial, el 16,3% con educación, el 13,4% con salud, el 11,6% con comunicación e información, el 5,6% con agricultura y el 5,3% con turismo. El 8,6% restante, corresponde a actividades relacionadas con los sectores de minería, pesquería, transportes, vivienda y construcción.

Los alumnos de las especialidades afines al sector salud participan en mayor proporción (57%) de ISTs de gestión no estatal, destacando nítidamente en esta preferencia la especialidad de Farmacia con un 93,3%. Enfermería técnica tiene una participación del 55,2% y otras especialidades del 76,8%.

En 1996 alrededor de 35,000 personas egresaron de los ISTs. El mayor número de egresados fue de estudiantes de carreras técnicas en salud con 36,5%, equivalente a 12 709 nuevos egresados.

- **Número de instituciones formadoras de técnicos asistenciales en salud**

Según la base de datos existente en el Ministerio de Educación (MINEDU) existen 942 Institutos Superiores Tecnológicos de los cuales 67.4% son privados. A la fecha, 549 se encuentran funcionando regularmente (58.2%). Es de destacar que el MINEDU a través de la Dirección de Educación Secundaria y Superior Tecnológica (DINESST) viene revalidando los Institutos Superiores Tecnológicos y sus respectivas carreras desde noviembre de 2003, mediante una revisión de la documentación presentada y visitas de verificación a las instalaciones de cada IST. Solamente 70 aparecen como revalidados (7.4%).

- **Profesiones técnicas en salud**

Mediante Resolución Vice Ministerial 0085-2003-ED, el Ministerio de Educación aprobó el Catálogo Nacional de Títulos y Certificaciones, con el fin de ordenar la oferta formativa de la formación profesional técnica. Este Catálogo aprueba 120 titulaciones, correspondiendo la Familia 18 a salud, con:

- Cuidados auxiliares de enfermería
- Farmacia
- Laboratorio clínico
- Fisioterapia y rehabilitación
- Prótesis dental
- Enfermería técnica
- Ortopedia

Todas corresponden al grado superior, entendido como aquel ofertado a nivel post secundario, con una duración mínima de 3060 horas, y título profesional técnico otorgado a nombre de la Nación.

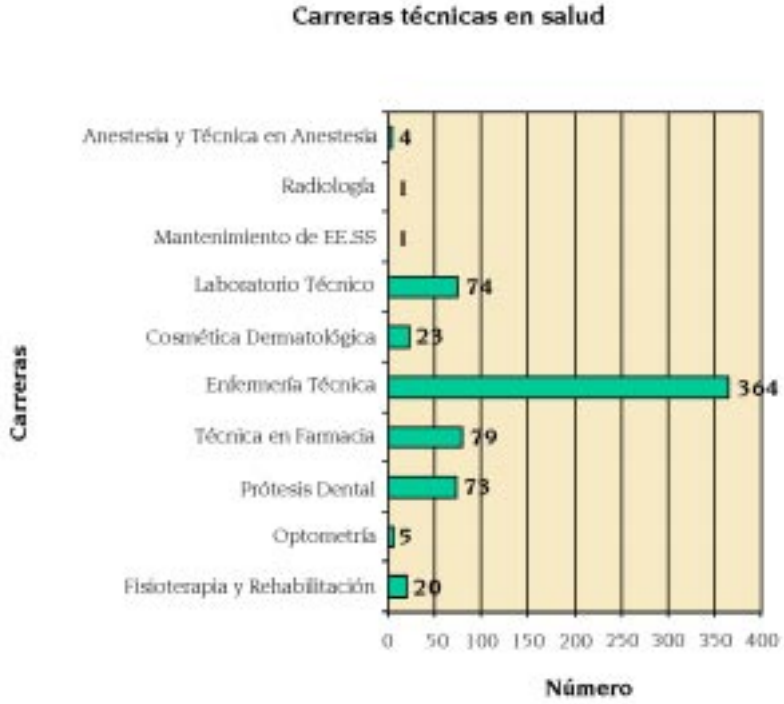
- **Carreras técnicas que se imparten**

Según la base de datos de DINESST – MINEDU, a la fecha, los ISTs ofrecen 175 carreras técnicas, de las cuales 10 están vinculadas a las ciencias de la salud (17.5%). Por otro lado, 372 de los 942 Institutos Tecnológicos Superiores ofrecen carreras técnicas en salud (39%). Como se observa, las carreras técnicas en salud que más se ofertan son Enfermería Técnica (38.6%), Técnica en Farmacia (8.4%), Técnica en Laboratorio (7.9%) y Prótesis Dental (7.7%). Por su estructura, es probable que sean también las carreras más demandadas. Es digno de reflexionar sobre el hecho que, dada la complejidad de las carreras técnicas de Radiología, Anestesiología y Técnico en Anestesia, no sería posible ofertarlas a través de los ISTs. Sin embargo, tres de ellos las ofertan con resoluciones de autorización.

Tabla 1
Institutos Tecnológicos Superiores con carreras técnicas en salud

Carreras técnicas en salud	Total ISTs	%
Fisioterapia y Rehabilitación	20	2.1
Optometría	5	0.5
Prótesis Dental	73	7.7
Técnica en Farmacia	79	8.4
Enfermería Técnica	364	38.6
Cosmética Dermatológica	23	2.4
Laboratorio Técnico	74	7.9
Mantenimiento de establecimientos de salud	1	0.1
Radiología	1	0.1
Anestesia y Técnica en Anestesia	4	0.4

Fuente: base de datos DINESST – MINEDU 2005



Fuente: base de datos DINESST – MINEDU. Elaboración Propia

- **Distribución de los ISTs con carreras de Enfermería Técnica por departamentos**

Lima, Piura, La Libertad, Piura, Ancash, Lambayeque y Puno concentran al 53.6% de toda la oferta de carreras en Enfermería Técnica, como se desprende de la siguiente Tabla:

Tabla 2 Carrera Enfermería Técnica

Departamento	Nº	%	Gráfico
Amazonas	9	2.5%	
Ancash	26	7.1%	
Apurímac	6	1.6%	
Arequipa	14	3.8%	
Ayacucho	15	4.1%	
Cajamarca	14	3.8%	
Callao	3	0.8%	
Cusco	12	3.3%	
Huancavelica	6	1.6%	

Departamento	Nº	%	Gráfico
Huánuco	12	3.3%	
Ica	13	3.6%	
Junín	19	5.2%	
La Libertad	28	7.7%	
Lambayeque	21	5.8%	
Lima	71	19.5%	
Loreto	8	2.2%	
Madre De Dios	2	0.5%	
Moquegua	3	0.8%	
Pasco	8	2.2%	
Piura	29	8.0%	
Puno	20	5.5%	
San Martín	14	3.8%	
Tacna	3	0.8%	
Tumbes	2	0.5%	
Ucayali	6	1.6%	
Total	364	100.0%	

Fuente DINESST – MINEDU 2004

- **Distribución de los ISTs con carreras de Laboratorio Clínico por departamentos**

La mayor concentración de la oferta de ISTs con carreras técnicas de Laboratorio Clínico se encuentra en las regiones de Lima, La Libertad, Piura, Puno y San Martín, sumando el 66.2% de la oferta total para este rubro.

Tabla 3 Carrera técnica en Laboratorio Clínico

Departamento	Nº	%	Gráfico
Amazonas	1	1.4%	
Ancash	3	4.1%	
Arequipa	3	4.1%	
Cajamarca	3	4.1%	
Callao	1	1.4%	
Cusco	2	2.7%	
Huánuco	3	4.1%	
Ica	2	2.7%	
Junín	2	2.7%	
La Libertad	6	8.1%	
Lambayeque	2	2.7%	

Departamento	Nº	%	Gráfico
Lima	31	41.9%	
Loreto	1	1.4%	
Pasco	1	1.4%	
Piura	4	5.4%	
Puno	4	5.4%	
San Martín	4	5.4%	
Ucayali	1	1.4%	
Total	74	100.0%	

Fuente DINESST – MINEDU 2004

- **Distribución de los ISTs con carreras técnicas de Prótesis Dental por departamentos**

El patrón es el mismo que los casos anteriores. Lima concentra el 37% de la oferta de ISTs con carreras técnicas de Prótesis Dental. Luego, La Libertad, Ancash, Huánuco, Ica y Puno son los departamentos con el mayor número (39.8%)

Tabla 4 Carrera técnica en Prótesis Dental

Departamento	Nº	%	Gráfico
Ancash	5	6.8%	
Arequipa	3	4.1%	
Ayacucho	1	1.4%	
Cajamarca	2	2.7%	
Cusco	4	5.5%	
Huánuco	4	5.5%	
Ica	4	5.5%	
Junín	3	4.1%	
La Libertad	8	11.0%	
Lambayeque	1	1.4%	
Lima	27	37.0%	
Moquegua	1	1.4%	
Piura	3	4.1%	
Puno	4	5.5%	
San Martín	2	2.7%	
Tacna	1	1.4%	
Total	73	100.0%	

Fuente DINESST – MINEDU 2004

- **Distribución de los ISTs con carreras de Técnicas en Farmacia por departamentos**

Lima, Lambayeque, La Libertad, Junín y Piura son los departamentos con el mayor número de ISTs con carreras técnicas en Farmacia acumulando el 62% de la oferta total para esta carrera.

Tabla 5 Carrera técnica en Farmacia

Departamento	Nº	%	Gráfico
Ancash	2	2.5%	
Apurimac	1	1.3%	
Arequipa	3	3.8%	
Cajamarca	3	3.8%	
Callao	1	1.3%	
Cusco	4	5.1%	
Huánuco	3	3.8%	
Ica	2	2.5%	
Junín	5	6.3%	
La Libertad	6	7.6%	
Lambayeque	6	7.6%	
Lima	28	35.4%	
Moquegua	1	1.3%	
Pasco	3	3.8%	
Piura	4	5.1%	
Puno	2	2.5%	
San Martín	2	2.5%	
Tacna	2	2.5%	
Tumbes	1	1.3%	
Total	79	100.0%	

Fuente DINESST – MINEDU 2004

- **Tipo de gestión de la institución**

El 86.6% de los Institutos Tecnológicos con carreras técnicas en salud tienen una gestión privada. La excepción son los ISTs con carreras de Enfermería Técnica pues en ellos predomina la gestión pública, como se aprecia en la siguiente tabla:

Tabla 6 Tipo de gestión en las ISTs con carreras técnicas en salud

Carreras técnicas en salud	Gestión privada	Total	%
Fisioterapia y Rehabilitación	18	20	90.0
Optometría	5	5	100.0
Prótesis Dental	64	73	87.7
Técnica en Farmacia	61	79	77.2
Enfermería Técnica	163	364	44.8
Cosmética Dermatológica	20	23	87.0
Laboratorio Técnico	59	74	79.7
Mantenimiento de establecimientos de salud	1	1	100.0
Radiología	1	1	100.0
Anestesia y Técnica en Anestesia	4	4	100.0

Fuente: DINESST – MINEDU 2005

- **Principales características de los alumnos de las carreras técnicas en salud**

La tabla 7 muestra las principales características de los alumnos de las carreras técnicas en salud. Para el año 97, los matriculados en las carreras técnicas en salud representan 30% y 28% del total de carreras técnicas de los ISTs en los semestres I y II. La demanda de los estudiantes por carreras técnicas en salud corresponde aproximadamente a un tercio de toda la población postulante a carreras técnicas en los ISTs. El nivel de exigencia en el proceso de postulación es baja dado que en promedio 84% de los postulantes ingresan a las plazas disponibles para formarse a través de una carrera técnica en salud. De otro lado 36% de los egresados y 52% de los titulados de todas las carreras técnicas en salud estuvieron disponibles a partir de 1996. Es importante señalar que, en promedio, solamente 48% de los egresados de las carreras técnicas en salud se titulan, lo cual es un factor limitante para una adecuada inserción en el mercado laboral.

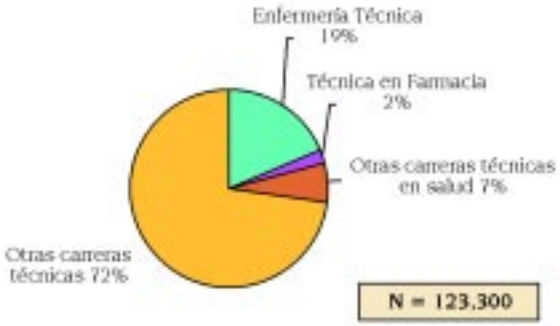
Tabla 7 Tipo de gestión en las ISTs con carreras técnicas en salud

Características	Matriculados		Demanda de formación		Ofertas laborales	
	97-I	97-II	Postulantes 97	Ingresantes 97	Egresados 96	Titulados 96
ISTs con carreras técnicas en salud	58017	46442	33242	27848	12709	6923
Enfermería Técnica	38340	31826	21934	17860	7757	4561
Técnica en Farmacia	4655	3529	2617	2337	718	421
Otras carreras técnicas en salud	15022	11087	8691	7651	4234	1941
Otras carreras técnicas	136955	123434	90058	76216	22125	6459
Total de ISTs nivel nacional	194972	169876	123300	104064	34834	13382

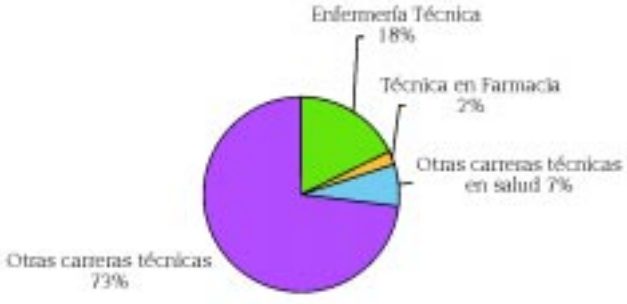
Fuente: Resultados del I Censo Nacional de Educación Técnica y Pedagógica 1997 – MINEDU

Matriculados 97-I

Matriculados 97-II

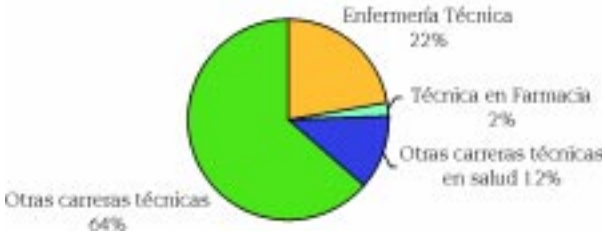


Postulantes 1997

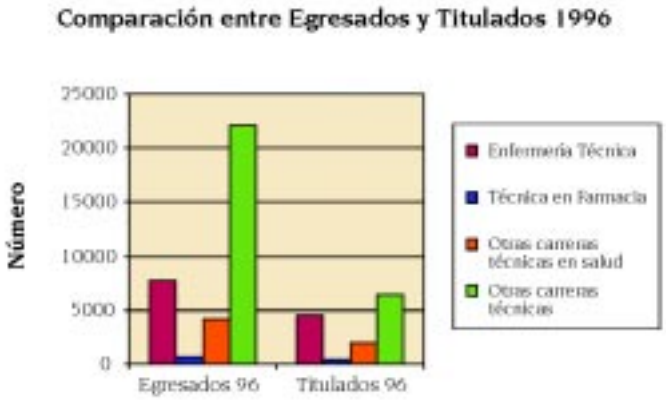


Ingresantes 1997

Egresados 1996



Titulados 1996



- **Condiciones básicas para el funcionamiento**

Según la última información del MINEDU, desde el 2003, los ISTs vienen pasando por un proceso de revalidación. 638 de los 942 ISTs figuraban en el padrón de aquellos que cumplían con los requisitos para funcionamiento (67.7%). Sin embargo en el último listado autorizado por el Ministerio de Educación aparecen solamente 70 ISTs (11% del total de autorizados para funcionar). Puede ser el reflejo de un mejoramiento en los mecanismos regulatorios de la formación de técnicos en salud. Sin embargo, no existen evidencias de que el Ministerio de Salud (y por ende el IDREH) esté participando activamente de este proceso. El análisis de los mecanismos regulatorios por el MINEDU abarcan los aspectos de infraestructura, procesos y resultados bajo un enfoque educativo más no existen datos si ha existido un involucramiento de los colegios profesionales, las universidades y los sectores correspondientes para contribuir a que este sano proceso sea complementado con estos actores.

- **Percepción de la calidad de la formación del profesional técnico**

Se sostuvo un conjunto de entrevistas con directivos, expertos y funcionarios vinculados a la formación, gestión y regulación de la formación de profesionales técnicos en salud. En general los resultados ratifican que existe fallas en la oferta de formación, en su empate con la demanda del mercado laboral, y un marco regulatorio débil expresado por el divorcio entre el perfil enunciado por los IST y las competencias laborales requeridas por los servicios de salud.

Para mayor detalle adjuntamos las principales reflexiones sobre los aspectos de formación:

- Confusión en el perfil de formación, alimentado por la campaña publicitaria, que genera expectativas irrealizables o no pertinentes en los que acceden a esta formación. Así se señala "formación profesional en Enfermería", "educación superior en Enfermería", "profesional de Enfermería", etc., desconociendo el carácter técnico de la formación impartida.
- Grave preocupación por el intrusismo que se da por parte de los técnicos en salud, pero igualmente en otras áreas (Optometría, Cosmetología Dermatológica, Prótesis Dental, etc.)

- Aparentemente algunas instituciones prestadoras de servicios de salud (por ejemplo, IST "Ricardo Palma") han generado un perfil de formación orientado a la adquisición de capacidades para desempeñarse especialmente en sus instituciones, generalmente privadas, menoscabando otros aspectos importantes, como aquellos de formación en comunidad o en atención preventiva.
- Divorcio entre el perfil enunciado y las competencias establecidas, con el plan de estudios estructurado, como expresión de la debilidad en el enfoque pedagógico aplicado.
- La certificación progresiva establecida por algunos institutos es pertinente, como estrategia para promover una temprana incorporación en el mercado laboral. Sin embargo los presentes discrepan con que cursos de formación desarrollados en IST sean validados como cursos de la universidad.
- Anteriormente se ofertaba la carrera de Obstetricia Técnica, la cual fue anulada por el propio Ministerio de Educación ante la presión del Colegio de Obstetras del Perú.
- Es necesaria una amplia campaña de difusión y esclarecimiento sobre el papel de los técnicos profesionales, incluyendo sus funciones y responsabilidades, en el equipo de salud. Esta campaña debería estar a cargo del Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, así como de los colegios profesionales.
- Las prácticas pre-profesionales en muchos casos no guardan ninguna estructura básica o coherente, realizándose por parte de los propios estudiantes a su propia iniciativa. Así no hay un monitoreo del trabajo realizado ni evaluación rigurosa de las competencias adquiridas.
- En términos generales existe un débil desarrollo de competencias en el nivel de atención preventivo-promocional, con un pobre desarrollo en el espacio comunal y en establecimientos de I y II nivel de atención.
- Los presentes expresan su sorpresa ante carreras técnicas como las de "Anestesiología" o "Técnicos en Anestesia", incongruentes con el nivel de competencias que debe adquirir un profesional técnico.
- En líneas generales, la plana docente de los IST de Salud está integrada por médicos y enfermeras, con pobre o nula formación pedagógica, sin claridad –especialmente en el caso de los médicos– del rol que cumple el personal técnico. La relación laboral generalmente es temporal, a través de contratos, impidiendo un nivel de acumulación de experiencias y capacidades.
- En términos generales los currículos de educación técnica en salud están desactualizados y no adaptados a la realidad regional y local de cada centro educativo.
- Los egresados de la educación técnica, en su mayoría no tienen el conjunto de competencias requeridas para un desempeño profesional eficiente.
- La educación técnica en el siglo XXI, tiene la responsabilidad de generar un conjunto de capacidades que permitan un desempeño profesional con un alto nivel de responsabilidad, sensibilidad social, abierto al cambio e innovador.
- La complejidad de las prestaciones de salud, y el permanente cambio en el enfoque de los servicios de salud demanda del técnico en salud un conjunto de capacidades polivalentes, que le permitan desempeñarse, a lo largo de su vida laboral, en diferentes puestos de trabajo con similar competencia.
- La complejidad de los establecimientos de salud exige la realización de actividades complejas, no únicamente desde el punto de vista tecnológico, sino social. El énfasis en una atención recuperativa requiere instrumentar al profesional técnico de herramientas de desempeño en establecimientos de I y II nivel de atención.

Capítulo III

BASE DE DATOS ACTUALIZABLE Y TENDENCIAS

En atención a los propósitos de la consultoría se ha elaborado la base de datos de las instituciones formadoras de técnicos asistenciales en salud, en el cual se muestra la mas completa información de los Institutos Superiores Tecnológicos (IST) existentes en nuestro país a nivel nacional.

En la base de datos del IST se han recogido datos de los indicadores existentes de otras fuentes y se han incluido en este sistema de información. Las ventajas de esta base de datos es su gran flexibilidad para ir incorporando nueva información de otras fuentes, pues es compatible y adaptable a las necesidades organizacionales.

Principales características

- Con la información disponible a la fecha se podrá realizar los reportes que nos darán una vista más general de los IST, como por ejemplo los lugares en que funcionan (regiones o departamentos) o el tipo de funcionamiento (privado, publico, parroquial, benéfico, etc.). Igualmente podemos escoger un intervalo para ver qué ISTs existen actualmente; también podemos elegir qué carreras nos brinda determinada institución y una vista general de todas las carreras de los ISTs, así como el consolidado general de todos los existentes en la base da datos.

- Inclusión de las variables más relevantes para el análisis de las principales características de los Institutos Tecnológicos Superiores

- Articulación con las bases de datos existentes en el Ministerio de Educación (Dirección de Educación Secundarias y Superior Tecnológica – DINESST).

- Permite una fácil administración ya que está diseñado en un gestor de bases de datos bastante conocido (Microsoft AccessÒ). Esto hará posible ir actualizando la información almacenada.

- La base es lo suficientemente flexible y amigable para poder ir incorporando nuevas funciones a la medida de las necesidades de los usuarios.

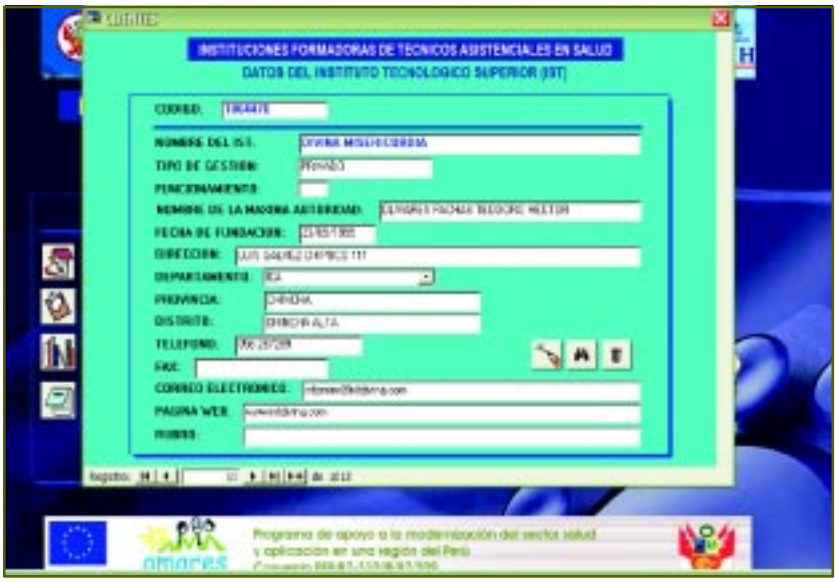
- Asimismo es posible realizar un seguimiento periódico a los aspectos de infraestructura, procesos y resultados de los ISTs.

Descripción de la base de datos y su funcionamiento:

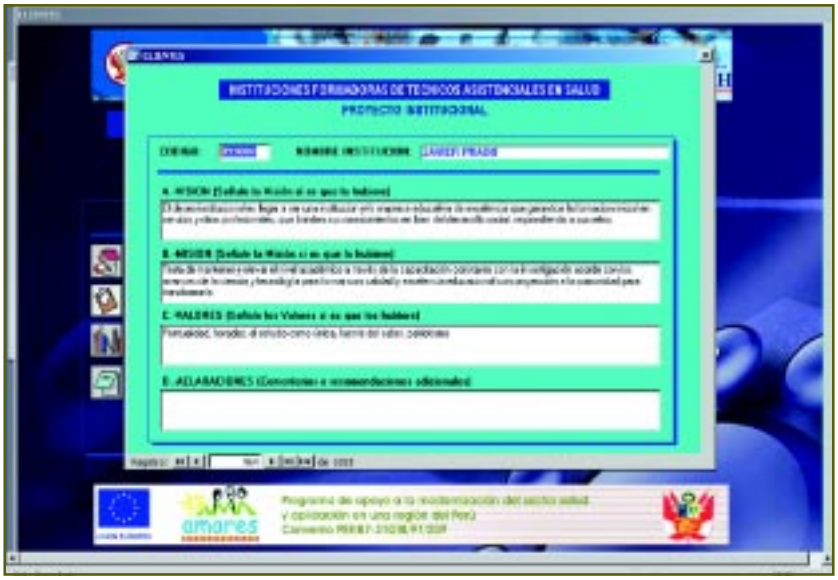
- ***Las pantallas de la base de datos***

Los formularios que se encuentran en la base de datos son los que nos podrán mostrar tanto los IST que existen en nuestra base como también los nuevos que podamos ingresar, las pantallas son las siguientes:

- **Datos Generales del IST** nos muestra los datos generales del IST, los cuales a su vez pueden ser ampliados y completados por parte del usuario. Los campos predeterminados son nombre de la institución, tipo (privado, publico, parroquial, benéfico, entre otros), funcionamiento, nombre de la máxima autoridad, fecha de fundación, dirección, departamento o región, provincia, distrito, teléfono, fax, correo electrónico, página web y por ultimo, el rubro en donde podemos definir en qué se especializa la institución. Además se han programado tres botones para facilitarnos el trabajo, permitiéndonos *agregar* nuevos registros para su llenado en blanco, *buscar* para ubicar un IST, y por último *eliminar* un registro pero con cuidado porque eliminaríamos toda la información del IST. También podemos navegar con el menú que se encuentra en la parte inferior de esta pantalla, donde podemos desplazarnos registro por registro o ir al principio o al final si así preferimos; nos indica igualmente cuántos registros tenemos ingresados hasta el momento.



- **Proyecto institucional,** en esta pantalla se nos mostrará el código y nombre de la institución, si ya tuviéramos ingresado este IST desde la primera pantalla "Datos Generales del IST". En caso contrario habrá que crear previamente este registro antes de empezar a llenar esta pantalla con los datos de VISION, MISION, VALORES y ACLARACIONES de manera concisa. En la parte inferior de la pantalla encontramos los mismos controles que la pantalla anteriormente descrita para una fácil administración de los campos por cada uno de los ISTs.



- **Condiciones esenciales de funcionamiento del IST**, tiene el propósito de medir las condiciones esenciales para el funcionamiento de los ISTs bajo estándares de calidad. Mediante una escala de valoración del 1 al 4 se podrá ir midiendo el cumplimiento de los requisitos esenciales. Se cuenta con 18 criterios que evalúan el funcionamiento y otros aportes referentes al IST.

- **Datos de referencia**, en esta pantalla podemos ingresar los datos adicionales de la persona responsable del llenado de la encuesta y que ingresó los valores a esta base de datos para efectos de un adecuado control de calidad. Tenemos los siguientes campos: nombre del responsable del llenado de la encuesta, teléfono, celular y correo electrónico.

- **Programas académicos de estudios.** Hace posible el vaciar información sobre los programas académicos de los IST que son del campo de SALUD habiendo sido definidos por datos que son proporcionados por la encuesta y las fuentes de información complementaria. Los datos existentes son: duración en años del programa, postulantes en el año 2003, alumnos en el 2003, alumnos titulados, número total de egresados, número total de egresados desde la fundación, y tendremos los campos académicos en la parte de la izquierda como Obstetricia, Farmacia, Enfermería, Laboratorio, Prótesis Dental, Fisioterapia-Rehabilitación y Optometría.

- **Información complementaria,** en esta pantalla se han puesto documentos relevantes que podremos visualizar siempre que tengamos instalado el Adobe AcrobatÒ, haciendo clic en uno de ellos.

- **Datos de las carreras**, nos mostrará los datos de los IST y sus respectivas carreras que brinda dicha institución a la vez que podremos ingresar más carreras a cada IST. Para un manejo amigable, el código de cada carrera es auto asignado por el sistema. Solo se ingresará el nombre de la carrera y la resolución mediante la cual es autorizada.

- **Reportes,** en esta pantalla tendremos todos los reportes que podremos visualizar ya sea por pantalla o mandarlo a impresión. A la fecha se cuenta con: reportes por selección o intervalo de institutos, por tipo, por departamento, por carreras del IST, carreras en general, y la relación general de todos los IST que el sistema tenga hasta el momento.

(Ver Base de datos actualizable en CD adjunto).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Un anhelo largamente esperado por las instituciones y organizaciones del Sistema de Salud del Perú fue contar con información suficiente sobre los recursos humanos en salud. La presente consultoría ha logrado identificar una valiosa fuente de información sobre los Institutos Superiores Tecnológicos habiendo generado un software que, de manera amigable, articula y recaba la información hasta ahora existente rompiendo las barreras de la sectorización. Otorga entonces un instrumento para el diálogo, la concertación y la identificación de mecanismos reguladores más consistentes.

La información obtenida muestra que la formación de técnicos asistenciales a través de los ISTs está pasando por un proceso de regulación impulsada por el MINEDU, evidenciándose por los avances logrados como uno de los principales actores. Los estándares utilizados son coherentes para una mirada integral desde la educación. Sin embargo, en el caso de salud, quedaría pendiente los aportes de otros actores relevantes como los colegios profesionales, el Ministerio de Salud, ESSALUD, las entidades prestadoras privadas y las sanidades de las fuerzas armadas y policiales (tanto en sus niveles centrales y descentralizados) así como los gobiernos regionales.

En el presente estudio reportamos la presencia de graves inconsistencias en el sistema, como la existencia de carreras técnicas autorizadas como "Anestesiología" o "Técnicas en Anestesia" o la persistencia en el Catálogo de Títulos y Certificaciones de una carrera técnica como la de *Auxiliar de Cuidados de Enfermería* que entran en contradicción con la de Enfermería Técnica, promueven el intrusismo y se diferencian del enfoque de la política nacional de salud y la legislación vigente.

Las evidencias muestran además que la oferta de formación ha estado concentrada en los principales centros urbanos (en particular Lima), las carreras técnicas en salud abarcan casi un tercio de la oferta de los ISTs que en su gran mayoría son de gestión privada y que en general el nivel de exigencia en los procesos de admisión es bastante bajo. Más de la mitad de los egresados no se titulan. Entonces es entendible los altos índices de desempleo o sub-empleo que encontró Haya de la Torre (1999) quien en un estudio muestral de 12 ISTs a nivel nacional pudo colegir que 58.86% de los egresados de Enfermería Técnica estaban desempleados y 25.9% estaban empleados en puestos no relacionados con su formación. Además 62.5% de los egresados de la carrera técnica en laboratorio estaban desempleados, así como 18.8% laboraban en puestos no acordes con su formación. Más aún la percepción de los egresados sobre la infraestructura y la calidad docentes de los ISTs en que estudiaron no fueron satisfactorias.

Los hallazgos son el sustento para un fuerte cuestionamiento a la calidad de la formación de los técnicos asistenciales en salud. Como factores causales están la reducida intervención del Ministerio de Salud en estos asuntos (solamente visa los certificados expedidos a nombre de la nación), la ausencia de espacios para el diálogo y la concertación de mecanismos reguladores más eficaces. Es una buena noticia que el MINEDU esté realizando acciones concretas en materia reguladora. Sin embargo aún no es suficiente, para el caso de salud.

La articulación de las fuentes de información ha sido una experiencia muy aleccionadora pues ha mostrado que existen muchas veces iniciativas de recolección de información de tipo parcelar que se quedan en el dato. Ahora es necesario vincularlas y darles un sentido práctico: que sean útiles para tomar decisiones en términos de políticas y mecanismos de gestión articulada de la formación y el trabajo en salud. El software propuesto puede ser una herramienta promotora del diálogo entre los actores. Por ello es indispensable que el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos fortalezca su rol rector en este aspecto. Se propone que esta información sea incorporada en el seno del Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud y se generen mecanismos para que el MINEDU y el MINSA entren en una nueva etapa de negociaciones y acuerdos.

ANÁLISIS SOBRE PERFILES DE FORMACIÓN DE TÉCNICOS EN SALUD

2ª PARTE

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA

Fueron revisados los perfiles profesiográficos y los catálogos de títulos profesionales producidos por el Ministerio de Educación en convenio con la Agencia Internacional de Cooperación Española. Igualmente, se procedió a la revisión de estudios vinculados al tema. En particular, se utilizó el de Haya de la Torre, R (1999), un estudio muestral a egresados de 12 ISTs. Este estudio identifica la proporción de egresados insertos en el mercado laboral y los aún desempleados; fenómenos estrechamente relacionados con el análisis de los perfiles de formación.

Se realizó también una comparación entre los perfiles de formación para los técnicos en salud con el modelo de atención integral vigente, los perfiles de competencias propuestos por los colegios profesionales de Enfermería y Tecnólogo Médico en cuanto se refiere a las similitudes y diferencias, complementariedad o posible intrusismo. De igual forma los perfiles fueron puestos a consideración de un grupo de expertos para sus opiniones.

Se tuvo que realizar una búsqueda exhaustiva de documentación que pueda sustentar los perfiles de formación y los ocupacionales en salud. Se exploró proyectos de ley de las carreras profesionales, guías metodológicas del IDREH, Reglamentos de Organización y Funciones, documentos técnicos sobre categorización de los servicios y estándares de calidad para la medición de la calidad de los establecimientos.

Se estableció comparaciones entre los perfiles de formación recomendados en el Catálogo de profesiones no universitarias (perfiles profesiográficos), los perfiles profesionales universitarios en salud, el modelo de atención de salud y perfiles ocupacionales. Estos dos últimos puntos fueron particularmente difíciles dado que no existe información o documentos sobre este aspecto.

- **Comparación entre el perfil de Enfermería Técnica y el de la profesión Enfermería.**

CRITERIOS	PERFIL: ENFERMERÍA TÉCNICA[1]	PERFIL: ENFERMERíA	COMENTARIOS
DESCRIPCIÓN	El profesional técnico en Enfermería Técnica realiza servicios auxiliares para prevención y promoción de la salud, así como de enfermería asistencial en condiciones de higiene y seguridad, cumpliendo con los procedimientos y normas establecidas.	La Enfermera(o), como profesional de la Ciencia de la Salud, participa en la prestación de los servicios de salud integral, en forma científica, tecnológica y sistemática, en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante el cuidado de la persona, la familia y la comunidad, considerando el contexto social, cultural, económico, ambiental y político en el que se desenvuelve, con el propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población. (Ley del Trabajo de la Enfermera(o)- LEY Nº 27669) .	Denota la complementariedad entre ambos perfiles. La Enfermería técnica tiene un rol auxiliar en labores de prevención, promoción y asistencia. El rol de la Enfermería se fundamenta en las ciencias de la salud con un enfoque científico tecnológico, un abordaje integral de la persona y una consideración del contexto en el que vive.
APTITUDES	Gozar de una buena salud integral, habilidad y destreza, estabilidad, empatía, seguridad profesional, juicio y razonamiento apropiado y vocación de servicio.	Manejar las teorías de Enfermería y del cuidado; debe ser una persona que aplica la ciencia a su quehacer y que sabe tomar decisiones inmediatas cuando el caso lo requiere. Aplicar las tecnologías específicas en el proceso de atención de Enfermería. (Presidenta del Colegio de Enfermeros del Perú).	La Enfermería técnica privilegia la destreza y habilidad denotando acciones operativas. La Enfermería aplica el conocimiento científico para la aplicación de tecnologías

[1] El segundo párrafo del Artículo 6 de la Ley del Trabajo de la Enfermera(o)- LEY Nº 27669 señala "Se prohíbe la utilización de la denominación de Enfermera(o) u otra análoga, a quien carezca del título correspondiente. Es de aplicación lo dispuesto por el Artículo 363 del Código Penal a quien ejerza ilegalmente la profesión de Enfermera(o)."

CRITERIOS	PERFIL: ENFERMERÍA TÉCNICA	PERFIL: ENFERMERÍA	COMENTARIOS
ACTITUDES	Puntualidad, respeto, orden, honradez, solidaridad, equidad, autoestima, discreción, calidez humana y capacidad creativa.	Ética profesional con énfasis en valores como respeto al ser humano y el buen desempeño laboral. Propiciar una cultura organizacional sólida. Ser una persona ecuánime, segura, crear una cultura de paz y armonía en el centro laboral y tener como valor fundamental la verdad (Presidenta del Colegio de Enfermeros del Perú).	Ambos perfiles enfatizan los valores éticos. El valor añadido está en la creación de la cultura de paz y armonía (agente de cambio).
UNIDADES DE COMPETENCIA	Realizar servicios auxiliares para la prevención y promoción de la salud dirigidos a lacomunidad en condiciones de higiene y seguridad, cumpliendo con los procedimientos ylas normas establecidas.Realizar servicios auxiliares de Enfermería asistencial, cumpliendo con losprocedimientos y las normas establecidas.	Brindar cuidado integral de Enfermería basado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE).Encomendar actividades de menor complejidad al personal no profesional de Enfermería, bajo su supervisión y responsabilidad. Ejercer funciones de Enfermería, tanto en el Sector Público como en el Sector Privado, en los Centros de Salud y en los diferentes niveles de complejidad hospitalaria. Ejercer consultoría, auditoria, asesoría, consejería y emitir opinión sobre materias propios de Enfermería. Conducir técnica y administrativamente los servicios de Enfermería en los diferentes niveles orgánicos del sistema de salud ocupando los respectivos cargos estructurales. Ejercer la dirección y jefatura de los programas de formación y capacitación del personal de Enfermería. Desarrollar actividades preventivo promocionales en el área de su competencia en todos los niveles de atención. Participar con los cuidados de Enfermería en los Centros de atención al adulto mayor.	En general existe una confusión de términos y sus implicancias. Para el perfil de la Enfermera considera "personal no profesional de Enfermería" mientras que el catálogo aprobado por el MINEDU considera a estas profesionales en Enfermería Técnica.

CRITERIOS	PERFIL: ENFERMERÍA TÉCNICA	PERFIL: ENFERMERÍA	COMENTARIOS
		Realizar investigación en el campo de Enfermería y de salud. Emitir opinión técnica con relación a recursos de personal y materiales dentro de su competencia.	
PUESTOS DE TRABAJO	Asistente dental Asistente de farmacia Asistente en consultorio médico Asistente en botiquines comunales y parroquiales Puesto de salud Centro de salud Hospitales Clínicas Albergues Centros geriátricos Centros de rehabilitación Trabajos independientes	La profesión de Enfermería se desarrolla a través de un conjunto de acciones orientadas a la solución de los distintos problemas de naturaleza bio-psico-social del individuo, la familia y la comunidad, desenvolviéndose básicamente en las áreas: Asistencial, Administrativa, Docente y de Investigación en los ámbitos de: La comunidad Puestos de salud Centros de salud Hospitales Hospitales especializados Clínicas Universidades Albergues Centros especializados Trabajos independientes (consultorías o atención de enfermería). (Ley del Trabajo de la Enfermera(o)- LEY Nº 27669 / Colegio de Enfermeros del Perú).	En ambos casos se denota la polivalencia del perfil y la ubicuidad de sus acciones. Por ser la Enfermería una profesión universitaria de mayor duración sus alcances son mucho más amplios en los hospitales y centros especializados.
REALIZACIONES	Realizar acciones de apoyo para la difusión de programas preventivo promocionales del Sector salud en la población. Realizar acciones de educación sanitaria en la comunidad con el fin de elevar el nivel devida y salud de la población.	Formulación, diseño de políticas y evaluación de los planes y programas de salud de carácter institucional y nacional.	Por las realizaciones (funciones) está claro que la Enfermería Técnica realiza acciones de apoyo y operativas. Mientras que la Enfermera conduce, or-

CRITERIOS	PERFIL: ENFERMERÍA TÉCNICA	PERFIL: ENFERMERÍA	COMENTARIOS
	Realizar acciones de apoyo a los programas de prevención de enfermedades infectocontagiosas o de riesgo en la población. Realizar acciones administrativas propias del servicio de consulta médica, de acuerdo a lasnormas establecidas por el centro. Efectuar el control del material e instrumental necesario para el desarrollo de cada consultamédica. Realizar las acciones necesarias para facilitar la atención médica del usuario. Efectuar el traslado del paciente a otros servicios, gestionando los trámites respectivos, deacuerdo a los procedimientos establecidos. Asistir en la movilización y alimentación del paciente imposibilitado, de acuerdo a susnecesidades y a los procedimientos establecidos. Administrar medicamentos, siguiendo los procedimientos técnicos establecidos y lasindicaciones dadas por el profesional responsable. Apoyar en la aplicación de técnicas de primeros auxilios, de acuerdo a las indicaciones delfacultativo responsable. Mantener las condiciones de aseo, higiene y seguridad del paciente y de su entorno, aplicando las técnicas y procedimientos adecuados. Brindar la atención necesaria a los usuarios durante la recuperación y rehabilitación, considerando las necesidades psicológicas de los pacientes.	Elaboración, aplicación y evaluación de los estándares de calidad y del proceso de mejoramiento continuo de la calidad de atención de salud. Realización de peritajes judiciales y participar en audiencias de conciliación en calidad de asesoría, dentro del ámbito de su competencia. Atención de salud en situaciones de emergencia y/o urgencia. Acciones de evaluación y peritajes de control de calidad de recursos hospitalarios. (Artículo 8. Ley de Trabajo de la Enfermera (o), referido a la facultad que tiene la Enfermera de participar en estas acciones. (Ley del Trabajo de la Enfermera(o)- LEY Nº 27669).	ganiza y aplica tecnologías científicamente fundamentadas. Sin embargo el catálogo MINEDU no aclara el rol de sujeción y dependencia de la Enfermería Técnica a la Enfermería. Además la Ley de Trabajo de la Enfermera no es explícita en diferenciar las Unidades de competencias (equivalentes a funciones) y las realizaciones (equivalentes a acciones) que podría haber resuelto las discrepancias.

CRITERIOS	PERFIL: ENFERMERÍA TÉCNICA	PERFIL: ENFERMERÍA	COMENTARIOS
EQUIPOS, MÁQUINAS Y HERRAMIENTAS	Unidad del paciente (cama, cuna, chata, papagayo, escupidera, etc.), unidad de curaciones (Instrumental quirúrgico, gasa, antisépticos, coche), unidad de inyectables (cubeta con tapa, jeringa y agujas descartables, antisépticos), triaje (termómetros, tensiómetro, estetoscopio, balanza, tallímetro).	Probablemente sea el mismo, incluyendo equipamiento con mayor resolutividad tecnológica. No se ha encontrado fuente que consigne esta información.	
LUGAR Y AMBIENTE DE TRABAJO	Consultorios externos, hospitalización, centro quirúrgico, preoperatorio y postoperatorio, laboratorio clínico, centro radiológico, farmacia, emergencia, tópico y central de esterilización.	La profesión de Enfermería se desarrolla a través de un conjunto de acciones orientadas a la solución de los distintos problemas de naturaleza bio-psico-social del individuo, la familia y la comunidad, desenvolviéndose básicamente en las áreas: Asistencial, Administrativa, Docente y de Investigación.	La Enfermería tiene un amplio espectro de acción mientras que la Enfermería Técnica está concentrada en la esfera netamente asistencial.
PLAN DE FORMACIÓN	Módulo Profesional de Servicios Auxiliares de Enfermería para la Prevención y Promoción de la Salud. Módulo Profesional de Servicios Auxiliares de Enfermería Asistencial. Módulo Profesional de Laboratorio Clínico.	28 asignaturas con un total de 222 créditos. Biología Anatomía Humana, Química Orgánica, Metodología del Trabajo Universitario, Ciencias Sociales Aplicadas a la Salud, Psicología General, Bioquímica, Física General, Matemáticas, Introducción a la Enfermería en Salud Comunitaria, Microbiología y Parasitología, Fisiología, Bioquímica, Nutrición, Anatomía, Bioquímica, Introducción a la Enfermería Clínica, Introducción a la Enfermería en Salud Comunitaria, Farmacología, Química, Bioquímica, Epidemiología, Introducción a la Enfermería en Salud Comunitaria, Enfermería en la Salud de la Mujer, Economía de la Salud, Filosofía y Epistemología, Enfermería en la Salud del Niño y Adolescente (A), Bioestadística, Ética y Deonto-	El número de cursos y la estructura de Enfermería denotan ejes de acción como investigación, salud pública, básicas y asignaturas concernientes a la especialidad.

CRITERIOS	PERFIL: ENFERMERÍA TÉCNICA	PERFIL: ENFERMERÍA	COMENTARIOS
		logía Profesional, Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría, Enfermería en la Salud del Adulto y Anciano (A), Investigación en Enfermería (A), Administración en Enfermería e Internado en Medicina, Cirugía, Pediatría, Obstetricia y Salud Comunitaria (Perfil Profesional de la EAP Enfermería. Facultad de Medicina. UNMSM. 2005)	
CONDICIONES DE ACCESO	Educación secundaria. Examen de admisión.	Educación secundaria completa. Examen de admisión.	No difieren.
SALIDAS HACIA OTROS ESTUDIOS	Enfermería profesional. Farmacia. Odontología. Laboratorio Clínico. Psicología. Servicio Social. Medicina.	No se ha encontrado fuente de información sobre este punto.	Es cuestionable que se exprese en las salidas a otros estudios sin una clara advertencia que no son mecanismos automáticos. Peor aún, en nuestro país no existen posibilidades para convalidar los estudios de Enfermería Técnica con los de Enfermería.

