

Recursos humanos en salud

¿SOBREOFERTA DE MEDICOS O LIMITACIONES DE LOS SERVICIOS?

Tirsis Quezada Alif*

Existe al parecer una situación de los Recursos Humanos de Salud en el país caracterizada por: exceso aparente de médicos, acompañado de desempleo y subempleo; déficit de técnicos medios en salud y otros profesionales del sector, y propuestas de restringir la producción de médicos, a la vez que estimular la formación de auxiliares y técnicos en salud. El presente trabajo, analiza dicha situación, destacando que esto es expresión de una forma de responder a la situación económica del país, y no necesariamente de las necesidades de atención a la salud de la población.

SITUACION DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD

En los últimos años, diversos sectores sociales han venido denunciando, la dificultad que enfrentan los médicos recién egresados para insertarse en el mercado de trabajo.

Al parecer, el número de egresados excede la demanda de los mismos por parte de las instituciones empleadoras más importantes (MSAS, IVSS, IPASME, entre otras), y se asevera que existe una sobreoferta de médicos, que se están graduando "desempleados", y otras expresiones similares(1).

La propia Federación Médica Venezolana (FMV), en la ponencia central de su XL Asamblea Ordinaria celebrada en noviembre de 1985, (2) señala que el número de médicos existentes en el país es de 23.500 profesionales, lo cual representa una relación de 1 médico por cada 681 habitantes, cifra aparentemente por encima de algunos parámetros internacionales. Señalan además que el problema del desempleo entre sus afiliados se acerca a la cifra de desempleo nacional, estimada en 12.1% para 1985, y que es necesario restringir la formación de médicos, y estimular las carreras de Enfermería y Técnicos medios, de gran importancia en el equipo de salud, y deficitarias en número respecto de los médicos.

Lo anterior es sustentado con datos relativos al número de cargos médicos existentes en el país, y su relación con el número de egresados cada año por las escuelas de medicina; a las dificultades para realizar la pasantía rural obligatoria, así como a la tendencia cada vez mayor de los jóvenes egresados a realizar postgrados como forma de prepararse para competir por algunos de los reducidos cargos que se abren cada año.

Ahora bien, ¿es posible establecer que existe exceso o sobreoferta de médicos a partir de estimaciones de "desempleo" y "subempleo"? Más aún, ¿deben proponerse medidas de restricción

a la formación de determinados profesionales, sobre la base de saturación del mercado, situación que como veremos responde a una forma de enfrentar la crisis, y no a la salud de la población?

SERVICIOS DE SALUD Y CRISIS

Venezuela, al igual que casi todos los países del mundo, suscribió las metas de "Salud para todos en el año 2.000", como marco general que guiará las políticas y acciones del sector en las próximas décadas, así como la estrategia de Atención Primaria para lograrlo. Esta última entendida como el conjunto de acciones que llevan a cabo diversos sectores de la vida nacional, para elevar la calidad de vida de la población, sustentando además, la necesidad de equidad, accesibilidad y justicia social para todos.

En el discurso oficial, ésta es la descripción de las propuestas de atención a la salud en el país, pero en la práctica, la respuesta que se ha dado a la crisis económica de los últimos años, y en particular las medidas relativas al pago de la deuda, han tenido un impacto en el sector salud, que podemos caracterizar de la siguiente forma.

- tendencia a frenar el gasto social en salud, que se manifiesta no sólo en el deterioro de los servicios y la disminución relativa de la oferta de camas públicas, sino también en el congelamiento de cargos en el sector (3).

- privatización creciente de la atención que se manifiesta en el cobro a los usuarios de los Hospitales Públicos; fortalecimiento del sector privado con un aumento importante en las tasas de crecimiento interanual de camas privadas como forma de resolver las limitaciones de la atención oficial, mientras los servicios hospitalarios públicos apenas alcanzan un porcentaje de ocupación del 60% (4).

