

PROPUESTA DE CAMBIO DEL TRABAJO MEDICO

Francisco L. Zambrano-Reyna

“La planificación sanitaria es aquel proceso especializado de la administración o gestión de las organizaciones en el que se exploran las oportunidades de mejora ante el futuro, se deciden los cambios necesarios y como pueden efectivizarse en el marco de la organización u organizaciones implicadas”. (Repullo 1998)

¡Exploremos una oportunidad de mejora!

Nos encontramos en una coyuntura de cambio en el Sistema de Salud de nuestro país. La nueva dirección tomada desde 1990 por la reforma, ha tenido una serie de cambios en busca de su perfeccionamiento. Estos cambios en la orientación política, técnica, administrativa y legal tuvieron y tienen una gran influencia sobre conceptualización y desarrollo en lo económico, social e incluso ético del trabajo de los médicos.

“La reforma de la Salud en el Perú se inicio bajo el enfoque economicista, ésto ocasionó un pragmatismo que no tomo en cuenta los principios éticos y deontológicos. La política resultante es la Reforma de Salud que, presentándose como un conjunto de disposiciones a cumplir según mandato de las autoridades, ejerce una presión definida sobre la acción final que es el acto médico.” (1)

Un plan de salud se inicia con la Identificación de los problemas de salud. ¿Puede ser considerado un problema de salud, la forma y las condiciones en las que se ejerce el acto médico actualmente?. Por otro lado, si la planificación busca la eficiencia asignativa y la eficiencia productiva, ¿La calidad del acto médico puede ser mejorada? Ambas preguntas tienen una respuesta positiva.

El acto médico es producido por el médico.

El acto médico traduce las capacidades y las circunstancias en las cuales el médico lo produce.

Poco se ha escrito sobre los efectos que la orientación económica, la política laboral y por último la reforma del sistema de salud han originado en los trabajadores de la salud y el cómo estos cambios han redundado en su desempeño laboral y particularmente en el desempeño de la profesión médica (2).

Nuestra búsqueda de información nos permite afirmar que hay muy pocos estudios elaborados científicamente acerca de esta realidad; por ello mucho de lo planteado en el presente artículo se basa en las pocas publicaciones relacionadas existentes, lo publicado en internet, en la lectura de las leyes laborales que rigen a los trabajadores de la salud y mi experiencia personal de 23 años de médico asistente

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

“La planificación es el proceso que partiendo del estudio de la realidad y del análisis del sistema, define fines y objetivos a alcanzar así como normas de ejecución y de control de las actividades a desarrollar durante un período dado”

EL ACTUAL SISTEMA DE SALUD

Permite:

1. Maltrato a los recursos humanos: Malas remuneraciones, pésimas condiciones de trabajo (3)
2. Un entorno laboral en el que se han perdido motivaciones para un mayor compromiso con el sector
3. Despersonalización y la deshumanización de trabajo médico. Se ve a éste como un resultado cuantitativo donde la decisión política se da únicamente en función de los indicadores y los números. Un proceso tan complejo como lo es cada paciente con su enfermedad debe ser realizado lo más rápido posible.
4. La calidad de atención es dejada al mercado donde se afirma que ésta será un producto de la competitividad y la eficiencia. En la actividad privada, en muchos casos ésta eficiencia se ha obtenido a costa de disminuir el pago del médico.
5. Amenaza Legal permanente a la acción médica. La cuál presenta una tendencia progresiva.
 - a. La relación médico – paciente se transformó en un contrato por resultados, en el que los problemas médico legales son de responsabilidad del médico.
 - b. Exoneración de la responsabilidad legal por las entidades prestadoras (4).
6. La reforma de salud ni la Ley del Trabajo Médico no han logrado aún dar alternativa eficiente al problema de la alta concentración de médicos en Lima (más del 50% de médicos del país). Hay que señalar que ello origina un alto índice de desocupación médica y una desvalorización del médico en el mercado laboral.
 - a. Ministerio de Salud existen cuatro mil médicos cirujanos que laboran bajo la modalidad contractual de servicios no personales (5).
 - b. En la actividad privada, los costos de la consulta médica han tenido una tendencia decreciente desde hace muchos años.
7. Quiebre de la institucionalidad del sistema por la ampliación exagerada de los cargos de confianza violando el mandato expreso de la Ley del Trabajo Médico (6) y otras leyes (7)(8)(9)(10)(11). Leyes que exigen el concurso como único procedimiento.