- **Comparación entre el perfil de formación de la carrera Cuidados Auxiliares de Enfermería con el de Enfermería Técnica.**

CRITERIOS	PERFIL: CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	PERFIL: ENFERMERÍA TÉCNICA[2]	COMENTARIOS
DESCRIPCIÓN	El profesional técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería proporciona cuidados asistenciales de salud al paciente bajo supervisión del personal de salud; además actúa sobrelas condiciones sanitarias del entorno mediante las actividades preventivo promocionales.	El profesional técnico en Enfermería Técnica realiza servicios auxiliares para prevención y promoción de la salud, así como de Enfermería Asistencial en condiciones de higiene y seguridad, cumpliendo con los procedimientos y normas establecidas.	Es evidente la similitud entre ambas descripciones. Las únicas diferencias son que el egresado de la carrera de Cuidados Auxiliares de Enfermería, requiere supervisión mientras que el de Enfermería Técnica no, según estos perfiles.
APTITUDES	Espíritu de servicio, gozar de buena salud física y mental, responder adecuadamente acontingencias, criterio, habilidad para comunicarse, sensibilidad hacia el paciente (empatía),capacidad creadora e iniciativa.	Gozar de buena salud integral, habilidad y destreza, estabilidad, empatía y seguridad, profesional, juicio y razonamiento apropiado y vocación de servicio.	Entendible la similitud por tratarse de la aptitud
ACTITUDES	Paciencia, perseverancia, tolerancia, equidad, responsabilidad, discreció, reservaprofesional y puntualidad.	Puntualidad, respeto, orden, honradez, solidaridad, equidad, autoestima, discreción, calidez humana y capacidad creativa.	Entendible similitud por tratarse de la actitud.

[2] El segundo párrafo del Artículo 6 de la Ley del Trabajo de la Enfermera(o)- LEY Nº 27669 señala "Se prohíbe la utilización de la denominación de Enfermera(o) u otra análoga, a quien carezca del título correspondiente. Es de aplicación lo dispuesto por el Artículo 363 del Código Penal a quien ejerza ilegalmente la profesión de Enfermera(o)."

CRITERIOS	PERFIL: CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERíA	PERFIL: ENFERMERíA TÉCNICA	COMENTARIOS
UNIDADES DE COMPETENCIA	Realizar acciones básicas de asistencia en atención de salud. Realizar acciones básicas de asistencia en tratamientos de recuperación o rehabilitaciónde la salud. Mantener el buen estado de los materiales y equipos utilizados.	Realizar servicios auxiliares para la prevención y promoción de la salud dirigidas a lacomunidad en condiciones de higiene y seguridad, cumpliendo con los procedimientos ylas normas establecidas.Realizar servicios auxiliares de enfermería asistencial, cumpliendo con losprocedimientos y las normas establecidas.	Obvia confusión en las unidades de competencias. Son en buena cuenta muy parecidas a pesar de tratarse de perfiles diferentes.
PUESTOS DE TRABAJO	Asistente en Farmacia. Auxiliar de Enfermería. Independiente.	Asistente dental. Asistente de Farmacia. Asistente en consultorio médico. Asistente en botiquines comunales y parroquiales. Puesto de salud. Centro de salud. Hospitales. Clínicas. Albergues. Centros geriátricos. Centros de rehabilitación. Trabajos independientes.	Es de resaltar que el ámbito es mucho más reducido en el caso de la carrera Auxiliar de Cuidados de Enfermería.
REALIZACIONES	Colaborar en la consulta médica y el control de la salud. Participar en la toma de signos vitales, peso y talla. Colaborar con la Enfermera en la ejecución de técnicas y procedimientos básicos de Enfermería preventiva. Apoyar en el ingreso y egreso del paciente al centro de asistencia médica siguiendo las normas del establecimiento.	Realizar acciones de apoyo para la difusión de programas preventivo promocionales delsector salud en la población. Realizar acciones de educación sanitaria en la comunidad con el fin de elevar el nivel devida y salud de la población. Realizar acciones de apoyo a los programas de prevención de enfermedades infecto contagiosas o de riesgo en la población.	La descripción de las realizaciones de la carrera Auxiliar de Cuidados de Enfermería denota un cariz mucho más operativo destinado a tareas básicas, mientras que las de Enfermería Técnica son operativas pero un poco más complejas. Sin embargo estos límites serán borrosos cuando se trate

CRITERIOS	PERFIL: CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERíA	PERFIL: ENFERMERíA TÉCNICA	COMENTARIOS
	Ayudar a la Enfermera en la ejecución de técnicas y procedimientos básicos de Enfermería recuperativa y asistencial. Mantener la higiene y confort del paciente internado. Ayudar en la alimentación de pacientes imposibilitado. Participar en el cuidado del moribundo y atención al cadáver. Lavar, preparar, mantener y esterilizar los materiales y equipos necesarios y dejarloslistos para su utilización. Participar en actividades de inventario y abastecimiento de materiales, equipo, ropa ymedicinas.	Realizar acciones administrativas propias del servicio de consulta médica, de acuerdo a las normas establecidas por el centro. Efectuar el control del material e instrumental necesario para el desarrollo de cada consulta médica. Realizar las acciones necesarias para facilitar la atención médica del usuario. Efectuar el traslado del paciente a otros servicios, gestionando los trámites respectivos, deacuerdo a los procedimientos establecidos. Asistir en la movilización y alimentación del paciente imposibilitado, de acuerdo a susnecesidades y a los procedimientos establecidos. Administrar medicamentos, siguiendo los procedimientos técnicos establecidos y las indicaciones dadas por el profesional responsable. Apoyar en la aplicación de técnicas de primeros auxilios, de acuerdo a las indicaciones delfacultativo responsable. Mantener las condiciones de aseo, higiene y seguridad del paciente y de su entorno, aplicando las técnicas y procedimientos adecuados. Brindar la atención necesaria a los usuarios durante la recuperación y rehabilitación, considerando las necesidades psicológicas de los pacientes.	de establecimientos del primer nivel donde este tipo de personal es mucho más polivalente y tiene mayores posibilidades de un trabajo cuasi-autónomo. He aquí un nudo crítico que podría generar conflictos.
EQUIPOS MÁQUINAS Y HERRAMIENTAS	Materiales de algodón, soluciones antisépticas, gasas, apósitos, férulas, guantes estériles;termómetro, tensiómetro, tallímetro,	Unidad del paciente (cama, cuna, chata, papagayo, escupidera, etc.), unidad de curaciones (Instrumental quirúrgico, gasa, antisépti-	Los equipos, materiales y herramientas son en principio los mismos.

CRITERIOS	PERFIL: CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERíA	PERFIL: ENFERMERíA TÉCNICA	COMENTARIOS
	balanza, jeringas, riñoneras, tambor, autoclave,biombo, estante, camilla, porta suero.	cos, coche), unidad de inyectables (cubeta con tapa, jeringa y agujas descartables, antisépticos), triaje (termómetros, tensiómetro, estetoscopio, balanza, tallímetro) .	
LUGAR Y AMBIENTE DE TRABAJO	Puestos y Centros de Salud. Centros Hospitalarios. Policlínicos / Clínicas. Ambientes demarcadas y zonas de seguridad definidas.	Consultorios externos, hospitalización, centro quirúrgico, preoperatorio y postoperatorio, laboratorio clínico, centro radiológico, farmacia, emergencia, tópico y central de esterilización.	Siendo prácticamente los mismos ámbitos en el caso de los auxiliares hablan de zonas de seguridad y ambientes demarcados. Este último elemento es confuso pues puede entenderse de diferentes formas.
PLAN DE FORMACIÓN	Módulo Profesional de Promoción y Prevención de la Salud. Módulo Profesional de Recuperación y Rehabilitación de la Salud. Módulo Profesional de Mantenimiento de Materiales y Equipos.	Módulo Profesional de Servicios Auxiliares de Enfermería para la Prevención y Promoción de la Salud. Módulo Profesional de Servicios Auxiliares de Enfermería Asistencial. Módulo Profesional de Laboratorio Clínico.	En ambos perfiles se enfatizan módulos de prevención, promoción y recuperación. La diferencia radica en que en Cuidados Auxiliares de Enfermería se pone énfasis en el mantenimiento de materiales y equipos. En el de Enfermería Técnica enn el de laboratorio clínico. He aquí otra incongruencia entre el posible rol que demanda el servicio que es la polivalencia con el que se propone (especialización).
CONDICIONES DE ACCESO	Educación secundaria. Examen de admisión.	Educación secundaria. Examen de admisión.	No hay diferencias.

CRITERIOS	PERFIL: CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	PERFIL: ENFERMERÍA TÉCNICA	COMENTARIOS
SALIDAS HACIA OTROS ESTUDIOS	Farmacia. Medicina Física y Rehabilitación. Psicología. Medicina. Enfermería.	Enfermería profesional. Farmacia. Odontología. Laboratorio Clínico. Psicología. Servicio Social. Medicina.	En ambos casos podría entenderse como posibles salidas a otras profesiones que no están de ningún modo reguladas, ni tampoco son posibles o factibles mediante reválidas y reconocimiento de estudios académicos.

- **Comparación entre el perfil de Formación Fisioterapia y Rehabilitación con el de Tecnólogo Médico.**

CRITERIOS	PERFIL: FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN	PERFIL: TECNOLOGÍA MÉDICA	COMENTARIOS
DESCRIPCIÓN	El profesional técnico en Fisioterapia programa y realiza tratamientos de Fisioterapia yRehabilitación por medios físicos, mecanismos o técnicas especiales, bajo prescripciónmédica y supervisión de facultativo responsable.	El Tecnólogo Médico es un profesional de la salud con cinco años de formación universitaria, título "Licenciado en Tecnología Médica" y con mención en el área de su especialidad (EAP Tecnología Médica UNMSM). El Tecnólogo Médico es el profesional de la ciencia de la salud a quien la presente ley reconoce en las áreas de su competencia y responsabilidad, como son la defensa de la vida, la promoción y cuidado integral de la salud, su participación conjunta en el equipo multidisciplinario de salud, en la solución de la problemática sanitaria del hombre, la familia y la sociedad, así como en el desarrollo socio-económico del país.	La descripción del perfil del Tecnólogo Médico es ambigua para deslindar con otras profesiones.

CRITERIOS	PERFIL: FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN	PERFIL: TECNOLOGÍA MÉDICA	COMENTARIOS
		Se prohíbe la utilización de la denominación Tecnólogo Médico a quien carezca de título profesional expedido por universidad peruana o convalidado conforme a ley cuando se trata de títulos profesionales obtenidos en universidades extranjeras (Ley del Tecnólogo Médico).	
APTITUDES	Habilidades y destrezas manuales, buena salud física y psicológica, fuerza y resistenciafísica, capacidades básicas de discernimiento, colaboración y trabajo en equipo.	Conoce los últimos avances tecnológicos de su área, los cuales implementa, utiliza, adecúa de acuerdo con la prescripción médica y los ejecuta según su competencia. Ejecuta adecuadamente y con un alto grado de calidad los exámenes y/o procedimientos requeridos por el paciente y según la prescripción médica. Realiza los controles de calidad de los exámenes y/o procedimientos de tal forma que estos se realizan con eficacia, eficiencia y calidez humana. Planifica, ejecuta y supervisa los exámenes o procedimientos, evaluaciones y/o tratamientos de pacientes en el campo de su competencia, para promover, prevenir, mantener, evaluar y recuperar la salud tratando de reintegrar al individuo a sus actividades básicas y ocupacionales. Evalúa, adapta e implementa protocolos nacionales e internacionales en Tecnología Médica a las necesidades de la población . Analiza, discrimina o selecciona métodos, técnicas y procedimientos específicos del área, en función de la prescripción médica y la disponibilidad de recursos.	La descripción de las actitudes en el caso de los Tecnólogos Médicos es bastante amplia.

CRITERIOS	PERFIL: FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN	PERFIL: TECNOLOGÍA MÉDICA	COMENTARIOS
		Elabora informes de evaluación y evolución. Efectúa triaje en casos de emergencias masivas y desastres. Ejecuta con destreza maniobras de resucitación cardiopulmonar básica.	
ACTITUDES	Atención al trabajo que se realiza, precisión en el manejo terapéutico, capacidad organizativade trabajo, respeto a los valores morales y humanos, capacidad creativa en el desempeñoprofesional, colaboración, trabajo en equipo, puntualidad, respeto.	Respeta y hace respetar el Código de ética y Deontología de su Colegio profesional. Hace suyos los valores que guían la práctica profesional y asume los principios consignados en la declaración de Helsinki sobre investigación biomédica. Asume el principio de confidencialidad en su relación con el paciente. Respeta los derechos de propiedad intelectual de los colegas. Desarrolla las acciones profesionales necesarias para brindar una atención personalizada con cada paciente. Reconoce el derecho del paciente a ser informado de las características del procedimiento, técnica o tecnología que se le va a aplicar, sus ventajas y desventajas; así como de sus riesgos de tal forma que tenga la libertad y autonomía para aceptar dicho procedimiento, técnica o tecnología o elegir un procedimiento alternativo en coordinación con su Médico tratante. Respeta y ejerce la libertad de pensamiento y de expresión. Respeta la diversidad cultural del paciente y su familia (EAP Tecnología Médica UNMSM).	El perfil del Tecnólogo es amplio en este sentido detallando los criterios para medir las actitudes.

CRITERIOS	PERFIL: FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN	PERFIL: TECNOLOGÍA MÉDICA	COMENTARIOS
UNIDADES DE COMPETENCIA	Aplicar terapias de rehabilitación individual, grupal y de masajes, siguiendo las técnicas adecuadas a cada caso y bajo prescripción médica. Aplicar terapias con agentes físicos y aparatos mecánicos, siguiendo las técnicas adecuadas a cada caso y bajo prescripción medica. Programar y realizar tratamientos en Traumatología, Ortopedia, Reumatología yNeurología, aplicando las terapias apropiadas, bajo prescripción médica. Programar y realizar tratamientos de Geriatría, Ginecología y Medicina Interna,aplicando las terapias apropiadas, bajo prescripción médica. Programar y aplicar terapias de psicomotricidad de habla y lenguaje a niños de 0 a 6años, bajo prescripción del facultativo responsable.	Realiza evaluaciones específicas del área: evaluación físico funcional, actividades básicas de vida diaria (abvd), actividades instrumentales de vida diaria (aivd), etc. Aplica escalas estandarizadas adaptadas a nuestro medio. Identifica las discapacidades y dispone los procedimientos a seguir. Aplica procedimientos, métodos, técnicas y entrenamientos específicos de la terapia ocupacional. Realiza el análisis ocupacional de las tareas inherentes a un puesto de trabajo. Realiza la orientación, capacitación, colocación y seguimiento laboral de los pacientes/usuarios/clientes. Diseña férulas y equipos adaptados y entrena al paciente en su uso adecuado. Realiza la orientación y entrenamiento del familiar y/o cuidador en el manejo de su paciente. Aplica procedimientos específicos del área en niños con discapacidades motoras, sensoperceptuales integrativas y del aprendizaje. Aplica procedimientos específicos del área en jóvenes con discapacidades físicas o para el ajuste social. Desarrolla habilidades socio-afectivas de comunicación y laborales en personas con discapacidades mentales, físico-funcionales o sensorio integrativo.	Aunque el perfil profesional del Tecnólogo Médico no señala las unidades de competencias, las descritas como habilidades son amplias y abarcan los aspectos de diagnóstico, tratamiento, capacitación y seguimiento. Son distinguibles las diferencias. El Técnico en Fisioterapia y Rehabilitación aplica las terapias.

CRITERIOS	PERFIL: FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN	PERFIL: TECNOLOGÍA MÉDICA	COMENTARIOS
		Brinda atención al adulto mayor sano y con patología definida, identifica y maneja los factores de riesgo de dependencia. Reconoce los niveles de atención y aplica los procedimientos específicos de la terapia ocupacional (Fuente EAP Tecnología Médica. UNMSM).	
PUESTOS DE TRABAJO	Masajista de gimnasio. Promotor de salud. Auxiliar de estética y belleza. Masajista deportivo. Visitador médico. Representante de ventas.	No se encontró información al respecto.	
REALIZACIONES	Preparar la ejecución de las terapias individual, grupal o mesoterapia, adecuándolas alas indicaciones del Médico y a las características y condiciones del paciente. Realizar la rehabilitación individual o grupal, aplicando las técnicas adecuadas paracada caso y cumpliendo con las normas de seguridad e higiene establecidas. Realiza la mesoterapia, aplicando las técnicas adecuadas para cada caso y cumpliendo conlas normas de seguridad e higiene establecidas. Evaluar y registrar las observaciones y los resultados de la terapia realizada. Preparar la ejecución de las terapias con agentes físicos o con aparatos mecánicos, adecuándolas a las indicaciones del Médico y a las características y condiciones del paciente.	No se encontró información al respecto.	

CRITERIOS	PERFIL: FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN	PERFIL: TECNOLOGÍA MÉDICA	COMENTARIOS
	Realizar la hidroterapia, aplicando las técnicas adecuadas para cada caso y cumpliendo con lasnormas de seguridad e higiene establecidas. Realizar la electroterapia, fototerapia, ultrasonido, láser, mecanoterapia y terapia de tracción, aplicando las técnicas adecuadas para cada caso y cumpliendo con las normas de seguridad ehigiene establecidas. Evaluar y registrar las observaciones y los resultados de la terapia realizada. Planificar el tratamiento reumatológico, traumatológico, ortopédico o neurológico, adecuándolo a las indicaciones del Médico y a las características y condiciones de cada paciente. Realizar el tratamiento reumatológico, siguiendo el plan de trabajo y cumpliendo con las normasde seguridad e higiene establecidas. Realizar el tratamiento traumatológico u ortopédico, siguiendo el plan de trabajo y cumpliendo con las normas de seguridad e higiene establecidas. Realizar el tratamiento neurológico, siguiendo el plan de trabajo y cumpliendo con las normas deseguridad e higiene establecidas. Evaluar y registrar , en la ficha correspondiente, las observaciones y los resultados del tratamiento realizado. Planificar el tratamiento geriátrico, ginecológico o en medicina interna, adecuándolo a las indicaciones del Médico y a las características y condiciones de cada paciente.		

CRITERIOS	PERFIL: FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN	PERFIL: TECNOLOGIA MÉDICA	COMENTARIOS
	Realizar el tratamiento geriátrico, ginecológico y de patologías en medicina interna, siguiendo elplan de trabajo y cumpliendo con las normas de seguridad e higiene establecidas. Evaluar y registrar en la ficha correspondiente las observaciones y los resultados del tratamiento realizado. Preparar el material, sala y equipos para la realización de los tratamientos de diferentes patologías y la aplicación de técnicas de psicomotricidad y de habla y lenguaje, siguiendo el plande trabajo y el procedimiento técnico establecido. Realizar los ejercicios de psicomotricidad y terapias de habla y lenguaje de acuerdo a la edad delniño y a los objetivos planteados por el facultativo responsable. Evaluar y registrar en la ficha correspondiente las observaciones y los resultados de la terapia realizada.		
EQUIPOS MÁQUINAS Y HERRAMIENTAS	Compresas húmedas calientes, rayos infrarrojos, parafina, láser, ultrasonido, electroestimulación, equipos de fototerapia, insumos y materiales terapéuticos. Maquinarias de onda corta, microonda,tanques de hidroterapia, Hubbard y Whirpool.	No se encontró esta información.	
LUGAR Y AMBIENTE DE TRABAJO	Empresa distribuidora de equipos en medicina física y rehabilitación; hospitales públicos y privados; policlínicos y centros especializados; clubes deportivos, gimnasios, colegios especializados eneducación especial y centros de cosmiatría.	No existe información sobre el particular.	

CRITERIOS	PERFIL: FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN	PERFIL: TECNOLOGÍA MÉDICA	COMENTARIOS
PLAN DE FORMACIÓN	Módulo profesional de terapias en Rehabilitación Terapéutica Individual, Grupal y Masoterapia. Módulo profesional de Terapias con Agentes Físicos y Aparatos Mecánicos o Tracción. Módulo profesional de tratamientos en Neumatología, Traumatología, Ortopedia y Neurología. Módulo profesional de tratamientos en Geriatría, Ginecología y Medicina Interna. Módulo profesional de tratamientos en Pediatría y Aprestamiento Psicomotor.	Anatomía Humana, Biología Celular y Molecular Matemática, Química Integrada, Metodología del Trabajo Universitario, Introducción a la FisioterapiaEmbriología e Histología, Física Aplicada, Bioquímica y Nutrición, Fisiología Humana, Anatomía de Superficie y por Imágenes, Ciencias Sociales Aplicadas a la Salud, Kinesiología y Biomecánica, Afecciones Discapacitantes, Bioestadística y Demografía, Evaluación Fisioterapéutica, Masoterapia, Desarrollo Psicomotor Normal y Patológico, Psicología del Discapacitado, Kinesioterapia, Agentes Electrofísicos Terapéuticos, Ayudas Biomecánicas Metodología de la Investigación en Salud, Métodos de Reeducación Neurológica, Fisioterapia en Reumatología, Epidemiología, Fisioterapia en Neurología, Fisioterapia en Deficiencias del Desarrollo, Rehabilitación Integral, Gestión Empresarial en Salud, Fisioterapia en Ortopedia y Traumatología, Fisioterapia en Geriatría y Cirugía, Fisioterapia en Neumología y Cardioangiología, Bioética y Deontología, Internado en Terapia Física y Rehabilitación.	Desarrollo más amplio del campo de la Fisioterapia y Rehabilitación en el caso de los Tecnólogos Médicos con esa especialidad.
CONDICIONES DE ACCESO	Educación secundaria. Examen de admisión.	Educación secundaria. Examen de admisión.	No hay diferencias.
SALIDAS HACIA OTROS ESTUDIOS	Técnico en Reflexología. Técnico en Acupuntura. Masajista. Medicina.	No hay información.	Salidas mucho más viables en el caso de los Técnicos en Fisioterapia y Rehabilitación.

- **Comparación entre la carrera de Ortopedia con Tecnología Médica**

CRITERIOS	PERFIL: ORTOPEDIA	PERFIL (No existe carrera similar)	COMENTARIOS
DESCRIPCIÓN	El profesional técnico de Ortopedia organiza, realiza y controla la confección y elmantenimiento de prótesis ortopédicas y aparatos ortéticos, a partir de las especificaciones dadas por el médico, de acuerdo a las normas de calidad, seguridad e higiene establecidas.	No comparable.	En general se resalta la importancia de este tipo de profesional en la producción de aparatos de prótesis u ortesis.
APTITUDES	Agudeza visual, habilidad y destreza, precisión, habilidad para comunicarse, creatividad yvocación.	No comparable.	
ACTITUDES	Atención, concentración, orden, disciplina, responsabilidad, ética profesional y sentidocomún.	No comparable.	
UNIDADES DE COMPETENCIA	Organizar, realizar y controlar la confección y el mantenimiento de prótesis ortopédicas, apartir de las especificaciones dadas por el Médico, de acuerdo a las normas de calidad,seguridad e higiene establecidas. Organizar, realizar y controlar la confección y el mantenimiento de aparatos ortéticos, apartir de las especificaciones dadas por el Médico, de acuerdo a las normas de calidad, seguridad e higiene establecidas.	No comparable.	
PUESTOS DE TRABAJO	Operarios en centros de rehabilitación física de salud.Técnicos Ortopedistas en centros especializados.Vendedor de aparatos ortopédicos.	No comparable.	

CRITERIOS	PERFIL: ORTOPEDIA	PERFIL (No existe carrera similar)	COMENTARIOS
REALIZACIONES	Organizar la confección de prótesis, considerando los requerimientos planteados en laorden de trabajo. Preparar los materiales, equipos, herramientas y las condiciones del área de trabajo parala confección de la prótesis. Realizar el diseño y elaborar el molde de la prótesis, considerando las medidas del paciente y el tipo de prótesis a confeccionar. Efectuar la confección del encaje o zóquete (parte de la prótesis que se une al muñon) enbase al molde previamente construido, aplicando las normas de calidad establecidas. Realizar la confección o ensamblaje de la extensión de la prótesis, de acuerdo a las medidas y a las necesidades del paciente. Realizar el acabado final y prueba de la prótesis, verificando su funcionamiento y adaptabilidad al paciente, de acuerdo con los estándares establecidos. Instruir al paciente en la colocación, funcionamiento y mantenimiento de la prótesis, deacuerdo a las normas establecidas para dicho proceso. Realizar el mantenimiento de prótesis ortopédicas, Organizar el proceso para la confección de aparatos ortéticos, considerando los requerimientos planteados en la orden de trabajo. Preparar los materiales, equipos y herramientas y, las condiciones del área de trabajo parala fabricación de los aparatos ortéticos.	No comparable.	

CRITERIOS	PERFIL: ORTOPEDIA	PERFIL (No existe carrera similar)	COMENTARIOS
	Realizar el diseño y los moldes de los productos ortéticos, considerando el tipo de aparatoque va a confeccionar y las medidas correspondientes. Realizar las operaciones de corte de las piezas del aparato ortético de acuerdo a losmoldes, verificando la forma y medidas exactas. Realizar el ensamblaje del producto ortético, considerando las especificaciones dadas enla orden de trabajo. Realizar el acabado final y la prueba del producto ortético, verificando su funcionamiento yadaptabilidad al paciente. Instruir al paciente en el funcionamiento y mantenimiento del producto ortético, de acuerdoa los criterios establecidos que aseguren su correcto uso. Realizar el mantenimiento del aparato ortético.	No comparable. No comparable. No comparable. No comparable. No comparable.	
EQUIPOS MÁQUINAS Y HERRAMIENTAS	Taller equipado con materiales y equipos necesarios.		
LUGAR Y AMBIENTE DE TRABAJO	Centros de Rehabilitación Física, Centros de Estética, Clínica de Cirugía Plástica.		
PLAN DE FORMACIÓN	Módulo profesional de Prótesis Ortopédicas. Módulo profesional de Aparatos Ortéticos.		
CONDICIONES DE ACCESO	Educación secundaria. Examen de admisión.		
SALIDAS HACIA OTROS ESTUDIOS	Administración. Marketing. Fisioterapia.		

- **Comparación entre la carrera del Técnico en Farmacia con la Profesión Químico Farmacéutico**

CRITERIOS	PERFIL: TÉCNICO EN FARMACIA	PERFIL: QUÍMICO FARMACÉUTICO (UNAP)	COMENTARIOS
DESCRIPCIÓN	El profesional Técnico en Farmacia coordina y administra una botica o farmacia a su nivel,expende productos farmacéuticos y no farmacéuticos, informa y resuelve consultas sencillas del cliente o paciente y prepara medicamento bajo la supervisión del Químico Farmacéutico responsable.	El Químico Farmacéutico y Bioquímico, es el profesional universitario de las Ciencias Médicas con formación científica, tecnológica y humanística, con capacidad gerencial, ejecutiva y de liderazgo, capacitado para ejercer la Farmacia con valores éticos.	Denota la complementariedad entre ambos perfiles. Farmacia Técnica tiene un rol auxiliar en la dispensación del medicamento. El rol del Químico Farmacéutico se fundamenta en las ciencias de la salud con una formación científica, tecnológica y humanística y un rol de liderazgo en el campo del medicamento.
APTITUDES	Comunicación oral, percepción, versatilidad, interacción, empatía y dedicación a las tareas.	Formación científica, tecnológica y humanística, con capacidad gerencial, ejecutiva y de liderazgo, capacitado para ejercer la Farmacia con valores éticos.	Farmacia Técnica privilegia la destreza y habilidad denotando acciones operativas. Farmacia se fundamenta en el conocimiento científico y humanístico, privilegiando el carácter gerencial y ejecutivo de la profesión.
ACTITUDES	Organizado y disciplinado en las labores a realizar, atento a las necesidades de los demás, capacitado para seguir indicaciones y cumplir órdenes, puntualidad, honestidad, respeto.	Capacitado para ejercer la Farmacia con valores éticos.	Ambos perfiles enfatizan los valores éticos como importantes para los perfiles.

CRITERIOS	PERFIL: TÉCNICO EN FARMACIA	PERFIL: QUÍMICO FARMACÉUTICO (UNAP)	COMENTARIOS
UNIDADES DE COMPETENCIA	· Gestionar y administrar una botica o farmacia, controlando la recepción, almacenamiento y reposición de productos y materiales farmacéuticos. · Atender al público, recepcionando las órdenes de compras y consultas, suministrándoles los medicamentos y productos farmacéuticos de acuerdo a las indicaciones médicas. · Realizar preparaciones de fórmulas magistrales, oficinales, cosméticos y productos galénicos bajo la supervisión del Químico Farmacéutico.	· Dispensación del medicamento. · Producción del medicamento (Industria Farmacéutica). · Ejercicio de la Bromatología y la Nutrición. · Ejercicio de la Bioquímica. · Ejercicio de la Toxicología. · Ejercicio de la Investigación Fitoquímica. · Ejercicio de la Farmacia Alternativa. · Ejercicio de la Farmacia Clínica. · Producción de cosméticos. · Realizar Docencia Universitaria. · Gerencia y Administración en el campo de medicamento. · Realización de Análisis Bioquímicos y Clínicos. · Realizar docencia universitaria de la Gerencia y Administración.	La Farmacia Técnica se restringe al campo operativo de la Farmacia; sin embargo, existe una superposición de roles especialmente en el campo de la gestión y administración, lo que colisiona con la Ley del Químico Farmacéutico y no es congruente con los demás enunciados.Por otra parte, el Químico Farmacéutico tiene competencias muy amplias, lo que a su vez lo puede llevar a colisionar con el campo del Patólogo Clínico y el Tecnólogo Laboratorista.
PUESTOS DE TRABAJO	Dispensador de medicamentos. Promotor de Farmacia. Representante médico. Representante de venta. Almacenero.		Los puestos de trabajo del Técnico en Farmacia se restringen al nivel operativo, en discrepancia con el párrafo anterior. Las del Químico Farmacéutico son mucho más amplias.
REALIZACIONES	· Gestionar la compra de productos y materiales necesarios para el desarrollo de la actividad de la farmacia o botica, previa autorización del personal superior.	· Investigar, formular, desarrollar, preparar, analizar, dispensar y evaluar los medicamentos que se imparten al paciente. · Analizar, evaluar y controlar los alimentos y productos cosméticos, así como los tóxicos que ponen en riesgo la salud humana.	Por las realizaciones (funciones) está claro que la Farmacia Técnica realiza acciones de apoyo y operativas con relación al medicamento. Mientras que la Farmacia conduce,

CRITERIOS	PERFIL: TÉCNICO EN FARMACIA	PERFIL: QUÍMICO FARMACÉUTICO (UNAP)	COMENTARIOS
	· Recepcionar y clasificar los productos y materiales, almacenándolos y distribuyéndolos según corresponda. · Realizar el inventario de los productos farmacéuticos y no farmacéuticos, verificando que se mantenga un stock mínimo de los productos y materiales de expendio o venta. · Comprobar la conservación y mantenimiento de los productos, materiales y equipos verificando que se cumplan las normas establecidas. · Organizar y elaborar la documentación necesaria para el desarrollo de la actividad económica del establecimiento. · Clasificar la documentación utilizada en el establecimiento farmacéutico, registrándola, codificándola y actualizándola en función a los requerimientos del establecimiento y oficina de farmacia. · Suministrar al público medicamentos cumpliendo las normas legales establecidas. · Suministrar al público material médico y vender productos de comercialización normal en una farmacia o botica. · Informar al cliente o paciente sobre las características del producto adquirido y resolver consultas sencillas. · Fomentar y promover hábitos higiénicos y cuidados preventivos de la salud en los clientes o pacientes que acuden al establecimiento.	· Utilizar los productos de origen natural para la obtención de productos fitoterapéuticos y para el aislamiento de principios activos de interés farmacológico, así como los productos de síntesis para la prevención, protección y conservación de la salud. · Actuar con responsabilidad ética y legal en la administración y suministro de los medicamentos. · Cumplir un rol social preponderante dentro de la política de salud, asumiendo un liderazgo con participación activa y responsable.	organiza y aplica tecnologías científicamente fundamentadas para conocer, emplear y evaluar el mecanismo de acción y los efectos del medicamento, así como sustancias toxicas y cosméticas. Sin embargo el catálogo MINEDU no aclara el rol de sujeción y dependencia de la Farmacia Técnica a la Farmacia. Además la Ley de Trabajo del Químico Farmacéutico no es explícita en diferenciar las Unidades de competencias (equivalentes a lasfunciones) y las realizaciones (equivalentes a acciones) que podría haber resuelto las discrepancias.

CRITERIOS	PERFIL: TÉCNICO EN FARMACIA	PERFIL: QUÍMICO FARMACÉUTICO (UNAP)	COMENTARIOS
	· Preparar el equipo y material específico para la preparación y envasado de productos galénicos y otros, de acuerdo a los procedimientos y normas establecidas. · Reconocer y verificar la calidad de las materias primas a utilizar en el proceso de elaboración. · Envasar los productos terminados teniendo en cuenta las normas de higiene establecidas y etiquetándolos convenientemente para su fácil identificación. · Realizar la limpieza, desinfección y esterilización de los materiales e instrumentos utilizados.		
EQUIPOS MÁQUINAS Y HERRAMIENTAS	Equipos de informática, sistemas informáticos de venta y control de inventarios, productos farmacéuticos y afines; caja registradora y listados de precios.		
LUGAR Y AMBIENTE DE TRABAJO	Farmacias y boticas del sector público y privado, laboratorios farmacéuticos, droguerías y distribuidoras de productos farmacéuticos y afines.	Oficina de Farmacia. Salud Pública y Hospitalaria. Industria Químico Farmacéutica. Industrias Alimentarías. Industrias Fármaco-Químicas. Administración. Docencia Universitaria e Investigación. Asesorías y/o Servicios de Análisis.	Farmacia tiene un amplio espectro de acción mientras que Farmacia Técnica está concentrada en la esfera de la dispensación del medicamento. Sin embargo el espectro del Químico Farmacéutico en el campo de los Servicios de Análisis se realiza a nivel químico, bioquímico, clínico, bromatológico, microbiológico, farmacológico y toxicológico, lo que

CRITERIOS	PERFIL: TÉCNICO EN FARMACIA	PERFIL: QUÍMICO FARMACÉUTICO (UNAP)	COMENTARIOS
			puede generar superposición en el ejercicio profesional con el Médico Laboratorista (Patólogo Clínico) y el Tecnólogo Médico.
PLAN DE FORMACIÓN	· Módulo profesional de procedimientos administrativos y de almacén en establecimientos farmacéuticos. · Módulo profesional de atención, expendio y venta de medicamentos y productos farmacéuticos. · Módulo profesional de Farmacología aplicada. · Módulo profesional de gestión y administración de Farmacias y Boticas. · Módulo profesional de preparación de fórmulas magistrales, oficinales, cosméticos y productos galénicos		El número de cursos y la estructura de Farmacia denotan ejes de acción como investigación, salud pública, básicas y asignaturas concernientes a la especialidad. En el caso de Farmacia Técnica se identifica un énfasis en el campo operativo de la dispensación adecuada del medicamento.
CONDICIONES DE ACCESO	Educación secundaria. Examen de admisión.	Educación secundaria completa. Examen de admisión.	No difieren.
SALIDAS HACIA OTROS ESTUDIOS	· Farmacia. · Bioquímica. · Químico Farmacéutico.	No se ha encontrado fuente de información sobre este punto.	Es cuestionable que se expresen las salidas a otros estudios sin una clara advertencia que no son mecanismos automáticos. Más aun en nuestro país no existen posibilidades para convalidar los estudios de Farmacia Técnica con los de Farmacia, lo que de por sí sería cuestionable.

- **Comparación entre la carrera de Técnico en Laboratorio Clínico con la profesión de Tecnólogo Médico - Laboratorio Clínico**

CRITERIOS	PERFIL: TÉC. EN LABORATORIO CLÍNICO	PERFIL: TECNÓLOGO MÉD. - LAB. CLÍNICO	COMENTARIOS
DESCRIPCIÓN	El profesional Técnico en Laboratorio Clínico procesa análisis de muestras biológicas humanas como soporte para el diagnostico, tratamiento, evaluación y prevención de enfermedades, bajo normas estrictas de higiene y seguridad; a solicitud y supervisión de un especialista de las ciencias médicas.	El profesional en Tecnología Médica del Área de Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica, posee una sólida formación científica, tecnológica, humanística y ética y está capacitado para aplicar, crear e innovar métodos, procedimientos y tecnologías, que le permitan identificar, analizar e interpretar análisis de materiales biológicos humanos, para obtener resultados necesarios para confirmar y/o establecer el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las enfermedades. Asimismo, está capacitado para realizar atención en la comunidad mediante campañas de prevención y promoción de la salud, además, puede proponer y desarrollar proyectos de investigación en el área de su competencia y desempeñarse en la docencia.	Es evidente la similitud entre ambas descripciones. Las únicas diferencias son que el egresado de la carrera Laboratorio Clínico requiere supervisión mientras que el de Tecnología Médica - Laboratorio Clínico no, según estos perfiles. Evidentemente lo último es motivo de discusión en el campo médico.
APTITUDES	Destreza manual, capacidad de concentración, conocimientos teóricos, capacidad básica dediscernimiento, vocación, precisión, creatividad, capacidad de adaptación al trabajo bajo presión.	Capacidad para ser Integrador, analítico, sistemático, crítico, creativo, objetivo, práctico, reflexivo.	Entendible la similitud por tratarse de la aptitud.
ACTITUDES	Ética, orden, atención, disciplina, autoestima, honestidad, respeto, solidaridad, puntualidad.	**Ética, organización**, solidaridad, generosidad responsabilidad, participativo, dinámico.	Entendible similitud por tratarse de la actitud.
UNIDADES DE COMPETENCIA	· Administrar el laboratorio de diagnóstico al inicio en las áreas de su competencia.	· Planifica, ejecuta y supervisa los exámenes o procedimientos, evaluaciones, teniendo como principios la bioseguridad del pa-	Es evidente la superposición de competencias, entre estas 2 profesiones En ambos casos

CRITERIOS	PERFIL: TÉC. EN LABORATORIO CLÍNICO	PERFIL: TECNÓLOGO MÉD. - LAB. CLÍNICO	COMENTARIOS
	· Extraer, tomar, registrar , clasificar y distribuir muestras biológicas humanas, manejando adecuadamente el equipo necesario. · Realizar estudios microbiológicos , citológicos, y extendidos citogénicos, procesando y analizando muestras clínicas. · Procesar muestras biológicas y realizar análisis bioquímico y toxicológicos, siguiendo los procedimientos correctos, con un permanente control de calidad y bajo estrictas normas de asepsia y bioseguridad. · Realizar estudios hematológicos, inmunológicos, y de banco de sangre procesando y analizando muestras de sangre y obtener hemoderivados.	ciente, los trabajadores, el público y el medio ambiente y las necesidades de salud de la población. · Evalúa, adapta e implementa protocolos aplicados al laboratorio clínico y anatomía patológica, tanto nacionales como internacionales, teniendo en cuenta la prescripción médica y la bioseguridad. · Analiza, discrimina o selecciona métodos, técnicas y procedimientos aplicados al laboratorio clínico y anatomía patológica, en función de la prescripción médica y la disponibilidad de recursos. · Elabora informes técnicos de los procedimientos usados en laboratorio clínico y anatomía patológica.	no se establece el nivel de jerarquización de la función realizada, con relación a otros profesionales, incluyendo el Médico Laboratorista y el Anátomo Patólogo.
PUESTOS DE TRABAJO	· Flebotomista. · Responsable de almacén de reactivos en empresas distribuidoras. · Técnico de laboratorio en microbiología. · Técnico de laboratorio en hematología e inmunología. · Técnico de laboratorio en bioquímica.	No se ha encontrado fuente de información sobre este punto.	Aun cuando no se ha encontrado información explícita sobre el puesto de trabajo del Tecnólogo Médico, es presumible su mayor amplitud en comparación al del Técnico en Laboratorio Clínico.
REALIZACIONES	· Planificar y gestionar la compra, almacenamiento y reposición de los instrumentos, materiales y reactivos utilizados en el laboratorio, acorde con las normas establecidas. · Gestionar el plan de mantenimiento del instrumental y equipo del laboratorio, en función de los objetivos planteados.	· Conoce los últimos avances tecnológicos de su área, los cuales implementa, utiliza, adecúa de acuerdo con la prescripción médica y los ejecuta según su competencia. · Ejecuta adecuadamente y con un alto grado de calidad los exámenes y/o procedimientos requeridos por el paciente y según la prescripción médica.	La descripción de las realizaciones de la carrera de Técnico en Laboratorio Clínico denota un enfoque más centrado en el plano operativo destinado a tareas del análisis clínico, mientras que el de Tecnólogo Médico, sin dejar de ser operativo se

CRITERIOS	PERFIL: TÉC. EN LABORATORIO CLÍNICO	PERFIL: TECNÓLOGO MÉD. - LAB. CLÍNICO	COMENTARIOS
	· Desarrollar y mantener buenas relaciones con pacientes, cumpliendo con las normas establecidas en el laboratorio. · Obtener los informes y resúmenes de actividades mediante el tratamiento de la información de la base de datos. · Interpretar los parámetros de control de calidad y definir procedimientos o instrucciones para la aplicación de las técnicas de ensayo y análisis, optimizando los recursos asignados que permitan la ejecución de la actividad con los niveles de calidad establecidos. · Aplicar las normas de seguridad establecidas adaptándolas al desarrollo de su trabajo diario. · Organizar y gestionar un fichero de pacientes y la documentación técnica del laboratorio. · Tomar o extraer muestras para su análisis, seleccionando el procedimiento más adecuado para cada tipo de análisis solicitado. · Recibir e identificar las muestras llegadas al laboratorio, según los criterios o normas establecidos. · Registrar las muestras obtenidas en el tiempo y forma establecida, elaborando las órdenes de trabajo. · Utilizar adecuadamente los materiales, instrumentos y equipos de laboratorio, conociendo su estructura y el fundamento de su funcionamiento.	· Realiza los controles de calidad de los exámenes y/o procedimientos de tal forma que éstos se realizan con eficacia, eficiencia y calidez humana. · Planifica, ejecuta y supervisa los exámenes o procedimientos, evaluaciones y/o tratamientos de pacientes en el campo de su competencia, para promover, prevenir, mantener, evaluar y recuperar la salud tratando de reintegrar al individuo a sus actividades básicas y ocupacionales. · Evalúa, adapta e implementa protocolos nacionales e internacionales en Tecnología Médica a las necesidades de la población. · Analiza, discrimina o selecciona métodos, técnicas y procedimientos específicos del área, en función de la prescripción médica y la disponibilidad de recursos. · Planifica, ejecuta y supervisa los exámenes o procedimientos, evaluaciones teniendo como principios la bioseguridad del paciente, los trabajadores, el público y el medio ambiente y las necesidades de salud de la población. · Evalúa, adapta e implementa protocolos aplicados al laboratorio clínico y anatomía patológica, tanto nacionales como internacionales, teniendo en cuenta la prescripción medica y la bioseguridad. · Analiza, discrimina o selecciona métodos, técnicas y procedimientos aplicados al laboratorio clínico y anatomía patológica,	extiende al campo de la Anatomía Patológica, gana en complejidad y en nivel de responsabilidad, asumiendo una función supervisora. Sin embargo es evidente que estos límites son borrosos entre sí y cuando se les compara con el perfil del Médico Anátomo Patólogo y el Médico Patólogo Clínico, especialmente en establecimientos del primer y segundo nivel donde el profesional técnico es mucho más polivalente y tiene mayores posibilidades de un trabajo cuasi-autónomo. He aquí un nudo crítico que podría generar conflictos.