Con esta situación como referente inmediato, cabría preguntarse de nuevo:

* AVEDIS: Asociación Venezolana de Investigaciones Sociales.



tente, y su relación con el parámetro "ideal"; número de consultas por año; número de estudiantes de postgrado; y finalmente, la relación entre el número de cargos existentes y el número de médicos que egresa cada año. Veamos con detenimiento algunos de ellos:

- **Relación médico-habitante "ideal"**: Cuando se define, (al dividir el número de habitantes del país entre el número de médicos), una relación médico-habitante ideal, de 1 médico por cada 681 habitantes, se parte del falso supuesto de que toda la población es homogénea, que esas 681 personas tienen acceso similar a dicho médico, y que éste a su vez se distribuye uniformemente entre los diversos sectores sociales que requieren sus servicios. Se obvia la diversidad de instituciones a las cuales se vinculan estos profesionales, y se cuentan por igual los que prestan atención exclusivamente en el sector privado, con los que se dedican solamente a docencia o investigación, y los que se dedican al sector público independientemente del número de horas que dediquen a ello.

Podríamos modificar la relación, y preguntarnos:

- 1.- ¿Cuál es la proporción médico-habitante que se da entre los sectores marginales y los trabajadores?
- 2.- ¿Cuál es el acceso real de los sec-

¿Es posible establecer la existencia de sobreoferta de médicos u otros recursos en base a las consideraciones sobre desempleo o subempleo en el subsector público? La respuesta es NO!

¿NECESIDADES DEL GOBIERNO O DE LA POBLACION?

El análisis de la cantidad (y calidad) del recurso humano en salud que el país necesita formar, depende no de la cantidad de cargos que un presupuesto restringido pueda ofrecer en un momento determinado, sino fundamentalmente de las necesidades de atención de la población, y de la decisión de promover servicios de salud accesibles, equitativos y justos para todos los venezolanos; en particular para aquellos grupos cuyas condiciones de vida los hacen más vulnerables. Las Metas de "Salud para todos en el año 2.000" destacan como prioridad, la salud de la población en extrema pobreza en áreas rurales y urbanas, la salud de los trabajadores y la atención a la madre y el niño. En ese sentido, la toma de decisiones sobre Recursos Humanos en Salud debe ser precedida por un análisis de la realidad de salud que pretenden transformar, así como de los factores a los cuales responde esa realidad a cada momento.

Partiendo de estas consideraciones, quisiéramos replantear los argumentos que conducen a considerar que hay "exceso" de médicos en el país, introduciendo elementos que lo complementan

y que deben ser respondidos antes de reorientar las políticas correspondientes.

LOS "INDICADORES" UTILIZADOS:

Los criterios utilizados por las diversas fuentes son básicamente los mismos: proporción médico-habitante exis-

EVOLUCION DE LOS RECURSOS EN EL SECTOR SALUD (1978 y 1985)

| Indicador | 1978 | 1985 |
|---|-------|-------|
| Gasto en Salud Per Cápita (Bs. de 1968)* | 139.9 | 106.6 |
| Gasto en Salud Per Cápita del M.S.A.S. según Programas (Bs. de 1968) | | |
| - Atención Médica Ambulatoria y Preventiva | 10.6 | 8.3 |
| - Atención Hospitalaria | 43.6 | 22.1 |
| - Saneamiento | 7.2 | 2.7 |
| Inversiones Realizadas en la Reparación, Remodelación y Ampliación de Edificaciones Médico Asistenciales (miles de Bs. de 1968) | 229.8 | 42.7 |
| Participación del Gasto de Personal en el Total del Gasto del M.S.A.S. (en %) | 87.8 | 93.8 |
| Camas Oficiales por mil habitantes (I.V.S.S. y M.S.A.S.) | 2.0 | 1.8 |
| Consultas Médico-Odontológicas por mil habitantes (I.V.S.S.) | 0.8 | 0.7 |
| Consultas Médicas por mil habitantes (I.V.S.S.) | 0.7 | 0.6 |

(* Incluye el M.S.A.S., Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas, Instituto Nacional de Higiene e I.V.S.S.)

Cálculos por Haydée García con base en OCEPRE Ley de Presupuesto e I.V.S.S. y M.S.A.S. Memorias y Cuentas. Años Correspondientes.

tores marginales a los servicios de salud (y al médico) en términos de: ubicación geográfica, costo de la atención, intervalo de tiempo para la atención, etc.?

La respuesta a estas preguntas es la que podría aproximarnos a una real relación médico-habitante, pero la misma no está dada, porque no han sido estos los criterios que han orientado las decisiones sobre el particular.