LA SITUACION ACTUAL DEL TRABAJO MEDICO

Esta precarización del trabajo médico ha repercutido en la conducta del médico y por lo tanto también a modificado su accionar en su práctica y en su vida cotidiana

1. El primer punto a considerar estaría referido a las remuneraciones de los Médicos. La actividad pública no le permiten cubrir el presupuesto familiar. Esto origina que:
 - a. El médico dependiente se ve en la necesidad de realizar **actividades económicas complementarias**
 - b. La necesidad de obtención del complemento promueve el retraso profesional , falta de desarrollo científico y frustración con sus diversas manifestaciones, todo lo cuál finalmente repercute en su práctica laboral en forma negativa.
 - c. El ejercicio de profesión en diferentes instituciones y modalidades determina **ausencia de un compromiso institucional** con todas ellas
 - d. La realización de una actividad económica complementaria permite la **transferencia de conocimientos y aptitudes de los médicos** de lo público a lo privado con pérdida de esa inversión para la institución pública (más evidente en EsSALUD). En este aspecto habría pues un importante **subsidio de lo público a lo privado**.
2. Inestabilidad existente en los puestos de trabajo: Contratos a plazo fijo y los contratos de servicios no personales (SNP)(12).
 - a. Este tipo de contratos en la actividad publica generan no solo inestabilidad económica (con sus respectivas colaterales) sino también inestabilidad emocional individual (13) y social al ocasionar paros y huelgas (14)
3. Falta de institucionalidad, es decir la pérdida de la carrera médica – o escalafón medico – generado por la extensión administrativa exagerada de los llamados cargos de confianza. Esto ha ocasionado en los médicos
 - a. Pérdida del incentivo individual de alcanzar niveles superiores basados en su capacidad. Es decir ha minado la competencia por la excelencia
 - b. Un cambio en la intencionalidad del médico al buscar adquirir niveles laborales superiores en lo administrativo abandonando lo asistencial
 - c. Generación de frustración y desconfianza en el sistema ya que, la que la consecución de grados académicos no ocasiona ninguna variación en su situación laboral
 - d. Incapacidad en la gestión por una mayoría de los designados a puestos de confianza al no cumplir perfiles mínimos para ocupar dichos puestos
 - e. Percepción médica generalizada de ilegitimidad de los jefes aunque exista legalidad.
 - f. Clientelismo y corrupción (15)
4. Un cuarto punto esta referido a la jornada de trabajo asistencial del médico cirujano (6 horas diarias) contemplado en la Ley del trabajo Médico, la cuál promueve:

- a. Programación de actividades médicas sobre la base de un mínimo requerido a fin de no “sobrarse” de las 6 horas correspondientes. Esto ocasiona el desarrollo de una actividad asistencial de forma incompleta e irregular, lo que ocasiona a su vez la prolongación de los procesos de diagnóstico y demoras en la toma de decisiones terapéuticas. Esto redundaría en la calidad de atención del paciente, prolongación de la estancia hospitalaria y aumento de gastos de hospitalización
- b. Pérdida de la “vida asistencial” hospitalaria, un análogo de la “vida académica” en las universidades. Actividad que permite una mayor interacción con las autoridades, entre colegas, con los alumnos y los otros trabajadores de salud.

PROPUESTA DE CAMBIO

“La planificación es el proceso formalizado para escoger, organizar y evaluar las actividades (TRABAJO MEDICO) más eficaces que permitan satisfacer las necesidades de salud de una determinada comunidad, teniendo en cuenta los recursos disponibles” (Pineault y Daveluy) .

La planificación estratégica se encarga de “pensar” en las Políticas, a largo plazo.

El objetivo de mi propuesta está en la búsqueda de un estado de bienestar material y de desarrollo personal, profesional, científico y docente de los médicos generado a partir de su trabajo. Es decir, buscar la mejora en su calidad de vida para un mejor ejercicio de su profesión.

Indudablemente cuando se realiza una propuesta es necesario considerar los principios y fundamentos que enmarcarán ésta. La propuesta se enmarca en el reconocimiento de la vigencia de los principios éticos y deontológicos que guían la profesión médica, la aceptación de los principios de equidad, solidaridad, universalidad, calidad y justicia que se proponen como guías sociales y en la convicción que, el ejercicio de la institucionalidad en la función pública es un componente importante de la democracia, la gobernabilidad, el desarrollo y la lucha contra la corrupción.