CRITERIOS	PERFIL: TÉC. EN LABORATORIO CLÍNICO	PERFIL: TECNÓLOGO MÉD. - LAB. CLÍNICO	COMENTARIOS
	· Limpiar y esterilizar el material, desinfectando las instalaciones, desechando las muestras procesadas y siguiendo las normas de seguridad establecidas. · Preparar los equipos de diagnóstico, instrumentos y materiales a utilizar en el laboratorio, en función a las técnicas y determinaciones a realizar. · Preparar los medios de cultivo y muestras biológicas humanas o ambientales siguiendo las prescripciones de componentes, proporciones y procedimientos, con especial cuidado en el control del PH y esterilización, quedando convenientemente identificados y fechados. · Identificar, realizar recuentos de colonias y estudiar la sensibilidad de las bacterias a los antibióticos, aplicando los métodos adecuados a cada variable. · Identificar las micobacterium seleccionando las técnicas de estudio más adecuadas.· Realizar análisis parasitológicos seleccionando la técnica analítica más adecuada. · Realizar análisis micológicos. seleccionando la técnica de estudio más adecuada. · Preparar los equipos de diagnóstico, instrumentos y materiales utilizados en el laboratorio, en función de las técnicas y determinaciones a realizar. · Preparar adecuadamente las muestras mediante la utilización de métodos físicos y químicos para ejecutar los análisis correspondientes.	en función de la prescripción medica y la disponibilidad de recursos. · Elabora informes técnicos de los procedimientos usados en laboratorio clínico y anatomía patológica. Elabora informes de evaluación y evolución. · Efectúa triaje en casos de emergencias masivas y desastres. · Ejecuta con destreza maniobras de resucitación cardiopulmonar básica. Gestiona servicios de Tecnología Médica en su área de mención, estimulando el trabajo en equipo Interdisciplinario. · Participa en campañas de salud preventivo promocional. · Aplica y propone tecnologías adecuadas de acuerdo a la realidad situacional de la comunidad donde presta servicios. · Participa como miembro del equipo de salud en acciones de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de las enfermedades y sus secuelas discapacitantes a nivel individual o colectivo. · Integra los equipos interdisciplinarios de salud para enfrentar situaciones de emergencia y desastres. · Elabora proyectos de investigación, de gestión y de desarrollo, que den solución a los principales problemas de salud de la población. · Promueve el aprendizaje de otros profesionales y alumnos de tecnología médica	

CRITERIOS	PERFIL: TÉC. EN LABORATORIO CLÍNICO	PERFIL: TECNÓLOGO MÉD. - LAB. CLÍNICO	COMENTARIOS
	· Realizar las determinaciones analíticas de los diversos compuestos metabólicos de las muestras biológicas humanas, seleccionando los equipos y la técnica analítica más adecuada. · Realizar los análisis bioquímicos y nutricionales seleccionando los equipos y la técnica más adecuada. · Realizar el control de fármacos y drogas, seleccionando los equipos y la técnica analítica más adecuada. · Realizar análisis de orina, seleccionando los equipos y la técnica analítica más adecuada. · Realizar estudios patológicos mediante la utilización de técnicas específicas y siguiendo los procedimientos establecidos. · Preparar los equipos de diagnóstico, instrumentos y materiales utilizados en el laboratorio, en función de las técnicas y determinaciones a realizar. · Preparar adecuadamente las muestras de sangre de forma que queden dispuestas para el análisis a realizar. · Realizar técnicas histoquímicas en sangre y médula ósea para identificación morfológica de sus elementos celulares. · Realizar técnicas hemocitométricas y morfológicas en muestras de sangre periférica y médula ósea. · Realizar análisis serológicos seleccionando la técnica analítica más adecuada. · Realizar técnicas de estudio de hemostasia y coagulación seleccionando la técnica y equipo más adecuado.	mediante la utilización de métodos didácticos transmitiendo conocimientos actualizados de su especialidad. · Actúa como elemento generador de experiencias de aprendizajes en estudiantes, profesionales afines, trabajadores de salud y de la misma comunidad. · Busca, ordena, evalúa, interpreta y aplica instrumentos adecuados de obtención de datos y en sistemas automatizados de información. · Realiza investigación en ciencias básicas y aplicadas. · Elabora proyectos de investigación científica y desarrollo comunal. · Participa en la elaboración, redacción y difusión de artículos científicos.	

CRITERIOS	PERFIL: TÉC. EN LABORATORIO CLÍNICO	PERFIL: TECNÓLOGO MÉD. - LAB. CLÍNICO	COMENTARIOS
	· Realizar técnicas inmunohematológicas, seleccionando las más adecuadas, en función de la determinación solicitada. · Obtener pruebas de compatibilidad para transfusiones verificando la validez de los reactivos y resultados. · Realizar pruebas de compatibilidad para transfusiones verificando la validez de los reactivos y resultados. · Realizar pruebas inmunológicas seleccionando los equipos y la técnica analítica más adecuada.		
EQUIPOS, MÁQUINAS Y HERRAMIENTAS	Equipo de flebotomía, centrífugas, microscopios, espectrofotómetros, autoclave, computadoras.	No se ha encontrado fuente de información sobre este punto.	Los equipos, materiales y herramientas son en principio los mismos.
LUGAR Y AMBIENTE DE TRABAJO	Laboratorios clínicos privados, laboratorios clínicos de centros médicos y policlínicos, laboratorios clínicos de hospitales, distribuidora de reactivos.	No se ha encontrado fuente de información sobre este punto.	Siendo prácticamente los mismos ámbitos en ambos casos.
PLAN DE FORMACIÓN	· Módulo profesional de organización y gestión de una Unidad de Establecimiento de Laboratorio de Diagnóstico Clínico. · Módulo profesional de extracción, preparación y conservación de muestras biológicas humanas. · Módulo profesional de técnicas de análisis microbiológicos. · Módulo profesional de técnicas de análisis hematológicos e inmunológicos.	No homogéneo en las universidades.	En ambos perfiles se enfatizan módulos o cursos de prevención, promoción y recuperación. La diferencia radica en que en la profesión de Técnico en Laboratorio Clínico se pone énfasis en el procedimiento de toma y ejecución del análisis. En el de Tecnología Médica, en el sustento científico y tecnológico del análisis. Sin embar-

CRITERIOS	PERFIL: TÉC. EN LABORATORIO CLÍNICO	PERFIL: TECNÓLOGO MÉD. - LAB. CLÍNICO	COMENTARIOS
			go es evidente que puede haber fácilmente una superposición de roles.
CONDICIONES DE ACCESO	· Educación secundaria. · Examen de admisión.	· Educación secundaria. · Examen de admisión.	No hay diferencias.
SALIDAS HACIA OTROS ESTUDIOS	· Tecnología Médica con mención en Laboratorio Clínico. · Administración. · Medicina. · Especialidad en Hematología. · Especialidad en Citología. · Especialidad en Microbiología. · Especialidad en Bioquímica.	No se ha encontrado fuente de información sobre este punto.	Es cuestionable que se expresen las salidas a otros estudios sin una clara advertencia que no son mecanismos automáticos. Más aun, en nuestro país no existen posibilidades para convalidar los estudios de Farmacia Técnica con los de Farmacia, lo que de por sí sería cuestionable.Además, aparentemente existe un importante nivel de confusión sobre las especialidades médicas en la profesiografía concerniente a Laboratorio Clínico.

- **Comparación entre la carrera técnica Prótesis Dental con la profesión Odontólogo - Estomatólogo**

CRITERIOS	PERFIL: PRÓTESIS DENTAL	PERFIL: ODONTÓLOGO - ESTOMATÓLOGO	COMENTARIOS
DESCRIPCIÓN	El profesional técnico en prótesis dental realiza la construcción de la prótesis dental y dispositivos de ortodoncia y ortopedia, de acuerdo a las especificaciones técnicas del Odontólogo , y a los criterios funcionales, de calidad y estética requeridos.	El Médico Odontólogo es una profesional orientado a prevenir, conservar, restaurar y promover la salud estomatológica del individuo, de la familia y de la comunidad en cualquier zona del país.	Es evidente la clara delimitación de campos en ambos perfiles. El Técnico asume un rol fundamentalmente operativo en construcción de dispositivos odontológicos. El Odontólogo extiende su función y eleva la complejidad de su rol.
APTITUDES	Agudeza Visual, destreza, resistencia y paciencia.	Capacidad de observación, buena memoria, habilidad y destreza manual.	Entendible la similitud por tratarse de la aptitud.
ACTITUDES	Precisión, organización del laboratorio, orden, limpieza, disciplina, solidaridad, respeto, puntualidad.	Disposición para el estudio, interés por la investigación científica y su aplicación en el campo tecnológico, empatía, estabilidad emocional, capacidad de trabajo en equipo y vocación de servicio hacia sus semejantes.	Entendible similitud por tratarse de la actitud.
UNIDADES DE COMPETENCIA	· Construir la prótesis dental total, de acuerdo a las especificaciones del Odontólogo y siguiendo las normas de calidad, seguridad e higiene establecidas. · Construir la prótesis dental parcial removible, de acuerdo a las especificaciones del Odontólogo y siguiendo las normas de calidad, seguridad e higiene establecidas. · Construir la prótesis dental fija, de acuerdo a las especificaciones del Odontólogo y siguiendo las normas de calidad, seguridad e higiene establecidas.	No se ha encontrado fuente de información sobre este punto.	El Técnico en Prótesis Dental asume un papel fundamentalmente operativo, explícitamente señalándose que esta función la asume de acuerdo a las especificaciones del Odontólogo.

CRITERIOS	PERFIL: PRÓTESIS DENTAL	PERFIL: ODONTÓLOGO - ESTOMATÓLOGO	COMENTARIOS
	· Construir los aparatos de ortodoncia y ortopedia funcional, de acuerdo a las especificaciones del Odontólogo y siguiendo las normas de calidad, seguridad e higiene establecidas.		
PUESTOS DE TRABAJO	· Auxiliar de laboratorio dental · Asistente dental · Técnico dental	No se ha encontrado información específica sobre este punto.	Aun cuando no se ha encontrado información explícita sobre el puesto de trabajo del Odontólogo, es presumible su mayor amplitud en comparación a la del Técnico.
REALIZACIONES	· Interpretar y analizar la orden de trabajo, las impresiones o modelos remitidos por el Odontólogo, verificando que se cumplan todas las especificaciones técnicas para programar el desarrollo de la prótesis dental total. · Elaborar el modelo de cubeta individual a partir de la impresiones recibidas, según las indicaciones del Odontólogo responsable. · Efectuar la placa base del modelo de la prótesis dental total, de acuerdo a las técnicas establecidas, garantizando la calidad del acabado. · Realizar el articulado o montaje y enfilado de los dientes, asegurando los mismos, en la prótesis dental total con criterio funcional y estético y las especificaciones técnicas definidas. · Realizar el encerado de los dientes, de acuerdo a criterios de estética que permitan ob-	No se ha encontrado información específica sobre este punto.	La descripción de las realizaciones de la carrera de Técnico en Prótesis Dental se restringe al nivel de elaboración de la prótesis y dispositivos dentales. Es destacable en esta profesiografía el nivel explícito en que se señala el nivel de dependencia profesional con relación al Odontólogo.

CRITERIOS	PERFIL: PRÓTESIS DENTAL	PERFIL: ODONTÓLOGO - ESTOMATÓLOGO	COMENTARIOS
	tener la apariencia "natural" de la prótesis en el acabado final. · Realizar el empaquetado, prensado, hervido y acabado final de la prótesis dental total, considerando los resultados obtenidos en el proceso, las características definidas y la estética de la prótesis, cumpliendo con las indicaciones del Odontólogo. · Interpretar y analizar la orden trabajo, las impresiones o modelos remitidos por el Odontólogo, verificando que se cumplan las especificaciones técnicas para programar el desarrollo de la prótesis parcial removible. · Elaborar el modelo de cubeta individual, a partir de las impresiones recibidas o modelos, según las indicaciones del Odontólogo responsable, en los casos necesarios. · Efectuar la placa base y rodete del modelo de la prótesis parcial removible en los casos necesarios, de acuerdo a las técnicas establecidas y garantizando la calidad del acabado. · Efectuar el acondicionamiento de la placa base, según el material que va a utilizar en la elaboración de la prótesis parcial removible metálica. · Realizar el articulado o montaje y enfilado de los dientes, asegurando los mismos en la prótesis parcial removible con criterio estético y especificaciones técnicas definidas. · Realizar el encerado de los dientes, de acuerdo a criterios de estética que permitan ob-		

CRITERIOS	PERFIL: PRÓTESIS DENTAL	PERFIL: ODONTÓLOGO - ESTOMATÓLOGO	COMENTARIOS
	tener la apariencia "natural" de la prótesis parcial removible en el acabado final. · Realizar el empaquetado, prensado, hervido y acabado final de la prótesis parcial removible, considerando los resultados obtenidos en el proceso, las características definidas y la estética de la prótesis, cumpliendo con las indicaciones del Odontólogo. · Interpretar y analizar la orden de trabajo, las impresiones o modelos remitidos por el Odontólogo, verificando que se cumplan todas las especificaciones técnicas para programar el desarrollo de la prótesis dental fija. · Elaborar el modelo de trabajo a partir de las impresiones recibidas, según las indicaciones del Odontólogo. · Realizar el encerado(patrones) y colocar los bebederos correspondientes. · Efectuar el acondicionamiento del caso, según el material que va a utilizar en la elaboración de la prótesis dental fija. · Realizar el colado del caso, observando las especificaciones técnicas para la construcción de la prótesis dental fija. · Realizar el terminado afinado, y pulido del frente estético. · Interpretar y analizar la orden de trabajo, las impresiones o modelos remitidos por el Odontólogo, verificando que se cumplan todas las especificaciones técnicas para programar el desarrollo de aparatos de ortodoncia dental y ortopedia funcional.		

CRITERIOS	PERFIL: PRÓTESIS DENTAL	PERFIL: ODONTÓLOGO - ESTOMATÓLOGO	COMENTARIOS
	· Efectuar el patrón del aparato dental, de acuerdo a las recomendaciones técnicas señaladas por el Odontólogo. · Construir el aparato de ortopedia o ortodoncia, cuidando la calidad de los materiales y considerando el acabado final. · Realizar el acabado de los aparatos dentales que permitan obtener los niveles de calidad y estéticos requeridos.		
EQUIPOS MÁQUINAS Y HERRAMIENTAS	Sistema de gas y oxígeno, sistema de horno y colado, equipos de alta velocidad y baja velocidad, instrumentos de medición, instrumentos de calibración, instrumental para trabajar diversos materiales.	No se ha encontrado fuente de información sobre este punto.	
LUGAR Y AMBIENTE DE TRABAJO	Domicilio, clínica y hospitales públicos y privados, laboratorios dentales, venta y distribución de materiales dentales.		
PLAN DE FORMACIÓN	· Módulo profesional de Prótesis Dental total o completa. · Módulo profesional de Prótesis Dental parcial removible. · Módulo profesional de aparatos de ortodoncia y ortopedia funcional	No homogéneo en las universidades.	La diferencia radica en que la profesión de Técnico en Prótesis Dental s pone énfasis en el procedimiento de elaboración del dispositivo odontológico. En el de Odontólogo, en el sustento científico y tecnológico del acto médico odontológico, incluyendo habilidades quirúrgicas.
CONDICIONES DE ACCESO	· Educación secundaria. · Examen de admisión.	· Educación secundaria. · Examen de admisión.	No hay diferencias.

CRITERIOS	PERFIL: PRÓTESIS DENTAL	PERFIL: ODONTÓLOGO - ESTOMATÓLOGO	COMENTARIOS
SALIDAS HACIA OTROS ESTUDIOS	· Ortopedia. · Odontología.	No se ha encontrado fuente de información sobre este punto.	Es cuestionable que se expresen las salidas a otros estudios sin una clara advertencia que no son mecanismos automáticos. Inclusive, en nuestro país no existen posibilidades para convalidar los estudios de Técnica en prótesis dental con los de Odontología, por ejemplo, lo que de por sí sería cuestionable.

DISCUSIÓN DE LOS HALLAZGOS

Antes de iniciar los comentarios sobre este punto resaltaremos las carencias que se han encontrado referidas a la estandarización de los perfiles profesionales y ocupacionales en salud en el Perú.

El análisis comparativo del catálogo de perfiles profesionales no universitarios con los perfiles profesionales universitarios presenta la enorme desventaja que supone la carencia de un catálogo estandarizado de perfiles profesionales universitarios. Por lo tanto, se tuvo que realizar una exhaustiva exploración de perfiles profesionales de las Universidades del Sistema Nacional para suplir esta carencia. Tampoco encontramos un catálogo de perfiles ocupacionales por competencias en salud cuya elaboración es responsabilidad del Ministerio de Salud en coordinación con el IDREH, el Ministerio de Trabajo y Promoción Social, los Colegios y Asociaciones Profesionales. A la fecha el IDREH cuenta con una guía metodológica para la formulación de perfiles ocupacionales para el primer nivel de atención que es una guía para la realización de este proceso pendiente en el Perú[4].

Luego de las comparaciones se puede observar que los mayores traslapes y confusiones se encuentran en las carreras no universitarias de Enfermería Técnica, Auxiliar de Cuidados de Enfermería, Técnico en Laboratorio y Técnico en Farmacia. Al compararla con profesiones universitarias similares o entre ellas mismas, se encuentran puntos coincidentes que hacen borrosas sus delimitaciones. Este aspecto ya está generando discrepancias y malos entendidos. De allí que las iniciativas legislativas están proponiendo leyes específicas para cada profesión como una forma para establecer las atribuciones y delimitaciones de cada una de ellas.

El análisis de la documentación existente sobre el modelo de atención de salud (MAIS) hace ver que aún no se ha señalado con claridad cuáles son los perfiles ocupacionales necesarios para poder brindar una atención integrada de salud[5]. El MAIS se fundamenta en los principios de universalidad, equidad, integralidad y solidaridad focalizando las acciones sanitarias a la persona en su dimensión bio-psico-social y como integrante de una familia, comunidad y sociedad. Implica también el acompañamiento de la tarea sanitaria a lo largo del ciclo de vida de la persona. Por este enfoque las acciones de salud son de naturaleza individual, colectiva, intramural, extramural, de responsabilidad de las redes de servicios y responsabilidad de la

[4] IDREH-AMARES. Metodología para la Formulación de Perfiles Ocupacionales por Competencias para los Trabajadores de Salud del Primer Nivel de Atención. 2005

[5] MINSA-DGSP. Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS. Lima. 2003

población. Por ello, es indispensable contar con nuevos perfiles ocupacionales que permitan orientar a los ISTs a formular sus perfiles profesionales.

El modelo de atención integral de salud promueve el trabajo en equipo de manera multidisciplinaria y en cada uno de los ciclos de vida así como en los diversos espacios de acción. Implica entonces profesionales polivalentes en los primeros niveles y especializados en los niveles superiores (hospitales e institutos nacionales). Al no haber un catálogo de perfiles ocupacionales en el MINSA no es posible determinar con mayor claridad las fronteras, delimitaciones y puentes de coordinación entre las profesiones.

El documento metodológico del IDREH señala que las ocupaciones en salud son todas aquellas relacionadas con la prestación directa de servicios orientados al cuidado, preservación, recuperación y rehabilitación de la salud humana y animal. De allí que las ocupaciones se clasifican en cuatro niveles[6]:

Nivel 1: Ocupaciones de Dirección: Gerentes y Directivos de la Salud.
Nivel 2: Ocupaciones Profesionales en Salud: Médicos, Obstetrices, Enfermeras, Odontólogos, Veterinarios y otros profesionales de la salud.
Nivel 3: Ocupaciones Técnicas en Salud: Técnicos en Salud.
Nivel 4: Ocupaciones Auxiliares en Servicios de Salud.

En los niveles 3 y 4 se ubicarán aquellos trabajadores con estudios superiores no universitarios o los que han cursado estudios cortos (menos de tres años de duración). Sin embargo, la carencia de una descripción detallada de los perfiles ocupacionales produce un vacío regulatorio que a su vez ocasiona que los ITSs propongan perfiles profesionales que no se ajustan a las reales expectativas del mercado laboral que está siendo cada vez más exigente y selectivo. También este hecho produce confusiones y riesgos de intrusismo entre las profesiones universitarias y las no universitarias.

Es meritorio que la DINESST haya producido un catálogo de perfiles profesiográficos para las profesiones no universitarias, que puede servir como una orientación para que el MINSA pueda realizar el suyo así como armonizar y compatibilizar las profesiones, delimitando sus campos de acción con mayor claridad.

Las entrevistas y reuniones con los actores institucionales vinculados a la formación de ISTs han demostrado que existe confusión de términos. Por ejemplo señalan que "solamente se puede llamar profesionales de la salud a aquellos que hayan egresado de las universidades". Según la OIT el término profesión implica la dedicación a un oficio, arte o disciplina científica. Cabe mencionar que la OIT ha definido el concepto de "competencia profesional" como la idoneidad para realizar una tarea o desempeñar un puesto de trabajo eficazmente por poseer las calificaciones requeridas para ello. En este caso, los conceptos competencia y calificación, se asocian fuertemente dado que la calificación se considera una capacidad adquirida para realizar un trabajo o desempeñar un puesto de trabajo[7].

[6] OP CIT. IDREH – AMARES 2005
[7] http://www.gestiopolis.com/recursos/experto/catsexp/pagans/rh/no10/competencias%20laborales.htm (ingreso 05.04.05)

Por otro lado, al revisar el clasificador de cargos oficial del Ministerio de Salud puede colegirse que es antiguo, siendo un instrumento generado en el marco de la Ley de la Carrera Pública Nro. 276. Por su estructura, es un medio para ir incluyendo progresivamente cargos, generando diversas denominaciones lo que dificulta la clasificación, ordenamiento y regulación de las profesiones en salud, complicando aún más la relación entre la formación y el trabajo.

La escasa inserción de algunas de las carreras técnicas en salud (Enfermería Técnica y Laboratorio Clínico) señala que, tal como están ahora, ya no resultan pertinentes para el sistema sanitario peruano.

El análisis de la pertinencia también está dificultada porque no existen estándares o parámetros de cuántos recursos humanos se requieren para el país en cuanto a cada una de las profesiones universitarias y no universitarias. De esta manera no es posible saber con seguridad el tipo y el perfil ocupacional que se requiere para establecer una adecuada correspondencia con los perfiles de formación (curriculares) que los ISTs deben de ir actualizando permanentemente.

Además, según las entrevistas, la formación de profesionales no universitarios en salud ha estado concentrada en aspectos recuperativos. Incluso en algunos casos, clínicas privadas han generado ITSs para satisfacer sus requerimientos de manera endógena. De esta manera entran en discrepancia con las evidentes necesidades del sector salud por contar con profesionales no universitarios competentes en aspectos preventivos y promocionales intra y extramurales.

Más aún, dado que el mercado laboral tiene ahora muy pocos mecanismos para nuevos ingresos la presión por contar con un puesto laboral es muy alta, tanto entre los profesionales universitarios y los profesionales no universitarios. Por las cifras encontradas, el mercado laboral en salud está siendo "ganado" por profesiones universitarias. Las demandas sociales por contar con profesionales altamente especializados e idóneos es bastante alta, lo que refuerza este fenómeno.

También, las preocupaciones y conflictos existentes entre las profesiones por "intrusismo" pueden ser la consecuencia de un mercado laboral en salud poco expansivo y fundamentalmente estatal. Es entendible entonces que todos busquen alternativas para una mejor regulación.

El análisis de los perfiles "profesiográficos" muestra que todas las carreras técnicas en salud no tienen verdaderas salidas hacia otras profesiones. No existen mecanismos para el reconocimiento o la revalidación de sus estudios para optar por los estudios universitarios. Una persona que invierta tres años en estudiar en un IST tendrá que postular a una universidad iniciando desde cero si desea una profesión universitaria.

La información sobre el futuro laboral es bastante asimétrica. Los anuncios y propaganda de algunos ITSs sugieren la perfecta equivalencia entre las carreras profesionales no universitarias con las de rango universitario. El ejemplo más paradigmático es el de Enfermería y Enfermería Técnica cuando en la realidad una Enfermera Técnica no es equivalente a la Enfermera.

Sin embargo, las presiones sociales de la población joven son altas al preferir carreras de corta duración (menos de cinco años) en su deseo de poder insertarse al mercado laboral rápidamente. Las preferencias por las carreras no universitarias en salud son altas de allí que los ITSs las oferten permanentemente.

La articulación entre las formaciones secundaria y superior-universitaria y no universitaria, es inexistente. Existen esporádicas "alianzas estratégicas" aún no reguladas entre las instituciones privadas, que procuran básicamente un nivel de reconocimiento y convalidaciones entre algunos IST y universidades. Otras "alianzas estratégicas" que se establecen, son aquellas entre IST y establecimientos de salud, con el fin de generar ventajas competitivas en el mercado. Tal vez éstas sean casos paradigmáticos dignos de estudiar con la finalidad de establecer los ansiados puentes entre los ISTs, las universidades, el MINSA, el Ministerio de Trabajo, el MINEDU.

Es necesario resolver la no existencia de vínculos entre las instituciones de salud, los institutos tecnológicos, los organismos públicos y la comunidad, con el fin de definir los perfiles ocupacionales demandados por la actividad de salud, en un entorno específico y cambiante. Los entrevistados han coincidido en que el Ministerio de Salud debería ser un protagonista fundamental en el proceso de planificación y regulación de la formación de profesionales técnicos en salud, y que en particular el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos debe asumir este reto.

La percepción utilitaria de los establecimientos de salud de que los institutos tecnológicos son "proveedores de personal gratuito" y eventualmente de donaciones en equipos o material, debe ser reemplazada por un legítimo interés en establecer campos clínicos para las prácticas pre-profesionales debidamente normadas. No sólo para el caso de los ISTs sino también para todas las profesiones universitarias en salud.

El proceso de re-validación de los ITSs impulsado por el MINEDU a través de la DINESST desde el 2003 ha sido enriquecedora en el sentido de buscar la pertinencia de las carreras ofrecidas garantizando la calidad y el cumplimiento de estándares esenciales para el funcionamiento de los ISTs. Ha encontrado que existían serias deficiencias en la infraestructura, equipamiento y la disponibilidad de docentes idóneos. Prueba de ello es que de los más de 900 ISTs solamente han sido revalidados 70. Este proceso podría fortalecerse aún más con el concurso decidido del Ministerio de Salud y del IDREH.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Urge desarrollar un catálogo de perfiles ocupacionales en salud para las profesiones universitarias y no universitarias que debería ser conducido por el MINSA con la activa participación del IDREH, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Trabajo, los Colegios Profesionales y las Asociaciones Profesionales. Será la única forma de contar con un claro referente para las entidades formadoras en salud. Para ello se tendrá que revisar los catálogos existentes en el MINEDU a fin de construir un catálogo global para las profesiones no universitarias y las superiores universitarias.

- Los hallazgos indican que las políticas en desarrollo y gestión de recursos humanos deberán estar fundamentadas en un análisis consensuado de los mercados de formación, trabajo y servicios en salud. Por ello es indispensable generar información articulada utilizando herramientas concordadas.

- Una modalidad efectiva es la formación de comisiones intersectoriales destinadas a la planificación y regulación de la formación, empleo y trabajo de los recursos humanos en salud. En particular debería haber una ad–hoc para el caso de las profesiones no universitarias en salud.

- Revisar los procesos de selección y los perfiles de los postulantes a puestos laborales en el sector salud. Será una forma de ir retro-alimentando el sistema.

- Será necesario también el revisar, actualizar y modernizar los planes de estudios de los Institutos Tecnológicos Superiores. Aunque el Catálogo existente muestra un enfoque modular, las evidencias han mostrado que la mayoría de los planes de formación, todavia tienen enfoques recuperativos.

- Fortalecer el proceso de re-validación de los ISTs liderado por el MINEDU complementándolo con las experiencias de acreditación de las Facultades de Medicina a través de la CAFME (Comisión para la Acreditación de las Facultades de Medicina).

- Establecer mecanismos de re-certificación en el personal profesional no universitario que ocupan puestos laborales en el sector salud a través de actividades y programas de educación permanente así como fortaleciendo los procesos de evaluación por competencias.

- Desarrollar estrategias de coordinación entre docencia, servicio y gremio en Enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. ANR/INEI. I Censo Nacional Universitario. Lima, 1996.
2. Aquiño Gamero, Pezo Paredes y Rodriguez Casavilca. Gestión de la Información y Trabajo en Red. Programa de Formación Profesional Tecnológica y Pedagógica en el Perú. 2002
3. Arrieta Clavijo. El Enfoque Basado En La Adquisición De Competencias. 2001
4. Arroyo J. OPS. Situación y desafíos de los recursos humanos en salud en el Área Andina. Lima, 2000.
5. Asamblea Nacional de Rectores. Universidades del Perú. Lima, 1997.
6. Best Bendenay. Gestión Financiera y Logística para el Desarrollo Institucional. Programa de Formación Profesional Tecnológica y Pedagógica en el Perú. 2001
7. Carlos Aquiño Gamero, Alfredo Pezo Paredes e Hipólito Rodriguez Casavilca. Gestión de la Información y Trabajo en Red. Programa de Formación Profesional Tecnológica y Pedagógica en el Perú. 2001
8. Francke P. Lineamientos de Políticas en Salud 2001-2006. Consorcio de Investigación y Desarrollo. Lima, 2001.
9. Haya De La Torre, R. Profesiones Técnicas Y Empleo. 2001
10. Mendoza C. El puesto de salud - atención a la demanda. Huancayo, 1982.
11. MINEDU. La Programación en la Formación Profesional (Versión Experimental). Plan Piloto de Experimentación del Modelo de Educación Técnica y Formación Profesional. Proyecto MED-AECI. 2001
12. Ministerio de Educación. Dirección Nacional de Educación Secundaria y Superior Tecnológica. Unidad de Formación Profesional MECEP-BID. Profesiografías de la Formación Profesional Técnica, 2004
13. Ministerio de Educación. Dirección Nacional de Educación Secundaria y Superior Tecnológica. Unidad de Formación Profesional. Catalogo Nacional de Títulos y Certificaciones. RVM No. 0085-2004-ED 08/05/2003. Componentes de los Títulos Profesionales. RD No. 0044-2004-ED 11/02/2004 . MECEP-BID. 2004
14. Ministerio de Salud. Por un país saludable - Propuestas de políticas para la salud. Lima, 2001.
15. Ministerio de Salud/DFID. Herramientas para la gestión de redes de salud. Proyecto Generación de Capacidades en el MINSA. Lima, 2001.
16. Ministerio de Salud/DFID. Lineamientos para la conformación de redes de salud., 2001.
17. Ministerio de Salud/INEI. I y II Censo de infraestructura física y recursos humanos del MINSA,1996 y 1999.
18. Nakano Osores T. Metodología de Aplicación del Enfoque Basado en Competencias para la Formación Profesional Técnica.1999
19. Pezo Paredes, A. MINEDU. Reingeniería Educativa Institucional en los Centros de Formación Profesional Tecnológica. Programa de Formación Profesional Tecnológica y Pedagógica en el Perú. 2001

20. Pezo Paredes, A. Gestión Estratégica del Capital Humano Programa de Formación Profesional Tecnológica y Pedagógica en el Perú. 2002
21. Pezo Paredes, A. Gestión Estratégica del Capital Humano. Programa de Formación Profesional Tecnológica y Pedagógica en el Perú. 2002
22. Pezo Paredes, A. La Orientación Profesional Y Académica En La Formación Profesional Técnica. 2001
23. Pezo Paredes, A. Planeamiento y Análisis Estratégico: Un Aporte para la Educación Profesional Tecnológica en el Perú. Programa de Formación Profesional Tecnológica y Pedagógica en el Perú. 2001
24. Pezo Paredes, Boluarte Zegarra y Villamil Godinez. Formación de Directivos en Gestión Educativa Institucional. 2002
25. Primer Congreso Nacional de Educación Profesional Técnica (Compilación)Educación y Trabajo. Retos para el siglo XXI. MED 2002
26. Valdivia Vivanco, E. 2002 Planeamiento y Diseño Curricular para la Formación Profesional. Convenio Per/B7-3011/95/004 FORTE-PE
27. Valdivia Vivanco, E. Liderazgo y Gestión en los Centros de Educación Técnica. 2003

ANÁLISIS SOBRE MECANISMOS DE PLANIFICACIÓN EN LA FORMACIÓN DE TÉCNICOS ASISTENCIALES EN SALUD

3ª PARTE

Introducción

En el presente estudio exploraremos la situación actual del proceso de planificación en la formación de técnicos asistenciales de salud.

Por un lado se han encontrado evidencias alentadoras de que pueden superarse los problemas tratados en los anteriores estudios. La fracción de innovación se encuentra en el Ministerio de Educación (MINEDU), el cual ha desarrollado un conjunto de instrumentos consistentes para mejorar la oferta de formación en los Institutos Superiores Tecnológicos.

Por otro lado, el sector salud, que se encuentra en constante cambio, no ha podido acompañar al MINEDU en estas acciones. Estamos seguros que lo podrá hacer pues es necesario contar con la mirada socio-sanitaria para mejorar la regulación y la planificación.

En la primera parte discutiremos los roles de los diferentes actores, señalando los instrumentos utilizados para el proceso de planificación para luego mostrar los antecedentes de la regulación de los Institutos Superiores Tecnológicos.

La principal responsabilidad en la planificación de la formación de técnicos asistenciales recae en el Ministerio de Educación como se explica a continuación.

PAPEL DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE EDUCACIÓN SECUNDARIA Y SUPERIOR TECNOLÓGICA (DINESST)

Es una dependencia del Ministerio de Educación (órgano de línea del MINEDU) perteneciente al Viceministerio de Gestión Pedagógica. Una de sus responsabilidades es normar, supervisar y evaluar las actividades de carácter técnico pedagógico desarrolladas en los Centros de Educación Secundaria, los Centros de Educación Ocupacional y los Institutos Superiores Tecnológicos.

Dentro de sus unidades se encuentra la de Formación Profesional (UFP) que es un órgano de línea de la DINESST, encargada por R.M. 656-2000/ED. Está orientada a tratar todos los aspectos de la capacitación para el desempeño calificado en las distintas profesiones. Incluye la formación contínua en las empresas y la inserción y reinserción laboral de los trabajadores desocupados.

También está encargada de los aspectos de formación polivalente para una óptima adaptación a los cambios laborales que pueden producirse a lo largo de su vida, y una "Formación Profesional Técnica de base para que pueda mantener su condición de *empleabilidad* con el fin de seguir capacitando y mejorando la actividad profesional."

Su rango de acción es amplio al involucrar la formación ocupacional básica a través de cursos cortos de duración variable, con un máximo de 1 año de duración (1,000 horas), y la formación tecnológica que tienen diversas duraciones, desde dos, tres y cuatro años (hasta 3000 horas).

La UFP apuesta por una formación de base modular de duración variable que flexibiliza el acceso y la salida de los estudiantes. Los módulos están estructurados por áreas de conocimiento teórico-prácticas en función de las diversas carreras, para facilitar la incorporación de los jóvenes a la vida activa y contribuir a su formación permanente.

Según sus pautas, el diseño y planificación de la formación profesional "fomenta la participación de los agentes sociales". Además, plantean que su programación toma en cuenta el "entorno socioeconómico de los centros en que se imparten los programas, así como las necesidades y posibilidades de desarrollo de este nivel". Sin embargo, la información estadística, tomada de las entrevistas a los actores vinculados al tema así como la revisión de las experiencias, muestran que la inclusión de todos los actores sociales es una tarea pendiente para la DINESST.

La UFP propone que el currículo de las enseñanzas de formación profesional específica incluya una fase de formación práctica en los centros de trabajo, y la metodología didáctica promueva la integración de contenidos científicos, tecnológicos y organizativos. Propugnan que el alumno desarrolle la capacidad para aprender por sí mismo y para trabajar en equipo.

La UFP tiene como visión al 2006 gestionar la formación profesional de manera eficaz y descentralizada, utilizando como estrategia la generalización de un modelo de formación por competencias, a partir de redes de centros.

Cuatro políticas orientan su trabajo. Destacable es la búsqueda de un permanente contacto con el contexto y la generación de puentes adecuados entre la formación, la inserción laboral y el trabajo:

- Articulación de las acciones de la formación profesional técnica, con las de desarrollo social, económico y tecnológico sostenibles, de las regiones y el país.

- Garantía de la equidad en el acceso a una formación profesional técnica de calidad, con el fin de asegurar su realización profesional e integración plena a la vida social, económica y política de los egresados.

- Modernización de la formación profesional técnica con el fin de garantizar una educación de calidad que responda a las características de la actividad productiva, necesidades de las regiones y el país y las aspiraciones de los jóvenes.

- La sostenibilidad política, social y económica de la formación profesional técnica, a través de una mayor participación de la sociedad en sus procesos vitales.

Sus estrategias buscan:

- La generación de sinergias que favorezcan las acciones de la formación profesional técnica a través del diálogo social y concertación con el sector productivo y sectores de la sociedad civil.

- La promoción y consolidación de un Sistema de Normalización y Certificación de Competencias Laborales, para mejorar la calidad y normalizar la certificación.

- El ordenamiento y diversificación de la oferta formativa priorizando la atención a las zonas de pobreza y extrema pobreza, con el fin de mejorar los márgenes de cobertura, los niveles de pertinencia y equidad en la oferta del servicio educativo.

- Incluir en los procesos de certificación, acciones de extensión a la comunidad, en forma de aplicaciones de proyectos productivos desde los centros de formación profesional técnica.

- La experimentación y promoción de nuevos modelos de gestión, con espacios para la participación del sector productivo y la sociedad civil, en los centros de formación profesional técnica.

- El establecimiento de un Sistema de Certificación y Revalidación de centros de formación profesional técnica.

- La implantación de un Sistema de Formación Contínua y Desarrollo Profesional de los Docentes de los IST.

- La elaboración de proyectos y programas para la modernización del equipamiento de los IST y CEO.

- La articulación entre los proyectos educativos regionales con los proyectos de desarrollo regional y local.

- La promoción de la valorización y reconocimiento social de la formación profesional técnica.

- La generación de proyectos productivos y un sistema de captación de recursos para el financiamiento e innovación tecnológica.

Es importante señalar que, de acuerdo a la información existente, existe una voluntad de concertar, de regular y mejorar los mecanismos de planificación de la formación de técnicos. Sin embargo, la articulación con los sectores sociales (en particular en el caso de salud) ha sido débil. Las evidencias muestran que el sector salud no ha impulsado fuertemente el trabajo coordinado para el proceso de planificación. Más adelante señalaremos las principales dificultades que han originado este hecho.

Sus responsabilidades se orientan a la definición de normas, orientación en los aspectos técnicos de la formación y regulación para la formación de profesionales no universitarios. Los enfoques que utilizan son modernos pues utiliza la formación por competencias, el desarrollo modularizado y el fortalecimiento de las capacidades en los ISTs.

Se ha verificado incluso varios estudios que han analizado la situación actual de la formación desde distintos puntos de vista habiendo desarrollado ya un mecanismo regulador concreto como es el proceso de reválida de los ISTs. Sin embargo no se ha podido verificar el éxito de la estrategia sinérgica, ni tampoco existen cambios sustanciales en la oferta educativa de las ISTs. Una de las razones es que las medidas son recientes por lo que sus resultados se irán viendo en el próximo quinquenio.

En lo que avanza consistentemente es en la formulación de programas curriculares que son de utilidad para los ISTs. Es un elemento fundamental y un acierto en el proceso de planificación de la oferta de formación. Sin embargo, el crecimiento pobremente regulado de los ISTs en las últimas tres décadas hace que estas instituciones hayan generado culturas organizacionales sui géneris como el planificar directamente su oferta de formación para un segmento de mercado exclusivo (por ejemplo clínicas privadas).

La DINESST y su UFP utiliza los siguientes instrumentos de planificación:

- Un conjunto de normas legales recientemente actualizadas, que permiten orientar los aspectos de funcionamiento, títulos y perfiles profesionales y las orientaciones educativas para los ISTs (CD adjunto).

- Catálogo Nacional de Títulos y Certificaciones de la formación superior tecnológica. Cuentan con perfiles "profesiográficos", pautas para el desarrollo curricular. Existe una descripción detallada de cada una de las familias profesionales, sus competencias, ámbitos de acción y principales responsabilidades. Estos instrumentos son de una gran utilidad para los planificadores.

- Análisis de la oferta de formación y la demanda laboral. Existe un estudio vinculado a este instrumento realizado el 2001[8], que denota los serios problemas de inserción en el mercado laboral de los egresados y titulados de las carreras de Enfermería Técnica, Técnica en Laboratorio y Técnico en Prótesis Dental. Muestra las consecuencias de una excesiva demanda social por estas carreras y una oferta de limitada calidad por los ISTs. No existe un mecanismo permanente para verificar el balance entre la oferta y demanda por lo que es un tema de agenda pendiente de mucha importancia.

- Visitas de asistencia técnica y supervisión a los ISTs en el marco del proceso de la reválida. De esta forma verifican in situ las condiciones de funcionamiento frente a los estándares de estructura, proceso y resultados.

Aunque no están explícitamente señalados, los proyectos que la DINESST-UFP han desarrollado pueden ser considerados como experiencias muy importantes para la planificación y regulación de la formación en los ISTs

El cuadro adjunto muestra las principales características de los mismos.

***Cuadro* 1**
***Análisis de los proyectos vinculados al* DINESST - UFP**

Nombre del Proyecto	Propósito	Ámbito de acción	Principales lecciones
Programa Piloto de Formación Profesional Técnica Programa experimental MINEDU - BID.	Desarrollar una nueva propuesta curricular con los alumnos, en las familias profesionales seleccionadas: Actividades Agropecuarias, Electricidad - Electrónica, Hostelería - Turismo y Mecánica - Metales.	5 Institutos Superiores Tecnológicos Públicos en las ciudades de Lima, Chincha, Ica, Ayacucho y Cusco.	Mejoramiento de la calidad en la formación mediante innovaciones curriculares.

[8] HAYA DE LA TORRE, R. PROFESIONES TÉCNICAS Y EMPLEO. FORTE-PE (Unión Europea y Ministerio de Educación. Lima – Perú. 2001. En su contenido se puede encontrar: Contexto global: Rasgos y tendencias fundamentales de la estructura económica y del empleo en el Perú. La estructura productiva y el empleo / Características del mercado laboral nacional y las tendencias del empleo / Características del ingreso / Dinámica del empleo y el problema del desempleo en el país. Visión de conjunto de la situación laboral de los egresados. Características generales de los egresados. Situación laboral y egreso. Caracterización de la situación laboral de los egresados. Evaluación de los IST. Propuestas para una mejor formación y orientación.
Conclusiones.

Nombre del Proyecto	Propósito	Ámbito de acción	Principales lecciones
PASA. Convenio 2001 Ministerio De Educación-Unión Europea. Programa de Apoyo a La Seguridad Alimentaria.	Capacitar a los Directivos y Docentes en IST, CEO y CVT de ámbitos priorizados, otorgando programas de becas a jóvenes de la zona.	Departamentos de Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Loreto y Puno, orientado a las regiones de menor atención.	Fortalecer la capacidad de oferta a través del fortalecimiento de sus capacidades directivas y docentes. Estimular el mercado mejorando la demanda social mediante becas.
Programa Marco de Formación Profesional Tecnológica y Pedagógica en PerúFORTE-PEConvenio PER/B7-3011/95/004 Unión Europea - República Del Perú / Ministerio De Educación.	Establecer las bases de un desarrollo sostenible y competitivo mejorando la formación de los recursos humanos con el apoyo de la Unión Europea.	De alcance nacional a través delProyecto Horizontal de Formación de Formadores de Educación Tecnológica (PROTEC) dentro de las carreras profesionales de apoyo a la de Enfermería Técnica.	Apoyar esfuerzos en el terreno de la educación técnica como medio para combatir la pobreza y contribuir a un futuro más promisorio.
Programa de Apoyo al Ajuste Social, Estructural, Desarrollo e Inserción Laboral de Jóvenes en Perú(P.A.S.E.) PER/B7-3010/94/55 Perú-Unión Europea.	Facultar a Fe y Alegría en la administración y dirección de 11 CEFOP a fin de consolidar la experimentación del modelo de formación basado en competencia profesional y lograr el auto sostenimiento económico de los CEFOP.	La Libertad y Cajamarca. Apoyo a los Centros de Formación Profesional.	Consolidación de la formación basada en competencias profesionales en los 11 CEFOP: alrededor de 500 alumnos matriculados y 250 egresados. Profesorado de los CEFOP manejando la nueva propuesta curricular. Desarrollo empresarial de los CEFOP, orientados a la efectiva formación de competencia profesionales y auto sostenimiento económico-productivo. Mantenimiento y mejoramiento contínuo de la infraestructura de los CEFOP. Constitución de registro de egresados para facilitar su inserción laboral. Iniciación del observatorio.

Nombre del Proyecto	Propósito	Ámbito de acción	Principales lecciones
Programa de Capacitación Laboral-COSUDE - MINEDU	Experimentar un modelo de capacitación a Docentes y Directivos en los Centros Educativos Ocupacionales como estrategia de lucha contra la pobreza a través de un programa de capacitación laboral articulado al mercado.	08 Centros Educativos Ocupacionales Pilotos de Lima, ampliándose a un total de 50 Centros en Lima y otros departamentos con intervención directa.	Sentó las bases de un sistema articulado de capacitación laboral, de normalización y certificación y de información y colocación laboral que esté legitimado a nivel nacional a través de las políticas públicas, con la participación activa y comprometida de los gremios de empresarios y de trabajadores.

Los cinco proyectos han generado lecciones importantes. En particular han podido mostrar la urgente necesidad de articular el mercado de formación con el laboral. En particular, las zonas rurales y de extrema pobreza requieren mecanismos normalizados para que los jóvenes puedan insertarse en los mercados laborales. Por un lado hay evidencias que se requiere fortalecer las organizaciones que ofertan los servicios de capacitación (tal es el caso de los ISTs). Por otro lado, es indispensable que los gremios profesionales, los empresarios, las organizaciones que ofrecen servicios sociales (salud entre ellos) puedan estar activamente involucrados lanzando señales al mercado de formación de las principales prioridades.

PAPEL DEL MINISTERIO DE SALUD Y SUS ÓRGANOS DESCENTRALIZADOS (IDREH) EN LA PLANIFICACIÓN DE LA OFERTA DE FORMACIÓN

El análisis de las principales funciones de las instancias del MINSA, ente rector en salud, hacen ver vacíos en la conducción del proceso de planificación de recursos humanos en salud. En particular se ha detectado la ausencia de perfiles ocupacionales para la familia ocupacional del sector salud. Aún más, no existen evidencias de coordinaciones para validar los catálogos de perfiles profesiográficos que el MINEDU ha formulado.

A la fecha el Ministerio de Salud y el IDREH no cuentan con instrumentos para un análisis consistente de la oferta de formación, la oferta de recursos humanos en salud y las demandas laborales de las redes y servicios de salud. En vista de que aún están pendientes los balances de oferta y demanda, hay ausencias o vacíos normativos que impiden modular los mercados de formación.

A parte de las esporádicas reuniones con el MINEDU no se ha encontrado un mecanismo consistente de coordinación permanente entre el MINEDU y el MINSA (IDREH) para orientar la formación de los técnicos asistenciales en salud a través de los ISTs.

Sin embargo, existen enormes posibilidades para que se dé este necesario espacio. El análisis de las funciones de la Oficina General de Planificación, la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos, la Dirección Ejecutiva de Gestión Sanitaria y el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos hace ver que existen atribuciones que no se están ejerciendo a cabalidad. Los instrumentos disponibles podrían permitir resolver este aspecto pendiente:

- Las políticas para el desarrollo y gestión de los recursos humanos en salud. Han sido propuestas y formuladas por el IDREH. Están ya aprobadas por el MINSA. Existen interesantes pautas de acción que señalan el camino a seguir.