- Número de estudiantes de Postgrado: efectivamente, la tendencia marcada a la especialización por parte de los estudiantes de medicina podría significar que el recién egresado, ante la dificultad de insertarse en el mercado de trabajo, opta por un curso (o más) de especialización, como forma de obtener ingresos. Pero nos indica algo más: la tendencia acelerada a la privatización de los servicios, junto con el congelamiento de cargos públicos, conduce al recién egresado a la búsqueda de especialización, como vía de cotizarse mejor en el difícil y competido mercado. La especialización es entonces impuesta por un modelo de atención a la salud, estimulado por las restricciones del sector oficial.

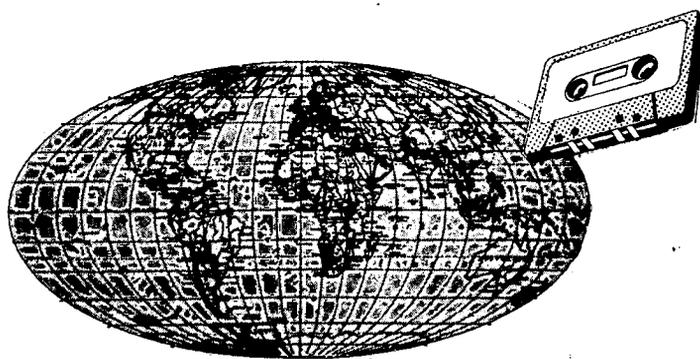
- Relación entre el número de egresados y el total de cargos disponibles: finalmente quisiéramos destacar lo débil de una posición que sustente que ante la insuficiencia de cargos, hay que dejar de egresar profesionales ¿Cuál es el mercado que está saturado: el de la salud de la población, o el de un Estado que restringe el gasto social como parte de su renegociación de la deuda externa?

Estas consideraciones nos llevan a afirmar que el problema de desempleo o subempleo no debe ser el eje de la discusión respecto del número de profesionales a formar o cargos a crear. Es necesario partir de la situación de salud de la población, las características de los servicios y los grupos sociales a priorizar, teniendo como norte los principios de accesibilidad, equidad y justicia social asumidos por el país en la búsqueda de "Salud para todos en el año 2.000". Ello conducirá entonces la discusión hacia un problema: el costo que tiene una política económica basada en la restricción del gasto social, del cual el desempleo médico es solo una manifestación.

NOTAS:

- (1) En tal sentido podemos revisar declaraciones del Decano saliente de la Facultad de Medicina de la UCV, Dr. Rodríguez Griman, así como del ex-Decano de la misma Dr. Miguel Yaber, ambas en EL NACIONAL, cuerpo C, pág. C-4 y C-8, enero de 1987.
- (2) Federación Médica Venezolana. 1985. Izquierdo, P. y Col. "Salario, Empleo y Seguridad Social". Ponencia central de la XL Asamblea Ordinaria de la FMV celebrada en Ciudad Guayana, del 8 al 13 de septiembre de 1985. (pág. 21).
- (3) Para información más detallada al respecto se puede consultar el trabajo de Llopiz, A y Col. "Evolución de los gastos en salud del MSAS". VII Congreso Venezolano de Salud Pública. Caracas, 1986.
- (4) Un análisis detallado de esta situación lo presenta el Dr. Marino González en el "Análisis de la Viabilidad Política y Administrativa del Sistema Nacional de Salud". Ponencia presentada en el Coloquio sobre el Sistema Nacional de Salud organizado por el ILDIS. Caracas, febrero de 1987. El resumen de la misma fue publicado en el número 494 de SIC correspondiente al mes de abril del presente año.

32 idiomas a su disposición



Linguaphone

... para aprender cualquier idioma !!

Av. Santos Ermíny A - Edif. Beatriz, piso 2, Ofc. 23 - Esq. Boulevard Sabana Grande
Telfs. 72.64.88 - 71.23.52 - 72.53.75. CARACAS 1050

Inglés
Inglés (americano)
Francés
Alemán
Italiano
Ruso
Arabe (egipcio)
Arabe (argelino)
Griego
Hebreo
Japonés
Holandés
Noruego
Portugués
Sueco
Africaans
Arabe (moderno)
Chino (mandarín)
Danés
Finlandés
Galés
Hindi
Irlandés
Islandés
Malayo
Serbocroata
Iraní
Checo
Swahili

...y, naturalmente,
español para extranjeros