1. Sobre las remuneraciones.
 - a. Una adecuada remuneración para el médico debe considerar el mantenimiento de una calidad de vida acorde con su nivel académico, profesional y además ser una expresión del reconocimiento a su importante función social.
 - b. La remuneración deberá otorgar al médico la tranquilidad económica necesaria para la realización de un trabajo de calidad (en cualquiera de sus modalidades) y deberá permitir su desarrollo profesional y científico (16).
 - c. Para el empleador, la mejora en la remuneración del trabajador debe ser rentable, en el sentido que permita mejorar la calidad del servicio que presta, le ahorre gastos innecesarios, le permita invertir con mayor seguridad en sus planes de desarrollo y le ahorre costos provenientes de los conflictos laborales. Esto se

consigue si el trabajador es a dedicación exclusiva y con el reconocimiento del alto valor que tiene su trabajador como un bien de inversión.

En este punto y bajo esta perspectiva si es posible conjugar los intereses de los médicos con su empleador, para ello el contrato deberá garantizar la dedicación exclusiva del médico a la institución y a cambio recibirá una remuneración que cumpla con lo arriba planteado (17)

2. Sobre los contratos a plazo fijo y los de SNP deben eliminarse porque:
 - a. Debe entenderse que el ejercicio de la medicina no es una actividad económica de tipo estacional (como puede pasar con la minería, la agricultura o en la industria) y por lo tanto la presencia de los contratos a plazo fijo y SNP no tienen razón de ser en una actividad donde hay aún sobredemanda y el crecimiento futuro de ésta se encuentra asegurado (18).
 - b. La inestabilidad laboral que genera inseguridad y desconfianza en el médico, impide su identificación con la institución y desmotiva su desarrollo, factores que al ser conjugados derivan en el deterioro de la calidad del servicio.
 - c. La existencia de puestos dependientes precarios sin beneficios sociales tales como falta de seguro de salud, CTS, fondo de pensiones si bien en el momento ahorran costos, tienen una repercusión mayor en el gasto a futuro. Cualquier contingencia del trabajador (enfermedad, desocupación, jubilación o retiro) al no tener el respectivo respaldo, sumirá a éste en la pobreza y ocasionará una carga económica y social, la cual deberá ser finalmente asumida por el Estado. Esto es de por si una contradicción en un Estado que tiene como uno de sus objetivos principales la lucha contra la pobreza.
 - d. Por otro lado, hay que resaltar que, la falta de seguro de salud para estos médicos va en contra de los objetivos mismos que motivaron la reforma de salud cuales son la ampliación de cobertura y el aseguramiento universal y viola los principios de equidad, solidaridad y justicia. Demás está remarcar que viola normas legales del derecho, tanto nacionales como internacionales.

La solución esta en el cumplimiento por el empleador de las leyes: Ingreso a la carrera por concursos y con todos sus derechos laborales. Esta solución requiere de un cambio en la concepción del desarrollo nacional con visión a largo plazo y orientación del sistema económico hacia el bienestar social

3. En cuanto a la desinstitucionalización de las entidades públicas. La institucionalización:
 - a. Da perspectiva de una carrera médica y desarrolla el estímulo de la superación
 - b. Permite la planificación en la vida de un trabajador con búsqueda de objetivos cada vez mayores, no necesariamente económicos.
 - c. Es una herramienta generadora de calidad, tanto individual como colectiva

- d. Cuando va unida a la meritocracia y concursos transparentes, es un potente valor para el desarrollo institucional
- e. Es un instrumento poderoso de lucha contra la corrupción en la administración pública
- f. En las instituciones públicas de salud (MINSA, EsSALUD) permitiría la formación de equipos de gestión competentes
- g. En EsSALUD estos equipos técnicos serían los verdaderos defensores de su autonomía y los verdaderos garantes de la persistencia de las políticas de largo plazo.

La solución se encuentra en la decisión política de aplicar la ley y la realización de concursos de promoción públicos, transparentes y con perfiles mínimos bien definidos y universales para cada cargo.

4. En cuanto a la jornada laboral del médico

- a. Es necesario modificar esta jornada con la creación de una jornada para "médicos a dedicación exclusiva". La jornada mínima de trabajo para estos médicos sería de 9 o 10 horas (Jornada que se cumple en muchos países de Europa y en los EE.UU). Esta extensión del trabajo permitirían "una vida asistencial" con una mayor interacción entre los trabajadores. Estas interacciones a su vez permitirían:
 - Mantener latente la actividad asistencial todo el día y no solo limitada al horario de la visita médica
 - Desarrollar una actividad asistencial permanente, sin presión por cumplir "los tiempos" y más bien de alta calidad.
 - Reuniones de docencia (Residentes, Internos, alumnos)
 - Desarrollo de programas de capacitación continua
 - Reuniones de investigación y planeamiento de proyectos
 - Revisión continua de los procesos asistenciales y administrativos en búsqueda de la excelencia

Es decir se eleva la calidad de la oferta y se aumenta la eficacia y la eficiencia del servicio.