- Los análisis de la situación de salud-ASIS (nacionales y regionales), muestran con claridad la situación de salud en términos de demandas y necesidades bajo un contexto social; hacen ver la respuesta social a través de la oferta. Es un buen referente para iniciar los balances de oferta y demanda.

- Los estudios de oferta y demanda, impulsados por el Proyecto PHRplus en el marco de la descentralización y reforma en salud. Tres estudios han definido la metodología para realizar un cálculo de las brechas entre la demanda por los servicios y la oferta sanitaria existente. Estos documentos ya son un avance concreto para poder complementar con un análisis de la oferta y demanda de RRHH en salud.

- A través del Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud el IDREH viene promoviendo un conjunto de estudios, diagnósticos y diversas propuestas. La ventaja es que en el seno de esta instancia están participando los "sub-sectores", las universidades, la cooperación internacional y los gremios. Incluso en varias ocasiones ha participado también el MINEDU.

- La Oficina General de Planificación Estratégica del MINSA está a cargo de la formulación del Plan Estratégico Multi-anual en Salud. Este es un instrumento normativo de enormes potencialidades pues implica a todas las organizaciones del sistema de salud.

- La Dirección General de Políticas, Regulación y Gestión del Desarrollo de los Recursos Humanos (IDREH) tiene un amplio mandato para contribuir eficazmente a la regulación de la oferta de formación de RRHH en salud mediante las ISTs.

El cuadro siguiente muestra el mapeo de las funciones y atribuciones existentes sobre planificación de recursos humanos; para mayor facilidad de lectura son resaltados en negritas:

***Cuadro* 2**
***Mapeo de funciones de las instancias vinculadas a la planificación de la oferta de formación de carreras técnicas en salud* (ISTs)**

Dependencias	Funciones
La Oficina General de Gestión de Recursos Humanos está a cargo de los siguientes objetivos funcionales generales.	- **Satisfacer oportuna y adecuadamente las necesidades de recursos humanos del Ministerio de Salud.** - Regular y administrar la gestión de recursos humanos del Ministerio de Salud en cumplimiento a la normatividad vigente. - Regular y supervisar el cumplimiento de los deberes, derechos y obligaciones del personal. - Programar y supervisar la implementación de programas y proyectos de bienestar social. - Desarrollar la cultura organizacional del Ministerio de Salud y lograr el compromiso individual con la misión y visión. - Crear un clima laboral adecuado para el cumplimiento de los fines del Ministerio de Salud. - **Desarrollar y evaluar el desempeño productivo y calidad** de los recursos humanos. - Implementar oportunamente el cuadro para asignación de personal del Ministerio de Salud. - **Cumplir y hacer cumplir la normatividad vigente sobre los procesos técnicos y acciones de personal.**

Dependencias	Funciones
	- Lograr los objetivos funcionales asignados en el proceso de desarrollo de recursos humanos y los establecidos en la normatividad vigente.
La Oficina Ejecutiva de Desarrollo de Recursos Humanos está a cargo de los siguientes objetivos funcionales específicos.	- **Proponer la política y actualización de las normas generales y específicas de desarrollo del personal y hacerlas cumplir.** - Identificar necesidades y programar la capacitación y evaluación del desempeño, para desarrollar en el personal las capacidades y habilidades requeridas por la institución. - Motivar y comprometer a los recursos humanos en el logro de la misión y visión y en el desarrollo de la cultura organizacional del Ministerio de Salud. - Lograr el bienestar de los recursos humanos y crear un clima laboral adecuado. - Desarrollar y mejorar contínuamente la cultura organizacional del Ministerio de Salud basada en el compromiso individual de sus recursos humanos. - Organizar e implementar los servicios de bienestar y el otorgamiento de beneficios al personal. - **Lograr la sistematización y mantenimiento del registro y actualización de la información del personal activo y cesante en el sistema de información y estadística de recursos humanos del Ministerio de Salud,** para su desarrollo, bienestar y capacitación.
Dirección Ejecutiva de Gestión Sanitaria.	- Proponer las metodologías e instrumentos para la planificación, programación y seguimiento de la ejecución de las actividades sanitarias, en el ámbito de salud de las personas. - Monitorear, supervisar y evaluar el desempeño de las Direcciones de Salud a nivel nacional, en la ejecución de las estrategias sanitarias y el funcionamiento de los servicios de salud a nivel institucional para retroalimentar la formulación de las estrategias y las normas respectivas. - Brindar asistencia técnica a las Direcciones de Salud a nivel nacional, para la implementación de las normas para la atención de las personas y la organización y funcionamiento de los establecimientos y servicios de salud. - Evaluar el desarrollo e impacto de las intervenciones sanitarias para mejorar su efectividad. - **Formular los criterios de programación y asignación de recursos para la atención de salud en el marco del modelo de atención y la normatividad vigente.** - Apoyar la formulación y evaluación de las propuestas de metas sanitarias y presupuestos, de manera concertada con las Direcciones de Salud. - **Definir los perfiles de competencias en el Modelo de Atención, según nivel de complejidad y grupo ocupacional, de acuerdo a la metodología y normatividad vigente, en coordinación con el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos.**

Dependencias	Funciones
Dirección General de Políticas, Regulación y Gestión del Desarrollo de los Recursos Humanos (IDREH)	- Proponer a la Jefatura Institucional las **políticas y normas para el desarrollo, adecuado desempeño y evaluación de la calidad de los recursos humanos del Sector.** - Brindar asistencia técnica a las organizaciones y entidades del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud para la implementación de las políticas y **aplicación de la normatividad vigente para el desarrollo y desempeño de los recursos Humanos del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.** - Definir y proponer **lineamientos generales para la formulación de los perfiles ocupacionales por competencia de los recursos humanos del Sector Salud y del Sistema Coordinado y Descentralizado de Salud**, así como de los agentes comunitarios, evaluando en forma permanente la aplicabilidad y pertinencia de los mismos. - **Proponer el establecimiento de mecanismos regulatorios orientados a adecuar la oferta y demanda de profesionales y técnicos;** en coherencia con el Modelo Integral de Atención y en el marco del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud. - Regular y gestionar los programas de internado, SERUMS y residentado. - Planificar, supervisar y evaluar los proceso de distribución de plazas de profesiones y especialidades médicas de SERUIMS, residentado e internado de acuerdo a las políticas del sector y necesidades del país en coordinación con las instituciones pertinentes. - Planificar, supervisar y evaluar los procesos de distribución de plaza de profesiones y especialidades médicas de SERUMS, residentado e internado de acuerdo a las políticas del sector y necesidades del país en coordinación con las instituciones pertinentes. - **Planificar, organizar, impulsar y evaluar el proceso de certificación y recertificación de los recursos humanos en el sector salud.** - **Planificar , organizar, impulsar y evaluar la acreditación de instituciones formadoras de profesionales y técnicos en salud en el marco de la normatividad vigente.** - Identificar necesidades, diseñar y ejecutar planes, programas y proyectos necesarios para el desarrollo de las acciones con el asesoramiento la Oficina General de Planificación.

ANTECEDENTES DE ORDENAMIENTO DE LA OFERTA EDUCATIVA EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES TÉCNICOS

1993 – 1997 Desarrollo del Proyecto "Diseño de Sistema de Educación Técnica y Formación Profesional" por parte del Ministerio de Educación en convenio con la Agencia Española de Cooperación Internacional. El objetivo de esta iniciativa fue el de desarrollar elementos que ayuden a modernizar y mejorar la calidad, así como ordenar la oferta educativa con participación del sector productivo. Los productos fueron los siguientes:

1. Diagnóstico de la Oferta de Educación Técnica en el Perú

Elaborado por GRADE, la Fundación de Desarrollo Agrario (FDA Universidad Agraria La Molina), Ministerio de Educación, Agencia Española de Cooperación Internacional.

2. Diagnóstico de la Demanda de la Educación Técnica en el Perú

Estudio realizado por el Instituto de Estudios Sociales de la Sociedad Nacional de Industrias (IEE-SIN), el Ministerio de Educación y la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI).

3. Catálogo Nacional de Títulos y Certificaciones

Publicado en 1997 – 1998 y preparado por el Ministerio de Educación y la Agencia Española de Cooperación Internacional con una amplia participación de empresarios y representantes de la Sociedad Nacional de Industrias.

Este Catálogo ha ordenado las carreras técnicas considerando dos componentes organizadores:

- **Las familias profesionales**, que permiten ordenar las especialidades impartidas en los centros de formación y garantizar la movilidad laboral del profesional en un sector de la producción de bienes o servicios del país:

  Las familias consideradas son:

  - Familia 1: Administración y comercio
  - Familia 2: Actividades agrarias
  - Familia 3: Actividades marítimo pesqueras
  - Familia 4: Artes gráficas
  - Familia 5: Artesanías y manualidades
  - Familia 6: Computación e informática
  - Familia 7: Comunicación, imagen y sonido
  - Familia 8: Construcción
  - Familia 9: Cuero y calzado
  - Familia 10: Electricidad y electrónica
  - Familia 11: Estética personal
  - Familia 12: Hostería y turismo
  - Familia 13: Industrias alimentarias
  - Familia 14: Mecánica y metales
  - Familia 15: Mecánica y motores
  - Familia 16: Minería
  - Familia 17: Química
  - Familia 18: Salud
  - Familia 19: Servicios sociales y asistenciales
  - Familia 20: Textil y confección

- **Los grados de formación,** en los que se establecen los niveles de calificación del desempeño profesional demandados por el mercado laboral. En este caso se consideran 3 niveles:

  - ***Grado superior*:** post secundario y ofertado en los Institutos Superiores Tecnológicos (IST) con una duración mínima de 3060 horas. Se otorga el Título de Profesional Técnico a nombre de la Nación. En este nivel se desarrollan competencias de planificación, organización, coordinación y control de procesos productivos y de responsabilidad en la calidad del producto final.

- ***Grado Medio*:** es post secundario y se oferta en los Institutos Superiores Tecnológicos. Tiene una duración variable entre 1500 horas y 2500 horas. Se otorga el Título de Técnico a nombre de la Nación.
- ***Grado Elemental*:** no tiene requisito académico. Tiene una duración variable de 300 a 1500 horas. Se otorga una certificación con mención en la opción ocupacional establecida.

En el caso de la Familia 18-Salud, el conjunto de carreras profesionales corresponden al Grado Superior, y están integradas de la siguiente manera:

Nº carrera	**Nombre**
104	Cuidados Auxiliares de Enfermería
105	Farmacia
106	Laboratorio Clínico
107	Fisioterapia y Rehabilitación
108	Prótesis Dental
109	Enfermería Técnica
110	Ortopedia

1998 – 2005 Desarrollo de Centros de Experimentación para la Formación Técnica Profesional por parte del Ministerio de Educación con la Cooperación Técnica Internacional.

2002 – 2005 Proceso de reválida de la Autorización de Funcionamiento.
El proceso de revalidación se rige por norma expresa, Decreto Supremo Nº 014-2002-ED, R.D. Nº 1109-2003-ED y R.V.M. Nº 175-2003-ED. Todos los Institutos Superiores Tecnológicos están obligados a presentar su solicitud de revalidación de acuerdo al cronograma establecido.

En mayo del 2004 se promulga una Resolución Directoral que aprueba la Directiva sobre "Orientaciones Transitorias para el Desarrollo de las Actividades Educativas de los Institutos Superiores Tecnológicos Públicos y Privados". El cumplimiento de esta Directiva queda a cargo de la Unidad de Formación Profesional de la Dirección Nacional de Educación Secundaria y Superior Tecnológica del Ministerio de Educación.

Esta Directiva tiene como objetivo el establecer principios y lineamientos básicos para el mejor desarrollo de las actividades técnico-pedagógicas y administrativas en los Institutos Superiores Tecnológicos públicos y privados.

En la Directiva 032-2004 la DINESST/UFP detalla todos los aspectos relacionados con la mejora en la calidad de la oferta educativa precisando conceptos que vale la pena señalar:

- La Educación Superior es la segunda etapa del Sistema Educativo que consolida la formación integral de las personas, produce conocimiento, desarrolla la investigación e innovación y forma profesionales en el más alto nivel de especialización y perfeccionamiento en todos los campos del saber, el arte, la cultura, la ciencia y la tecnología a fin de cubrir la demanda de la sociedad y contribuir al desarrollo y sostenibilidad del país.

- Para acceder a la Educación Superior se requiere haber concluido los estudios correspondientes a la Educación Secundaria.

- Los docentes que enseñen en los Institutos Superiores Tecnológicos deben poseer Título a nombre de la Nación, afín a la especialidad en que se desempeñan.

Aspectos académicos:

- Las acciones referentes al proceso de admisión, matrícula, traslado, evaluación, prácticas profesionales y titulación se rigen por sus normas específicas.

- El proceso de admisión en los Institutos Superiores Tecnológicos públicos se realiza sólo una vez por año; en los privados hasta dos veces por año.

- En ningún caso un Instituto Superior Tecnológico público o privado puede superar la meta de matrícula anual que se ha aprobado en cada carrera.

- La matrícula en los Institutos Superiores Tecnológicos públicos y privados es única y se ratifica cada semestre.

- En los Institutos Superiores Tecnológicos públicos, la matrícula se puede reservar hasta por un máximo de 2 semestres. Al aprobarse la nómina de matrícula, no se pueden incluir nuevos alumnos, excepto cuando hay traslados.

Acciones previas al inicio del semestre académico:

Por parte de las autoridades del Instituto Superior Tecnológico.

- Programación, organización y ejecución de actividades de capacitación para el personal docente y administrativo.

- Programación y elaboración del cuadro de horas para su aprobación por las Direcciones Regionales de Educación.

- Actualización de los contenidos curriculares.

Calendarización del semestre académico:

- El inicio y culminación del semestre académico es flexible, tanto en los Institutos Superiores Tecnológicos públicos como privados. Sin embargo, en un año lectivo únicamente pueden realizarse dos semestres académicos.

- El semestre académico tiene una duración de 19 semanas, distribuidas en 17 semanas de ejecución curricular y 2 semanas de recuperación, matrícula y evaluación. Cada semestre comprende como mínimo 510 horas pedagógicas y cada semana 30 horas como mínimo; sólo está autorizado el funcionamiento de dos turnos diurno y nocturno.

Currículo:

- La estructura curricular básica comprende formación general y formación tecnológica.

- Los Institutos Superiores Tecnológicos pueden tener horas de libre disponibilidad que no superen el tercio curricular con la finalidad de incorporar nuevas asignaturas, actividades o talleres que se consideren necesarios

Gestión:

- Los Institutos Superiores Tecnológicos deben contar con los siguientes documentos de gestión:

  - Proyecto Educativo Institucional
  - Proyecto Curricular del Centro
  - Plan Anual de Trabajo
  - Reglamento Interno
  - Manual de Organización y Funciones
  - Cuadro de Asignación de Personal
  - Plan de Supervisión y Monitoreo
  - Plan Anual de Capacitación Docente y Administrativo
  - Manual de Procedimientos Administrativos
  - Memoria Anual de Gestión
  - Inventario de Bienes y Patrimonio de la Institución

Metas de atención:

- Las Direcciones Regionales de Educación son las encargadas y responsables de aprobar las metas de atención de los Institutos Superiores Tecnológicos públicos y privados, previa evaluación de la capacidad instalada y equipamiento. En el caso de los Institutos Superiores Tecnológicos públicos se tiene en cuenta además la disponibilidad presupuestaria. Con este fin se constituye una Comisión integrada por un especialista de la Dirección de Gestión Pedagógica, la Dirección de Gestión Institucional e Infraestructura Educativa, o de las oficinas que realizan estas funciones.

Jornada laboral:

- El personal directivo, jerárquico y docente de los Institutos Superiores Tecnológicos públicos cumplen la jornada laboral semanal conforme a las resoluciones de nombramiento y contrato, en concordancia con lo normado en el Decreto Supremo Nº 039-85-ED.

Otorgamiento de becas:

- Los Institutos Superiores Tecnológicos privados están obligados a otorgar becas de estudio a no menos del 4% de sus alumnos matriculados en las carreras que ofrecen e informar a INABEC sobre su cumplimiento.

COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES FINALES

- El mercado de formación de técnicos asistenciales está aún pobremente regulado por la insuficiente participación de todos los sectores vinculados a la formación de técnicos asistenciales en salud. Ha estado siendo impulsado casi exclusivamente por la DINESST y ha establecido consistentes bases para el establecimiento de una regulación y planificación de la oferta.

- El marco regulador es insuficiente, debido a que el IDREH y el MINSA a través de sus instancias competentes debieran completar todos los instrumentos y directivas para potenciar este proceso. Está provocando vacíos normativos y técnicos por lo que se observa aún, el funcionamiento de ISTs que no reúnen las condiciones necesarias.

- La debilidad en el proceso de planificación de los RRHH en salud es patente a nivel del sector salud. Al existir pocas pautas, las instancias operativas suscriben convenios que no están acordes con un marco doctrinario, programático y organizativo general previo, establecido por el Ministerio de Salud.

- Una importante limitación para el desarrollo institucional de los IST de salud es que sus directivos, en la mayoría de los casos, tienen pobre capacitación en gestión administrativa y pedagógica. Las lecciones aprendidas de los proyectos de apoyo al MINEDU han demostrado que es una línea que no se debe soslayar.

- La oferta educativa no se ajusta a una demanda laboral pre establecida, sino fundamentalmente a la demanda educativa. Más aún los ISTs no realizan esfuerzos consistentes para determinar si sus egresados o titulados llegan a insertarse en el mercado laboral. Por lo tanto no cuentan con la necesaria retro-alimentación.

- No existen referentes periódicos sobre necesidades de Técnicos en Salud en el Perú, mucho menos información desagregada regionalmente o por carreras. De esta manera es imposible establecer prioridades.

- No existe un sistema que incentive la calidad en la formación de técnicos, más allá de la propia demanda, la cual es sesgada en un mercado imperfecto como el nuestro.

- En un contexto de cambio tecnológico acelerado, la actualización de la educación técnica, particularmente en salud, es un imperativo para la vigencia y el desarrollo laboral. Sólo

contando con trabajadores suficientemente calificados, nuestras instituciones prestadoras de servicios de salud podrán desarrollar una atención integral de calidad acorde a los lineamientos de política del Sector Salud.

- Existe una voluntad de la DINESST y los propios ISTs por regular su funcionamiento, incluyendo los de Técnicos en Salud, especialmente a través del proceso de revalidación de las autorizaciones de funcionamiento. Sin embargo, los criterios de evaluación son básicamente educativo-estructurales, y no formativo-sanitarios, y por lo tanto insuficientes.

- Existe una escasa participación de los Colegios profesionales y las Asociaciones de Facultades de Ciencias de la Salud en la evaluación de los IST. Sin embargo, hay la seguridad de que si el MINSA e IDREH desarrollan un convenio con el MINEDU para trabajar este punto de agenda pendiente, las Asociaciones y Colegios profesionales, los ISTs y las otras dependencias van a contribuir efectivamente en este proceso.

- El marco regulador es aún inarmónico y está escasamente concordado entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, con relación a la formación de Técnicos en Salud, al no haber espacios de articulación de funciones y responsabilidades. El Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud puede ser un espacio ideal para este propósito dado que tiene un mandato para ello. De igual manera el concurso de la Dirección Nacional de Políticas, Regulación y Gestión del Desarrollo de los Recursos Humanos del IDREH es fundamental. Esta Dirección tiene amplias atribuciones que las deberá desarrollar fuertemente en el corto plazo.

- Un esquema de planificación articulada requiere el concurso de diferentes sectores y actores:

  - El Ministerio de Educación
  - El Ministerio de Salud
  - Los IST
  - Los establecimientos de salud
  - Los Colegios Profesionales
  - INDECOPI
  - La comunidad

- La articulación entre las formación secundaria y superior -universitaria y no universitaria, es inexistente. Existen "alianzas estratégicas", algunas de ellas no públicas, que procuran básicamente un nivel de reconocimiento y convalidaciones entre algunos IST y Universidades. Otras "alianzas estratégicas" que se establecen son aquellas entre IST y establecimientos de salud, con el fin de generar ventajas competitivas en el mercado.

- En la mayoría de los casos no existen vínculos entre las Instituciones de Salud, los Institutos Tecnológicos, los organismos públicos y la comunidad, con el fin de definir los perfiles ocupacionales demandados por la actividad de salud, en un entorno específico y cambiante.

- Deberá eliminarse la falsa percepción de los establecimientos de salud con relación a los Institutos Tecnológicos como fuente o "proveedora de personal gratuito" y eventualmente de donaciones en equipos o material.

- El espacio de articulación y planificación interinstitucional debe desarrollarse con un enfoque descentralizado y descansando en instancias regionales que enriquezcan y ejecuten una visión nacional del tema.

Pablo Augusto Meloni Navarro

REGULACIÓN EN GRUPOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS A NIVEL DEL SECTOR SALUD

Índice

Introducción 399

Capítulo I
Marco conceptual 403
Capítulo II
El Contexto 417
Capítulo III
Situación de los recursos humanos de salud en el Perú 437
Capítulo IV
Una nueva reorganización de las acciones en el campo de desarrollo de recursos humanos en salud 443
Capítulo V
Sistemas públicos y experiencias de regulación de recursos humanos en salud en el Perú 453
Capítulo VI
Propuesta conceptual, metodológica e instrumental sobre regulación para el ejercicio del personal profesional y técnicos de salud 471

Anexos 487

Referencias 495

Introducción

El presente documento presenta una aproximación a la situación y bases para el desarrollo de la regulación de recursos humanos en salud y en especial de la regulación del ejercicio de profesionales y técnicos en salud en Perú. Este se ha elaborado a solicitud del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud (IDREH) y es apoyado por el Proyecto Amares.

Durante la década de los noventa, en un nuevo contexto internacional, se recolocó en la agenda de las políticas de salud la discusión y desarrollo de procesos de adecuación de las respuestas sociales en salud a las expectativas y demandas ciudadanas.

De estos procesos, conocidos como reformas en salud, se puede decir de manera general, pese a la diversidad de modelos y especificidades nacionales, que cuestionan la permanencia del modelo de gestión y régimen laboral de los recursos humanos de salud establecido antes de las transformaciones globales y nacionales. Así mismo, se reconoce que en el desarrollo de las reformas del sector salud existe un desfase entre las dimensiones organizativa, administrativa y financiera y la de los recursos humanos [1-2].

Según el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la OPS[3], cuatro son las áreas-problema en las que se ha venido manifestando con mayor agudeza el desfase o insuficiente articulación sinérgica entre los procesos de reforma sectorial y las políticas de recursos humanos de salud en la región de las Américas:

1. La calidad del empleo y el régimen laboral, problemática relacionada con una mejor disponibilidad, distribución y flujos de recursos humanos.

2. La productividad del trabajo y la calidad de los servicios, que remite a los regímenes salariales y de incentivos y a los sistemas de evaluación del desempeño, entre otros aspectos.

3. La formación de los recursos humanos de salud, que se relaciona con los perfiles de los egresados de las entidades formadoras aún no pensados en términos de las visiones-objetivo que orientan las reformas.

---

1 Rigoli, F. y Dussault, G. The interface between health sector reform and human resources in health. Human Resources for Health 2003, 1:9.

2 Dussault G. y Dubois C. Human resources for health policies: a critical component in health policies. Human Resources for Health 2003, 1:1.

3 Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud. OPS/OMS. Observatorio de Recursos Humanos de Salud. Quito, marzo de 2000.

4. La gobernabilidad y conflictividad de los servicios de salud, problemática referida al fortalecimiento de la rectoría de los ministerios y a dimensiones colectivas de las relaciones laborales como el establecimiento de mecanismos de participación o de resolución de conflictos.

La provisión de servicios de salud es un sector terciario de economía e intensivo en recursos humanos, por lo que la cuestión de la regulación del ejercicio de profesionales y técnicos es crucial para mejorar la eficiencia y calidad de los servicios de salud. Por esa razón la preocupación por desarrollar marcos y mecanismos de regulación efectiva de los diversos procesos que conforman el desarrollo de personal es común y generalizada en la región, como se evidenció en la reunión de constitución del Observatorio de Recursos Humanos en Salud, realizada en Santiago de Chile en 1999.

En el sector salud, la cuestión regulatoria se hace importante en el contexto de una mayor complejidad institucional sectorial y de los mecanismos de producir y financiar la atención de la salud. Los mercados de trabajo, dadas las particularidades de la profesionalización y los mecanismos económicos determinantes de comportamientos de los agentes, requieren de regulación social y estatal.

Las reglas de juego (regulaciones) son por lo general el resultado vectorial del poder, de los recursos, la habilidad y oportunidad que los agentes ponen en juego. Por lo general, los modelos de regulación contemplan mecanismos para la definición de características, referidos a procesos como la práctica profesional o la educación, y los estándares técnicos que éstos procesos deben alcanzar.

La cuestión regulatoria y su necesario desarrollo, en el marco de una nueva manera de entender la función de autoridad sanitaria, está en la agenda del día del sector salud de todos los países. Es notoria la complejidad que la regulación adquiere en este sector; los distintos agentes que participan (diversas profesiones y ocupaciones) en la producción de servicios de salud, lo hacen persiguiendo sus propios objetivos e intereses, que con frecuencia entran en colisión.

En la regulación de los recursos humanos en salud se reconoce la existencia de tres espacios analíticos:

- **La formación**, donde se regula sobre perfiles formativos, planes de estudio, certificación, titulación, acreditación de centros formadores, entre otros.

- **El ejercicio laboral,** donde se regula, por ejemplo, sobre filtros o requisitos de entrada, el campo de ejercicio, disciplina y ética profesional, acreditación o certificación de competencias.

- **Las relaciones laborales**, donde se regula la relación de trabajo entre el empleador y el profesional o trabajador: regímenes estatutarios/contractuales, reclutamiento, formas de contratación o nombramiento, resolución de conflictos, remuneraciones, carrera, jubilación, entre otros.

La regulación de los recursos humanos en salud es un tema complejo debido a la gran cantidad y diversidad de trabajadores y profesionales que laboran en el sector (médicos, obstetrices,

enfermeras, odontólogos, químico-farmacéuticos, nutricionistas, auxiliares de enfermería, administrativos, etc.); debiéndose considerar además la coexistencia de organizaciones públicas y privadas, cuya interacción genera fenómenos importantes en el objeto del estudio.

Es en este marco que se ha desarrollado el presente estudio; debido a que no hay investigaciones precedentes que den cuenta de la totalidad del fenómeno regulatorio de recursos humanos en salud en el Perú. Por ello se hace necesario sistematizar los fenómenos existentes, así como promover consultas con los actores relevantes en esta materia.

Las fuentes consultadas en el estudio fueron informantes clave con experiencia en salud, salud pública y recursos humanos en salud; además de representantes de los gremios y otras instituciones relevantes del sector. Así mismo, se utilizaron fuentes bibliográficas especializadas en salud y recursos humanos, así como publicaciones informativas de los actores relevantes.

En este estudio se privilegia la visión de conjunto, esto es, dar cuenta de los principales procesos de regulación de personal de salud existentes, sus resultados y las iniciativas de modificación y nuevas demandas de regulación existentes a la fecha, analizados en el marco de los espacios de la regulación de recursos humanos en salud.

Un primer elemento que se constata es que en general los actores no perciben el tema de regulación de recursos humanos en su dimensión sistémica, ni las implicancias que este reviste en el campo de la salud. La mayoría de los entrevistados propusieron demandas puntuales de regulación de recursos humanos, sin referencias a la potencialidad del tema desde una perspectiva global.

Las herramientas que el Estado define para hacer operativo el sistema de regulación incluyen leyes, reglamentos y normas administrativas de diversa jerarquía y aplicabilidad en función del objeto o espacio de regulación y los actores involucrados.

Por otro lado, las dinámicas culturales específicas del sector salud, tanto en el sector público como privado, así como las distintas conversaciones y percepciones de los diferentes actores, son entendidas como formas que inciden y contribuyen a la determinación del funcionamiento de los recursos humanos de salud, pero que no forman parte del marco regulatorio formal que se ha conceptualizado.

Los procesos en que participa y aporta el personal de salud no sólo son consecuencia de la existencia o ausencia de regulaciones formales, ya que estas dinámicas se potencian y reproducen también por la cultura organizacional imperante y por elementos de valoración y desvalorización social, las percepciones, acciones y participación de los actores, y obviamente el contexto histórico y cultural en que todo lo anterior se desenvuelve. Los marcos regulatorios y las dinámicas culturales obviamente interactúan en el funcionamiento y la efectividad del trabajo en salud, pero para el presente estudio se ha privilegiado el marco regulatorio formal.

Es importante establecer que un sistema de regulación de recursos humanos de salud no es un marco de control burocrático destinado a hacer más difícil el trabajo del equipo de salud, sino que se constituye en una herramienta de gestión y desarrollo de los recursos humanos, en

consistencia con ciertos objetivos estratégicos planteados para alcanzar a las distintas instituciones sanitarias en un contexto territorial y temporal concreto.

En el primer capítulo del estudio se hace una revisión de los principales conceptos y definiciones involucradas en el tema regulatorio. En el segundo capítulo se desarrolla el contexto histórico e institucional en donde se desenvuelven las dinámicas del sector salud en Perú. El tercer apartado, contiene el diagnóstico de la situación actual en materia de regulación de recursos humanos de salud. El cuarto capítulo presenta las iniciativas de desarrollo regulatorio del personal de salud.

Finalmente, el quinto capítulo se refiere a la propuesta de regulación.

Capítulo I

MARCO CONCEPTUAL

1. Concepto de regulación

En general, se entiende la regulación como un proceso donde una serie de instrumentos norman, limitan y orientan cualquier dinámica social. La regulación puede ser explícitamente contenida en códigos, leyes y otras reglamentaciones o bien puede constituirse en una red más o menos compleja de códigos implícitos recreados por los integrantes de determinada comunidad humana.

Según Viscusi[4], el fundamento para la intervención del Estado es que existen ciertas condiciones en que la competencia irrestricta no trabaja muy bien. Dos circunstancias comunes son las identificadas en la dinámica económica:

i) el monopolio natural y

ii) situaciones que están plagadas de externalidades.

Decidir cuándo debería ocurrir la regulación es parte del análisis normativo, que tiene que ser contrastado con una teoría positiva que explique cuándo ocurre la regulación.

Como en toda dinámica social existe diversidad, e incluso conflicto de intereses, es necesario que una instancia se encargue de ordenar y orientar los procesos dentro de márgenes socialmente aceptables. Es conocido que conductas individuales que tienen resultados beneficiosos para dichos individuos pueden al mismo tiempo generar perjuicios o disminuciones en el bienestar colectivo o de ciertos grupos.

Como ha quedado establecido en el campo de la economía, el mercado por sí sólo incentivará la externalización de costos debido a que los oferentes se consideran tomadores de precios del mercado (en competencia), y como su rentabilidad depende del diferencial entre el precio de venta y los costos incurridos, mientras menos costos asuman las empresas, mayores serán sus utilidades en el corto plazo.

[4] Viscusi, Vernon & Harrington Jr. *Economics of Regulation and Antitrust*, 3ra ed. Cambridge, MA: MIT Press, 2001.

Los costos que se externalizan no desaparecen, sino que son impuestos para que terceros los asuman, generándose un perjuicio relativo en su bienestar. Este último elemento es el que abre paso a la necesidad de regulación.

Al introducir y fiscalizar un marco regulatorio en cualquier ámbito, las empresas, las instituciones, los usuarios y los ciudadanos, deberán moverse dentro de determinados límites y de acuerdo a determinadas pautas, para asegurar que las dinámicas y opciones individuales y colectivas generen no sólo los resultados, sino también aquellas externalidades negativas que sean aceptables al grupo en cuestión.

Más específicamente, la regulación que el Estado impone al funcionamiento de los mercados se introduce en defensa del bien público y por la necesidad de prevenir (o al menos contrarrestar y en último término compensar) las externalidades negativas que las dinámicas privadas producen en el colectivo.

Más allá de que el mercado sea capaz de cumplir con una serie de funciones económicas de primera importancia, se ha comprobado históricamente que estos, en total ausencia de regulación, se comportan con relativa inestabilidad y volatilidad, agudizan asimetrías preexistentes y provocan perjuicios que no son socialmente aceptables. De ahí la necesidad de que regular su funcionamiento, para que la iniciativa privada se mueva dentro de ciertos límites.

2. Necesidad de regulación

En general, se reconoce la necesidad de regulación debido a los siguientes elementos:

- El precepto de racionalidad económica, que implica que todos los agentes (empresas, consumidores) maximizarán su utilidad o satisfacción, sujetos a las restricciones existentes. En consecuencia, cada actor tenderá a actuar en función de sus intereses particulares en los distintos mercados.

- Las empresas tenderán a externalizar costos hasta donde el marco regulatorio y la correspondiente capacidad de fiscalización lo permita. Como la utilidad o ganancia se calcula como el diferencial entre precios y costos, y dado que en una economía competitiva los precios se "toman" del mercado, la variable que maneja el empresario para maximizar sus ganancias es la minimización de costos. Incluso si una empresa no tuviera intención de externalizar costos laborales o ambientales, en un mercado competitivo se ve obligado a hacerlo para poder competir con el resto de los productores que externalizan.

- La externalización de costos que son asumidos por terceros, que ni siquiera se benefician necesariamente de la utilidad que prestan los bienes y servicios producidos, genera un perjuicio relativo en el nivel de bienestar del individuo que asume el costo de la externalidad.

- La existencia de incertidumbre, irreversibilidad, externalidades sociales, ambientales y sanitarias (protección de vida y salud de las personas), elementos que no son incorporados en las señales de mercado en forma oportuna.

En este marco de comportamiento, que responde a lógicas económicas individuales, no es posible sostener o incrementar el bien público a partir de las propias dinámicas del sistema de mercado desregulado. Por estas razones, para cautelar intereses que son socialmente deseables, como la protección de la salud y la vida, se hace necesario introducir regulaciones o limitaciones a las decisiones de los agentes privados que actúan cada uno buscando su propio bienestar. Así, se impone la necesidad de limitar la iniciativa privada, en función del bien público y la prevención de perjuicios inaceptables o irreversibles.

Concretamente, en función del reconocimiento histórico de la debilidad relativa de ciertos sectores (trabajadores, generaciones futuras, comunidades) frente a las decisiones individuales o corporativas de las empresas e incluso de organismos del Estado, el mundo ha ido avanzando en el desarrollo de marcos regulatorios como son la legislación laboral, ambiental, de minorías étnicas, de género, de derechos humanos, de prácticas sanitarias, de guerra, etc.

3. La regulación en salud

Como se ha mencionado antes, la regulación que el Estado impone al funcionamiento de los mercados se introduce en defensa del bien público y por la necesidad de prevenir (o al menos contrarrestar y en último término compensar) las externalidades negativas que las dinámicas privadas producen en el colectivo.

La intervención del Estado en el desarrollo de políticas sociales va más allá de la regulación asociada al enfoque de las fallas de mercado.[5] y sólo puede responder eficazmente a sus objetivos si, junto con la acción típicamente reguladora, se incorpora un fuerte componente de diseño de sistemas públicos que se manifiesten, por ejemplo, en la creación de sistemas de seguridad social.

El desarrollo y la implementación de las políticas sociales descansan en gran medida en el reposicionamiento del rol estatal, tanto en relación con la labor de producción o financiación de servicios que éste realiza como con las funciones de regulación (normativa, fiscalizadora y supervisora) que ejerce hacia los productores y los consumidores.

El sector salud es un campo de la política social en el que se concentran importantes expectativas individuales, familiares y de la sociedad. Es así que el derecho a la salud ha sido reconocido como un derecho humano. En 1948, Naciones Unidas reconoció formalmente a nivel internacional el derecho a la salud en la Declaración Universal de Derechos Humanos[6], que en el artículo 25 (primer numeral) establece lo siguiente:

> *"Todas las personas tienen derecho a un estándar de vida adecuado para su salud y su bienestar y el de su familia, incluyendo alimento, vestido, vivienda y atención médica y los servicios sociales necesarios, y el derecho a la seguridad en el caso de desempleo, enfermedad, discapacidad, viudez, ancianidad u otras carencias; circunstancias más allá de su control".*

[5] Proveniente de la teoría económica del bienestar.
[6] Universal Declaration of Human Rights, G.A. Res. 217A (III), U.N. Doc A/810 at 71 (1948).

Posteriormente, numerosos tratados internacionales han desarrollado los planteamientos establecidos en la Declaración Internacional de Derechos Humanos[7]; así mismo la Constitución de la Organización Mundial de la Salud en su preámbulo establece:

> *"El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social"*[8].

Estos instrumentos fundamentales han influido en las Constituciones aprobadas por muchos Estados después de la segunda guerra mundial. Kinney y Clark, en un trabajo reciente concluyen que en un 67.5% de las Constituciones de los países miembros de Naciones Unidas, hacen referencia a la salud y la atención de salud como un derecho. [9]

Sin embargo, el entendimiento de qué es salud y qué es el cuidado de la salud es un asunto controversial y no tiene una conceptualización unívoca. Por esa razón es que el concepto de regulación sanitaria es bastante amplio y de interpretación diversa.

La regulación en salud puede incluir la regulación de las prestaciones asociadas a la atención médica, la regulación sobre el medio ambiente, el control de calidad de los insumos clínicos, el tipo de prescripciones que se realizan a los pacientes, la regulación del estado de salud de la sociedad, las políticas que se desarrollan en sectores relacionados con el sector salud, etc.

Aún sí se centrara la aplicación de la regulación en lo que sería aparentemente más propio del sector, es decir, el estado de salud de la población, se constataría que la mayor parte de los elementos que influyen en este no dependen de las acciones que el sector salud (como se define tradicionalmente) ejecuta ni tampoco de lo que regula directamente. El estado de salud y los riesgos de salud de la población son normalmente determinados por las actividades de instituciones y personas en ámbitos distintos al quehacer sectorial de salud.

Con respecto a las áreas en las que podría requerirse regulación en salud, pueden también ser muy diversas. Una de ellas es la regulación del sistema de salud, definida como la organización de los mercados (de prestaciones, de factores y de seguros), de las instituciones y de los individuos relacionados con las actividades de atención, prevención, fomento y protección de la salud. En esta definición se podrían incluir las actividades de:

i) Atención de la enfermedad.

ii) Las preventivas como las inmunizaciones, las de educación para la salud y las de acciones sobre el medio ambiente, entre otras.

---

7 Ver la Convención Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CIDESC): G. A. Res 2200, U.N. Doc. A/ 6316 (1966)

8 Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Off. Rec. Wld Hlth Org.; Actes off. Org. mond. Santé, 2, 100).

9 Kinney, E. y Clark, B. *Provisions for Health and Health Care in the Constitutions of the Countries of the World*. Cornell International Law Journal. Volumen 37, 2da., 2004.

iii) Las de los seguros, los seguros de salud, los de protección de accidentes de trabajo y los de protección a los derecho habientes.

iv) Las que se relacionan a los factores necesarios para la producción de servicios de salud como insumos, infraestructura de atención y personal de salud, entre otros.

En consecuencia, establecer el ámbito en donde debe aplicarse la regulación en salud es fundamental para desarrollarla y para fortalecer el rol regulador del Estado con efectividad , así como eficiencia, así como dar respuesta a preguntas sobre la manera y a través de qué institucionalidad se realizará la regulación en salud.

En términos generales, se puede identificar una serie de roles potenciales del Estado como regulador en salud (roles que pueden ser muy heterogéneos en función de las realidades concretas en las que desarrolla su quehacer). Así, estos roles pueden referirse a la creación de sistemas públicos y de seguridad social, al financiamiento para proveer ciertos bienes o servicios, al tratamiento de las imperfecciones de los "mercados" de la salud o a la decisión del Estado de crear los mismos.

Desarrollar y fortalecer el rol regulador del Estado en salud implica, en consecuencia, especializar más las funciones que el Estado realiza en el sector y focalizar los esfuerzos de gestión en aquellas áreas en donde sería insustituible. Además, es necesario identificar las áreas en las que el sector salud, como parte del aparato estatal, tiene ventajas comparativas y aquellas en donde podría ser más eficiente operar con otros sectores promoviendo una acción intersectorial. En cualquier caso, es necesario identificar las especificidades de los diferentes ámbitos desde el punto de vista técnico, a fin de garantizar la efectividad y la eficiencia de las regulaciones que se elaboren.

La preocupación del Estado por aumentar el bienestar mediante mecanismos operativos e institucionales enfrenta siempre el desafío de obtener el máximo provecho de los recursos de que dispone. Dado que la sola operación de los mercados y la racionalidad individual de las decisiones no siempre garantizan la óptima asignación de recursos, el diseño de sistemas públicos es una opción para el logro del bienestar social.

Desde el punto de vista teórico, la primera acción reguladora se produce cuando el Estado decide intervenir en el diseño de sistemas públicos o para crear una situación. Así, la regulación en el diseño es uno de los momentos en donde más se juega el éxito o fracaso de las políticas públicas. Una vez establecidos los sistemas (o creados los mercados, si esa es la decisión estatal), la acción reguladora del Estado se manifiesta principalmente en perfeccionar su funcionamiento y evaluar permanentemente las condiciones de calidad y cantidad con que los productos están siendo provistos.

Un ejemplo de la preocupación del Estado por crear sistemas públicos es el de la creación de sistemas de seguridad social en donde éste ejerce su poder regulador. En efecto, desde el Estado en que se comenzó a crear los sistemas de seguridad social, basados, en la mayoría de los casos, en el establecimiento de un monopolio de oferta de tipo estatal.

La aparición de la seguridad social como elemento corrector del funcionamiento de los mercados y de las conductas individuales (especialmente aquellas en que se privilegia el consumo

presente por sobre el consumo futuro, como en el caso de los sistemas de pensiones) no es otra cosa que una muestra manifiesta del interés por crear un sistema público que, sin la intervención estatal, posiblemente no se generaría en forma espontánea.

Por otra parte, las razones para que el Estado intervenga en el sistema de salud como regulador de mercados en operación se relacionan con la intervención en áreas en que los consumidores no pueden afectar la dinámica del mercado o donde la actuación del mercado no garantiza alcanzar un nivel concebido como socialmente deseable. Cabe hacer notar que frente a situaciones que hacen recomendable la actuación del Estado, las facultades de regulación deben ser asumidas desde una postura subsidiaria a la acción de los consumidores.

Entre las razones que justifican la intervención reguladora del Estado se encuentran:

i) **Asimetrías de información y de tamaño**. La existencia de fuertes asimetrías de información es una de las razones que han justificado históricamente la intervención del Estado en el mercado de insumos utilizado para dar prestaciones de salud, así como en el de las prestaciones, mismas.

Esto significa que los consumidores, individualmente, con dificultad podrían evaluar la calidad del producto que están consumiendo debido al alto costo de informarse. La existencia de asimetrías de información en el mercado de insumos, de prestaciones y de seguros hace recomendable el ejercicio de un rol regulador específico, el que está referido al control de calidad de productos y prestaciones de salud. El control es necesario debido a que una buena parte de las prestaciones de salud responde a la definición de "bienes de confianza"[10] para los que se considera más eficiente regular la calidad que tratar de revertir la asimetría de información.

ii) **Bienes públicos**. El enfoque de los bienes públicos señala que la sociedad por la vía de la operación del mercado no podrá garantizar una oferta suficiente de estos bienes, dado que las personas no estarán dispuestas a pagar por su consumo lo que cancelarían si es que fueran bienes privados. De esta forma, se justifica que el Estado se preocupe por asegurar la provisión de los bienes públicos y eventualmente los entregue a la sociedad para su uso.

Por ejemplo, las campañas de prevención contra el hábito de fumar realizadas por el Estado a través de los medios de comunicación de masas tienen su base conceptual en dos esferas relacionadas con los bienes públicos:

Primero: el Estado considera deseable que se desarrolle una determinada campaña, la que probablemente nadie individualmente estaría dispuesto a realizar.

Segundo: es difícil excluirse de una campaña de información masiva.

[10] Gran parte de los bienes y servicios que se transan en el sector salud son clasificados en lo que la teoría económica llama "bienes de confianza", es decir, aquellos bienes donde el consumidor no puede identificar o evaluar su calidad sino hasta un largo tiempo después de haber realizado la compra (incluso cabe la posibilidad de que nunca averigüe la calidad de lo que compró).

Por lo tanto, las características de bien público que posee la información hacen recomendable que se realicen campañas a través de medios de comunicación masivos, a través de los cuales se podría abarcar el universo de la sociedad.

iii) Bienes meritorios. Se denomina bienes meritorios a aquellos que el Estado desea que se incremente su demanda para mejorar la calidad de vida de la población o para favorecer a un grupo determinado de ésta.

En dicha categoría están los bienes o servicios sociales como algunos de salud y los de educación, entre otros.

iv) Externalidades. Se entiende por externalidades aquellas situaciones en donde el consumo o la producción de un determinado bien o servicio, por parte de un agente, afecta el consumo o la producción de otro agente, más allá del costo o beneficio que al primero le produce el desarrollo de su actividad. Estas externalidades pueden ser negativas o positivas sobre el bienestar.

Las externalidades producen efectos que son difíciles de transar en los mercados. De esta forma, se llega a la conclusión que el Estado debe asumir un rol activo en torno al control de las actividades que generan externalidades negativas.

Asimismo, la información, y más específicamente la información sanitaria, pueden ser tratadas a partir del enfoque de las externalidades. La vigilancia epidemiológica, las funciones de regulación ambiental, los programas de vacunación, entre otras, son actividades que se fundamentan en este enfoque.

v) Monopolios. Estrictamente, una situación de monopolio es aquella en donde la producción de un bien o servicio se concentra en una sola empresa. De esta forma, las situaciones monopólicas son aquellas en donde existe un alto grado de concentración de la producción en un oferente.[11]

Desde el punto de vista conceptual, frente a la existencia de monopolios en el mercado de la salud, la recomendación para el Estado sería fomentar la competencia o fijar precios cuando no es eficiente o posible lo primero. Estas políticas deberían ser ejecutadas por el Estado como representante del bienestar social y de los consumidores.

vi) Riesgo moral. Se entiende por situaciones de riesgo moral aquellas en donde la existencia de un seguro de salud estimula la toma de riesgo o el consumo de prestaciones de salud por parte de las personas beneficiarias.[12]

Uno de los elementos centrales en el diseño de los sistemas de seguros de salud es la presencia de riesgo moral. En efecto, al existir un seguro, las personas podrían tomar mayores riesgos en salud. Por lo tanto, el diseño del seguro debe tender a disminuir aquel

[11] A su vez "oligopolio" es una situación en donde existen pocos oferentes.
[12] K. Arrow, "*Uncertainty and the welfare economics of medical care*", American Economic Review, 5, diciembre, 1963.

efecto; de lo contrario, el seguro se encarecerá dado que la institución que lo administre deberá asumir mayores costos en las prestaciones que otorga.

vii) Selección adversa. Se entiende por selección adversa aquella situación provocada por el hecho de que los seguros de salud atraen a quienes tienen un mayor riesgo, mientras que aquellos que tienen un menor riesgo tienden a quedarse fuera del mercado.

La seguridad social tiene uno de sus fundamentos en la existencia de este fenómeno. Los aparatos de seguridad social, normalmente obligatorios, por definición reducen el efecto de selección adversa al tratar de incorporar a toda la población dentro de éstos, independientemente de su nivel de riesgo.

Por otra parte, la solidaridad -como otro pilar de la seguridad social- aplicada a los llamados "seguros colectivos" pretende hacer más eficiente el sistema, a través de diversificar el riesgo y mezclar el financiamiento del sistema entre personas de distinto riesgo y con diversos aportes financieros.[13]

Jara[14] propone como resguardo para asumir la regulación en salud que la principal responsabilidad del Estado sea promover la eficiente asignación de recursos, incluyendo los que deben asignarse a la propia actividad reguladora. Asimismo, ésta debe estar permanentemente atenta al momento en que los resultados esperados de la regulación son asumidos e internalizados por los mercados.

Puede ocurrir en el sector salud que existiendo normativas generales o específicas no sea necesario realizar actividades de fiscalización en todos los ámbitos. De esta forma, la instancia reguladora debe estar siempre preocupada por visualizar el momento en que los mercados transforman las exigencias de la regulación en incentivos para la calidad y la eficiencia.[15]

Uno de los problemas de difícil solución para el Estado es diseñar y evaluar la operación de sus propias instituciones prestadoras de servicios. Sin duda, el tema se relaciona con el tradicional conflicto de ser juez y parte en esas actividades.

Los ministerios de salud contienen entre sus responsabilidades funciones políticas, ejecutivas y de regulación. Muchas veces no existe separación de estas funciones, ni siquiera al interior de los organismos e inclusive existen casos en que todo se mezcla en una sola persona. En los ministerios de salud en la región de las Américas, en muchos casos no existe separación de funciones.

---

[13] El problema de los seguros de salud es no poder estimar el valor del **stock** (cuánto vale estar sano versus estar enfermo), mientras que lo que se contrata con seguro es un flujo de prestaciones futuras, las cuales pueden no tener ninguna relación con el valor de dicho **stock**.

[14] Jara, O. *El rol regulador del Estado en el sistema de salud*. *La salud en el siglo XXI. Cambios necesarios*. Centro de Estudios Públicos. Santiago de Chile, abril de 1995.

[15] Los planteamientos tradicionales de la Escuela del **Public Choice** son poco optimistas en relación a la posibilidad de llegar a tener agencias reguladoras eficientes. Por lo tanto, se trata precisamente de desarrollar modelos de regulación que operen en un ambiente de rediseño permanente del sistema de salud, con el objeto de permitir regular y desrregular, según el sistema lo requiera a juicio del Estado y no sólo de la agencia reguladora.

Para que el Estado pueda ejecutar acciones y luego evaluarlas con independencia y objetividad es necesario generar situaciones en donde al menos se puedan separar las funciones de regulación de las otras funciones. En este sentido, para lograr mayor impacto sobre la eficacia de la regulación en salud es imprescindible independizar funciones y definir incentivos institucionales acordes con los objetivos de éstas. Dentro del sector público, la estrategia reguladora puede ser abordada institucionalmente desde el diseño de un "cuasi mercado", que opere al interior del sector, siempre que se diseñen los incentivos e intereses institucionales adecuadamente.

La potencialidad que tiene crear espacios de regulación con independencia de las funciones ejecutivas y políticas permitiría que el Ministerio de Salud se constituya en el rector del sistema de prestaciones con independencia del aparato prestador; de esta forma podría evaluar a las instituciones públicas y privadas por igual.

Así mismo, cuando el Estado compra determinados servicios o productos a nivel centralizado, ejerce un poder de regulación importante sobre los productores. Las licitaciones del Ministerio para las compras de medicamentos y las transferencias para las prestaciones de servicios constituyen una porción no despreciable de las actividades de producción. Por ser un gran comprador, el Estado tiene la oportunidad de establecer las condiciones de compra en términos de calidad e incluso de precios.

Frente a esto, es relevante mejorar la gestión de contratos, la formulación de criterios para evaluar conductas de probidad para garantizar una adecuada gestión de los recursos públicos. En algunas actividades, puede que no se requiera más regulación que la que los propios contratos contendrán; en otros, en cambio, puede ser que, por la amplitud de ámbito o las características específicas de los productos o servicios, sea necesario regular parte de la actividad con independencia del agente comprador.

Con respecto a cambios en la asignación presupuestaria, estos necesitan de una decisión de tipo político, principalmente debido a que los servicios de salud que concentran gran parte del presupuesto generalmente se ubican en los grandes centros urbanos de los países, los que coinciden con los mayores centros de atracción política y gremial. Reorientar el gasto hacia la población más necesitada debería constituir una meta operacional principal del Estado en el campo de la salud y la equidad.

De otro lado, los colegios profesionales del campo de la salud deberían regular la práctica profesional, sobre todo en aquellas áreas en donde, las asimetrías de información hacia los usuarios de los servicios y la ética profesional lo recomienda. Los colegios profesionales cuentan generalmente con comités de ética que, en general, refieren normalmente su acción a la relación profesional-paciente.

La redefinición del rol regulador del Estado en el sector salud debe incorporar una reorientación del modelo de atención que, a su vez, pueda ser conocida y entendida por los usuarios del sistema, con el fin de permitir objetivar los compromisos de la autoridad frente a ellos.

Los problemas de operación de los mercados en el área de la salud son de variados orígenes y se presentan tanto en la organización de los mercados como en las características de los

productos. Un campo en el que existe un amplio consenso en la necesidad de poner un mayor énfasis es el tema de recursos humanos. Otro campo en el que se reconoce la necesidad de un mejor conocimiento es el de los mercados de insumos, en la lógica de promover una mayor competencia en su interior.

Uno de los campos más complejos de abordar es la regulación de las prestaciones de salud, por estar los servicios de salud sujetos a una fuerte asimetría de información que opera en favor de los prestadores y, además, porque los servicios caen bajo la clasificación de bienes de confianza.

El desarrollo de los mercados de seguros, el crecimiento y consolidación del sistema de prestadores privados institucionales, la incorporación de los avances tecnológicos en la atención de salud y las políticas de descentralización al interior del sector público de atención, entre otros factores, determinan que los enfoques tradicionales de planificación en salud pública sean insuficientes para que los objetivos del Estado en estas materias puedan alcanzarse adecuadamente. De esta manera, los enfoques sobre regulación pueden proporcionar herramientas de trabajo para abordar las áreas críticas que el sector salud enfrenta.

Investigar los aportes que los enfoques de la regulación pueden proporcionar al manejo de las políticas y a la organización de los sistemas de salud en la actualidad, es de gran utilidad para el Estado como responsable del funcionamiento del sector salud.

4. Regulación de recursos humanos en salud

Según Rayén Quiroga Martínez[16], se entiende que la regulación de los recursos humanos en el sector salud es:

> *Un proceso donde el Estado introduce y fiscaliza un marco que limita y orienta las dinámicas de los trabajadores de la salud en su formación, ejercicio y relaciones laborales, buscando desarrollarlos en forma continua, así como asegurar la calidad y la equidad en las prestaciones, y garantizar la integridad y seguridad de la población usuaria.*

Como ya se ha dicho, la regulación no tiene razón en sí misma, sino como herramienta para el logro de ciertos objetivos que al Estado le puedan interesar como parte de sus políticas de salud. La regulación de los mercados se hace principalmente con el fin de proteger a los consumidores.

En el caso de la regulación del personal de salud, esto se realiza con el triple propósito de:

1. Garantizar la integridad y seguridad de los usuarios.
2. Mejorar la calidad y oportunidad de la atención de salud que reciben los usuarios.
3. Desarrollar continuamente al personal de salud.

[16] Quiroga Martínez, R. Regulación de Recursos Humanos de Salud en Chile. División de Recursos Humanos, Ministerio de Salud de Chile. Santiago, febrero de 2000.

4.1 Enfoque metodológico

Para poder analizar adecuadamente la situación de la regulación, es necesario, primero, explicar el alcance y las limitaciones de algunos componentes fundamentales de todo sistema de regulación de recursos humanos en salud.

Esquemáticamente se podrían identificar cinco pasos:

i) ***Definir qué y por qué regular***. Con el fin de definir qué y por qué regular, es importante examinar dónde y cómo ocurren los fenómenos que pueden alterar el bienestar de los consumidores, focalizando la atención en las siguientes variables:

- Las características de los bienes o servicios.
- Las características de los mercados de bienes, factores y servicios (consumidores, productores, aseguradores, factores, etc.).
- Las características y diseño de los sistemas públicos.

Los espacios u objetos de regulación de recursos humanos de salud se refieren a los ámbitos en los cuales corresponde regular, y en general se refieren a tres grandes espacios:

- **Formación:** donde se regula sobre perfiles formativos, planes de estudio, certificación, titulación, acreditación de centros formadores, entre otros.

- **Ejercicio laboral/profesional:** donde se regula, por ejemplo, sobre filtros o requisitos de entrada, los campos del ejercicio, la disciplina y la ética profesional, la acreditación o certificación continua de competencias y otros.

- **Relaciones laborales:** donde se regula la relación de trabajo entre el empleador y el profesional o trabajador: regímenes estatutarios/contractuales, reclutamiento, formas de contratación o nombramiento, resolución de conflictos, remuneraciones, carrera laboral/funcionaria, jubilación, entre otros.

A menudo los estudios sobre regulación de recursos humanos se organizan en función del objeto de regulación, debido a similitudes y diferencias sustanciales que operan en estos distintos campos.

ii) ***Priorizar y definir las políticas regulatorias***. Una vez examinados los mercados según las variables anteriores, es necesario identificar los diferentes instrumentos y actores relevantes específicos a los ámbitos en donde la regulación se deberá realizar junto con actividades de fiscalización, para garantizar su efectividad.

Las políticas regulatorias se operativizan mediante instrumentos de regulación. Entre los instrumentos para realizar la regulación se encuentran los jurídicos, que son impuestos y fiscalizados y que son obligatorios para las partes. También se pueden utilizar instrumentos de incentivo o desincentivo, que funcionan sobre la premisa de que son voluntarios, y se basan en las realizaciones u omisiones que realizan los trabajadores de salud, objetivados por un sistema de evaluación.

Instrumentos jurídicos:

- Constitución.
- Leyes (General de Salud, laborales, organización y funciones).
- Reglamentos.
- Normas.

Actores de la regulación de recursos humanos de salud

En los procesos de regulación de recursos humanos en salud, los actores son múltiples, cada uno portando sus legítimos intereses. Ahora bien, el hecho de reconocer la existencia de una diversidad de intereses no es obstáculo para reconocer y valorar la existencia de determinado espacio de sensibilización y negociación, con el fin de minimizar las externalidades negativas y cautelar el mejoramiento continuo de los procesos para beneficio colectivo.

De ahí que resulte de primera importancia avanzar, junto a los actores del proceso, en el perfeccionamiento continuo de un sistema integrado de regulación de los recursos humanos. Por tanto, todo proceso de mejora continua en los marcos regulatorios debería hacerse con una metodología que permita el aporte creativo de los principales actores involucrados, en base a una mesa ampliada de actores (**stakeholders**)[17], para que los resultados sean mejores y más sustentables.

iii) ***Diseño del modelo de regulación y desarrollo de la institucionalidad***. Es recomendable para lograr efectividad en el quehacer regulatorio desarrollar modelos que permitan cumplir con los objetivos que el Estado se proponga con el fin de mejorar el bienestar social.

Tanto para las actividades normativas como para las de supervisión es relevante diseñar sistemas fluidos de intervención en los mercados, con el fin de impactar con eficacia sobre las variables objetivo. Por esto, la intervención de mercados debería aprovechar dentro de lo posible las estructuras existentes en los distintos sectores y, si lo anterior no es lo más adecuado, crear agencias reguladoras y fiscalizadoras ad hoc.

Estos modelos en general pueden ser diseñados para operar de modo centralizado, descentralizado o participativo. A continuación se presentan algunas consideraciones de cada una de estas opciones:

a) **Centralización**. Permite aprovechar economías de escala en donde se pruebe que existen. Las funciones normativas en materia sanitaria son normalmente de carácter y aplicación general y demandan una gran coordinación entre el desarrollo tecnológico-científico y la elaboración de las normas.

[17] En inglés se utiliza el término "**stakeholders**", que quiere decir aquellas personas que algo tienen que ganar o perder de un proceso determinado, para significar la concurrencia de los representantes de los diversos intereses que están en juego en todo proceso de transformación.

b) Descentralización. Permite reconocer la efectividad del nivel local sobre las actividades de apoyo a la regulación como la función de fiscalización entendida como el complemento, a veces fundamental, de la regulación. Las políticas de descentralización que el Estado promueve requieren desarrollar resguardos regulatorios que garanticen la calidad de los servicios a la población de modo que esquemas descentralizados no deterioren la calidad de la atención.

c) Participación. Permite recibir aportes de los consumidores y de los organismos intermedios a las actividades de apoyo a la regulación.

En aquellos mercados en donde existen ciertas condiciones de estandarización de los productos y servicios, el control que los consumidores ejercen sobre la calidad de los productos puede ser bastante efectivo. Sin embargo, la mayoría de los bienes y servicios que se transan en el mercado de la salud corresponden a los llamados bienes (o servicios) de confianza, los cuales son provistos a los consumidores con fuertes asimetrías de información.

En este sentido, para visualizar un nuevo enfoque sobre la función reguladora del Estado se deberá discutir a fondo el rol de los consumidores y los organismos intermedios. Específicamente, es interesante abordar las siguientes áreas:

- Aquellas donde es posible traspasar todo o parte de las actividades de control de calidad a agrupaciones de consumidores.
- Aquellas donde es posible traspasar todas o parte de las actividades de control de calidad a organismos intermedios.
- Aquellas donde es posible promover el desarrollo de la intermediación, con el objeto de reducir los costos de transacción provocados por las asimetrías de información y tamaño y, de esta forma, producir una mayor igualdad entre demandantes y oferentes.
- Aquellas donde sólo es posible controlar calidad mediante agencias estatales o financiadas por éste.

En el diseño de los modelos de regulación es necesario evaluar la factibilidad de alcanzar una solución técnicamente correcta en relación al rol regulador del Estado que se proponga. Además, se deberán plantear apreciaciones fundadas sobre los impactos estimados en los costos, en los casos en donde se apliquen eficientemente las facultades regulatorias. Una vez definida la necesidad de regular una cierta actividad, debe obtenerse una estrategia que sea factible de aplicar y sustentable en el tiempo.

iv) ***Financiamiento***. Para abordar las soluciones específicas en aquellas áreas en donde sea recomendable regular es necesario estimar los recursos necesarios y sus costos. En ese ejercicio se deberá considerar al sector salud como parte del aparato regulatorio del sector público e incorporar a sus demandas específicas las de los otros sectores y del Estado en su conjunto.

Es necesario considerar los aportes financieros y las competencias técnicas de los otros sectores, como recursos al servicio de las actividades de regulación sanitaria. Para que esta acción intersectorial sea efectiva es necesario:

- Crear espacios de coordinación, definiendo liderazgos sectoriales claros.
- Diseñar sistemas de incentivos que permitan potenciar sistémicamente los recursos aplicados a estas actividades.
- Reducir los riesgos de competitividad sectoriales que a menudo ocurren.

v) ***Rediseño y retroalimentación***. Los modelos regulatorios se desarrollan y tienen vigencia en contextos y momentos históricos concretos, por tanto no es de extrañar que pierdan vigencia o requieran de adecuaciones por cambios políticos, sociales, económicos y culturales. En salud son relevantes, además, los cambios demográficos, epidemiológicos y los tecnológicos.

Los sistemas de regulación de recursos humanos no constituyen un fin en sí mismos, sino una herramienta que permite que estos aporten a la meta social de mejorar la salud de las personas, garantizando su seguridad y calidad de vida.

Los sistemas son complejos, no sólo por los elementos ya descritos, sino también por las permanentes transformaciones de los componentes del sistema regulatorio. Lo único seguro sobre un sistema es que siempre estará cambiando. En todo momento las dinámicas sociales, económicas, culturales, tecnológicas y políticas están generando impulsos de transformación que repercuten en el sistema de regulación. En este sentido, todo sistema de regulación será, por definición, perfectible en función de la respuesta social y del contexto político donde se desenvuelven estas dinámicas.

A continuación, se revisa el contexto de la regulación de los recursos humanos en salud en el Perú.

Capítulo II

EL CONTEXTO

1. El proceso de globalización y los procesos de reforma del sector salud

La globalización es un término que ha sido frecuentemente utilizado en las últimas décadas para describir una serie de procesos relacionados con la economía, la política, la sociedad, la tecnología, la cultura, la salud y el medio ambiente, entre otros.

En ese marco, el entorno para el desarrollo de políticas publicas ha cambiado significativamente por diversos factores, entre los cuales cabe citar: (i) la diversidad y multiplicidad de nuevos actores que intervienen en el proceso de formación de las políticas públicas en el espacio nacional e internacional; (ii) la mayor presión de los ciudadanos y contribuyentes sobre los gobiernos y organizaciones por mayor transparencia y responsabilidad en el uso de los recursos públicos; (iii) la redefinición del rol del Estado en la economía; (iv) el incremento del comercio y los flujos de capital a nivel internacional; (v) los avances tecnológicos y el desarrollo de las telecomunicaciones.

Estos cambios han producido una serie de efectos, algunos de los cuales se han traducido en oportunidades para que algunos grupos y personas en los países en desarrollo mejoren sus condiciones de vida. Sin embargo, para muchos otros ha significado mayor inestabilidad y precariedad en sus ingresos y que la pobreza persista, con su cortejo de mala salud, acceso limitado a agua limpia y saneamiento, falta de alimentos e inseguridad, agravados por el SIDA y otras enfermedades emergentes y reemergentes, conflictos armados, violencia y desastres naturales y medio ambientales.

Otros efectos los podemos observar en las capacidades institucionales, de gobierno y de la administración pública en los países (incluyendo el desarrollo de políticas, de planes, de financiamiento y de gestión). Cabe agregar que los efectos negativos de los cambios no han afligido a todos los países por igual, pues los que ya tenían una menor capacidad son los que han sido más afectados.

Habitualmente la preocupación de la administración pública se había centrado en la disponibilidad de recursos financieros, técnicos, de personal, y otros "insumos" necesarios para la

ejecución de sus políticas y programas. En los últimos años ha crecido la demanda de la opinión pública por los productos y resultados de la administración y por la transparencia en la gestión pública. Actualmente a los funcionarios del servicio público se les exige que presten mayor atención al logro de resultados, a la medición del desempeño, a aprender de la experiencia y hacer ajustes para mejorar la eficiencia, eficacia y efectividad de sus programas.

La globalización impacta en los campos de la salud y de la educación y ha desencadenado los procesos de reformas del Estado y reformas laborales. El concepto de globalización, como señala Brito[18], *"no solo describe los procesos, es también en sí mismo un proceso que en común tiende a cambiar la naturaleza de las interacciones humanas y ampliar el rango de las mismas contribuyendo así a modificar no solo los parámetros tradicionales de interacción, sino también la necesidad de generar parámetros de regulación de dichas interacciones en los diferentes segmentos de la vida humana".*

En ese nuevo contexto macro internacional, se recolocó en la agenda de las políticas de salud la discusión y desarrollo de procesos de adecuación de las respuestas sociales en salud a las expectativas y demandas ciudadanas (estos cambios se producen en el marco de la creciente reconfiguración de los sistemas de salud, apertura hacia el mercado y las demandas crecientes de los ciudadanos).

De estos procesos, conocidos como reformas en salud, son relevantes desde la perspectiva de los recursos humanos en salud los cambios en las prácticas profesionales en salud, los desafíos de los aparatos educativos para la formación de los profesionales en salud, los ámbitos variables en relación con el tema de la regulación profesional, y los antecedentes y perspectivas de la regulación de los recursos humanos.

De las reformas en salud, se puede decir de manera general, pese a la diversidad de modelos y especificidades nacionales, que:

i) Cuestionan la permanencia del modelo de gestión y régimen laboral de los recursos humanos de salud establecido antes de las transformaciones globales y nacionales.

ii) Existe un desfase entre las dimensiones organizativa, administrativa y financiera y la de los recursos humanos.

Por esta razón, la nueva generación de reformas tiene como agenda pendiente aquellos procesos ausentes o negativos que aparecieron como resultado de la aplicación del diseño original. Ha sido percibido en muchos países de la región que una serie de problemas del campo de los recursos humanos requieren un tratamiento más fino y que muchas de las deficiencias y trabas al proceso de reformas se centraron en las inadecuaciones entre lo que proponía el diseño técnico y las capacidades y actitudes de los que tenían que efectivizarlo. En otras palabras, que para que las reformas tuvieran efecto eran necesarias la cooperación activa y nuevas competencias de la gente que trabaja en las nuevas estructuras.[19]

[18] Brito, P. *Presente y futuro en la formación, práctica y regulación profesional en ciencias de la salud. Memorias de la I Reunión Internacional*. OPS, Guadalajara 2000 (p. 21).

[19] Milén, A. *What do we know about capacity building?* WHO, Ginebra, 2001.

Esa constatación ha recolocado la problemática de los recursos humanos en las reformas a partir de una mejor comprensión del aporte de aquellos que efectivizan los servicios para mejorar su diseño técnico, para lograr sus objetivos y para incrementar su calidad.

2. Las reformas y la regulación en el campo de recursos humanos

Los procesos de reforma han modificado el rol del Estado, reduciendo las funciones ejecutoras de las instancias centrales y remarcando las de conducción.

En el campo de los recursos humanos, estas funciones se enfrentan a una realidad evidenciada con anterioridad a la implantación de las reformas: no es posible ordenar el desarrollo de los recursos humanos como si se tratara de un recurso más, susceptible de una planificación normativa.

En cuanto a la regulación, es pertinente citar una de las conclusiones recogidas en las memorias de la I Reunión Internacional: Presente y futuro en la formación, práctica y regulación profesional en ciencias de la salud:

> *"Es necesario dejar claro que regular es una acción, es un proceso y un resultado, por lo que, en consecuencia, es mucho más que reglamentar. Aunado a lo anterior, se ha coincidido en que la regulación como conjunto de intervenciones públicas contiene elementos políticos, ideológicos, económicos, culturales, sociales y jurídico-reglamentarios que operan e impactan con diferente peso relativo al proceso regulatorio, según las características y circunstancias locales, regionales e internacionales"*[20].

Los actores laborales y educativos, sus organizaciones e intereses son fuerzas a las que la autoridad sanitaria no puede comandar en un sentido imperativo. Esto no implica que el Estado deba abandonar el campo y aceptar que éste sea un terreno librado a las fuerzas del mercado o a la imposición de los jugadores con más poder. Por el contrario, es un terreno privilegiado para el desarrollo de la capacidad de regulación, que implica el conocimiento de las circunstancias en que se desarrollan las actividades de los actores, cuáles son sus intereses y los puntos en que estos intereses o tendencias particulares pueden servir al interés general.

El desarrollo de la capacidad regulatoria en el área de los recursos humanos implica conocer y ser capaz de prevenir o corregir aquellas tendencias o intereses particulares que pueden contrariar los procesos de equidad, eficiencia y calidad que deben guiar las transformaciones del sistema.

Para ello, las autoridades sanitarias nacionales necesitan construir la capacidad institucional para contar con una base de información confiable; ser capaces de convocar y liderar a los

[20] *Presente y futuro en la formación, práctica y regulación profesional en ciencias de la salud. Memorias de la* I *Reunión Internacional*. OPS, Guadalajara 2000 (p. 451).

demás actores, ya sean instituciones educativas, grupos profesionales o entidades empleadoras; contar con herramientas de desarrollo de las capacidades y actitudes del personal sanitario y poder integrar eficazmente las acciones de formación a los procesos de reforma.

A pesar de esta necesidad, en un informe preparado por el programa de desarrollo de Recursos Humanos de la OPS, [21] se refiere que de dieciséis países relevados, sólo tres tienen estructuras dentro de la autoridad sanitaria con mandato para la planificación de recursos humanos a nivel nacional, para la recopilación de información y para la definición de principios de acreditación y certificación profesional. Esto habla de un bajo desarrollo de capacidad de rectoría que requiere ser desarrollada en tanto ámbito de actuación.

Esta capacidad institucional, fortalecida en las unidades de recursos humanos de las autoridades sanitarias, permitirá comandar el desarrollo del personal de salud en las direcciones de las demandas poblacionales de mayor equidad, eficiencia, eficacia y calidad que deben guiar los procesos de reforma sectorial.

En ese contexto internacional se desarrolla el proceso de Desarrollo Nacional de la Salud (DNS) y el proceso de regulación de los recursos humanos en salud en el Perú, en especial la regulación del ejercicio profesional,

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) entiende al Desarrollo Nacional de la Salud (DNS) como el proceso (económico, social, político y cultural) que constituye la matriz estructural en la que se definen tanto las condiciones de vida y de salud de la población, como las posibilidades e intervenciones estatales y sociales para enfrentar y mejorar esas condiciones. El DNS es el proceso de desarrollo del país, visto desde la perspectiva de salud, y por lo tanto comprometido con las estructuras y arreglos institucionales que dan impulso y sostenibilidad al accionar en salud. [22]

3. El Proceso de reforma en salud en el Perú

En la década de los noventa se iniciaron en el Perú un conjunto de procesos que pueden enmarcarse en lo que se denominó reforma sectorial. En ese marco se desplegaron iniciativas dirigidas a sentar las bases para la reforma y modernización del sector salud.

Un objetivo de esas medidas fue la extensión de la cobertura en salud, que permitiera dar respuesta a las inequidades reconocidas. En un primer momento, las acciones se orientaron a recuperar la capacidad operativa y a extender la cobertura del aparato prestador, con especial

[21] *Conceptos y evolución de las reformas en los países de América Latina y el Caribe en su relación con la gestión de* RRHH. *Seminario de Políticas de Recursos Humanos*. Brasilia, 20 a 24 de agosto de 2001.

[22] *National Health Development, Health Systems Development and their Implications for the* WHO *Country Focus Technical Cooperation*. Office of the Director of Program Management and Area of Strategic Health Development. Pan American Health Organization Regional Office of the World Health Organization. Julio de 2004.

énfasis en el primer nivel de atención que cubre a los estratos de población más pobres y vulnerables.

Para ese fin se movilizaron un conjunto de recursos de distinta fuente, para financiar los programas y proyectos que fueron los medios para el logro de ese objetivo (Programa de Focalización del Gasto Social Básico en Salud y Nutrición, Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, PFSS; Proyecto de Salud y Nutrición Básica, PSNB; Programa de generación de Capacidades, PGC; Proyecto 2000, entre otros.)[23]

Así, la labor del MINSA estuvo centrada en el fortalecimiento de la infraestructura y el equipamiento de los establecimientos, la dotación de recursos humanos y la focalización del gasto en salud para el primer nivel de atención. En ese enfoque, en 1994, se inició una experiencia innovadora de Administración Compartida de los Servicios de Salud con la comunidad, implementando los llamados Comités Locales de Administración de Salud (CLAS).

A continuación se presenta una síntesis de las iniciativas más relevantes para la regulación de recursos humanos en salud.

4. El Programa de Administración Compartida (PAC)

La experiencia del PAC es un buen ejemplo nacional del diseño e implementación de modelos de regulación y de creación de sistemas públicos. Fue creado por el Ministerio de Salud en 1994, el modelo promueve la conformación de asociaciones civiles sin fines de lucro denominadas Comités Locales de Atención de Salud (CLAS), con el objetivo de mejorar la cobertura y la calidad de los servicios en el primer nivel de atención mediante la estrategia de la cogestión con la comunidad.

Así, el CLAS se encargaría de administrar centros o puestos de salud. Los miembros de la Asociación (CLAS) son representantes de la comunidad elegidos en Asamblea general de la población y sus líderes y autoridades locales. Se organizan internamente en una Asamblea, un Consejo Directivo y una Gerencia.

El marco jurídico se ampara en lo dispuesto por el Código Civil peruano, que norma a las asociaciones civiles sin fines de lucro de derecho privado inscritas en los registros públicos. Además, está normado por un conjunto de dispositivos como el Decreto Legislativo 295, el Decreto Supremo N° O1-94-SA, la Ley de Fomento del Empleo, el Decreto Legislativo 728, la Resolución Ministerial N° 176-2000-SA/DM y las Normas de Aplicación del Decreto Supremo N° 01-94-SA.

Los Comités Locales de Administración de salud:

[23] Cuanto: *Encuesta Nacional de Niveles de Vida* 1994. Lima.

i) Elaboran, ejecutan y evalúan un Programa de Salud Local a partir de un censo comunitario, determinando actividades y objetivos de atención para un año.

ii) Seleccionan, contratan y evalúan al personal de salud que labora en los establecimientos administrados por el CLAS.

iii) Realizan las adquisiciones de bienes y servicios necesarios para el cumplimiento del Programa de Salud Local.

La operación del CLAS obtiene financiamiento predominantemente del tesoro público, desagregado como sigue: transferencias del nivel central (Ministerio de Salud), recursos recaudados como producto de la prestación de servicios. Adicionalmente, de convenios con el sector privado u otros sectores públicos, donaciones y aportes producto de actividades comunales.

Mensualmente, el CLAS presenta a la Dirección de Salud una declaración jurada, no documentada, sobre la ejecución del gasto realizada en el mes anterior y el informe del cumplimiento del Programa de Salud Local. Esto sirve de sustento para que la Dirección de Salud autorice al nivel central la transferencia de recursos para el próximo mes.

Trimestralmente, la Dirección de Salud dispone la supervisión de cada CLAS y verifica la utilización de los recursos mediante inspección directa de los libros contables e institucionales. Debe brindar también asesoría en aspectos sanitarios, legales tributarios, contables y de participación comunitaria a los miembros del CLAS.

Una vez al año, el CLAS presenta un balance contable y estados financieros auditados del año anterior, una Memoria institucional que resuma las actividades realizadas y los resultados respecto a los compromisos y metas de servicios contratados.

El CLAS se relaciona con el Estado Mediante la suscripción del Contrato de Administración Compartida que establece las obligaciones y derechos de ambas partes contratantes. Parte medular del contrato la constituye el Programa de Salud Local en el que se definen los objetivos y actividades para la atención de salud de la población asignada.

El CLAS tiene componentes de un modelo de financiamiento y también de un modelo de prestación de servicios. Al decir que "no es estrictamente" un modelo de financiamiento ni "estrictamente un modelo de prestación de servicios" no se excluyen, mecanismos de operación financiera ni procesos propios de la administración de unidades prestadoras de servicios (puestos y centros de salud).

El ámbito de CLAS es la gestión de la prestación de servicios a escala local. Desde el punto de vista del desarrollo de Políticas de Salud, CLAS representa una iniciativa de descentralización con participación comunitaria para mejorar la calidad y la equidad en el acceso a los servicios de salud, y desde el punto de vista técnico operativo representa un modelo de gestión de servicios para el primer nivel de atención. La innovación del modelo reside en la articulación simultánea de nuevos mecanismos de financiamiento, nuevas formas de gestionar servicios en el ámbito local y nuevas formas de atender la salud, y no solamente el aporte de nuevos mecanismos separados entre sí.

Las características a resaltar del modelo de gestión CLAS son:

- Descentralización. Capacidad de decisión en el nivel local. Relación entre dos personas jurídicas de distinta naturaleza jurídica. Relación contractual Estado-CLAS.

- Participación comunitaria en la administración, rendición de cuentas, monitoreo social de la cantidad, calidad y oportunidad de los servicios.

- Manejo de recursos públicos bajo normatividad aplicable al campo privado. Supera la rigidez y la burocratización en la administración de recursos públicos, otorgándole tanto oportunidad y fluidez como seguridad jurídica al uso de los mismos.

- Planificación local concertada, que supera la planificación vertical o simplemente la asignación de metas de salud desde el nivel superior, nacional o regional. Responde a un diagnóstico de salud más certero hecho en el nivel local con los agentes locales de salud.

Es importante también considerar, que el desempeño de una asociación CLAS tiene varios condicionantes, entre ellos el proceso de su creación, el monitoreo y apoyo técnico por parte de la Región de Salud, los antecedentes de participación comunitaria en el área del CLAS y la propia conducción del programa desde el nivel central.

5. La Constitución Política del Perú de 1993

En el marco de la reforma del Estado en 1993, se dio una nueva Constitución Política del Perú. A continuación citamos lo que establece respecto a la salud:

Artículo 7º
Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.

Artículo 9º
El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud.

Artículo 10º
El Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida.

Artículo 11º
El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento.

Artículo 12º
Los fondos y las reservas de la seguridad social son intangibles. Los recursos se aplican en la forma y bajo la responsabilidad que señala la ley.

Posteriormente, en 1997, se promulgó la Ley General de Salud, que desarrolla los aspectos sustantivos de la salud señalados en la Constitución Política del Perú.

6. La Ley General de Salud

La Ley General de Salud fue promulgada en julio de 1997. Resaltaremos los principales considerandos referidos a los recursos humanos, la mayoría están en el título preliminar y en el título quinto relacionado a la autoridad en salud.

En el título preliminar:

i) En el inciso IV determina que la salud pública es responsabilidad primaria del Estado. La responsabilidad en materia de salud individual es compartida por el individuo, la sociedad y el Estado.

ii) En el inciso VI refiere que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea.

Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.

Es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública.

El Estado interviene en la provisión de servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad.

iii) En el inciso VIII se refiere al financiamiento del Estado, que se orienta preferentemente a las acciones de salud pública y a subsidiar total o parcialmente la atención médica a las poblaciones de menores recursos, que no gocen de la cobertura de otro régimen de prestaciones de salud, público o privado.

iv) En el inciso IX se señala que la norma de salud es de orden público y regula materia sanitaria, así como la protección del ambiente para la salud y la asistencia médica para la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas. Nadie puede pactar en contra de ella.

v) En el inciso XV se establece que el Estado promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud, así como la formación, capacitación y entrenamiento de recursos humanos para el cuidado de la salud.

En el título quinto, relacionado con la autoridad de salud, enfatiza los principales artículos referidos a la regulación de recursos humanos:

i) En el Artículo 122, se señala que la autoridad de salud se organiza y se ejerce a nivel central, desconcentrado y descentralizado. La autoridad de salud la ejercen los órganos del Poder Ejecutivo y los órganos descentralizados de gobierno, de conformidad con las atribuciones que les confieren sus respectivas leyes de organización y funciones, leyes orgánicas o leyes especiales en el campo de la salud.

ii) El Artículo 123, establece que la autoridad de salud de nivel nacional es el órgano especializado del Poder Ejecutivo que tiene a su cargo la dirección y gestión de la política nacional de salud y actúa como la máxima autoridad normativa en materia de salud.

iii) El Artículo 127, menciona que quedan sujetas a supervigilancia de la autoridad de salud de nivel nacional, las entidades públicas que por sus leyes de organización y funciones, leyes orgánicas o leyes especiales, están facultadas para controlar aspectos sanitarios y ambientales.

Esta norma sustantiva, requiere para su plena vigencia completar la elaboración de las normas complementarias necesarias y es el marco jurídico vigente para el desarrollo de los procesos de regulación en salud.

7. El Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud

El Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud es una iniciativa de cooperación entre los países americanos encaminada a producir, analizar y compartir la información y conocimientos necesarios para integrar los recursos humanos en la agenda de los temarios de las políticas de salud y mejorar la formulación de políticas sobre los recursos humanos.

La iniciativa apoya la creación de grupos nacionales del Observatorio, integrados por todos los interesados directos institucionales (ministerios de salud, institutos de seguridad social, universidades, asociaciones profesionales y otros) que se unen para tratar y analizar los datos, vigilar las tendencias, priorizar los asuntos y formar consenso para las intervenciones en materia de políticas.

Desde 1994, la cooperación técnica en el campo de los recursos humanos en la reforma del sector salud responde a un mandato a la OPS, formulado en la cumbre de los jefes de Estado de las Américas, con respecto al reconocimiento creciente de la importancia de los temas de la fuerza laboral en el desarrollo de los recursos humanos.

En 1998 se convirtió en parte de una iniciativa conjunta con USAID de seguimiento de la reforma del sector salud en las Américas, fomentando la recopilación de la información sobre

los procesos de reforma que estaban siendo desarrollados por muchos de los Estados miembros de la OPS. A fin de dar respuesta a esta solicitud de los países, se implementó la instalación de observatorios de los RRHH en los procesos de reforma en el sector de la salud[24].

Uno de los retos principales que debe afrontar la mayoría de los países como el nuestro es la superposición de los problemas persistentes y de los retos emergentes. Uno de estos es la cuestión regulatoria. La preocupación por desarrollar marcos y mecanismos de regulación efectiva de los diversos procesos que conforman el desarrollo de personal es común y generalizada en la región, como se evidenció en la reunión de constitución del Observatorio de Recursos Humanos en Salud (Santiago de Chile, 1999).

Esta estrategia busca apoyar el funcionamiento de foros nacionales permanentes de recopilación, análisis y difusión de información sobre procesos de recursos humanos, que pueda servir de base para la formulación de políticas y fortalezca la capacidad de rectoría de la autoridad sanitaria.

El objetivo final es mejorar el uso del conocimiento y la información por parte de los encargados de adoptar las decisiones y los agentes sociales pertinentes, mediante los usos creativos de información a ser construida en un conjunto de datos básicos que apunta a sistematizar las fuentes en las siguientes áreas:

- Calidad del trabajo y regímenes de trabajo.
- Educación y adiestramiento básicos de los recursos humanos.
- Productividad y calidad de los servicios.
- Gobernabilidad y conflicto laboral.

En el Observatorio de Recursos Humanos en Salud peruano, participan el Ministerio de Salud, el Seguro Social de Salud (ESSALUD), los colegios profesionales, las asociaciones de facultades de Medicina, Enfermería, Obstetricia, Odontología, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH), que tiene a su cargo la coordinación de la red[25].

Entre 1999 y el año 2002 las actividades estuvieron relacionadas al desarrollo de manuales metodológicos[26] para mejorar el análisis de los recursos humanos y la optimización de fuentes existentes, a partir de los 9 países que suscribieron la propuesta inicial. En el año 2003 eran 16 los países incluidos adscritos a la red regional, con ellos se intercambió información y experiencias, y se realizó una serie de publicaciones.

[24] Rigoli Félix. *Los observatorios de Recursos Humanos en América Latina*. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. OPS, OMS, 2003.

[25] Aguirre E. *Planteamiento del sistema de reportes y ordenamiento de la información que ayude a producir la data básica del Observatorio Nacional Peruano de* RRHH *en salud*. Lima, 2004.

[26] Novick, M. *Guía metodológica para el análisis de las relaciones colectivas de trabajo en el sector salud. Relaciones laborales en el sector salud*, Serie Observatorio de Recursos Humanos. Quito, de 2000.

8. El aseguramiento público. El Seguro Integral de Salud (SIS)

Otra experiencia importante fue la que inició el Ministerio de Salud en 1995, con la creación del Seguro Escolar Gratuito, posteriormente ampliada con la creación del Seguro Materno Infantil. Esta experiencia es un modelo de aseguramiento público dirigido a reducir y eliminar las barreras económicas al acceso a servicios básicos de atención de salud. El modelo de financiamiento permite canalizar subsidios para cubrir el costo variable de planes de beneficios para la atención a madres y niños.

El año 2001, la unificación de estos mecanismos cambia de denominación y se convierten en el actual Seguro Integral de Salud.

Para la ejecución del SIS se ha creado un organismo público descentralizado con autonomía económica dependiente del Ministerio de Salud y que tiene a su cargo la administración de los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud individual.

El SIS tiene como misión administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud individual, de conformidad con la política del sector.
Para el cumplimiento de su misión debe cumplir las siguientes funciones:

i) Construir un sistema de aseguramiento público sostenible que financie servicios de calidad para la mejora del estado de salud de las personas a través de la disminución de la tasa de morbimortalidad.

ii) Promover el acceso con equidad de la población no asegurada a prestaciones de salud de calidad, dándole prioridad a los grupos vulnerables y en situación de pobreza y extrema pobreza.

iii) Implementar políticas que generen una cultura de aseguramiento en la población.

iv) Evaluar el nivel de calidad de la oferta de los prestadores de servicios y la satisfacción en la atención de salud de los beneficiarios.

v) Facilitar servicios de calidad a los beneficiarios del Seguro Integral de Salud.

vi) Dirigir los procesos de afiliación y operación del Seguro Integral de Salud en todos los niveles.

vii) Proponer políticas y normas que permitan garantizar el logro de los objetivos funcionales.

El Seguro Integral de Salud[27] tiene como objetivo financiar las prestaciones de salud de la población que no se encuentra bajo otros regímenes contributivos, con especial atención en los más pobres y vulnerables.

[27] Reglamento de ley N° 27657 del Ministerio de Salud, setiembre de 2002.

Para alcanzar el objetivo propuesto, el SIS desarrolla los siguientes procesos:

i) Planeamiento y regulación, cuyo objetivo es establecer el marco normativo que asegure el desarrollo de las actividades del seguro integral.

ii) Promoción y afiliación, cuyo fin es captar a la población objetivo como beneficiarios del seguro integral, con pleno conocimiento de los planes de atención y del correcto uso del servicio.

iii) Convenio y control de calidad, cuyo objetivo es lograr la cobertura de los servicios del seguro integral que permita atender a la población asegurada, según los estándares de calidad establecidos.

iv) Liquidación y reembolso, cuyo objetivo es reembolsar a los establecimientos afiliados las prestaciones del Seguro de Integral de Salud, previamente evaluadas y autorizadas.

Planes de atención

Entre las coberturas que ofrece el SIS figuran:

i) El plan A, que incluye a niños de 0 a 4 años.

ii) El plan B, para niños y adolescentes en edad escolar de 5 a 17 años.

iii) El plan C, para madres gestantes.

iv) El plan D, para adultos en emergencia.

v) El plan E, para adultos "focalizados" de las organizaciones sociales de base como dirigentes del vaso de leche, clubes de madres, comedores populares, lustradores de calzado e indultados inocentes.

El Seguro Integral de Salud (SIS) da prioridad a quienes se encuentran en pobreza y extrema pobreza, que superan el 50% de la población. Según las estadísticas de la organización, a fines de 2004 se había logrado afiliar a 9 188 828 personas (33,4% de la población).

En general, el desarrollo del sistema de aseguramiento público que implementa el SIS es positivo, pues cumple una función esencial al eliminar barreras económicas al acceso a la atención de salud de la población objetivo.

Sin embargo, existe controversia acerca de su operación debido a los procedimientos burocráticos para efectivizar los reembolsos. Al respecto existen quejas: "Si bien a los hospitales que atienden casos de extrema pobreza siempre se les reintegra, otros quedan descapitalizados, pues sus gastos superan la capacidad del sistema". [28]

[28] *Mundo Médico.* Año1 nº 3, , CMP marzo, 2005.

Un tema álgido en la operación del SIS es su sostenibilidad financiera. Para el año 2005, el SIS cuenta con un presupuesto de 264 millones de soles provenientes del tesoro público y fuentes externas, que respecto al año anterior representa un incremento en 100 millones de soles.

Los funcionarios a cargo de la administración vienen evaluando algunas ideas que exploran opciones para el financiamiento del SIS como:

El funcionamiento del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISAL) y el Seguro Semi- contributivo, un nuevo esquema que incluiría al titular, esposa y dos hijos (con cuotas de 30, 40 y 50 soles).

En el esquema del SIS se prefiere que la atención se brinde en los centros y puestos de salud, debido a los altos costos que demandan los hospitales. Sin embargo, hasta el 2004 un tercio de su presupuesto lo demandan los hospitales. Así, el monto designado para hospitales nacionales y regionales es de 47 millones de soles, mientras que los centros y los puestos de salud demandan 49 millones cada uno.

Aunque el número de asegurados se incrementó el año pasado en 4% y superó la meta establecida en ocho millones 800 mil afiliados, existen factores críticos como la exclusión parcial de la población en extrema pobreza de la protección en salud "debido a que viven en zonas alejadas donde no llegan los medios de comunicación y se utiliza grupos itinerantes de trabajo", asegura el jefe del SIS.

Por otro lado, el número de filtraciones (personas que no deben recibir el SIS y hacen uso del mismo) aún es preocupante, pues asciende a 8,4% de la población. Para manejar estas dificultades, se ha implementado el sistema de Supervisión Médica Electrónica, que reporta un millón 400 mil consultas y detecta incoherencias en la información entre la base de datos, el diagnóstico y la ficha médica. Asimismo, filtra las facturaciones que registran el valor de una gota de medicamento por un frasco, problema que en 2004 ha costado cerca de un millón y medio de soles.