- a. Para no mellar los derechos adquiridos por los médicos será necesario mantener la existencia de la actual jornada. Llamaremos a los médicos que cumple esta jornada "médicos a tiempo completo". Este grupo a diferencia del anterior tendría la posibilidad de mejorar su ingreso económico con el ejercicio en la práctica privada.
- b. Los médicos a dedicación exclusiva recibirían remuneraciones significativamente mayores a la de sus pares que se encuentran a tiempo completo las cuáles se encontrarán en concordancia con expuesto en el punto 1 de este capítulo.
- c. Los médicos a dedicación exclusiva - en razón a su propia condición - serían los únicos considerados en los concursos para los cargos Jefaturales y de Dirección
- d. La inversión en capacitación estaría orientada principalmente al médico a dedicación exclusiva considerando que esta redundará exclusivamente en beneficio de la propia institución

Esta solución requiere la modificatoria de la Ley del Trabajo Médico (La cuál sería una excepción al trabajo de las 8 horas) y tendría como ventajas adicionales:

- a. Distinguir meridianamente el trabajo del médico de los otros trabajadores de la salud
- b. A largo plazo, motivaría a los médicos a tomar posición ya en el mercado público o bien en el mercado privado.
- c. Definiría muy claramente el mercado laboral para el médico.
- d. Logrado esto propiciaría una competencia real, leal y franca entre ambos sectores. La competencia como instrumento de calidad.

BIBLIOGRAFIA

1. **Santillán C**, Impacto de la Reforma en Salud en el Perú sobre el Acto Médico. Revista Pediátrica Volumen 4, N°2, Oct.2001-Marzo 2002, Págs 48 – 53
2. **Lip C, Vargas A, Zevallos W, Longa J, Hurtado J**. Situación del Profesional Médico Cirujano a Ocho Años de Iniciada la Reforma de la Salud y Seguridad Social.. Rev. Anales de la Facultad de Medicina Vol 61 N° 2. Págs 94-124
3. **Swayne J, Ruiz J**. Situación del médico que trabaja fuera de Lima Metropolitana. Año 1995. Lima: ENSAP-MINSA; 1998.
4. **Albújar P**. Etica médica. Revista Diagnóstico Vol. 43 – N° 5 – Oct. – Dic. 2004
5. **Federación Médica Peruana y otras**. Propuesta Médica 1997-2000. Diez lineamientos de política para una auténtica Reforma en Salud y Seguridad Social. Lima, 1997.
6. **Decreto Legislativo 559** - Ley del Trabajo Médico
7. **Ley 27878** – Ley de trabajo del Cirujano – Dentista
8. **Ley 27669** – Ley del Trabajo de la Enfermera(o)
9. **Ley 27853** – Ley de trabajo de la Obstetrix
10. **Ley 28456** – Ley de trabajo del Profesional de la salud Tecnólogo Médico
11. **Decreto Ley 276** - de bases de la carrera administrativa y de remuneraciones del sector
12. **Lip C, Brito P, Lazo O**. El trabajo médico en el Perú. Lima: UPCH-OPS; 1990.
13. **Caro L**. La reforma laboral: el miedo a lo desconocido
<http://www.kumiko.com.ar/luiscaro/reflab.htm>
14. **Bustíos C, Swayne J**. Situación de la fuerza de trabajo médica en el Perú. Lima: NSAP - MINSA; 1998.
15. **Asociación de Médicos del IPSS**. Comunicado: Congresista de la República: No traiciones a tu patria. El Comercio, 03 de diciembre de 1998.
16. **OPS/OMS**. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Desarrollo de Recursos Humanos y Reforma del Sector Salud. Propuesta de Cooperación Técnica.
17. **De la Garza E**. Reestructuración productiva y respuesta sindical. México: Instituto de Investigaciones Económicas;1993 <http://www.columbia.edu/cu/ilais/garza.html>
18. **Ministerio de Salud**. Programa Salud Básica Para Todos. Memoria 1994-1997. Lima, 1998.