Si bien no existe una evaluación integral del SIS, es reconocido que tiene productos positivos, entre los que cabe mencionar:

i) Ampliación de la utilización de servicios materno infantiles. Los primeros resultados de la ENDES parecieran indicar que el acceso al parto institucional se habría ampliado, particularmente en las zonas urbanas, aunque no en la misma proporción en el segmento de pobreza extrema en las zonas rurales.

ii) Fortalecimiento del sistema de referencia de pacientes. El SIS reconoce sólo las afiliaciones ocurridas en los establecimientos públicos de primer nivel, exigiendo que la atención en establecimientos de mayor complejidad se haga previa referencia del paciente.

iii) Modificación del financiamiento presupuestal histórico por financiamiento ligado a la producción. El SIS es la única vía de financiamiento del Ministerio de Salud que reembolsa las atenciones a los establecimientos públicos y por tanto ha tenido efectos positivos sobre la capacidad de facturación de los prestadores y una mayor conciencia de los costos de operación.

iv) Mayor conocimiento de mecanismos de aseguramiento. El debate en torno al SIS ha colocado como tema prioritario de política la universalización del aseguramiento de salud y la búsqueda de una nueva organización del sistema de salud en el país.

Con relación a la definición de la agenda prioritaria para la mejora del desempeño del aseguramiento público, se pueden señalar los siguientes temas:

i) Incrementar el financiamiento. El financiamiento disponible del SIS es insuficiente, aún cuando se aplicara el sistema de focalización en forma exitosa. Cálculos preliminares indican que al menos de 26 a 30 millones de dólares anuales adicionales son requeridos para cumplir con el mandato declarado del SIS.

ii) Implementar el sistema de focalización. Este año el SIS debiera comenzar a modificar su sistema de afiliación de modo que funcione vinculado a un sistema de focalización individual común a todos los programas sociales, denominado *Sistema de Focalización de Hogares* (SISFOH). Esta vinculación se inscribe en el marco del Decreto Supremo 130-2004-EF, que establece los lineamientos de la estrategia nacional de focalización, y en la Resolución Ministerial Nº 399-2004/PCM, que reglamenta el funcionamiento del SISFOH.

   El objetivo es crear un instancia que consolide, verifique y dé consistencia a toda la información proveniente de la aplicación de una ficha Socioeconómica única. En función de esta información, se deberá determinar una priorización de hogares (es decir, ordenados desde los más pobres y vulnerables hasta los menos pobres). Los programas sociales, y en primera instancia el SIS, utilizarían esta priorización para definir su población objetivo según su disponibilidad presupuestal. Este escenario implica para el SIS no solamente la adecuación al sistema de focalización, sino también brinda la oportunidad de desarrollar una política de asignación de subsidios (por ejemplo, subsidios escalonados) que permita incrementar su impacto y cobertura.

iii) Modificar la asignación y ejecución presupuestal. La distribución geográfica de recursos observada para el caso del SIS se está procurando mejorar mediante la aplicación de un índice basado en indicadores de pobreza (aprobado mediante Resolución Ministerial Nº 400-2004/PCM). Potencialmente ello implicaría un desplazamiento progresivo de recursos desde las zonas menos pobres, como Lima, hacia las más deprimidas como Puno o Huancavelica (donde el presupuesto como mínimo debería duplicarse). Sin embargo, este cambio distributivo es dificultado por la rigidez en la estructura de oferta de servicios públicos de salud (debido a la rigidez presupuestal). Por ello urge desarrollar formulas de asignación de recursos que permita garantizar un equilibrio de flujos de recursos al interior de la red pública de servicios de salud.

iv) Desarrollar nuevos mecanismos de pago. Se requiere el diseño e implementación de nuevos mecanismos de pago para introducir los incentivos adecuados en los prestadores.

   Propuestas anteriores para el desarrollo de experiencias piloto han señalado la conveniencia de probar una mezcla de modalidades, incluyendo el pago por servicios para atenciones de alta externalidad, pagos capitados para los servicios ambulatorios y pagos por grupos relacionados por diagnósticos para servicios de hospitalización. En tal sentido, es

recomendable poner en operación estas propuestas de modificación del mecanismo de pago actual, incluyendo la protocolarización de las atenciones y la agilización de procedimientos administrativos.

v) Analizar los planes de seguros contributivos. El SIS ha incursionado en el mercado de seguros potestativos ofreciendo un seguro contributivo al gremio de trabajadores de mercados informales, buscando de esta manera ampliar el aseguramiento a los trabajadores independientes de ingresos medios. Se reconoce esta estrategia como potencialmente deseable en tanto permita ofrecer una alternativa de aseguramiento a la población de ingresos medios que sería excluida del subsidio público al aplicarse la estrategia de focalización a partir del 2005. Para asegurar la viabilidad financiera del plan diseñado, y evitar desequilibrios financieros al propio SIS o a los establecimientos públicos son nesesarias:

   a. Primas fijadas por debajo de los costos totales.
   b. Tarifas de reembolso fijadas en función a costos variables. Es fundamental evaluar el plan contributivo, tomando en consideración criterios económico-financieros y legales.

vi) Abordar la agenda de ampliación del aseguramiento y su regulación. En una perspectiva de reforma más amplia, la ampliación del aseguramiento en el país requiere que se definan planes de seguros básicos y complementarios, que puedan ser provistos tanto por el sector público como el privado. Para ello, es necesario llevar a cabo un estudio de carga enfermedad que permita llenar el vacío de información actualmente existente en el país y establecer un horizonte de mediano y largo plazo de ampliación de la cobertura de seguros y su financiamiento requerido. Por otro lado, es necesario diseñar y poner en operación una Superintendencia de Salud (tanto financiera como de prestación de servicios de salud), que asegure una regulación y supervigilancia adecuadas, aspectos que hoy son débiles en el sistema de salud peruanos.[29]

   Además de las dos experiencias y del trabajo normativo de carácter sustantivo desarrollado en el sector salud antes revisados. A continuación se presentan algunas propuestas normativas y conceptuales realizadas en los primeros años del actual quinquenio, que han merecido una importante atención de las autoridades nacionales de salud y que podrían, tal vez, revestir algún interés para la regulación de recursos humanos en salud:

   i) El Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS)
   ii) El Modelo de Atención Integral de Salud.

[29] PHR Plus, Boletín primera quincena Marzo 2005.

9. El Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS)

La Ley 27813, del 12 de agosto del 2002, define que el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de salud (SNCDS) tiene como finalidad:

> *"Coordinar el proceso de aplicación de la política nacional de salud, promoviendo su implementación concertada, descentralizada y coordinando los planes y programas de todas las instituciones del sector a efecto de lograr el cuidado integral de la salud de todos los peruanos, y avanzar hacia la seguridad social universal en salud"*[30].

El mencionado dispositivo legal propone una serie de atributos que definen al llamado Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS):

Se dice que el SNCDS es el conjunto interrelacionado de organizaciones, instituciones, dependencias y recursos nacionales, regionales y locales del sector salud y otros sectores, cuyo objeto principal es desarrollar actividades orientadas a promover, proteger y recuperar la salud de la población.

Respecto a su conformación y organización, se enumeran las organizaciones vinculadas a la prestación de servicios de salud en el Perú, sin precisar su relación y la naturaleza de la misma para conformar el llamado sistema. Así, se menciona que el SNCDS está conformado por el Ministerio de Salud, como órgano rector del sector salud, el Seguro Social de Salud, los servicios de salud de las municipalidades, las sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, los servicios de salud del sector privado, las universidades y la sociedad civil organizada. La participación de estas entidades se realiza sin perjuicio de la autonomía jurídica, técnica, administrativa, económica y financiera, así como de las atribuciones que les confieren la Constitución y la ley.

La ley es más bien exhaustiva en establecer una serie de espacios consultivos, a los que denomina órganos de concertación y coordinación del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud. Estos son:

- El Consejo Nacional de Salud
- El Consejo Regional de Salud
- El Consejo Provincial de Salud

El Consejo Nacional de Salud (CNS), es un órgano consultivo del Ministerio de Salud y tienen además la misión de concertación y coordinación nacional del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud. A nivel regional y local, se señala que el SNCDS se organiza acorde

[30] SNCDS, Ley 27813 agosto 2002.

al modelo de descentralización coordinada de los sistemas regionales y locales de salud de acuerdo a ley de bases de la descentralización y la ley orgánica de municipalidades. A nivel de regiones se conforman los Consejos Regionales (CRS) que se convierten en órganos de asesoría de los gobiernos regionales que es el encargado de formular las políticas de salud.

A nivel provincial se conforman los Consejos Provinciales de Salud (CPS), que tendrán una labor de coordinación local.

Se menciona que el CNS constituye los comités nacionales de servicios de salud, información y planificación coordinada, medicamentos, articulación docencia-atención de salud-investigación y otros que estime pertinentes de acuerdo a sus fines[31].

Este dispositivo, que podría denominarse apropiadamente Ley de los Consejos de Salud, en realidad reedita mecanismos consultivos presentes en la legislación peruana de salud desde la década del sesenta. Tiene entre sus limitaciones la falta de distinción entre espacios de desarrollo de políticas y de negociación política y espacios de asesoramiento técnico. Esta confusión ha hecho que este instrumento a poco más de dos años de su creación se encuentre agotado y sin una agenda clara, representando en la práctica una instancia burocrática más en el sector salud.

De otro lado, al tratarse de una materia en la que existen antecedentes y experiencia nacional e internacional, llama la atención que antes de su diseño no se haya valorado dichos antecedentes.

10. Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)

En los debates y propuestas de modernización y reforma en salud, en numerosas ocasiones, se ha identificado la necesidad de producir cambios en los modelos de atención que aborden de manera integral la salud de los individuos, las familias y las comunidades.

El Modelo de Atención puede ser concebido como un "instrumento metodológico de interpretación-intervención de aquellas las prácticas sociales[32] en salud dirigidas a las personas, colectividades y al ambiente".

Toda práctica social en salud pretende ser una respuesta individual o colectiva a una o más necesidades de atención de la salud para cuidar la salud, es decir, la promoción, protección y recuperación de la salud perdida o la curación de la enfermedad de los individuos, las colectividades y del ambiente.

[31] SNCDS, Ley 27813 de agosto de 2002.

[32] La Organización Panamericana de la Salud conceptúa a las prácticas sociales en salud como"*el conjunto de hechos y actuaciones socialmente reconocidos y ejecutados por las sociedades, ya sea colectiva o individualmente, pero siempre con significado público.*"

El modelo es un instrumento conceptual de representación de la realidad para pretender un abordaje de la misma, de forma deductiva, a través del pensamiento racional, y subjetiva, a través de interpretaciones valorativas o "miradas"[33].

El MINSA, en el año 2001, elaboró una propuesta conceptual que recoge los debates sobre esta categoría. En ella establece que el Modelo de Atención de Salud es el marco conceptual de referencia que define el conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que, operando coherentemente, garantizan la atención a las personas, las familias y la comunidad, para satisfacer sus necesidades.

En esta propuesta se establecen principios como:

i) La integralidad (eje del modelo del MINSA),

ii) La universalidad,

iii) La equidad,

iv) La calidad, etc.

La propuesta menciona que son componentes del modelo:
La prestación, el financiamiento, la organización y la gestión[34].

La integralidad del modelo tiene varias dimensiones: las personas son el centro del modelo, aborda las diversas necesidades de salud de las personas en cada etapa de su vida (niñez, adolescencia, adultez, senectud), sean hombres o mujeres, desde la fecundación hasta la muerte.

La familia es la unidad fundamental del gran sistema social que representa la comunidad. La comunidad y el ambiente forman parte intrínseca de la realidad de las personas y la familia[35].

Los autores de la propuesta consideran que el MAIS, en proceso de construcción, debe constituirse en el marco de referencia para la atención de salud en el país y, consecuentemente, para la gestión del desarrollo de recursos humanos de salud, considerando que está basado en el desarrollo de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, orientados a lograr una persona, familia y comunidad saludables.

Respecto a esta propuesta conceptual, es necesario mencionar que recoge los valores y principios establecidos por la salud pública a nivel internacional hace varias décadas. Sin embargo, en la medida de tratarse de un enfoque apriorístico requiere ser sometido a la experiencia en terreno para identificar sus bondades y limitaciones y analizar su factibilidad y viabilidad de manera concreta.

[33] Lazo O. y Nino A. *Innovando Modelos de Atención. La experiencia sanitaria de Cajamarca*. UPCH y APRISABAC. Cajamarca, Agosto de 2001.
[34] MINSA Perú. *Aspectos teórico conceptuales para la organización de la oferta de servicios de salud*. Documento Técnico. DGSP. DESS, Lima, 2002.
[35] *Lineamientos de política nacional de desarrollo de recursos humanos en salud*.

Es decir, validar su pertinencia a través de experiencias piloto (o aplicaciones iniciales) que permitan estimar los recursos necesarios para su implementación, sus costos e identificar los nudos críticos y cuellos de botella para su aplicación práctica.

En la siguiente sección se presenta la situación de los recursos humanos en salud en el Perú.

Capítulo III

SITUACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS DE SALUD EN EL PERÚ[36]

1. Inadecuación de la formación de personal de salud a las necesidades de los servicios de salud y de la salud de la población

En el Perú, al igual que en otros países de la región de la Américas, es creciente la tendencia de la oferta creciente de nuevos recursos humanos. En el caso peruano esta situación se explica por el incremento no planificado de nuevas facultades de Ciencias de la Salud e institutos tecnológicos superiores (principalmente privados), que han producido un aumento en el número de egresados[37].

En el 2003 ya existían a nivel nacional 44 facultades y escuelas de Enfermería, 28 facultades de Medicina, 25 facultades de Obstetricia, 21 facultades de Odontología y 372 institutos tecnológicos superiores de formación de técnicos en salud[38].

Esta oferta educativa ha continuado incrementándose, manteniendo la desarticulación con los requerimientos de competencias para la atención en salud que se derivan de las necesidades de los servicios de salud y de la población, así como del modelo de gestión por resultados establecido en las políticas de salud.

[36] Referencia Lineamientos de Política de Salud. IDREH, 2004.
[37] Proyecto Generación de Capacidades. *Análisis Sectorial de los Recursos Humanos en Salud*. Bases para los Lineamientos de Política en Salud. Marzo, 1998.
[38] Asamblea Nacional de Rectores, ASPEFEEN y ENSAP, 1998.

2. Relaciones laborales rígidas y sin incentivos para mejorar el desempeño

En cuanto a las relaciones laborales en el sector salud, se mantienen en un marco jurídico que privilegia la posesión del puesto independientemente del desempeño.

En un 68% de los casos el "nombramiento" el personal se siente más estable, con ausencia de mecanismos para el cumplimiento de una línea de carrera y de mecanismos de evaluación de desempeño, que vincule la productividad-calidad al escalafón de ascensos y desarrollo personal.

Paralelamente han surgido modalidades de flexibilidad laboral expresadas en nuevos esquemas de pago y modalidades contractuales. Los denominados servicios no personales (SNP) que no han solucionado el problema, dando en cambio lugar al surgimiento del trabajo precario en salud y a una alta rotatividad del personal, y como resultado el deterioro en la calidad de la atención.

Según el censo de 1996, casi la mitad del volumen total del personal que trabajaba en salud correspondía al grupo de los técnicos y personal de servicios, constituyendo una importante fuerza laboral en el sector salud, especialmente en el MINSA y, en particular, en los centros y puestos de salud[39].

La extensión de coberturas en la década pasada permitió la ampliación de la capacidad de oferta de servicios de salud, especialmente en zonas alejadas, rurales y dispersas. Al dotar a los establecimientos de personal profesional, técnico y auxiliar, alivió pero no resolvió la distribución inadecuada de personal de salud.

Por otro lado la modalidad contractual que se utilizó (contratos por servicios no personales) generó precariedad laboral, situación que aún no logra revertirse.

El MINSA es el principal empleador de los recursos humanos en salud para todos los grupos ocupacionales. El subsector privado constituye un importante mercado laboral para los médicos y los odontólogos, fundamentalmente (26,3% en promedio).

Con relación a la composición del personal[40] hay un claro predominio del personal técnico y de apoyo, sobre todo en el MINSA y, dentro de la profesión médica, una fuerte presencia de subespecialidades[41].

Los bajos salarios del personal de salud hacen que los trabajadores recurran a fuentes adicionales de ingreso, produciéndose el fenómeno del multiempleo y causando dificultades para su óptimo desempeño.

[39] Proyecto Generación de Capacidades.
[40] Proyecto Generación de Capacidades.
[41] Especialidades "básicas": Medicina Interna, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Pediatría. Sub especialidades: Cirugía de Tórax, Cardiología, Dermatología entre otros.

3. Gestión de recursos humanos en salud inefectiva y burocratizante

No se cuenta con un sistema de evaluación del desempeño ni adecuados mecanismos de reclutamiento y selección de personal de salud, dado que hay fragmentación en el abordaje de los recursos humanos, y las instancias existentes (las oficinas de personal y capacitación) no dialogan ni mucho menos se integran.

El proceso de desarrollo de recursos humanos se reduce así a una agregación de procedimientos y actividades con diversos objetivos y diferentes estrategias, y que lejos de potenciarse recíprocamente y acumularse en el sentido de avanzar hacia un proceso de desarrollo de recursos humanos transformador, a menudo se agota en cambios puntuales y muchas veces efímeros, sin mayor impacto y, más aún dan lugar a un cuadro de creciente ingobernabilidad, desorientación y fragmentación.

La mayoría de las regiones de salud aún no cuentan con una unidad para la gestión y desarrollo de recursos humanos; asimismo, se observa débil capacidad técnica para asumir funciones inherentes a este campo[42].

En relación a la organización del trabajo en las instituciones de salud, las pautas se dan en las unidades más estructuradas (salud de las personas, DIGEMID, entre otros), desde las que se emiten normas que orientan la distribución de funciones y responsabilidades.

A nivel de las unidades operativas (hospitales, centros de salud, etc.), los jefes de servicios o de departamentos (cirugía, consulta externa, emergencia, enfermería, etc.) son los encargados de organizar el trabajo. Los niveles directivos o gerenciales de los servicios de salud no suelen intervenir en esta función que generalmente consideran de exclusiva responsabilidad de los gerentes intermedios.

La organización del trabajo se aborda en forma limitada, enfatizándose los aspectos de las relaciones del trabajo y los trabajadores (dependencia, integración), mientras se soslaya el campo de las condiciones e insumos que el personal requiere para el desarrollo de su trabajo. La línea de carrera del personal de salud del sector público no se aplica. El D. L. 276 Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público Nacional, tiene vigencia sólo hasta el 2005 en tanto con fecha 19 de febrero del 2004 el Congreso de la República acaba de promulgar la Ley 28175, Ley Marco del Empleado Público, que deberá ser complementada con otras propuestas legislativas y también reglamentada.

No obstante, ESSALUD y el MINSA vienen otorgando algunos incentivos por productividad, bajo criterios eficientistas; sin embargo, éstos son percibidos por el trabajador como compensación a las bajas remuneraciones y no como un estímulo por su desempeño.

[42] IDREH. *Bases para la Orientación de la Gestión Descentralizada de Recursos Humanos*. *pp*. 34 –35. Diciembre de 2002.

La gestión de recursos humanos en los servicios de salud aún no se constituye en una función importante del nivel de dirección de los servicios, salvo cuando surge algún conflicto o deficiencia que altere o interfiera la producción del servicio en la atención de la salud.

Persisten en muchos servicios condiciones y prácticas que hacen que la gestión de recursos humanos del sector salud sea muy débil y poco efectiva, a lo que se suma el bajo profesionalismo entre los responsables de la gestión de recursos humanos.

4. El Ministerio de Salud y la regulación de recursos humanos en salud

El cuarto lineamiento del documento "Lineamientos de política sectorial para el periodo 2002-2012 y en los principios fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del quinquenio agosto 2001-julio 2006" del Ministerio de Salud, señala que:

> *"El desarrollo de los recursos humanos debe ser enfocado como una necesidad de todo el sector salud, para lo cual es indispensable determinar las necesidades nacionales y, en concordancia con ello, realizar una planificación concertada de formación y uso de recursos humanos"*[43].

Ese enunciado expresaría una intención de asumir el desarrollo de la regulación de recursos humanos en salud e implica la necesidad de generar capacidades para asumir esa responsabilidad.

Como se ha señalado antes, las regulaciones en el campo de los recursos humanos en salud son por lo general el resultado vectorial del poder, de los recursos, la habilidad y oportunidad que los agentes institucionales y sociales ponen en juego.

La cuestión regulatoria y su necesario desarrollo, en el marco de una nueva manera de entender la función de autoridad sanitaria, está en la agenda del día del sector salud de todos los países. Es notoria la complejidad que la regulación adquiere en el sector salud.

Por lo general, los modelos de regulación contemplan mecanismos para la definición de características, referidos a procesos como la práctica profesional o la educación, y los estándares técnicos que éstos procesos deben alcanzar.

En lo que refiere al ***ejercicio de profesiones médicas*** y afines de las actividades técnicas y auxiliares en el campo de la salud, se norma, entre otros temas, sobre la expedición de recetas, certificados e informes vinculados a la salud de los pacientes; la reserva del acto médico; la exclusividad del médico, del cirujano-dentista y la obstetriz para la prescripción de medicamentos dentro del área de su profesión; la información al paciente; la investigación experimental y sobre situaciones que determinan la obligación de información a las autoridades competentes.

[43] Ministerio de Salud de Perú. *Lineamientos de Política sectorial para el periodo 2002-2012 y Principios fundamentales para el plan Estratégico Sectorial del quinquenio agosto 2001-julio 2006*. Políticas de salud 2002-2012.

En lo referente a establecimientos de salud, la normatividad estaba restringida a un decreto supremo que diferenciaba entre los establecimientos públicos y los privados. Se trató de unificar en un solo reglamento lo público y lo privado. Se tuvo en consideración que si bien las necesidades de organización de la estructura de prestación de servicios pueden diferir entre un establecimiento público y una clínica, en materia de regulaciones sobre seguridad, infraestructura, calidad, las reglas debían ser las mismas[44]. La idea era brindar el marco donde estuviesen estipuladas las cosas sustantivas y generales, a partir del cual se desarrollasen reglamentos para temas específicos.[45]

[44] Ministerio de Salud. Grupo de Trabajo encargado de la elaboración del Proyecto de Ley General de Salud (1997). Documento de presentación del contenido y alcance del proyecto de Ley General de Salud para los fórums descentralizados de discusión, en las ciudades de Trujillo y Arequipa.

[45] Informe AMARES.

Capítulo IV

UNA NUEVA REORGANIZACIÓN DE LAS ACCIONES EN EL CAMPO DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Según la nueva Ley, el Ministerio de Salud 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, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural.[46]

Dentro de las competencias de rectoría, el artículo tercero se refiere a los recursos humanos. En dicho artículo se señala que el MINSA se encarga "del análisis y regulación técnica de la prestación de servicios de salud, acreditación de establecimientos, certificación y recertificacion del ejercicio de las profesiones de la salud".[47]

En su artículo tercero inciso 11 indica 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".

En la cuarta disposición transitoria se refiere a que la Escuela de Salud Publica (ESP) cambia de denominación por Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, manteniendo su rango Universitario, por RM se establecerán los mecanismos de transferencia y evaluación las gestiones y capacidades para la asunción de la nueva misión.

En el reglamento de la ley de Organización del Ministerio de Salud se definen varios procesos, dentro de ellos el de recursos Humanos.

[46] Ley del Ministerio de Salud.
[47] Ley del Ministerio de Salud 27657, enero de 2002.

1. De la Escuela de Salud Pública (ENSAP) al Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud (IDREH)

La Escuela de Salud Pública (ENSAP) tuvo una larga y reconocida historia en la formación de recursos humanos en salud y como centro de producción de propuestas sanitarias en todos los niveles. Esa imagen y acción se fue deteriorando con el tiempo.

En 1985 se promulga la Ley del Ministerio de Salud. En esa ley se crea por primera vez la Oficina General de Recursos Humanos en el MINSA. El ministro Tejada sostenía que la escuela no respondía a las exigencias de ese entonces y por lo tanto se le restringió a formar funcionarios del MINSA en áreas específicas, lo cual limitaba sus funciones. La disposición era que la capacitación sólo debía darse a los niveles operativos. En esa época se dispone que el jefe de la Escuela sea además el Director de Recursos Humanos. Esta situación fue modificada con el Decreto Legislativo 584 que le da una nueva estructura al MINSA y allí ya no se considera como órgano estructural a la Dirección de Recursos Humanos.

El 29 de enero de 2002, mediante la nueva ley del Ministerio de Salud (Ley N° 27657), la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), cambia su denominación a Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH).[48]

2. El Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH)

La Ley N° 27657 crea el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos con la misión de conducir las actividades de investigación académica, formación, capacitación y especialización del personal de salud, así como su desarrollo y evaluación de su calidad en el ámbito nacional.

Así mismo, se aprueban una serie de normas como el reglamento de organización y funciones del IDREH; la constitución del Comité Nacional de Articulación Docencia, Atención de Salud e Investigación (CONADASI), que crean un marco organizativo con muchos vacíos y sin asegurar los recursos necesarios para el cumplimiento de las tareas asignadas.

Se confunde creación de estructuras orgánicas y cambios burocráticos con la necesidad de desarrollar una nueva institucionalidad y generar capacidades para asumir los planteamientos retóricos enunciados en los Lineamientos de Política de Salud, repitiendo un error frecuente en las reorganizaciones por las que ha pasado el Ministerio de Salud a lo largo de su historia.

En ese entorno, al flamante IDREH se le asigna la función de rectoría sectorial en el campo de los recursos humanos en salud, la misma que le exige la formulación de políticas, la planifica-

[48] Adaptado del discurso del Dr. Rómulo Carrión en el III aniversario del IDREH, febrero de 2005.

ción, 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 sin dotar al nuevo instituto de los medios para asumir tan importante responsabilidad.

El IDREH tiene como misión conducir las actividades de investigación académica, formación, capacitación y especialización del personal, el desarrollo y la evaluación de la calidad de los recursos humanos del sector salud.

Para el cumplimiento de su misión debe realizar las siguientes funciones:

i) Proponer políticas, acciones y programas de desarrollo de recursos humanos para la salud, en concertación con las instituciones formadoras y prestadoras de servicios de salud, colegios profesionales, asociaciones científicas, entidades internacionales y sociedad; proyectar la oferta, demanda y especificaciones para la planificación estratégica de desarrollo de recursos humanos para el sector salud, en coordinación con la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos y la Oficina General de Planeamiento Estratégico.

ii) Lograr el desarrollo de capacidades y habilidades de gestión y administración pública de la salud en el personal del sector salud, en coordinación con la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.

iii) Proponer políticas y normas para regular la especialización, formación, capacitación, certificación y recertificación de los recursos humanos del Sector Salud.

iv) Regular y gestionar los programas de internado, residentado y SERUMS. Promover, conducir y desarrollar la formación, capacitación, certificación y recertificación de los recursos humanos del Sector Salud.

v) Articular las redes y sistemas de información interinstitucional, referidas al desarrollo y desempeño de los recursos humanos del sector salud.

vi) Proponer políticas y conducir el desarrollo y evaluación de la calidad de los recursos humanos del sector salud, en coordinación con la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos del MINSA.

vii) Determinar los objetivos, metas, metodologías y estándares de evaluación de la calidad de los recursos humanos.

viii) Conducir las actividades de investigación académica.

El IDREH en la publicación "Bases para la gestión descentralizada de RRHH"[49] caracteriza de la siguiente manera a la gestión de recursos humanos:

[49] Op cit. IDREH.

- Tener debilidades en el ejercicio de la rectoría en el campo de los recursos humanos.

- Ser fragmentada y con problemas de gobernabilidad al desarrollarse como una práctica únicamente administrativa, restringida a la oficina de personal (atención principal es el registro y control de los aspectos normativos del ciclo administrativo y de la carrera funcionaria) y, paralelamente, desarrollarse como práctica instrumental restringida a unidades que administran la capacitación del personal y realizan actividades de manera periódica.

- No dar atención al proceso de trabajo propiamente dicho: la cultura organizacional, la división técnica, la calidad, la productividad, el desempeño, la supervisión, la innovación tecnológica, etc.

- Tener una debilidad ostensible en la gestión de las relaciones laborales y la conflictividad que surge de la contradicción entre intereses de los usuarios, las organizaciones gremiales y el Estado.

- Dar escasa y débil atención a la gestión de la salud ocupacional.

- Dar escasa y débil atención a las políticas de estímulos.

- Presentar muchas limitaciones para intervenir en la gestión de los servicios de terceros (**outsourcing**), que hoy ha surgido en los servicios de salud.

- Ausencia de una visión compartida en el campo de los recursos humanos de salud.

3. Proceso de desarrollo de recursos humanos [50]

El proceso de desarrollo de recursos humanos tiene como objetivo funcional general, lograr el desarrollo de los recursos humanos en el sector. El jefe del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos debe diseñarlo, rediseñarlo y mejorarlo continuamente en coordinación con la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos. Está conformado por los siguientes subprocesos:

i) **Proyección estratégica de recursos humanos**, cuyo objetivo funcional es proyectar la oferta, demanda y especificaciones para la planificación estratégica de desarrollo de recursos humanos para el sector salud. Está a cargo del IDREH en coordinación con la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos y la Oficina General de Planeamiento Estratégico.

[50] Reglamento de ley N° 27657 del Ministerio de Salud, setiembre de 2002.

ii) **Formación y especialización de recursos humanos**, cuyo objetivo funcional es mejorar la formación y especialización de los recursos humanos del sector salud. Está a cargo el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos.

iii) **Regulación y administración de recursos humanos**, cuyo objetivo funcional es lograr la regulación y cumplimiento de las normas de administración de personal. Está a cargo del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos en coordinación con la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos y de las que hagan sus veces en los organismos públicos descentralizados y órganos desconcentrados.

iv) **Contratación y remuneración**, cuyo objetivo funcional es lograr que la institución cuente con el personal contratado, remunerado y asignado a los cargos o puestos de trabajo. Está a cargo de la Oficina Ejecutiva de Gestión de Recursos Humanos y de las que hagan sus veces en los organismos públicos descentralizados y órganos desconcentrados.

v) **Capacitación y evaluación**, cuyo objetivo funcional es desarrollar en el personal las capacidades, conocimientos, habilidades y actitudes requeridas por la institución; así como evaluar su desempeño. Está a cargo del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos y la Oficina Ejecutiva de Desarrollo de Recursos Humanos, y de las que hagan sus veces en los organismos públicos descentralizados y órganos desconcentrados.

vi) **Desarrollo y bienestar**, cuyo objetivo funcional es lograr la identificación y compromiso de los recursos humanos en el logro de la visión, misión y en el desarrollo de la cultura organizacional. Está a cargo del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos y la Oficina Ejecutiva de Desarrollo de Recursos Humanos a nivel sectorial y de las que hagan sus veces en los organismos públicos descentralizados y órganos desconcentrados a nivel institucional.

vii) **Regulación y evaluación de la calidad de recursos humanos**, cuyo objetivo funcional es establecer las normas y evaluar la calidad de los recursos humanos del sector salud. Está a cargo del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos en coordinación con la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos.

4. La Oficina General de Gestión de Recursos Humanos

En la antes mencionada Ley 27657 del Ministerio de Salud, en su artículo 21 se refiere que la oficina de Gestión de Recursos Humanos es uno de sus órganos de apoyo a quien se le encarga la administración y gestión de los recursos humanos del Ministerio de Salud.

Esta oficina general tiene dos oficinas ejecutivas de administración y desarrollo de recursos humanos. Sus principales funciones relacionadas con la regulación son:

i) Regular y administrar la gestión de recursos humanos del Ministerio de Salud en cumplimiento a la normatividad vigente.

ii) Regular y supervisar el cumplimiento de los deberes, derechos y obligaciones del personal.

iii) Programar y supervisar la implementación de programas y proyectos de bienestar social.

iv) Desarrollar y mejorar la cultura organizacional y crear un clima laboral adecuado para el cumplimiento de los fines del Ministerio de Salud.

v) Desarrollar y evaluar el desempeño productivo y la calidad de los recursos humanos.

La Oficina Ejecutiva de Administración de Recursos Humanos tiene los siguientes objetivos:

i) Proponer la política y actualización de las normas generales y específicas de administración del personal y hacerlas cumplir.

ii) Identificar las necesidades de recursos humanos del Ministerio de Salud, que deben asignarse a los puestos de trabajo para desarrollar los procesos y sistemas organizacionales.

iii) Cumplir la normatividad vigente sobre los procesos técnicos y acciones de personal relativos a la planificación de recursos humanos, reclutamiento, selección, contratación, escalafón, registro y control de personal; remuneraciones, pensiones, movimientos de personal y relaciones laborales, así como a la formulación de políticas, normas y estadísticas de personal y otras actividades relacionadas.

La Oficina Ejecutiva de Desarrollo de Recursos Humanos está a cargo de los siguientes objetivos:

i) Proponer la política y actualización de las normas generales y específicas de desarrollo del personal y hacerlas cumplir.

ii) Identificar necesidades y programar la capacitación y evaluación del desempeño, para desarrollar en el personal las capacidades y habilidades requeridas por la institución.

iii) Motivar y comprometer a los recursos humanos en el logro de la misión y visión y en el desarrollo de la cultura organizacional del Ministerio de Salud.

iv) Lograr el bienestar de los recursos humanos y crear un clima laboral adecuado.

v) Desarrollar y mejorar continuamente la cultura organizacional del Ministerio de Salud.

5. Nivel regional. Direcciones regionales de Salud (DIRESA)

Por R.M. 573-2003, del 27 de mayo, se establece el reglamento de organización y funciones de las Direcciones de Salud con el propósito de establecer la organización estandarizada de las Direcciones de Salud a nivel nacional, normando su naturaleza, visión, misión y objetivos establecidos. Así como sus relaciones, régimen laboral, régimen económico.

En ese reglamento, en el artículo 7, como organismo de apoyo a la Dirección de Salud, establece la Oficina de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos. Esta Oficina depende de la Dirección General esta a cargo de una serie de funciones entre ellas las principales:

i) Proponer la programación de necesidades de selección, contratación, registro y asignación de personal a los cargos o puestos vigentes, gestión de los recursos humanos, y velar por el bienestar de los recursos humanos con el propósito de crear un clima laboral adecuado.

ii) Proponer y evaluar los convenios con las entidades formadoras a nivel profesional y técnico, y evaluar la calidad de los recursos humanos con apoyo del IDREH.

iii) Coordinar con los organismos correspondientes a la ejecución de los programas de residentazo médico, SERUMS e internado.

6. Redes de salud

Las redes, en lo que respecta a la Gestión y Desarrollo de los Recursos Humanos, se establece que son las encargadas de lograr el establecimiento de los procesos y procedimientos para organizar los Recursos Humanos, financieros y tecnológicos en la Dirección de la Red de Salud y en sus órganos desconcentrados.

A nivel de redes se identifica dos áreas de Gestión:

i) El área administrativa.

ii) La oficina de desarrollo institucional que tendría que ver con la prestación.

La oficina de administración se encarga de lograr los objetivos funcionales asignados en los procesos, financiamiento, logística integrada y gestión de recursos humanos; mantener el funcionamiento de los sistemas administrativos de personal, logístico, contabilidad y tesorería; administrar el personal de la dirección de la red de salud y lograr la capacitación y bienestar en un clima organizacional adecuado.

Una unidad de Recursos Humanos depende de la oficina de administración y está encargada de los siguientes objetivos funcionales:

i) Cumplimiento de la normas, desarrollo de recursos humanos básicamente dirigidos a la capacitación.

ii) Identificar necesidades de recursos humanos.

iii) Establecer, ejecutar la programación, reclutamiento, selección, contratos, registro, asignación e inclusión del personal para cubrir puestos de trabajo o cargos.

iv) Crear un clima y cultura institucional adecuada.

v) Coordinar la ejecución del SERUMS.

7. Lineamientos de política nacional para el desarrollo de recursos humanos en salud

El campo de recursos humanos comprende:

i) La educación.

ii) El trabajo.

iii) La profesionalización.

iv) Los mercados laborales.

Las políticas de recursos humanos intervienen sobre este campo a través de tres funciones:

i) La planificación, que actúa sobre el conjunto del campo.

ii) La regulación, que actúa sobre las esferas de la educación, el trabajo, la profesionalización y los mercados laborales.

iii) La gestión, que actúa sobre las esferas de la educación y el trabajo.

Las políticas de desarrollo de recursos humanos son políticas-medio y están al servicio de los modelos de atención, financiamiento y gestión; buscan que los trabajadores sean competentes, estén motivados, sean adecuadamente remunerados y protegidos, se desempeñen de manera eficiente en los servicios adecuados, en el lugar y en el momento en que se les necesita.

Las políticas de recursos humanos constituyen pactos sociales frente a las demandas de la población por ejercer el derecho a la salud. Las demandas y derechos de los trabajadores de salud (incluyendo a los agentes comunitarios de salud). Por ello, las líneas de acción prioritarias en recursos humanos tienen que ver con la intervención en la regulación de la oferta educativa

y las áreas prioritarias de formación, el fomento y autosostenimiento de la educación permanente, la intervención en el campo de la gestión del trabajo, el fortalecimiento de la capacidad de planeamiento y articulación, y la regulación de las profesiones.

Basados en el diagnóstico situacional de los recursos humanos en el sector salud, el marco de política sectorial, los principios y valores que sustentan las acciones de los recursos humanos y a través de un proceso participativo y concertado entre los diferentes actores sociales involucrados, el IDREH ha liderado el proceso en que se han formulado ocho lineamientos de política nacional para el desarrollo de recursos humanos en salud con sus respectivas estrategias.

1. Formación de recursos humanos de salud, con base en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS).

   El perfil demográfico, sociocultural y epidemiológico, 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 especialidad de medicina general integral y familiar, en los médicos y otros profesionales de salud, para desenvolverse profesionalmente con eficiencia en cualquier lugar del país y principalmente en el primer y segundo nivel de atención.

2. Planificación estratégica de recursos humanos con equidad, acorde al MAIS, el perfil sociodemográfico y epidemiológico.

   Considerando las necesidades de la población y las condiciones de trabajo del personal de salud, contribuyendo al mejor funcionamiento de los servicios de salud.

3. Gestión descentralizada de recursos humanos, 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.

4. Procesos eficaces, eficientes y equitativos de desarrollo de capacidades del personal de salud, con la estrategia de educación permanente en salud contribuyendo al desarrollo organizacional, a la atención de la salud y al mejoramiento de la salud de la población.

5. Valoración de los agentes comunitarios de salud como actores sociales relevantes del Sistema Nacional Coordinado Descentralizado de Salud (SNCDS). Así como su contribución a la salud y desarrollo, en el ámbito local, regional y nacional, en el marco de una visión compartida de la salud.

6. 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.

7. Mejora de las condiciones de trabajo, motivación y compromiso del trabajador, que contribuya a una renovada cultura organizacional y viabilice la entrega de servicios de calidad.

8. Impulso de los procesos de concertación y negociación en las relaciones laborales, basado en el respeto y dignidad del trabajador y en el logro de la misión institucional.

A continuación se revisan intervenciones que en el campo de los recursos humanos en salud son sistemas públicos que constituyen experiencias a valorar en el proceso de desarrollo de la regulación de recursos humanos en salud en el Perú.

Capítulo V

SISTEMAS PÚBLICOS Y EXPERIENCIAS DE REGULACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN EL PERÚ

1. Comisión para la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina Humana (CAFME)

El 18 de junio de 1999, la Ley N° 27154 institucionaliza la acreditación de las facultades o escuelas de Medicina para garantizar la calidad e idoneidad de la formación académico-profesional de los médicos cirujanos y de la atención de salud a la comunidad. La Ley dispuso, además, la creación de la Comisión para la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina Humana (CAFME), asignándole la elaboración de las normas para establecer los estándares mínimos de acreditación, así como la administración del proceso, su supervisión y evaluación permanente.

La Comisión creada se conforma por un representante del Ministerio de Salud, quien la presidirá, y un representante de cada una de las siguientes instituciones: Ministerio de Educación, Asamblea Nacional de Rectores (elegido entre los ex Decanos de las Facultades de Medicina de las Universidades del Perú), Consejo Nacional para la Autorización de Funcionamiento de Universidades (CONAFU) y Colegio Médico del Perú.

Se instruye al CONAFU para que suspenda la autorización de funcionamiento de nuevas facultades o escuelas de medicina humana en los proyectos de nuevas universidades presentados para su evaluación, en tanto se aprueben las normas para establecer los estándares mínimos de acreditación de las facultades o escuelas de medicina humana del país, que presentará la Comisión formada con refrendo de los ministros de Salud y de Educación.

Para la creación de facultades o escuelas de medicina humana en universidades ya institucionalizadas, con Asambleas Universitarias o su equivalente según Ley, y las que se encuentren en proceso de reorganización que están bajo la supervisión de la Asamblea Nacional de Rectores (ANR), requerirá de la evaluación previa del CAFME. Las facultades o escuelas de Medicina Humana que no alcancen los estándares mínimos de acreditación iniciarán un proceso de adecuación supervisado por la CAFME, en coordinación con la ANR y CONAFU, dentro de procedimientos especialmente señalados para cada caso.

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 cubrirá 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.

Se establece un plazo para la elaboración de la propuesta de normas para establecer los estándares mínimos de acreditación de facultades o escuelas de Medicina Humana que pondrá a disposición de los Ministerios de Salud y de Educación para su aprobación.

El 28 de diciembre de 2000, el decreto supremo N 005-2000-SA aprueba el reglamento de la ley que institucionaliza la acreditación de facultades o escuelas de medicina, y el 8 de enero 2001 se publican los estándares para la acreditación de facultades o escuelas de Medicina.

El 24 de julio 2001 se publica en las normas legales, los estándares mínimos para evaluación previa a la creación de una facultad o escuela de medicina humana en universidades con autorización de funcionamiento definitivo.

2. Características del proceso CAFME en el Perú:

El proceso se caracteriza por ser:

i) Autónomo,

ii) Impulsado por el nivel Gubernamental,

iii) Representativo,

iv) Único,

v) Sin afán de lucro,

vi) Obligatorio, y

vii) Autosuficiente

Los Rubros o áreas de acreditación son:

i) La Organización Académica,

ii) La curricula o currículo académico,

iii) Los procedimientos de admisión,

iv) La plana docente,

v) La prevención de riesgos de salud,

vi) La evaluación de las competencias adquiridas,

vii) Metodologías de evaluación y medición del aprendizaje,

viii) La organización administrativa,

ix) Los servicios académicos complementarios, y

x) La infraestructura física y equipamiento

Los resultados del proceso hasta el año 2001, fueron:

- 07 facultades de medicina acreditadas.
- 10 en plazo de cierre de brechas.
- 06 cumplen estándares para grado de desarrollo de la carrera.
- 01 autoexcluida.
- 04 en plazo de adecuación.

Situación actual del proceso

En cuanto a acreditación de facultades de Medicina se puede señalar que la obligatoriedad del proceso ha tenido una influencia importante y a pesar de las debilidades e insuficiencias iniciales, todas las facultades o escuelas de Medicina del país (28) se han incorporado al proceso.[51]

3. Consejo Nacional del Residentado Médico (CONAREME)

La formación de especialistas en el Perú se inicia a partir de la década del 50 bajo la forma de entrenamiento en servicio, en la década del 60 se abren las escuelas de graduados en las universidades de San Marcos y Cayetano Heredia, en la década del 70 dentro de la óptica de planificación que tenia el gobierno de aquel entonces se entra en un esquema de generación de sistemas de desarrollo y planificación.

[51] Presentación del CAFME, México, 2002.

En el año 1976 se forma lo que se llama el Sistema Nacional de Residentado Médico, que a lo largo de casi 30 años ha recibido ese nombre, o el de sistema nacional de formación de especialistas en el Perú. Es a partir de entonces que se establece un marco regulatorio legal que genera este sistema y genera las instancias con las responsabilidades consiguientes para poder planificar, desarrollar y regular el sistema.

Esa norma sufre modificaciones en el año 1988. Las bases del sistema son modificadas aunque una lectura crítica señala que no en lo sustancial, quizás se hace menos regulador en aquel entonces y se expide el decreto supremo 008-88 de ese año. Esta norma y su reglamento que se expide el año siguiente establece lo que ha sido la lógica del sistema en los últimos quince años, entonces las normas básicas son las del año 1988 y la que el 2 de diciembre del 2004 aparece en El Peruano, el reglamento del sistema nacional de residentado médico.[52]

Por Decreto Supremo Nº 036-86-SA, de fecha 27 de noviembre de 1986, se aprobaron las normas básicas del Programa Nacional de Residentado Médico, con el objetivo de perfeccionar las normas básicas del Programa Nacional, su actualización en virtud de la aplicación de la normatividad vigente. Asimismo, tomar en cuenta las recomendaciones hechas por el Comité Nacional de Residentado Médico y principalmente por la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM) que sugirieron la modificación de algunos artículos de dichas normas básicas.

Las Normas Básicas del Sistema Nacional de Residentado Médico "determinarán la promoción de especialistas en Medicina Humana mediante la modalidad de residentado, médico, en las facultades de Medicina de las universidades del país y rigen también en los convenios que celebran las universidades con las instituciones de servicios de salud del sector, los que serán aprobados por resolución suprema a propuesta del ministro de Salud. Dichos convenios podrán considerar situaciones específicas en función a la naturaleza y necesidades de las instituciones de servicios de salud, sin contravenir las bases generales".[53]

La ley indica que Integran el Sistema Nacional de Residentado Médico las siguientes instituciones:

i) Universidades con estudios de segunda especialización en Medicina Humana.

ii) Instituciones del sector salud: Ministerio de Salud, Instituto Peruano de Seguridad Social, sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, y entidades privadas que tengan convenio con las universidades.

iii) Instituciones representativas: Colegio Médico del Perú, Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM) y médicos residentes.

[52] Dr. Núñez, CONAREME.
[53] Decreto Supremo Nº 036-86-SA.

Define que son organismos del Sistema Nacional de Residentado Médico los siguientes:

i) El Comité Nacional de Residentado Médico: que es el máximo organismo del Sistema Nacional de Residentado Médico, y que tiene como funciones:

a. Elaborar las disposiciones complementarias y procedimientos que permitan la aplicación de las normas básicas del Sistema Nacional de Residentado Médico.
b. Formular las recomendaciones relativas al planeamiento curricular en las diversas especialidades.
c. Promover el desarrollo del Sistema Nacional de Residentado Médico.
d. Coordinar la participación de las instituciones responsables del desarrollo del sistema.
e. Establecer normas básicas de calificación de servicios y programas de residentado.
f. Evaluar permanentemente al Sistema Nacional de Residentado Médico y cada uno de los programas específicos, formulando recomendaciones para su perfeccionamiento y estará integrado por:

- El Director Técnico de Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.
- El Presidente de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM).
- Los directores de las escuelas, secciones o unidades de postgrado de las facultades de Medicina.
- Un representante por cada una de las Instituciones de Servicios de Salud donde se realicen programas de residentado médico.
- Un representante del Colegio Médico del Perú, nombrado por su Consejo Nacional.
- Un personero de los médicos residentes designado por los mismos.

El Comité Nacional de Residentado Médico será presidido en forma alternativa y por un período de un año por:

i) El Director Técnico de Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.

ii) El Presidente de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM).

Esta alternancia en la presidencia ha permanecido inalterable desde el año 1976. Este comité, conformado por 20 miembros, sesiona ordinariamente 2 veces al mes, y cada unidad de las universidades tiene un representante.

Son 10 universidades autorizadas, el Ministerio de Salud, el ministro de Salud nombra un representante directo, está el representante de ESSALUD que normalmente viene de la gerencia de capacitación, de recursos humanos, depende mucho del nombre y de la organización en la que en un momento de ESSALUD.

El comité nacional tiene 4 comisiones; la de acreditación, de admisión, la de estándares mínimos de formación y de normas legales. Son dos grandes procesos que lleva adelante el Comité Nacional: uno es le proceso de admisión y otro es el proceso de acreditación. Ambos procesos se orientan bajo un plan estratégico que fue aprobado en el año 99 por el comité nacional y que ha marcado las pautas desde aquel entonces. Debemos de estar a puertas este o el próximo año, es un tema de discusión en el plan de trabajo, si se lleva delante de una revisión, de una actualización del plan estratégico.

El Comité Nacional es el último responsable de programar las plazas en el sistema nacional de residentado medico; recibe de las instituciones prestadoras el número 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. Él Comité Nacional se financia con una cuota que aportan los postulantes de 170 soles por única vez en el proceso de admisión y tiene un órgano que fiscaliza la ejecución del fondo e informa regularmente a dicho comité.

Hasta el año 2000 el Comité Nacional solo era un administrador de vacantes. De hecho, se reunía dos veces al año, solo para programar las vacantes y no se volvían a reunir. En el año 2000 a expensas del plan estratégico que se señala, el Comité Nacional plantea asumir plenamente las funciones que la propia norma le había entregado, y allí señala la necesidad de generar, de garantizar el proceso de formación de calidad dedicada a las necesidades del país.

Sin embargo, de cara a la realidad hay un divorcio. Aún la programación de plazas se orienta fundamentalmente por las expectativas de demanda que tienen los postulantes que se reflejan en la universidad y la universidad con el fin de captar la mayor cantidad de postulantes adecua su programación de oferta a esa demanda.

Sin embargo, preguntas como: ¿Cuáles son las especialidades que necesita el país? ¿Cómo deben estar distribuidas las plazas en relación a ellas? Todavía faltan abordar y así como en el desarrollo de instrumentos y metodologías para el desarrollo de las políticas.

ii) Los Comités Hospitalarios o de Servicios de Salud. Son funciones de los Comités Hospitalarios o de Servicios de Salud:

a. Mantener una adecuada coordinación del hospital o servicio de salud con la Universidad y el Comité Nacional de Residentado Médico.
b. Formular el calendario anual de actividades que se realizan en su centro asistencial y en el área geográfico-poblacional de su responsabilidad.
c. Propiciar, supervisar, coordinar y apoyar las actividades docentes, de investigación y de servicio de los programas de residentado médico
d. Colaborar con la formulación de manuales hospitalarios de organización, funciones y procedimientos.
e. Velar por el cumplimiento de las normas universitarias e institucionales, en el ámbito de su dependencia.

Estarán integrados por:

i) El Director del hospital o del establecimiento donde se realizará el Programa, quien lo presidirá.

ii) Un representante del director o directores de las escuelas, secciones o unidades de postgrado que desarrollan programas de residentado médico en esta Institución.

iii) El Jefe de la Unidad de Capacitación de cada sede.

iv) Los jefes de departamentos o servicios o un representante con categoría docente de las áreas asistenciales que desarrollan programas de residentado, designados anualmente,

v) El Presidente del Cuerpo Médico.

vi) Un representante de los médicos residentes.

El Comité Nacional de Residentado Médico y los Comités Hospitalarios o de Servicios de Salud, elaborarán sus respectivos reglamentos de funcionamiento.

En este dispositivo legal se enfatiza las funciones de los miembros, se enumeran las funciones de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM):

i) Formar parte del Comité Nacional de Residentado Médico y de las Instancias correspondientes del Sistema Nacional de Residentado Médico.

ii) Desarrollar las funciones propias de su institución en lo concerniente a la Educación Médica, entre otras.

Las normas del Sistema Nacional de Residentado Médico serán sometidas a revisión cada cuatro años, enviando el informe respectivo al Ministro de Salud. Las normas básicas, a solicitud de los dos tercios de los miembros del Comité Nacional de Residentado Médico, podrán ser revisadas después del primer año de su vigencia.

El 30 de noviembre de 2004- se aprobó el nuevo reglamento del Sistema Nacional de Residentado que produjo algunas modificaciones como la eliminación del puntaje por asistencia a cursos, congresos, y trabajos de investigación que contemplaba el reglamento anterior. Asimismo, ha fijado el examen de conocimientos en 80% del puntaje total, y ha establecido como requisito indispensable a certificación en programas informáticos y el idioma inglés. Sin embargo, no se han especificado los derechos laborales de los residentes.

"Si bien coincidimos con la necesidad indispensable de que los médicos manejen programas de informática y conozcan inglés, el corto tiempo entre la publicación del dispositivo legal y el examen, desde diciembre de 2004 hasta marzo de 2005, resulta difícil de cumplir. Por ello, esperamos que CONAREME y la ministra de Salud, acojan la propuesta de implementar el nuevo reglamento a partir de 2006", señala el Colegio Médico del Perú. Asimismo, el CMP propone revisar las normas básicas del Sistema Nacional de Residentado Médico, cuya expedición se realizó en 1988 (DS Nº 008-88-SA) y prepara una propuesta de modernización.

"Consideramos que debe revisarse la composición del CONAREME y la función de supervisión del residentado de los comités hospitalarios. Además, se debe evaluar el cumplimiento del papel tutorial de los especialistas en el entrenamiento del médico residente", afirma el CMP.

Si bien el Sistema Nacional de Residentado es único, pues todo médico debe presentarse al programa a través de una universidad, existen las llamadas plazas cautivas para determinadas instituciones, como las castrenses, donde las que no son cubiertas por el puntaje requerido se desperdician en perjuicio de los estudiantes de Medicina.

Así, para los 2 400 médicos que egresaron en 2004, sólo existían 700 plazas de tres años presupuestadas y dejan a muchos sin la posibilidad de entrenamiento y especialización. "Debe revisarse el concepto de plaza cautiva, pues los médicos jóvenes exigen la igualdad de condiciones para el concurso", indica el doctor Iza del CMP.

Por otro lado, es necesario investigar las necesidades de médicos especialistas en el país por región geográfica. Por ello el CMP invita a las instituciones prestadoras y educadoras a trabajar de manera conjunta para que las plazas de residentado respondan a los requerimientos que el Perú precisa.[54]

Para el 2005 el MINSA ha presupuestado 943 plazas para residentes para Lima y Callao y 70 plazas para residentes fuera de Lima. Las Fuerzas Armadas y ESSALUD ofertan sus vacantes por su cuenta en negociación entre las universidades y sus centros hospitalarios.

4. Sistema de certificación y recertificación del médico cirujano y del médico especialista (RCN 4409-CN-2004)

El sistema se sustenta en la Constitución de la República, Art. 20, relacionado a los colegios profesionales como instituciones autónomas con personería de derecho público.

La ley señala los casos en que la colegiatura es obligatoria. La Ley 15173, concordada con el D. L. 17239 en su artículo 2 señala:

La colegiatura es requisito indispensable para el ejercicio de la profesión de médico cirujano. La Ley 26842 en su título II, en su artículo 22, determina que para desempeñar actividades profesionales propias de la medicina, la odontología, farmacia o cualquier otra relacionada con la atención de salud, se requiere tener titulo profesional en los casos que la ley así lo establece y cumplir con los requisitos de la colegiación, especialización, licenciamiento y demás que dispone la ley.

Respecto a los médicos, el estatuto del CMP en su artículo 7, acápite 7.15 que refiere entre sus roles promover y organizar la educación médica continua en los aspectos de la salud y la ética. Evaluar y recertificar periódicamente a los médicos para cumplir con los fines que señala la ley de creación.

En el Artículo 14, el colegio extiende a cada colegiado la certificación de su matricula, la que es válida para el ejercicio de la profesión en dichos documentos existirá una constancia de su vigencia.

[54] Residentado médico por la igualdad de oportunidades, año 1, nº 3, 2005.

En el Artículo 27, el CMP, con la finalidad de controlar el ejercicio profesional en las diferentes especialidades médicas, establece en coordinación con los organismos oficiales de docencia médica y las sociedades medico-científicas debidamente acreditados ante el colegio con los dispositivos necesarios para tal fin.

El 03 de agosto de 2004, el Consejo Nacional del CMP aprueba el reglamento del Sistema de Certificación y Recertificación, el mismo que consta de 56 artículos.

El fundamento se basa en garantizar a la sociedad que los servicios que prestan los médicos tengan un nivel de preparación y suficiencia que permite resultados aceptables de acuerdo a las normas, usos y costumbres.

Los médicos ESTÁN OBLIGADOS a actuar con especial responsabilidad y sentido ético, circunstancia que obliga a una valoración periódica del proceso de educación continua y permanente, efectuada para mantener un nivel de competencia profesional adecuado.

El CMP se ha propuesto el fortalecimiento y consolidación del proceso de recertificación médica en el marco de la mejora continua de la calidad de la atención médica. Es un esquema que se implementará progresivamente y parte de la conceptualización que formación y la práctica médica están íntimamente relacionados y es en ese marco donde se articulan los procesos de certificación, recertificación y acreditación.

La idea central es articular la educación médica continua con la recertificación e investigar nuevos desarrollos y el impacto que estas acciones tienen en la calidad de atención. Los aspectos conceptuales están relacionados con:

i) La definición de educación médica continua (EMC).

ii) La definición de educación médica permanente.

iii) La definición de desarrollo profesional continuo, definición de recertificación.

Los lineamientos estratégicos son:

i) La autorregulación como factor clave del proceso.

ii) La concertación multiinstitucional para viabilizar los procesos.

iii) Trabajar sistemáticamente.

iv) Recertificación médica voluntaria ligada a incentivos.

v) Control social.

vi) Separar la provisión de la acreditación de cursos de EMC.

vii) Capacitar y especializar recursos humanos en gerencia de sistemas de regulación profesional.

viii) Establecer relaciones interinstitucionales e internacionales para homologar procesos.

El sistema tendrá tres niveles:

i) Sistémico institucional.

ii) Organización funcional.

iii) Metodológico e instrumental.

Se establece por una resolución ministerial de salud.

La recertificación profesional o de relicenciamiento es un proceso que busca demostrar que se tiene competencia para seguir ejerciendo la profesión están muy vinculados a la educación médica continua decir que profesionales llevando cierto numero de créditos y de cursos se les da la recertificación correspondiente.

Lo que se está haciendo ahora es pasar a la recertificación, pero no de créditos académicos sino de competencias laborales y que tendría dos vías:

i) Una es lo que se está llamando el desarrollo profesional médico continuo o desarrollo profesional continuo para gente de las especialidades que no solo tiene que ver con lo que aprendes en un aula sino también con lo que aprendes haciéndolo en el servicio.

ii) Los reportes de ejercicio profesional, por ejemplo si hiciste 10 apendicitis cuántas se te complicaron, cuantos se te murieron o si todos salieron bien. Ver en términos de cantidad y calidad, dependiendo de la especialidad, si lo estas haciendo bien. Entonces, combinando esas dos partes cada cierto tiempo, en este caso 5 años, uno debe acreditar tanto su formación académica como su práctica laboral.

La experiencia más importante, aunque parezca paradójico, es la americana, en donde cada médico hace una declaración jurada en la que explica su trabajo y lo presenta ante la AMA, el equivalente del Colegio Médico (aunque no es exactamente lo mismo, porque en la AMA entran los estudiantes de medicina).

El CMP actualmente hace la recertificación en base a creditaje, lo cual es insuficiente, para pasar a una certificaron por competencias o una mixtura de las dos cosas. En la experiencia brasileña el que egresa de medicina no puede ejercer sin aprobar el examen que toma el Consejo Nacional.

Resultados

La cobertura de recertificación en el mejor de los casos llega al 60% y para ser voluntario es necesario aumentar la cobertura.

Otro punto es que está basada solo en ciertos créditos académicos y el asunto se agrava porque no se ha diferenciado por especialidades. Por ejemplo, no es especifico ni sensible pues cuenta el número de créditos y no el asociado al servicio profesional especifico.

El otro asunto es el del financiamiento, la recertificación tiene un costo que para ser más confiable debería realizarlo una institución externa al Colegio, como una universidad. El organismo re-certificador a su vez debería acreditar instituciones académicas autorizadas a hacer este tipo de evaluaciones.

De acuerdo a la RM se creó el SISTCERE, Sistema de Certificación y Re-Certificación Médica que está conformado por varias instituciones. En su consejo directivo están ASPEFAM, ESSALUD y MINSA.

Aparte de ese Consejo Directivo, hay un Comité Ejecutivo conformado por integrantes del Colegio Médico. Este Comité Ejecutivo trabaja con Comités de Re-certificación por especialidad y además un comité de Recertificación de médicos generales. En total son actualmente 34 comités (uno de médicos generales y 33 especialidades) que son constituidos por unidades que tiene certificación universitaria. Hay otros que están pugnando por tener registro de especialista, pero el Colegio todavía no los ha autorizado; por ejemplo, el de medicina alternativa.

El que más destaca es el de cirujanos generales, que se reune una vez al mes y evalúa los expedientes que han sido presentados solicitando la Re-certificación y califica con una ficha de evaluación con puntajes aprobados por el Consejo Nacional del Colegio Medico, emiten su dictamen al Comité Ejecutivo que en teoría debería a su vez mandarle al Comité Directivo, pero generalmente de frente pasa al Consejo Nacional del Colegio Médico, que es el que da la re-certificación y se materializa mediante un diploma firmado por el decano que es gratuito. Además, en la web del colegio se publica la lista de los médicos recertificados.

Respecto a los efectos creo que este proceso surgió en el Colegio Médico, como un mecanismo de defensa porque en la Ley General de Salud había un artículo en donde decía que lo médicos obligatoriamente deberían certificarse. Ese artículo por ley del colegio medico salió de la Ley General de Salud.

Los médicos tenían una resistencia muy fuerte a la certificación y por eso hicieron esto voluntario. En el período del ministro Álvaro Vidal, estaban opuestos a la re-certificación, entonces el sistema se paralizó.

Cuando entró el Dr. Patrick Wagner al CMP el asunto tuvo un reimpulso porque la orientación ideológica que paralizó esto perdió hegemonía dentro del Colegio, pero además vino la propuesta de la ley de SOAT médico. Uno de los argumentos más importantes para decir que el Colegio Médico estaba preocupado por el asunto de la negligencia era que había un sistema de recertificación en marcha, eso le dio cierto impulso al proceso. Además, se recibió apoyo de Pathfinder y USAID.

Como balance el sistema es insuficiente en términos de cantidad de recertificados y cualitativamente no garantiza nada concreto. Creo que sería un poco prematuro sacar una conclusión, pero de lo que más o menos he leído o he visto es difícil obtener evidencias de la efectividad a procesos como la recertificación porque hay muchos factores[55].

[55] Entrevista al Dr. Víctor Carrasco.

Se ha centrado en la capacitación, lo cual presenta un límite porque tiene que ver con cómo están organizados los procesos de trabajo, los incentivos y tantas cosas que influyen en el rendimiento laboral que pueden favorecer o perjudicar el asunto más allá de la rectificación. Aún así no hay un estudio sistemático que vincule una mejora en la calidad de atención que resultaría interesante porque no seria muy difícil el diseño, por ejemplo, entre certificados y recertificados en donde hay más denuncias de negligencia medica o tasas de mortalidad u otro indicador.

Los roles no están adecuadamente asignados y que el Colegio Médico sea simultáneamente el certificador lo convierte en un proceso poco transparente y además poco eficaz.

Además, el CMP no está preparado para ese tipo de tareas y si es que lo hiciera con un esquema de certificación de mayor de calidad de los individuos, porque la calidad de desempeño del individuo no asegura la calidad de la atención y del servicio final a la población.

Un esquema de este tipo, si se centra en los establecimientos, estaría sometido a un sistema de evaluación de calidad del establecimiento y por lo tanto tendrían que tener ciertos mecanismos para asegurar que sus trabajadores incluidos los médicos tengan mecanismos para asegurar desempeños adecuados etc.

Ellos podrían ser los sujetos que lleven adelante el proceso en tanto que tendrían el incentivo de ser calificados, parecido a lo que intenta la CAFME, no para las universidades pero sí para los establecimientos.

La regulación profesional, a diferencia de la regulación laboral y de la formación que son aspectos más macro, tiene que ver con cosas más micro. Se refiere a regular la prestación misma, regular al agente operador del servicio. Tal vez no se está colocando el foco donde se produce el servicio, sino en los factores en este caso RRHH y sus diferentes características y especialidades.

5. El Internado

Es el último año de estudios para 12 profesiones de ciencias de la salud, el IDREH es responsable de la regulación y financiamiento de alrededor de 585 plazas para el MINSA, solo para Lima.

ESSALUD financia alrededor de 1 000 plazas, no se cuenta con la información específica de cuántos internos se encuentran realizando sus servicios al interior del país e igual en las sanidades de la policía y el campo militar.

La mayoría de esas plazas remuneradas son para médicos, cada unidad operativa del MINSA hace convenios con las universidades que son avalados por el IDREH. Sin embargo el IDREH cumple una función de "ventanilla de pago", ya que tiene poca ingerencia en la distribución. Se está proponiendo un reglamento regulatorio en este campo.

Solamente los hospitales o las sedes docentes están actuando a través de un convenio marco que se firma entre la universidad y el Ministerio de Salud, sin embargo no hay nada más en relación a ese tema.[56]

6. El Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS)

En 1972, mediante Decreto Ley N° 19646, se crea el Servicio Civil de Graduandos de las Ciencias de la Salud Humana (SECIGRA-SALUD), con la finalidad de fortalecer y ampliar los programas preventivos promocionales y asistenciales en las zonas de menor desarrollo del país.

Una característica de ese programa fue su obligatoriedad y constituyó un requisito para el libre ejercicio profesional. El SECIGRA-SALUD comprendía a los graduandos de Medicina, Farmacia y Odontología, quienes servían durante doce meses; y a los graduandos de obstetricia y enfermería, durante seis meses. El servicio se cumplía exclusivamente en los puestos sanitarios, centros de salud y hospitales del MINSA. El SECIGRA se mantuvo hasta 1981, en que fue reemplazado por el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS).

En diciembre de 1981, ante las continuas críticas al sistema del Servicio Civil de Graduados (SECIGRA Salud), el gobierno del presidente Belaunde instaura el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS), que será prestado por los profesionales de la Ciencias de la Salud que obtengan su título, a diferencia del SECIGRA que eran médicos no graduados.

Además, indica que la prestación del servicio constituye requisito indispensable para ocupar cargos en entidades públicas, ingresar a los programas de segunda especialización profesional y recibir del Estado becas u otra ayuda equivalente para estudios o perfeccionamiento. El Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud está a cargo del Ministerio de Salud, el que lo organiza coordinando su funcionamiento con los organismos públicos y privados que actúan en el sector salud.

En tanto el presupuesto de la República lo permita, darán cumplimiento del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud, el Ministerio de Salud lo aplicará de acuerdo a sus disposiciones presupuestales. Los profesionales que no alcancen vacantes convalidarán dicho servicio en un Programa que con tal finalidad establecerá el Ministerio de Salud con valor equivalente a la prestación del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud.

Este último acápite ha ido desvirtuando el proceso y generando una brecha entre la intención de la ley y el interés de los profesionales.

[56] Entrevista al Dr. Lizardo Huamán.

El SERUMS se crea mediante Ley N° 23330 en 1981 con la finalidad de contribuir a asegurar la atención de salud en beneficio de la población de bajos recursos económicos en las zonas rurales y urbano marginales.

A diferencia del SECIGRA, es realizado por doce profesiones de las ciencias de la salud. El servicio se efectúa en la modalidad remunerada durante doce meses y en la modalidad equivalente (ad-honorem) tres veces por semana, durante un año. Se realiza en puestos y centros de salud, y hospitales de apoyo del MINSA, ESSALUD, Sanidades de las FF. AA. y PNP y en instituciones no públicas mediante convenio con el MINSA.

Constituye requisito indispensable para ocupar cargos en entidades públicas, ingresar a programas de segunda especialización profesional y recibir del Estado beca u otra ayuda equivalente para estudios de perfeccionamiento en el país o en el extranjero.

El SERUMS ha presentado en los últimos años severas inconsistencias debido al incremento sistemático de profesionales inscritos en el sorteo y al estancamiento de plazas por razones financieras. Durante 2003 sólo el 29% de los profesionales inscritos cubrieron el total de plazas disponibles (2 534). Una cifra similar ha sido cubierta por profesionales de salud en la modalidad de SERUMS equivalente, cuyo servicio es de medio tiempo en zonas no alejadas y no remuneradas, contraviniendo disposiciones legales laborales.[57]

Haciendo un balance, el SERUMS no está cumpliendo su objetivo. Fue creado para reemplazar al SECIGRA, que es el servicio civil de graduados. Supuestamente el profesional devuelve a través de este trabajo la inversión que el Estado ha hecho en él. Pero no trabajando en un establecimiento de la capital sino yéndose a los establecimientos más lejanos donde la gente necesita realmente y donde no están yendo profesionales. Entonces, tiene dos finalidades, devolver servicios al Estado y cubrir las necesidades donde en este momento no existen profesionales. Pero, actualmente la mayor parte de los serumistas no son remunerados, por lo tanto, yo por lo equivalente no le puedo pedir que se vaya a lugares lejanos, porque no le estoy pagando nada. Entonces, de alguna manera eso me obliga a ponerlo en establecimientos donde no se requiere, no se necesita y el SERUMS va a cumplir un rol ahí que quizá no le va a servir ni para su propia formación.

El SERUMS es tal vez una de las únicas puertas de entrada al sistema para un profesional que estaría ingresando al sistema sanitario peruano, por que incluso las reducidas plazas rentadas implican un contrato de trabajo.

Un sorteo no estimula mejorar la formación, no estimula regular los aspectos del número excesivo de profesionales que están siendo tomados en las universidades. Entonces, se debería cambiar el mecanismo del SERUMS. En la propuesta del Dr. Sánchez Moreno del SERMEC se pensaba incluso fortalecer aún más la profesión médica, tal vez dotando de un mayor número de plazas para ellos y fortaleciendo el primer nivel de atención con médicos. Pero cualquiera sea el mecanismo, diríamos que más bien tiene que haber como un programa de incorporación de los mejores profesionales formados en las universidades peruanas a través de verdadero examen, un examen para la incorporación. Tal vez pueda quedar con el mismo nombre, sino

[57] SERMEC.

más bien ampliar un poco las plazas. Hay algunas profesiones el hecho de que tengan que ingresar a un número reducido de plazas, por ejemplo, biólogos o tecnólogos médicos, etc., cuando la mayor necesidad es para un núcleo de profesionales sobre todo en las zonas más alejadas. Se podría establecer cierto mecanismo optativo. Hay profesiones de la salud que no necesariamente pueden ir a un pueblo alejado y desarrollar sus servicios allí. Entonces sí podría ser una suerte de voluntariado, pero en el caso de profesionales que son sumamente indispensables en un puesto, podrían ser plazas rentadas; y más bien hacerlo bajo la modalidad de un concurso o un proceso de selección adecuado. Eso también estimularía a las facultades de Ciencias de la Salud a tener una mirada mucho más reflexiva sobre los resultados de esos exámenes. Yo me estoy imaginando qué pasaría si se presentan, por ejemplo, médicos de todas las universidades a estos concursos y resulta que ciertas universidades crónicamente no van poder ingresar por el nivel de exigencia, que es sobre todo por competencia. Entonces ese es otro mecanismo regulatorio que yo veo que se podría estimular. Otro aspecto que también se puede hacer o trabajar es el tema de los técnicos, las profesiones técnicas.[58]

7. Regulación en los técnicos de salud[59]

El Sistema educativo en el país abarca todos los factores de la educación. Es integrador por que articula sus elementos y flexible porque permite a sus usuarios organizar su trayectoria educativa y adecua sus necesidades a la necesidad del país. La estructura del sistema educativo comprende, la educación básica, la educación superior y la **educación profesional técnica,** destinada al desarrollo permanente de competencias para el trabajo dependiente o independiente, vinculada a los sectores productores de bienes y servicios.

La Educación Profesional Técnica es un proceso educativo permanente de adquisición de competencias profesionales. Atiende a las personas que buscan una inserción o reinserción laboral inmediata, a trabajadores en ejercicio y a estudiantes de la Educación Básica.

Son objetivos de la Educación Profesional Técnica:

i) Desarrollar competencias profesionales de nivel elemental y medio para el trabajo dependiente o independiente, como medio de realización personal y laboral, así como de un desarrollo social sostenible y competitivo.

ii) Fomentar la capacidad para acceder a un empleo, conservarlo o transitar hacia otro, permitiendo a la persona mejorar su estabilidad dentro del mercado laboral.

iii) Motivar a los estudiantes y facilitarles instrumentos para aplicar lo aprendido a un campo específico de la producción, los servicios y el desarrollo empresarial.

[58] Entrevista al Dr. Giovanni Escalante.
[59] Ley Marco General de Educación.

iv) Actualizar las competencias de trabajadores en ejercicio o desocupados según las exigencias del mercado laboral.

El sistema educativo establece las articulaciones necesarias de modo que toda persona siempre tenga oportunidad de alcanzar mayores niveles de estudio. Son procesos de articulación:

i) La certificación, convalidación, subsanación, pruebas de ubicación y otro tipo de evaluación de los aprendizajes adquiridos.

ii) El establecimiento de complementariedades ampliando las opciones educativas de las personas.

La Educación Profesional Técnica está organizada en los niveles de Educación Profesional Elemental y Educación Profesional Media. Estos niveles están determinados por las características y complejidad de los perfiles profesionales para los que forman y por los requerimientos académicos que suponen. No son sucesivos ni propedéuticos y se organizan en módulos relacionados con competencias profesionales con valor para el empleo, debidamente certificadas.

8. Perfiles y currículos profesionales técnicos

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.

9. Centros de Educación Profesional Técnica

Los Centros de Educación Profesional Técnica ofrecen servicios educativos en los niveles en los que obtengan autorización y expiden las certificaciones y títulos técnicos correspondientes. Realizan también actividades de capacitación, actualización y reconversión laborales y brindan atención a la Educación Básica. Como parte de su finalidad formativa, están facultadas para desarrollar actividades de producción de bienes y servicios.

10. Coordinación intersectorial

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 informa-

ción sobre la oferta y demanda laboral y educativa coordina con el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, otros ministerios y organismos representativos del sector empresarial.

11. Regulación del Sistema Educativo

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.

Los docentes que enseñen en los institutos superiores tecnológicos (IST) deben poseer título a nombre de la Nación, afín a la asignatura o módulo profesional que desarrollan.[60]

Se crea el Instituto Peruano de Evaluación, Acreditación y Certificación Educativa como organismo público descentralizado y autónomo del Sector Educación, responsable del diseño, organización y funcionamiento del "Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad de la Educación".

El Instituto Peruano de Evaluación, Acreditación y Certificación Educativa fomentará mecanismos de información, participación y control ciudadano en la calidad de los servicios educativos.

El Congreso de la República debatirá y aprobará preferentemente la ley de organización y funcionamiento del instituto; este es un nuevo escenario en el que tendrá que debatirse el tema de regulación de los recursos humanos profesionales y técnicos.

[60] Directiva 54-2005-DINESST-UFP-MINEDU.

Capítulo VI

PROPUESTA CONCEPTUAL, METODOLÓGICA E INSTRUMENTAL SOBRE REGULACIÓN PARA EL EJERCICIO DEL PERSONAL PROFESIONAL Y TÉCNICOS DE SALUD

1. Propuesta conceptual

> *"De lo que percibo estos últimos años ha habido intentos por fortalecer más que la regulación, la estructura orgánica y no la institucionalidad que pueda regular. En un país desinstitucionalizado la norma no existe. La norma tiene sentido si la institucionalidad no solo genera sino que también la sostiene".*[61]

Entendemos la regulación como un proceso donde una serie de instrumentos norman, limitan y orientan cualquier dinámica social, como en toda dinámica social existe diversidad, e incluso conflicto de intereses, por lo que es necesario que una instancia o varias se encarguen de ordenar y orientar los procesos dentro de márgenes socialmente aceptables. Se impone que el bien público esté por encima de los intereses particulares, por lo que la sociedad y sus Estados han ido avanzando en el desarrollo de marcos regulatorios.

En el campo de los recursos humanos, el Estado introduce y fiscaliza un marco que limita y orienta las dinámicas de los trabajadores de la salud en su formación, ejercicio y relaciones laborales, buscando desarrollarlos en forma continua. La regulación no tiene razón en sí misma, sino como herramienta para el logro de ciertos objetivos como garantizar la integridad y seguridad de los usuarios, mejorar la calidad y oportunidad de la atención de salud que reciben los usuarios y desarrollar continuamente el personal de salud.

Los espacios u objetos de regulación se refieren a los ámbitos en los cuales corresponde regular, y en general se refieren a tres grandes espacios:

- **Formación:** donde se regula sobre perfiles formativos.

[61] Entrevista al Dr. Oswaldo Lazo.

- **Ejercicio laboral/profesional:** donde se regula los requisitos de entrada, el campo de ejercicio, disciplina y ética profesional, acreditación o certificación continua de competencias, etc.

- **Relaciones laborales:** donde se regula la relación de trabajo entre el empleador y el profesional o trabajador.

En estos tres campos de regulación de recursos humanos en salud, los actores son múltiples, cada uno portando sus legítimos intereses. El hecho de reconocer la existencia de una diversidad de intereses no es obstáculo para reconocer y valorar la existencia de determinados espacios de sensibilización y negociación, para que se minimicen las externalidades negativas y se cautele el mejoramiento continuo de los procesos para beneficio colectivo.

Por tanto, todo proceso de mejora continua en los marcos regulatorios, debería hacerse con una metodología que permita el aporte creativo de los principales actores involucrados, para que los resultados sean mejores y más sustentables.

En los últimos años se ha creado una multiplicidad de espacios para intentar mejorar la regulación, estando de acuerdo con que esos espacios todos son potencialmente positivos, el problema es que las agendas de discusión y acción que se manejan en estos espacios siguen siendo agendas desfasadas. Entonces, son espacios más abiertos, más participativos, con mayor presencia del sector salud, de organizaciones como el CONAREME, de los consejos nacionales y regionales de salud, la apertura para que la sociedad civil esté presente. Sin embargo, muchas veces el debate está en un circuito endógeno, la agenda de acción es limitada, autolimitada y no abierta a buscar nuevas entradas de abordar los problemas.

Consideramos que realmente hay amenazas que vienen del entorno, de la apertura comercial, de los intereses mercantilistas en la formación, de los intereses políticos en el campo laboral, la fragmentación de la oferta sanitaria y los intereses legítimos de los gremios de profesionales y técnicos; también se reconoce que hay prioridades como trabajar con las poblaciones pobres, la exclusión, la calidad de la atención. Se sabe que los cambios tecnológicos que se están dando en el mundo en la lógica operativa de los servicios hospitalarios están orientados a privilegiar la atención ambulatoria; el Perú no va a ser una excepción a esta modernización. Sin embargo, la agenda de las personas que hablan de salud y de RRHH en salud, tratan estos problemas, pero sin darles una respuesta técnica basada en evidencias, solo nos referimos a experiencias externas, perdemos oportunidades de ensayar distintas formas, entonces diríamos que no hay cosas nuevas ni la oportunidad de generar cosas nuevas en los campos de los recursos humanos.

Se hace necesario construir experiencias locales, aprovechar el proceso de descentralización; hay que sistematizar, hacer investigación operativa, se requiere apertura y esquemas de monitoreo de evaluación para asegurar que los resultados que se van obteniendo tengan un valor agregado, un conocimiento nuevo, que sea medible, y que tenga impacto y efecto, entendiendo que son procesos lentos que no son de corto plazo, pero que hay algunas cosas que sí se podrían mostrar en un tiempo relativamente corto.

Tanto el campo formativo como el laboral se caracterizan por ser intersectoriales, muy complejos, de baja gobernabilidad; sin embargo, son los campos en lo que más se ha trabajado e impulsado procesos tendientes a regularlos, son procesos la mayoría de ellos en curso, impul-

sados por los mismos actores, inducidos y apoyados por la cooperación internacional y algunos promovidos o avalados por el Estado a través del Ministerio de Salud o de sus órganos desconcentrados.

En el campo de la **formación:** ¿quiénes y bajo qué criterios autorizan el funcionamiento de las instituciones de educación?, ¿cómo se establecen los requisitos mínimos de ingreso y el número de cupos? En cuanto a los procesos de preparación de especialistas: ¿cómo se certifican esos especialistas?, ¿cómo se autoriza su práctica? En casi todos los países se le ha estado brindando mayor importancia a la especialidad en perjuicio de la profesión genérica, por múltiples razones; entre ellas, por la alta rentabilidad de las mismas. De estas prácticas continuadas surgen múltiples cuestionamientos, como por ejemplo: ¿de qué forma es que se definen las políticas y los procedimientos de becas?, ¿cómo se recupera la inversión que se hizo en ese estudiante?, ¿debe haber servicio social obligatorio como una forma de recuperación de los múltiples recursos invertidos por la sociedad?, ¿existen migraciones profesionales? Este conjunto de interrogantes constituye indicadores, puntos fundamentales del proceso regulatorio, sobre los cuales será necesario centrar la investigación y el análisis.

En el país hay avances en el proceso regulatorio sobre todo en lo formativo que va desde la formulación de los planes de estudios del pregrado y postgrado, la certificación de los que recibieron y cumplieron con los estándares de la formación y la acreditación de centros de formación de profesionales o técnicos. Las universidades, las facultades de medicina y el Estado han realizado esfuerzos para mejorar la formación académica del pregrado, mejorando la currícula y buscando que los alumnos al egresar cuenten con los conocimientos suficientes y el desempeño adecuado para cumplir con su profesión. Se han creado diferentes instancias como el COPREME, relacionado con el pregrado de la carrera de Medicina, la acreditación de las facultades de Medicina, a través de la ASPEFAM, con la finalidad de que las facultades o escuelas tengan la capacidad de formar adecuadamente a los estudiantes, y el CONAREME como instancia de modular y regular la especialización en la carrera de medicina. Igualmente, la conformación de la Asociación de Facultades de Medicina (ASPEFAM) son avances valiosos; sin embargo, no están libres de los embates relacionados con los intereses particulares de las instituciones formadoras, el mercado que demanda y forma recursos, y la brecha con las necesidades de la población que necesita servicios y entre ellos ,el Estado como garante de la prestación a la población.

Es necesario que estos intereses puedan compatibilizarse preferentemente entre el interés propio de la institución, y el interés del bien común en la población que el Estado tiene que promover.

> *"Esas pautas básicas que expresan intereses condicen de algún modo se acercan, se ajustan, mínimamente a los intereses de atención de la salud de la población y por lo tanto de perfiles ocupacionales, profesionales o como quiera llamársele, que hagan factible, que promuevan, que viabilicen nuevos modelos de atención. Sí creo que se va a regular en función de apego a los intereses. Esos intereses son manifiestos, por ejemplo, en el lado de la academia por* ASPEFAM. *Que esos intereses recojan aspectos de necesidades de la población, que expresen la necesidad urgente de reorientación de modelos de atención y por lo tanto de un bagaje de conocimientos, tecnologías, aptitudes y destrezas dispuestas a impulsar esas reorientaciones".*[62]

[62] Entrevista al Dr. Oswaldo Lazo.

El área de regulación de la formación es en la que hay más tradición, más historia y mas experiencia en el campo de salud. Hay distintas iniciativas de éstas tal vez son las últimas las más novedosas, pero hay muchas anteriores. También se caracteriza por que no hay una autoridad clara, nítida; entonces obviamente ante una situación de este tipo esquemas de autorregulación tienen un efecto limitado y que necesita generar la evidencia de los resultados conseguidos hasta la fecha, se van generando esquemas un poco simbólicos que aparentemente serían una respuesta a algún problema, pero que a pesar de que son procesos relativamente nuevos, sería necesario monitorearlos o evaluarlos. Sin embargo a la fecha, aparentemente no habría indicios muy claros de que estos procesos estén alcanzando relativamente algún resultado explícito esperado por alguien, si no se tiene claro qué es lo que se quiere lograr con estos mecanismos, por lo que será difícil monitorearlos y evaluarlos.

Lo que hemos vivido en estos últimos años es la desrregulación plena en el mercado formativo. ¿Cómo actuar en este campo? Primero, hay que fortalecer el rol del Estado que ha perdido su legitimidad. Sus organizaciones relacionadas con los RRHH no están completamente instituidas y además se encargan de perderla. Pero, con todas las deficiencias y juego de intereses que pueden estar manifestando las instituciones como ASPEFAM, ASPEFEN, y otras similares, son experiencias importantes; nos parece legítimo esperar procesos regulatorios que surjan de esos espacios y apoyarlos, y finalmente promover la participación de la sociedad civil en estos organismos, con todos los sesgos que pueda tener.

> *"Apoyar a la institucionalidad, apoyar mecanismos que institucionalicen un conjunto de organizaciones ya muchas veces formadas. No creo que el reto sea formar nuevas o apoyar la formación de nuevas organizaciones si es que como hasta las que ahora tenemos simplemente son organizaciones vacías en todo término de cosas, de capacidades, etc., y por lo tanto con pobrísimas posibilidades de institucionalizarse, yo creo que ese es un reto".*[63]

El otro campo de regulación que también ha sido abordado sin mayor éxito ha sido el de las **relaciones laborales,** que ha sido ampliamente estudiado desde la revolución industrial hasta nuestros días. Los procesos en este sentido se han centrado en aspectos como: jornada de trabajo, códigos legales, relaciones y modalidades de empleo, distribución equitativa de los recursos humanos según las necesidades de los diferentes grupos de las sociedades, tipos de remuneración, producción, contratos individuales o colectivos, seguridad laboral, incentivos, productividad, calidad de los servicios, representación de los trabajadores, sindicalización, negociación de conflictos, etc.[64] Es decir, se refiere a cuando el trabajador está o ha ingresado de alguna forma en el sistema sanitario peruano.

> *"Un macro campo que excede por largo lo que son las regulaciones del aparato del Estado, que es* ***la regulación laboral.*** *Lo que pasa es que la regulación laboral es la macro regulación. Es la regulación que articula las demás regulaciones. Entonces, temo que los espacios de autonomía que tienen los demás campos son muy relativos".*[65]

[63] Entrevista al Dr. Oswaldo Lazo.

[64] Dr. José Miguel Esquivel. *Regulación del desarrollo de los recursos humanos en el campo de la salud*. Revista de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social, versión impresa, 2001.

[65] Entrevista al Dr. Oswaldo Lazo.

Este campo de la regulación es altamente conflictivo, dado que los mecanismos regulatorios tienen que conciliarse con los intereses gremiales de las diferentes profesiones, la legislación laboral existente y la necesidad de contar con un régimen laboral especifico en salud, dadas sus peculiaridades y sus características, y la última propuesta sobre la propuesta del Régimen laboral de la ley pública 728, que puede ser una oportunidad de mejorar la situación laboral sin pérdida de los derechos sociales ganados o un tema de agudización de conflictos por la interpretación fragmentada de cada gremio o la tergiversación de la misma en base a un interés político.

> *"Este régimen laboral que se está utilizando en el régimen sanitario peruano es un régimen antiguo. Incluso, si uno comienza a revisar la historia, es de la época de Ramón Castilla. Fue una heredad de la Colonia. Incluso la famosa ley de bases de la carrera administrativa, el régimen público, la 276 que no se ha renovado, hay una serie de déficit, una serie de vacíos".*[66]

Si bien es una área de difícil manejo hay que seguir perfeccionando el marco regulatorio laboral, lo que está sucediendo en nuestro país es que hay una suerte de florecimiento de regímenes laborales específicos para cada profesión, y para los técnicos estrictamente no son leyes regulatorias, son leyes que justamente buscan la excepción a la regulación. Son leyes que no se engarzan en un solo marco, e incluso tienen a veces desencuentros entre lo que está pasando en la realidad y lo ideal.

Hay que entrar a la regulación laboral en sí misma. Hay que entrar con muchas propuestas y aprovechar que el IDREH tiene potestad para eso, incluso puede presentar iniciativas legislativas. Coordinando con el MINSA y otros ministerios como el de Trabajo, con la colaboración de OPS, que siempre ha participado en el tema, pero también de la OIT, se puede hacer iniciativas legislativas. Lo ideal sería establecer un régimen ideal para salud, donde se pueda echar mano de las ventajas de la 728, que es la legislación laboral de la actividad pública, *"si no hacemos esto es probable que tengamos otra 276, tal vez más moderna más tecnologizada, pero igualmente incapaz de contemplar la especificidad. Sobre todo si estamos hablando de empleado público, en salud, estamos hablando de la segunda o la tercera masa laboral nacional".*[67]

Compartimos la percepción de la importancia y el peso que tiene lo laboral o económico. Lo más probable es que esta nueva ley, si es que se logra aprobar, sea tan general y esté en el mismo nivel de generalidad que la 276 que intente ordenar, corregir alguno de los supuestos problemas, que básicamente tiene que ver con la multiplicidad de las formas de contratación y de las relaciones de trabajo asociadas a remuneración básicamente. Aquí el IDREH y la Oficina de Gestión de Recursos Humanos tienen una oportunidad de hacer propuesta, de estar en la discusión.

> *"Yo creo que no hay regulación en la práctica, lo que hay son leyes que se dictaron en su momento que lo que pretendían era poner las diferencias entre cada una de las profesiones, empezaron los médicos y le han seguido todos los otros, ninguna norma accesoria a las leyes y a sus reglamentos fueron construidas en función de generar lógicas modernas de gestión, todo se quedó con en el marco normativo de las leyes del empleado público que nosotros tenemos, y esas son estrictamente, cumplimiento de*

[66] Entrevista al Dr. Giovanni Escalante.
[67] Entrevista al Dr. Oswaldo Lazo.

tiempos, de servicio, las sanciones que te pueden poner si cometes una falta, y lo que puedes y no puedes decir, después el resto no existe".[68]

Actualmente en la regulación laboral, ser nombrado o ser contratado por tiempo indefinido o por plazo fijo no significa gran diferencia porque se tiene todos los beneficios. En el CLAS se ha instalado una lógica de contratos con el régimen privado y en términos generales están mejor que el sector públicos, pero las dirigencias gremiales por diversas causas prefieren un régimen laboral público con un esquema único donde de una o otra manera aseguran que el sindicato y la dirigencia sobre todo tengan sentido porque el movimiento sindical en el Perú esta mas desarrollado en instituciones públicas que en el sector privado .

"A mi juicio, es una percepción personal, es difícil pensar que un funcionario va a estar de por vida en un régimen como el 276, porque es muy difícil, casi imposible, hacer que ese profesional se pueda retirar cuando no es competente o no es probo".[69]

Un tema complementario en este tipo de regulación es el tema de cómo regular la capacitación de los trabajadores de salud en el servicio. Hemos sido testigos de múltiples programas de capitación de diversa naturaleza, donde se han invertido muchos recursos, con problemas en mostrar evidencias de cambios, y por otra parte son programas que no han sido sostenibles, por el enfoque la metodología, la no priorización de estas actividades o porque los trabajadores ya se fueron, ya rotaron, ya no están.

Encontramos en el análisis de la regulación en el país, juntamente con los espacios que se han abierto para mejorar la formación de los recursos profesionales y técnicos de salud, la mejora de los desempeño y la regulación laboral, pero también reconocemos que estamos en una lógica reproductora de atavismos, que casi unánimemente se identifican como responsables de una situación que casi todos califican también como indeseable.

En este sentido queremos que desde esta propuesta de consultoría sobre regulación encontremos una alternativa para desestructurar las prácticas tradicionales y los temas antiguos que siguen concentrando nuestra atención, nuestra pauta, nuestra energía; esta ruta estaría relacionada con abordar constante y creativamente **el tema de regulación del ejercicio laboral de los profesionales y de técnicos.** La ventaja que tiene es que es una área poco explorada, poco entendida y que compromete dentro del Estado principalmente al sector salud, y dentro del MINSA involucra a otras direcciones e instancias que están desarrollando esfuerzos por el cambio, el abordaje de esta área de regulación tiene que ser concertada con todos los actores institucionales y no institucionales en donde la creatividad, la apuesta en común y la tolerancia sean el eje de la implementación de este tipo de regulación desde los servicios de salud.

"Planteaba pasar de la regulación rígida a la rectoría estratégica y yo entendía rectoría estratégica como un intermedio entre la autoregulación y la regulación estatal, es decir, una regulación más concertada, ya que todos los actores o los principales se ponen de acuerdo mas o menos a donde quieren ir y con que reglas, establecer unas reglas mínimas de una convivencia institucional".[70]

[68] Entrevista al Dr. Percy Minaya.
[69] Entrevista al Dr. Giovanni Escalante.
[70] Entrevista al Dr. Víctor Carrasco.

2. Propuesta metodológica

> *"Existe variedad de abordajes metodológicos para la formulación, desarrollo e implementación de los procesos de regulación; con algunos de ellos resulta necesario ser cuidadosos, ya que no todos resultan adecuados a nuestra realidad. En todo caso, hay que insistir siempre en que cualquier aplicación de los procesos de regulación sólo debe ser definida a partir de nuestra propia realidad".*[71]

Ejercicio laboral/profesional: en el área de la salud, nos encontramos con que puede haber médicos, enfermeras, obsterices, bioquímicos, microbiólogos, analistas clínicos, biomédicos, etc., con puntos de intersección en sus funciones profesionales. Cabe entonces preguntarse: ¿cuál es la instancia en la sociedad que define o determina la inclusión de innovaciones tecnológicas, el ámbito de cada profesión, los espacios o exclusividades de la práctica profesional?

Las preguntas que se mantienen vigentes, por ejemplo, son: ¿cuál es el órgano que delimita las competencias del ejercicio profesional de cada una de las profesionales?, ¿cuáles son las barreras que impone el mercado para el profesional recién graduado?, ¿qué mecanismos existen para regular la mala praxis o el ejercicio por personas que no tienen la habilitación suficiente para ello?, ¿quién se responsabiliza por esta habilitación?, ¿cuál ha de ser el verdadero papel de los colegios profesionales?, ¿cómo se da el control ético? Dónde se regula, por ejemplo, sobre filtros o requisitos de entrada, el campo de ejercicio, disciplina y ética profesional, acreditación o certificación continua de competencias y otros.

En los últimos años hemos transitado por un largo camino de dar respuestas a estas preguntas; sin embargo, el avance en el campo de la regulación de los recursos humanos aún es muy frágil y en espacios restringidos. Pero consideramos que si focalizamos el proceso de regulación al campo del ejercicio laboral/profesional, sin descuidar o desconocer los avances en las otras áreas, la gobernabilidad seria mayor y habría mayores posibilidades de acción del sector. La regulación del campo de ejercicio profesional, de profesionales y técnicos de salud, es un tema que si bien es poco mencionando y transitado, pensamos que sería un campo con mayores posibilidades de hacer más cosas, de ser más eficaces y avanzar en legitimar más esta vía, para que se vea como un campo donde se pueden tomar acciones, medibles, visibles y no solo discutiendo temas muy complejos o donde siempre hay otros con los cuales nunca se logra tener total acuerdo. Porque hay intereses muy variados, no decimos que este campo de la regulación del ejercicio profesional no tenga esta limitación, pero por lo menos en el campo formal parecería que esta regulación no tendría otros actores directos que no sean los del sector salud.

La propuesta busca ubicar la unidad de análisis y operatividad para el desarrollo de políticas en el campo de RR.HH. en el **servicio de salud.** Tomar más el establecimiento, el servicio y el equipo de salud que trabaja en este espacio operativo, más que poner energía en los diversos grupos profesional, que buscan el nivelarse casi en todo, a una profesión como los médicos que por su capacidad de presión, acceso o presencia en espacios de decisión van a tener siempre o han

[71] Esquivel J. M. *Regulación del desarrollo de los recursos humanos en el campo de la salud*, Revista de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social. Costa Rica, 2001.

tenido históricamente una mayor ventaja e introducen un sesgo inadecuado. Si centramos los procesos de regulación en el establecimiento, el servicio, algunos tipos de servicios en algunos lugares concretos geográficamente, nos podría conectar a un proceso de regulación, por ejemplo, como determinar qué equipo de recursos profesionales técnicos se requiere para que la población tenga una atención adecuada, y no se desarrolle solamente un proceso de acreditación de infraestructura y equipamiento que no tenga ninguna relación con la atención de la población y la resolución de problemas de esta, en base a lo que hace el equipo de salud en la población, centrar allí los tipos de contrato, sueldos e incentivos. De esta manera, por lo menos para la atención básica, pensamos que permitiría mejorar en términos significativos algunos resultados en salud y ofrecer una mejor atención en términos de calidad, acceso y seria real la regulación.

Creemos que un enfoque de regulación desde los servicios será la "locomotora" que enganche y jale a procesos en la parte formativa y en el aspecto laboral y logre articular los recursos humanos con el modelo de atención, el financiamiento del SIS, del PAAG, los fondos de la cooperación internacional, etc. Obviamente esta "locomotora" necesita una decisión política y un impulso político. Habrá un nuevo discurso: queremos atender a la población de menores ingresos, queremos mejorar la atención básica, queremos que haya mas articulación y no espacios estanco, queremos más calidad, más eficacia. Será la oportunidad para el cambio de eje en la Intervención, hay espacios y oportunidades que podemos aprovechar.

Empezar a trabajar la regulación profesional y de técnicos desde los servicios permitirá desestructurar un poco esa conflictividad corporativo gremial, responder a la capacidad de presión corporativa de los gremios. El ordenamiento desde los servicios podría ser un espacio de atenuación de los conflictos laborales y donde se pueda colocar los incentivos para que se resuelvan, sin embargo hay que estar conscientes de que no es que se abandone los temas álgidos que existen, aún irresueltos en el campo de la formación como en las relaciones laborales, pero por lo menos no seguimos por el mismo camino, por la misma ruta que se ha tenido en los últimos cincuenta años, no solo en el Perú si no también en la región.

Este espacio del servicio/establecimiento de salud que es el lugar de aplicación y resultados del modelo atención integral, que por lo menos podría responder más integradamente a la población, especialmente a la que está en mayor necesidad. En base a esto se define los componentes del modelo, el equipo necesario para implementarlo y monitorear el desempeño del equipo; en otras palabras, el modelo de atención que se va a aplicar en un ámbito determinado nos dirá qué número, que tipo de recursos humanos requiere. Cómo a partir del establecimiento prestador, de una red, de un centro de salud, se generan los mecanismos de regulación que podrían romper un poco la rutina de las profesiones y sus intereses.

Siendo el Ministerio de Salud el principal financiador podría poner las condiciones. Por ejemplo, el SIS podría asignar recursos per cápita para una zona determinada, que podría ayudar a un pago diferenciado por zona o condiciones de trabajo, que genere estímulos económicos en base a desempeño o resultados, y esto solo podría regularse a partir de una unidad de prestación con un modelo de atención diferente. Allí el Ministerio de Salud, con algunos pilotos que está en capacidad de impulsar, podría ir probando una especie de modelación y regulación en recursos humanos, donde el perfil se relaciona con la necesidad que tiene la población; las unidades de aplicación inicial sean estos hospitales, centros de salud o puestos de salud que lógicamente tendrán equipos, necesidades y resultados diferentes.

Puede ser la oportunidad para retomar el proceso de acreditación de establecimientos o servicios de salud que no esté solo centrado en la infraestructura y el equipamiento, llevaría a una regulación de los equipos de salud necesarios en los distintos tipos de establecimientos de la distintas localidades, y a partir de allí asignar roles y luego retroalimentar a los gremios, a los colegios profesionales y a las universidades. Entonces ya no partimos de los factores de la oferta, sino que nuestro punto de partida son las necesidades de la población, respondemos a lo que es el mandato del sector y diría que también perfila a la gestión y desarrollo de los RR.HH. como un tema más visible, mas importante, para romper el esquema mental de que recurso humano es igual a un problema tarde o temprano.

> *"Esa mirada más metida con el servicio mismo, con la gestión del servicio mismo, o sea la mirada al recurso humano, toda enlazada a la gestión del servicio mismo y su desarrollo, bueno me parecería que va bien. Yo tengo claro dentro de la posibilidad de manejo que tenga el servicio para tomar decisiones y ajustes".*[72]

Los servicios como centro de regulación, podrán ser tanto los de atención ambulatoria como hospitalaria los hospitales tienen roles están ya más estructurados. En un puesto o centro de salud puedo reestructurar y recrear una nueva relación de equipo de salud en donde se responda de manera más eficaz y efectiva a los problemas de salud, pero en un hospital el modelo médico está más estructurado, más definido lo que hace el médico, lo que hace la obstetriz y lo que hace la enfermera. Digamos que tiene ciertas áreas grises de superposición, pero ya están bastante estructurados; sin embargo existe un problema relacionado a los servicios que presta y su interrelación entre ellos. Por eso siguen siendo válidas las preguntas ¿como estos distintos servicios dentro de los hospitales, básicamente los servicios ambulatorios, los servicios de atenciones de emergencia, los de hospitalización, se reestructuran en una lógica de redes? Porque ahora son vistos como establecimientos y no como servicios, y eso crea un problema porque desconecta al hospital de estos otros servicios ambulatorios y crea distorsiones. Entonces digamos que el tipo de regulación que se requeriría en los hospitales no necesariamente va a reducir la conflictividad digamos tradicional, porque se gestó en el esquema hospitalario, o sea en el modelo médico por lo tanto el médico va a sentir que tiene que ganar más, que tiene que tener la conducción etc. Entonces por allí hay una nueva línea de conflictividad; pero de repente en otros lugares, dentro de la conflictividad puede haber espacios; y allí se debe pensar en otros esquemas de equipo realmente que midan, no solo el desempeño individual, sino el desempeño del servicio y que entiendan que el trabajo en equipo es fundamental y que la gerencia del establecimiento haga que compita el hospital con otros hospitales por tener la mayor calidad. Así se pasaría a cambiar esquemas de incentivos, modalidades de pago, mezclas distintas a las actuales.

También los servicios serán un buen espacio para los procesos de recertificación iniciados por colegios profesionales, como el Colegio Médico, si este proceso de recertificación se centra en los establecimientos y estos se someten a un sistema de evaluación de calidad del establecimiento y, por lo tanto tendrían que tener ciertos mecanismos para asegurar que sus trabajadores, incluidos los médicos tengan mecanismos para asegurar desempeños adecuados.Y que son los servicios los sujetos que llevan a delante el proceso en tanto que tendrían el incentivo de ser calificados negativamente, algo parecido a lo que intenta la CAFME no para las universidades, pero sí para los establecimientos. Actualmente los establecimientos públicos solamen-

[72] Entrevista a la Lic. Gladys Zárate.

te reaccionan a las denuncias periodísticas y los privados a su lógica de mercado, ESSALUD lo mismo. No hay ningún esquema que tenga el director o el jefe del establecimiento como responsable para preocuparse de que se instalen procesos regulatorios.

Debemos enfatizar que en este sentido el MINSA implementó el proceso de acreditación de establecimientos, principalmente hospitales, pero que no tuvo éxito por que los estándares estaban muy por encima de la realidad y solo se evaluaba infraestructura y equipamiento dejando de lado los recursos humanos.

> *"En este periodo de gobierno el intento de acreditación de establecimientos de salud en el ministerio se congeló y lo que se trato de impulsar desde la dirección de calidad es este asunto de un sistema nacional de auditoría médica tampoco ha tenido mayores resultados".*[73]

> *"Uno de los puntos clave es el tema de los recursos humanos y ahí está todo este proceso de cómo los seleccionas, de cómo los induces, de cómo los motivas, de cómo los capacitas y de cómo evalúas su desempeño, todo eso se supone es una preocupación que debe estar incorporada en la gestión de los establecimientos y que tiene que ver con este punto… es un poco ese el terreno de la regulación micro pero que de repente es la más importante".*[74]

Esta estrategia de regulación puede generar incentivos o externalidades para los otros actores fuera del sector, como las universidades. Por ejemplo, si una región decide que un plan determinado de años (10 o 15) los médicos que trabajen en una EPS, sea este un centro de salud, etc., deben tener una formación en Medicina General Integral o en Medicina Familiar, o que tengan una formación en gestión de servicios en salud pública, etc. Con una estructura curricular previamente determinada con los centros de formación regionales o nacionales que estén interesados, en esta decisión ya se está dando una retroalimentación a aquellos que están interesados en formarse y a las entidades formadoras. Entonces los centros de formación no serán necesariamente los hospitales, sino establecimientos de salud ambulatorios que tienen que acreditarse también no solo para prestar determinado tipo y nivel de atención, sino para formar recursos y esto se hará en alianza universidad- servicios.

Así los centros formadores tendrán que abrir proyectos piloto en diversos sitios, tales instituciones pueden ofrecer sus propuestas, ideas, etc. Vamos a tomar dos o tres, las vamos a validar, las vamos a evaluar y al año siguiente se crecerá un 10%. Al cabo de 10 o 15 años el 100% de los mil centros de salud se van a cubrir con estas personas preparadas de acuerdo a la necesidad del servicio. Igualmente defino que para ser director de hospital se debe tener un determinado perfil de competencia, entonces tengo que adecuar las forma como voy a formar los recursos y esto no se logra de un día para otro sino progresivamente. Vamos a empezar con un piloto en estos lugares, se va a trabajar en equipos de salud, las plazas van a ser para profesionales de la salud no asignados por rama específica. Lo importante va a ser que tengan estas competencias que se van a monitorear y evaluar a las universidades, los profesionales de la salud tendrán que orientar su formación a las competencias que les son solicitadas por los servicios de salud, y deben tener esas competencias para ser contratados, entonces es el espacio de los servicios, que se convierte en un gran modulador de la formación del pregrado el residentado, los programas de postgrado y de educación permanente.

[73] Entrevista al Dr. Víctor Carrasco.
[74] Entrevista al Dr. Víctor Carrasco.

Podría ser un espacio adecuado para implementar temas claves como el de la educación permanente en salud:

> *"Los servicios deberían monitorear que la gente se esté capacitando permanentemente en servicios de salud, el tema de la educación en el servicio en el trabajo para el trabajo y con el trabajo, que ahora es más un discurso que una práctica, debería, dársele mayor énfasis y el otro tema es la evaluación del desempeño y combinar la evaluación del desempeño individual con el del desempeño colectivo y obviamente combinando esto con ciertos incentivos; porque lo que yo veo ahora he visto hagas bien o mal las cosas no pasa nada, pero en cambio si les das las mismas oportunidades de capacitación a todos haces del proceso de evaluación un proceso de enseñanza–aprendizaje".*[75]

3. Nuevo y mejor rol del IDREH

El IDREH en sus funciones actuales, que son básicamente la rectoría sectorial de recursos humanos, tiene a su cargo en este caso los recursos humanos de todo el sector. No solo del Ministerio de Salud, sino de todo el sector. Es el que debe generar información para la toma de decisiones en el tema de recursos humanos en varios aspectos. Uno de los aspectos es el tema de formación, porque a través de la regulación en el tema de formación, nosotros podemos lograr que los profesionales y los técnicos en salud que se están formando tengan mejores perfiles mejor calidad en su formación y por lo tanto más competencias y mejores condiciones para poder atender a la población. Porque en este momento tenemos una serie de deficiencias relacionadas a la formación, a los campos clínicos, a los planes curriculares de cada una de estas carreras, etc., que no garantizan la calidad del profesional y del técnico. Las escuelas están creciendo con un ritmo increíble. Pero muchos de ellos ya no garantizan la calidad del egresado[76].

> *"Yo creo que el tema de regulación de recursos humanos es crítico, porque el sector tiene una gran incapacidad para estabilizar su nivel de propuesta y desarrollo, porque no tiene capacidad de articular masa crítica de recursos humanos con capacitad para plantear, dirigir; primero porque no tiene recursos humanos especializados en gestión, regulación o desarrollo, diríamos que es una cuestión tecno burocrática. Entonces hay un alto nivel de improvisación cuando hay que liderar espacios, hacer propuestas, proyectos, consultorías. Esto se agrava porque generalmente estos grupos humanos son flotantes, tienen otras exigencias salariales, otros niveles de relación, y nosotros no tenemos una legislación preparada para eso: si pudiéramos flexibilizar ese asunto tú pudieras tener la capacidad de incorporarlos y entonces pudieras hacer que los procesos fueran mucho mejor direccionados y gerenciados, entonces no estamos hablando de la masa, si no de los dirigentes, porque la masa critica está en realidad manejada por lo que la ley ahora le da, o son nombrados o están en proceso de nombramiento o algunos se conforman con ese SNP o es lo único que les queda, ¿no? y si eso cambiara podrían ser cualquiera de las cosas y eso no haría diferencias, tener más o menos nombrados no haría mas equidad".*[77]

[75] Entrevista al Dr. Víctor Carrasco.
[76] Entrevista a la Dra. Betsy Moscoso.
[77] Entrevista al Dr. Percy Minaya.

La regulación desde los servicios será también una oportunidad para el fortalecimiento y un nuevo rol protagónico de las direcciones y oficinas de Recursos Humanos, sean estas locales, regionales o nacionales. Esto involucra directamente al IDREH, cuyo mandato es para el ejercicio de profesionales y técnicos de todo el sector no solo de los recursos que son Ministerio de Salud, pero es difícil que pueda uno pueda aspirar a tener esa regulación sectorial en el ejercicio profesional si no pueden conseguir la regulación de la institución matriz, que sería el Ministerio de Salud y las DIRESAS. Para asumir este rol se necesita una unidad de acción con la Dirección General de Recursos Humanos del MINSA; también hacemos notar que esta estrategia o táctica de actuar por disciplinas o por profesiones puede debilitar los esfuerzos y puede descolocar al IDREH de las preocupaciones principales de las otras dependencias del MINSA.

Proponemos tener comunidad de análisis y alguna experiencia operativa para emprender este proceso de ordenamiento interno e ir ganando experiencia en el ejercicio de la regulación intrainstitucional para luego avanzar a la sectorial, que estas unidades piloto sea, las unidades prestadoras. Entonces, tomar pilotos de redes, hospitales, o sean la unidad de atención ambulatoria, la unidad de atención de emergencia, la unidad de atención de hospitalización y ver como se combinan con otras acciones y otras organizaciones que puedan ir creando incentivos, pero que coloquen al IDREH en las discusiones actuales de la gestión del MINSA, del modelo de atención, del campo de la promoción de la salud, las estrategias nacionales, por lo menos más actuales de los otros miembros de la organización del MINSA. Si no se hace esto, el IDREH puede quedar flotando como una institución ajena a los servicios en que nadie les exige nada, una cosa aparentemente tranquila, que es un poco la experiencia de lo que le pasó a la Escuela de Salud Pública.

Entonces, si es que no hay ese ajuste de ordenamiento de la secuencia de acciones, lo que va a haber es una sensación de que cada vez se acumulan los problemas y que lo poco que se hace no resuelve. En el caso de información, el asunto es cómo este centro de documentación y formación del IDREH actúa en línea con la oficina de informática y estadística, con la oficina de epidemiología, porque lo que se requiere es no información por factores sino una información que tenga distintas fuentes y distintos niveles de argumentación, pero que procese una política que es una política de salud y de la cual los recursos humanos son una parte fundamental.

Ahora, eso requiere que uno no vea separado el IDREH, la Dirección de Gestión de RRHH, de la DGSP, de la dirección de Promoción de la Salud, sino entender que estando en áreas diferentes tienen un mismo encargo y un mismo mandato, conjuntamente con los mismo jefes, responsables de servicios, y cada uno tiene que hacer su contribución. Estas son acciones concretas que contribuirán a cambiar o mejorar la cultura organizacional del MINSA.

Como hemos visto en el análisis, el IDREH tiene limitaciones de recursos técnicos y financieros para cumplir con su rol; existe también un contexto de falta de exigencia y la necesidad de posicionar al IDREH como un órgano decisorio en la política sanitaria nacional. Obtener en el corto plazo los recursos necesarios será una tarea difícil, por lo que hay que tener mucho cuidado en dosificar el esfuerzo, los escasos recursos en las tareas urgentes y prioritarias. Esto es muy importante porque podemos pretender hacer muchas cosas con pocos recursos y quizá dejar de hacer las cosas que son urgentes, ineludibles o mandatarias, y en lugar de con ese esfuerzo conseguir un mejor posicionamiento institucional, llevar a una frustración mas a

una descohesión interna, porque se tratará de encontrar responsables internos de no tener éxitos o reconocimientos.

> *"Yo creo que los temas de regulación dependen de varias entidades. En este caso el tema de formación, ahí necesariamente creo que tienen que entrar a tallar el Ministerio de Educación, las entidades que coordinan las universidades, deberían también organizaciones privadas que asuman algunos temas, pro ejemplo, el tema de acreditación. Yo no creo en sistemas de acreditación donde las propias universidades regulan sus programas de formación o los mismos establecimientos regulan su funcionamiento. Yo creo que quien acredita y quien evalúa tiene que ser un tercero. Alguien que sea imparcial y que pueda tener mayor objetividad para emitir un juicio de valor. Entonces, en este caso las universidades se están autorregulando y en el tema de acreditación de servicios igual. Es el propio Ministerio, la propia seguridad quien se regula y no hay ninguna organización privada que se haya promovido para ese tipo de cosa… A mí me parece que una función que no se debe descentralizar es la acreditación de establecimientos, esa debe estar centralizada, por que si no todos se van a auto acreditar. Hay una serie de distorsiones precisamente debido a que la función me parece que no está en quien debe tener esa función. Pero, esa es una decisión que pasa por encima del IDREH, que pasa por encima del Ministerio de Salud, o sea quienes tendrían que tomar ese tipo de decisión".*[78]

El tema de la regulación como lo han pensado en otros países esta más referido básicamente a agentes privados, al mercado. En nuestro país aún este tema no está definido, hay iniciativas desde las universidades, los gremios y también desde el Estado. Esta responsabilidad está siendo asumida progresivamente por el IDREH, sin embargo tenemos que reconocer que nuestras organizaciones como instituciones aún son muy precarias. Tenemos organizaciones pero no instituciones, necesitamos acciones que contribuyan a ese ordenamiento, porque hay una sensación de desorden, de falta de dirección. Entonces, se requiere de manera urgente iniciar procesos equivalentes a la regulación que busquen en primera instancia alinear las cosas en relación a un objetivo que no es el endógeno, no el interno de la institución, sino el mandato que está en la misión del MINSA y en la razón de ser de la institución, en este caso la salud de la gente. Este debe ser el eje orientador de la regulación y el elemento crítico, pero hay otros problemas históricos acumulados por lo que el cambio, el nuevo orden, parecerían que son más fáciles de manejar como lo de los residentes, internos, SERUMS, el internado en el pregrado, etc. Pero también aparecen algunos otros problemas que convendría intervenir con prontitud.

Tiene que resolverse la dualidad en la regulación sobre los recursos humanos que hay ahora en el MINSA. Si bien fue un avance sacar RRHH de administración, en la práctica sigue viendo solo la gestión de los recursos humanos y solamente a nivel del edificio del MINSA. Creemos que el desarrollo y la gestión deben ser asumidos en su totalidad por el IDREH.

> *"Creo que sí porque si ya se tiene a IDREH, para qué tener a gerencia de RRHH. En todo caso que se le cambie de nombre a RRHH porque es más una gerencia de personal, que ve todo el asunto del marcado de tarjeta de la seguridad social y en todo caso podría ser parte de la dirección general de administración y el tema de RRHH en términos técnicos, normativos y regulador debería estar centrado en el IDREH, pero un IDREH renovado, recargado…".*[79]

[78] Entrevista a la Dra. Betsy Moscoso.
[79] Entrevista al Dr. Víctor Carrasco.

4. Propuesta Instrumental

> *"A mí me parece que el Ministerio de Salud, como ente rector, tiene que tener también más claro a dónde quiere llevar la salud del país, y eso proyectado en el tiempo, qué desarrollo supone… hablar de un desarrollo a largo plazo. Sobre esa base hay que pensar como traduces esto en el RR.HH. ¿Que tipo de recursos humanos necesitas? ¿ que desempeño se esperaría de esa gente con los recursos que tenemos ahora? se necesitamos personas diferentes… Si no hay una cosa seria en esa dimensión seguirán poniéndose parchecitos".*[80]

La regulación es un proceso dinámico que involucra espacios y actores, y que se operativiza mediante instrumentos de regulación. Entre los instrumentos para realizar la regulación se encuentran los jurídicos, que son impuestos fiscalizados y obligatorios para las partes. También se pueden utilizar instrumentos de incentivo o desincentivo, que funcionan sobre la premisa de que son voluntarios, y se basan en las realizaciones u omisiones que realizan los trabajadores de salud, objetivados por un sistema de evaluación.

> *"Aún está pendiente el debate de si la regulación profesional, los mecanismos que acrediten el ejercicio profesional, deben ser obligatorios o voluntarios. Yo particularmente pienso que no hay espacio en el corto plazo para hacerlos obligatorios y que más bien los mecanismos regulatorios deberían ir por el lado de los incentivos para que se generalicen experiencias de autorregulación profesional y una forma de medir es ver cuántos grupos profesionales se acogen a estos mecanismos de autorregulación sería el más concreto e inmediato. Uno de los datos más indirectos podría ser en términos de cuantos casos de negligencia se están produciendo en teoría deberían de disminuir si estos procesos están funcionando bien, ya que cada vez los profesionales estarían más preparados y cuidadosos. Entonces la parte de impericia estaría disminuyendo y también por ahí se podría ir midiendo y otra es la opinión de la gente, cómo es que la gente ve las cosas, si el ejercicio profesional siente que mejora o empeora".*[81]

Si se crea este consejo nacional de evaluación y acreditación de la educación superior, el CAFME debería convertirse en un capitulo de ese consejo y obviamente por el proceso de descentralización del país debería tener un estructura descentralizada vinculada a las secretarías de gerencia de desarrollo social. No se trataría de hace una burocracia, pero sí de repente de convocar a las instituciones más importantes en estos temas en cada región. Porque ahora en casi todas las regiones hay universidades. Hay gremios profesionales y deberían reunirse y asumir este tipo de cosas.

> *Las normas actuales relacionadas con gestión y el desarrollo de los recursos humanos, para cumplirse no tienen ni incentivo ni sanción".*[82]

[80] Experto en RRHH entrevistado.
[81] Entrevista al Dr. Víctor Carrasco.
[82] Entrevista a la Mg. Ina Vigo.

5. La Regulación de los Recursos Humanos y la Descentralización.

Consideramos que el proceso de descentralización que vive el país actualmente es una oportunidad para relanzar y lograr avances en los campos de la gestión y regulación de los recursos humanos, pero no solo como una oportunidad de transferir competencias del nivel nacional al nivel regional sino como el espacio territorial en donde se implementen las propuestas, una especie de laboratorio para ir probando propuestas, acuerdos. Es necesario aprovechar la presencia de los proyectos de reforma existentes como PARSALUD y AMARES, que cuentan con recursos y mandato, de otra manera los proyectos concluirán y las cosas que se necesitan hacer no se van a hacer. Es necesario encontrar ideas claras basadas en evidencias, de otra manera nos pasaremos otros diez años conversando y discutiendo sobre el tema.

6. La operativización de la regulación

Este es el tema crítico. Tenemos que revertir la situación actual, no debemos dejarnos llevar por la inercia, tenemos que pensar cuáles son las cuestiones previas que hay que resolver, si es que no se resuelve el primer paso no podemos dar el segundo, hay que hacer cosas sistemáticas, simples, breves; sistematizaciones u investigaciones operativas concretas que nos demuestren lo que se debe o no hacer. Siempre existirán personas que piensen distinto, tener unanimidad es prácticamente imposible, siempre y cuando no sea una oposición que te vete o te impida abordar el tema. A esos hay que persuadirlos y además así se quisiera no se puede hacer de un día a otro sino que se va a ir construyendo poco a poco, no hay otra forma de hacerlo, entonces va a haber tiempo para que las personas que piensan distinto reflexionen porque no conviene tener una oposición radical permanente, sino simplemente escuchar. Pero lo que encontramos ahora es que realmente no hay limitantes ni una negación cerrada a cambiar, entonces por qué no apostar por el cambio o por lo menos cambiar de velocidad; creemos que hay un consenso básico para hacer cosas buenas en el campo de los recursos humanos.

> *"Precisamente es que en el proceso de descentralización te están obligando a que tú pongas determinadas condiciones para trasladar por ejemplo funciones y manejo de presupuesto y es que las instancias donde van a ir las funciones y los propuestos deben de acreditar un número de acciones que tienen que ver entre otras cosas con el tema de la gestión de* RRHH, *en el que allí está incluido todo el sistema que tiene que ver con la vinculación entre el servicio y la formación, o el desarrollo de las competencias en el servicio. Entonces ese punto, por ejemplo, es un punto que sabemos que tenemos que abordarlo pero que no lo hemos pensado el cómo, los detalles y este tipo de cosas. Por eso yo me centraría en esas tres: qué es el planeamiento, en lo que es el desarrollo de las competencias y lo otro que es la acreditación de ese espacio para que esto suceda, con estas tres cosas yo me quedaría, es en lo que deberíamos empezar a pensar".*[84]

[84] Entrevista al Dr. Lizardo Huamán.

7. Recomendaciones

"Porque esa idea de otra vez apelar a las cabezas geniales me parece que no, veamos qué han nacido de esas cosas, qué frutos, pequeños actos de regulación a partir de los cuales en algunos casos puedes generalizar algunas normas más aplicables…quizá el reto esté en poder darse un tiempo de identificarlas, algunas serán cosas tan genuinas e irrepetibles… o es que hay algunas regularidades que uno puede ir constatado en esas experiencias que sí pueden marcar el paso".[85]

1. Para que el Estado pueda ejecutar acciones y luego evaluarlas con independencia y objetividad es necesario generar situaciones en donde al menos se puedan separar las funciones de regulación de las otras funciones.
2. Crear espacios de regulación con independencia de las funciones ejecutivas y políticas permitiría que el Ministerio de Salud se constituya en el rector del sistema de prestaciones con independencia del aparato prestador, de esta forma podría evaluar a las instituciones públicas y privadas por igual.
3. El proceso de regulación no puede ser un fin en sí mismo, es el medio por el cual se contribuye a la mejora de la calidad de atención a la población. El fin último es la satisfacción de la población en el campo de la salud, el usuario de los servicios como centro de cualquier proceso de gestión y desarrollo de Recursos Humanos.
4. Concentrar y no fragmentar los esfuerzos en el campo de la gestión, regulación y desarrollo de los recursos humanos.
5. Fortalecer al IDREH con asignación adecuada de recursos financieros que permitan contar con los cuadros técnicos necesarios para dedicarse con amplitud y exclusividad al desarrollo de recursos humanos y la regulación de dicho proceso.
6. Garantizar la continuidad de los equipos técnicos del IDREH, que permitan seguir con los procesos de regulación iniciados y mantener la presencia en los espacios regulatorios existentes.
7. Posicionar al IDREH dentro de los procesos principales desarrollados actualmente por el MINSA, como el MAIS, las estrategias sanitarias, la descentralización (CNS y CRS) y los procesos de acreditación, categorización.
8. Involucrarse con mayor intensidad en el proceso de recertificación profesional impulsada por el Colegio Médico (SISTCERE), que creemos es uno de los procesos actuales de mayor valía y perspectiva en la autorregulación, pues tiene una perspectiva orientadora para otras carreras profesionales y propuesta participativa ligada a incentivos y al control social.
9. Es necesario aprovechar la presencia de los proyectos de reforma existentes como PARSALUD y AMARES, que cuentan con recursos y mandato para implementar, fortalecer o desarrollar procesos de regulación desde los servicios de salud que puedan ser monitoreados y apoyados, y sirvan como referentes al proceso nacional.

[85] Entrevista al Dr. Oswaldo Lazo.

REGULACIÓN DE RECURSOS HUMANOS
Tabla de Valoración

Con relación a las siguientes preguntas, marque con un aspa (X) o cruz (+) sobre el número que responda de mejor manera a las interrogantes que se formulan:

NOMBRE:
GRUPO DE INTERÉS

Preg.	¿Que apreciación tiene usted de los conceptos siguientes	Puntaje*				
Conocimiento sobre la regulación						
1	Tengo bien definido el concepto de REGULACIÓN.	5	4	3	2	1
2	Tengo bien definido el concepto de Regulación de RRHH en salud.	5	4	3	2	1
3	Considero que el o los sistemas de regulación de recurso Humanos en salud existen y funcionan.	5	4	3	2	1
4	Considero que la regulación en RR HH en salud es necesaria.	5	4	3	2	1
Qué aspectos deben regularse						
5	Tengo claros los aspectos que tienen que regularse.	5	4	3	2	1
6	Es necesario regular el trabajo profesional.	5	4	3	2	1
7	Es necesario regular el mercado laboral o mercado de trabajo.	5	4	3	2	1
8	Es necesario regular la formación de recursos humanos en salud.	5	4	3	2	1
9	Es necesario regular las relaciones entre empleador trabajador.	5	4	3	2	1
Quién debe Regular						
10	El Estado, a través del IDREH del Ministerio de salud.	5	4	3	2	1
11	Los Colegios profesionales o asociaciones de profesionales legalmente reconocidas.	5	4	3	2	1
12	La sociedad civil con asesoría de expertos.	5	4	3	2	1
13	En el caso de la formación, el Ministerio de Educación.	5	4	3	2	1
14	El mercado es el mejor regulador.	5	4	3	2	1
Regulación profesional						
15	Tengo claro cuál es el órgano regulador que delimita competencias para mi profesión.	5	4	3	2	1
16	Existen mecanismos para regular el buen o mal desempeño de los profesionales o técnicos de mi campo.	5	4	3	2	1
17	La regulación ética es suficiente.	5	4	3	2	1
18	La regulación legal (civil, penal) es necesaria.	5	4	3	2	1

Preg.	¿Que apreciación tiene usted de los conceptos siguientes	Puntaje*				
Regulación del mercado de trabajo						
19	Conozco las leyes o códigos que regulan el tipo de trabajo de mi profesión.	5	4	3	2	1
20	La ubicación y necesidades de los recursos están basadas en las necesidades de la población.	5	4	3	2	1
21	Los contratos de trabajo tienen relación con la calidad del producto ofertado.	5	4	3	2	1
22	Se está abordando de manera adecuada la solución de conflictos.	5	4	3	2	1
Regulación del proceso educativo						
23	Conozco quiénes y bajo qué criterios se autoriza el funcionamiento de instituciones educativas.	5	4	3	2	1
24	Conozco cómo se establecen los requisitos mínimos para acceder a la profesión y la determinación de vacantes.	5	4	3	2	1
25	Las entidades formadoras tienen compromiso con el desempeño del recurso formado.	5	4	3	2	1
26	Considero que todos los profesionales o técnicos tienen que tener una especialización	5	4	3	2	1
Acreditación y certificación						
27	Conozco quién acredita a las instituciones relacionadas con mi profesión.	5	4	3	2	1
28	Conozco quién certifica y con qué periodicidad al profesional egresado.	5	4	3	2	1
29	Considero que el estado es el indicado en certificar y acreditar.	5	4	3	2	1
30	Considero que la sociedad civil debe participar en el proceso de certificar y acreditar.	5	4	3	2	1
31	Considero que los gremios son los indicados para certificar y acreditar.	5	4	3	2	1

* 1 mínimo
2 escaso
3 regular
4 moderada
5 totalmente de acuerdo

RESULTADOS DE LA ENCUESTA

Preg.	¿Que apreciación tiene usted de los conceptos siguientes					
Conocimiento sobre la regulación						
1	Tengo bien definido el concepto de REGULACIÓN.	1	8	4	1	1
2	Tengo bien definido el concepto de Regulación de RRHH en salud.	0	8	4	1	2
3	Considero que el o los sistemas de regulación de recurso Humanos en salud existen y funcionan.	0	1	2	8	4
4	Considero que la regulación en RR HH en salud es necesaria.	12	1	2	0	0
Q*ué aspectos deben regularse*						
5	Tengo claros los aspectos que tienen que regularse.	2	4	6	3	0
6	Es necesario regular el trabajo profesional.	4	6	5	0	0
7	Es necesario regular el mercado laboral o mercado de trabajo.	5	6	2	2	0
8	Es necesario regular la formación de recursos humanos en salud.	8	5	2	0	0
9	Es necesario regular las relaciones entre empleador trabajador.	9	5	1	0	0
Q*uién debe* Regular						
10	El Estado, a través del IDREH del Ministerio de salud.	7	4	3	1	0
11	Los colegios profesionales o asociaciones de profesionales legalmente reconocidas.	2	3	8	1	1
12	La sociedad civil con asesoría de expertos.	1	5	3	4	2
13	En el caso de la formación, el Ministerio de Educación.	2	6	5	2	0
14	El mercado es el mejor regulador.	0	1	5	6	3
Regulación profesional						
15	Tengo claro cuál es el órgano regulador que delimita competencias para mi profesión.	5	3	4	2	1
16	Existen mecanismos para regular el buen o mal desempeño de los profesionales o técnicos de mi campo.	0	6	0	4	5
17	La regulación ética es suficiente.	0	0	6	7	2
18	La regulación legal (civil, penal) es necesaria.	1	4	6	4	0
Regulación del mercado de trabajo						
19	Conozco las leyes o códigos que regulan el tipo de trabajo de mi profesión.	2	4	6	2	1
20	La ubicación y necesidades de los recursos están basadas en las necesidades de la población.	1	0	3	6	5
21	Los contratos de trabajo tienen relación con la calidad del producto ofertado.	2	2	1	7	3
22	Se está abordando de manera adecuada la solución de conflictos.	0	1	3	7	4

Preg.	¿Que apreciación tiene usted de los conceptos siguientes					
Regulación del proceso educativo						
23	Conozco quiénes y bajo qué criterios se autoriza el funcionamiento de instituciones educativas.	1	2	3	5	4
24	Conozco cómo se establecen los requisitos mínimos para acceder a la profesión y la determinación de vacantes.	2	2	3	5	3
25	Las entidades formadoras tienen compromiso con el desempeño del recurso formado.	0	2	1	8	4
26	Considero que todos los profesionales o técnicos tienen que tener una especialización	3	6	3	2	1
Acreditación y certificación						
27	Conozco quién acredita a las instituciones relacionadas con mi profesión.	6	4	1	2	2
28	Conozco quién certifica y con qué periodicidad al profesional egresado.	6	4	3	2	0
29	Considero que el estado es el indicado en certificar y acreditar.	1	3	6	4	1
30	Considero que la sociedad civil debe participar en el proceso de certificar y acreditar.	4	6	4	1	0
31	Considero que los gremios son los indicados para certificar y acreditar.	1	1	6	1	6

ENTREVISTADOS

MINSA
Dr. Percy Minaya León, asesor del Viceministro de Salud
Lic. Ciro Echegaray, Director de Oficina de Gestión de RR HH
Lic. Ana Borja Hernández, asesora Director de la DGSP

IDREH
Mg. Teresa Watanabe, asesora de la Jefatura IDREH
Dr. Pedro Díaz Arteaga, SubJefe Institucional IDREH
Dr. Lizardo Huamán, Director General de la Dirección General de Políticas y Regulación de Gestión de RR.HH
Dr. Juan Ormeño Ara, Director Ejecutivo del SERUMS
Dra. Betsy Moscoso Rojas, Directora de la Oficina de Información Estratégica IDREH
Dr. César Chavarri, Secretario Académico, representante del IDREH ante CONAREME
Dra. Lindaura Liendo, Directora Ejecutiva de Políticas y Regulación IDREH
Lic. María Auccapoma Martínez, miembro del equipo técnico de investigación

SIS
Ing. Luis Francia

INS
Dra. Nora Reyes Puma

EXPERTOS
Dr. Oswaldo Lazo Gonzáles
Dr. Diego Gonzáles
Dr. César Lip Lichán
Dr. Giovanny Escalante
Mg. Ina Vigo
Dr. Ariel Frisancho
Mg. Gladys Zárate
Dr. Víctor Carrasco C.

ORGANIZACIONES
CONAREME
SITCERE
ASPEFAM
COLEGIO MÉDICO
COLEGIO DE OBSTETRICES
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

DIRECCIONES DE SALUD
Dr. Marcos Cabrera, Director de la DSP Ayacucho
Dr. David Gordillo, Director de Promoción de la Salud Ayacucho
Dr. Luis Fuentes Tafur, Director General DISA Lima Norte
Dr. Francisco Chunga, Dir. Recursos Humanos Lima Norte

FACULTADES DE MEDICINA / ESCUELAS
Dr. Pedro Mendoza, director de la Facultad de Medicina San Fernando, UNMSM
Dr. Segundo Bueno Ordóñez, Decano de la Facultad de Medicina, UNC
Dr. David Matzunaga Torres, Vice Decano de la Facultad de Medicina, UNC
Mg. Albila Domínguez Palacios, Facultad de Enfermería, UNC

SERVICIOS DE SALUD.
Rocío Portal, Salud materna, DISA Cajamarca.
Rocío Sierra, Servicios de salud DISA Andahuaylas
Walter Oré, Servicios de salud DISA Ayacucho
Dr. Víctor Chávez Rojas, Hospital de Cajamarca

REGULACIÓN EN GRUPOS PROFESIONALES: PROFESIONALES Y TÉCNICOS A NIVEL DEL SECTOR SALUD
IDREH
GUÍA PARA LAS ENTREVISTAS

Objetivo:

Con esta entrevista se pretende ampliar el conocimiento respecto a las percepciones de los actores claves relacionando sus respuestas con las preguntas claves de la Investigación:

- ¿Que entiende usted por regulación de recursos humanos en salud?
- ¿Que aspectos, en su opinión, requieren regularse en el campo de los recursos humanos en Salud?
- ¿Por que deberían regularse los recursos humanos en salud?
- ¿Como deberían regularse los recursos humanos en salud?
- ¿Quienes deben ser los reguladores?
- ¿Que resultados esperaría usted de la regulación?

ENTREVISTA A ACTORES CLAVES

Los actores claves (stakeholders):

Denominamos actores claves a aquellas personas que tienen algo que ganar o perder en un proceso determinado, para significar la concurrencia de los representantes de los diversos intereses que están en juego en todo proceso de transformación. Mediante esta metodología buscamos el aporte creativo de los principales actores involucrados, en base a una mesa ampliada de actores para que los resultados sean mejores y más sustentables.

GRUPO DE ACTORES RELEVANTES

1. Contraparte institucional e integrante del Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud.
2. Usuarios de servicios de salud (representados por expertos).
3. Reguladores: Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, IDREH, Comisión de Salud del Congreso.
4. Empleadores: Representantes de entidades prestadoras publicas y privadas.
5. Centros formadores: universidades, institutos y otros representantes de entidades formadoras.
6. Organizaciones laborales, y colegios profesionales y sociedades científicas.
7. Expertos y estudiosos de la salud pública y los recursos humanos en salud.
8. Organismos de control: inspectorías y contralorías.
9. Organismos de administración financiera: EPS, PAAG, SIS, compañías de seguros.

REFERENCIAS

1. Aguirre, E. Planteamiento del sistema de reportes y ordenamiento de la información que ayude a producir la data básica del Observatorio Nacional Peruano de RRHH en Salud. Lima, 2004

2. Brito, P. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. Revista Panamericana de Salud Pública, 8(1-2), 2000 pp. 43-54.

3. Brito, P.; Lazo, O. y Lip, C. El trabajo médico en el Perú. Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. OPS/OMS, Lima, 1990.

4. Diallo, K.; Zurn, P.; Gupta, N. y Dal Poz, M. Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. Human Resources for Health. 2003, 1:3.

5. Dussault, G. y Dubois, C. Human resources for health policies: a critical component in health policies. Human Resources for Health. 2003, 1:1.

6. Ferrinho, P. y Dal Poz, M. Towards a Global Health Workforce Strategy. Studies in Health Services Organization & Policy, 21, 2003.

7. Girardi, S. A regulação dos recursos humanos em saúde e a reforma do setor saúde em países da América Latina.

8. Konow, I. y Pérez, G. Métodos y técnicas de investigación prospectiva para la toma de decisiones. Ed. Fundación de Estudios Prospectivos (FUNTURO), U. de Chile, 1990.

9. Mays, N. y Pope, C. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. BMJ. 2000; 320:50-2.

10. Ministerio de Salud de Perú (MINSA). Lineamientos de política sectorial para el periodo 2002-2012 y Principios fundamentales para el Plan estratégico Sectorial del quinquenio agosto 2001-julio 2006.

11. Pope, C.; Ziebland, S. Mays, N. Qualitative research in health care. Analyzing qualitative data. BMJ. 2000; 320:114-6.

12. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud. Observatorio Nacional de Recursos Humanos de Salud. OPS/OMS . Quito, 2000.

13. Quiroga Martínez, R. Regulación de recursos humanos de salud en Chile. División de Recursos Humanos, Ministerio de Salud de Chile. Santiago, 2000.

14. Rigoli, F. y Dussault, G. The interface between health sector reform and human resources in health. Human Resources for Health. 2003, 1:9.

15. Rovere, Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Washington D.C. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 96. Organización Panamericana de la Salud, 1993.

16. Viscusi, Vernon & Harrington Jr. Economics of Regulation and Antitrust, 3ra ed. Cambridge, MA: MIT Press, 2001.