

¿ES POSIBLE UNA REFORMA DEL SECTOR SALUD, PRESCINDIENDO DEL DESARROLLO ACADÉMICO Y CON PERSONAL DE SALUD “MULTI-EMPLEO”?

IS HEALTH SECTOR REFORM POSSIBLE WITHOUT ACADEMIC DEVELOPMENT OF THE HEALTH SYSTEM AND WITH “MULTI-FUNCTION” HEALTH STAFF?

Germán Málaga^{1,2,a,b}

Sr. Editor. La ley de trabajo medico en sus artículos 2 y 4, establece: *El ejercicio de la profesión del Médico Cirujano, por su complejidad y especial responsabilidad en defensa de la vida y en el proceso de atención de salud de la persona es esencial para el desarrollo económico, social y la productividad nacional;* y que: *Es lo fundamental del trabajo del Médico Cirujano, por el cual tiene la más alta responsabilidad moral y legal de sus efectos. El Estado garantiza las condiciones necesarias para que dicho trabajo se cumpla dentro de los objetivos de la ciencia médica* ⁽¹⁾.

Esta “garantía de condiciones necesarias”, debería ser entendida como propiciar un ambiente físico en el cual desarrollar sus funciones, condiciones de equipamiento mínimo indispensable para que el trabajo sea llevado a cabo dentro de los objetivos de la ciencia médica, que es la de proveer la mejor atención tecnológica y científica, y la posibilidad de realizar en servicio; actividades que permitan el cumplimiento con la mejor calidad de esa responsabilidad reconocida, como son las actividades de capacitación en servicio, de innovación o implementación de la evidencia por medio de la investigación y de transmisión de conocimiento a los futuros médicos y especialistas en formación, es decir, la practica de la medicina académica, como la única forma de asegurar atención de calidad para una población.

En una encuesta realizada a 485 médicos especialistas de seis departamentos de medicina de igual numero de hospitales nivel 3,1 de Lima, Arequipa, Tacna y Huanca-

yo, hallamos que 85% de ellos, trabajan en una o mas instituciones asistenciales privadas en forma simultánea, mientras que solo 3,9% se dedica de manera exclusiva a actividades académicas adicionales a la práctica asistencial. Adicionalmente, cuando se indagó por la forma de cómo se distribuyen las horas asistenciales en las instituciones de salud del ESSALUD o MINSA, nos encontramos con que el 95% de horas son dedicadas a actividades asistencias y administrativas y solo 5% para capacitación en servicio. Estos resultados, pueden tener varias interpretaciones:

- Existe la necesidad de médicos especialistas y personal de salud, para satisfacer la demanda insatisfecha existente.
- Un médico o personal de salud, al tener dos ocupaciones, automáticamente extiende su jornada laboral, al doble, con lo que las jornadas laborales se convierten en 10 a 14 h diarias.
- Una tercera interpretación, pero relacionada con las anteriores, implica que una persona que trabaja en más de una institución, difícilmente dará todo de sí a alguno de los trabajos, pues tiene que repartir su energía entre dos o tres trabajos.
- Una persona que trabaja más de 10 h al día, de manera sostenida, difícilmente pensará en docencia, en investigación o en innovación, tan necesarias para que la práctica de la medicina sea de calidad y asegure el objetivo de la reforma ⁽²⁾ que es la mejora en la calidad de atención.
- Desde antes de la reforma. la dedicación de horas laborales, es casi en exclusiva a actividades asistenciales y administrativas, dejando muy poco para el desarrollo intelectual en las instituciones.

Al revisar los lineamientos y medidas de reforma del sector salud ⁽²⁾ y las medidas adoptadas en los últimos meses ⁽³⁾, nos encontramos con que existen vacíos relacionados con el desarrollo de aspectos académicos como sustento para la mencionada reforma, como el hecho de que palabras como universidad este ausente en la parte considerativa y aparezca solo siete veces en el cuerpo del documento, o que no se contemple el desarrollo de la investigación o de la implementación de tecnología en los marcos conceptuales, o la ausencia de la universidad, academia o sociedades científicas como parte del comité elaborador y consultivo de la reforma, o manifestada en acciones, cuando se pretende cambiar la jornada laboral ampliándola y prescindiendo de las horas dedicadas a docencia, en un cambio en las reglas de juego establecidos en la ley del trabajo médico ⁽¹⁾, hechos todos que hablan por sí mismos de el desinterés por el desarrollo académico como parte constitutivo fundamental para la construcción y desarrollo de la reforma de salud.

¹ Unidad de Conocimiento y Evidencia, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Departamento de Medicina, Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú.

^a Médico internista; ^b magíster en Medicina.
Recibido: 24-08-14 Aprobado: 03-09-14

Citar como: Málaga G. ¿Es posible una reforma del sector salud, prescindiendo del desarrollo académico del sistema de salud y con personal “multi-empleo”? [carta]. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014;31(4):803-4.

Entonces, en esas circunstancias, y en torno al objetivo primordial de la reforma de salud, que es el de mejorar la calidad de atención de nuestra población, objetivo compartido por todos los pobladores, y quienes formamos parte del sector salud, nos preguntamos:

- ¿Se puede mejorar el nivel de atención de salud para la población, con una reforma que deja de lado el desarrollo de la academia como parte constitutiva de la práctica médica?
- ¿Se puede tener un nivel de medicina calificada, académica y científica, cuando las actividades de los médicos están enfocadas en necesidades exclusivamente asistenciales?
- Los trabajadores de salud, laborando en dos o tres instituciones, dedicados 100% a actividades asistenciales, ¿podrán dedicar tiempo a actividades relacionadas con la actualización, capacitación continua e innovación a través de la investigación?
- Los cambios en las reglas de juego en las que se extiende la jornada laboral, prescindiendo de las horas dedicadas a docencia, como se intenta en la reforma de salud, ¿contribuirá con una práctica médica más académica?
- El prolongar la jornada laboral, sin sustentar su desarrollo en un ambiente armónico, que cubra sus necesidades y que obligue a los médicos a trabajar en más de un lugar, convirtiéndonos en trabajadores multiempleo, ¿puede ser justificado en el marco de la ley del trabajo médico, que propugna que sea el estado quien haga cumplir con los objetivos de la ciencia médica?
- Finalmente, ¿será posible la mejora de la salud de la población con trabajadores multiempleo?

Fuentes de financiamiento: autofinanciado.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perú, Congreso de la República. [Decreto Legislativo N° 559](#). Lima: Congreso de la República; 1990.
2. Perú, Ministerio de Salud. [Lineamientos y medidas de reforma del sector salud](#). Lima: MINSA; 2013.
3. Perú, Ministerio de Salud. [La reforma de Salud en el Perú \(2013-2014\)](#). Lima: MINSA; 2014.

Correspondencia: Germán Málaga Rodríguez
 Dirección: Calle Chavín 159. CC Monterrico. Santiago de Surco.
 Lima 33. Perú
 Teléfono: 992768300
 Correo electrónico: german.malaga@upch.pe

NUEVA VERSIÓN DE LA DECLARACIÓN DE HELSINKI: FALENCIAS POR RESOLVER

NEW VERSION OF THE DECLARATION OF HELSINKI: SHORTCOMINGS TO RESOLVE

Laura Estrella^{1,a}, Carlos Castañeda^{2,b},
 Juvenal Sánchez^{1,3,c}, Mayer Zaharia^{4,d}

Sr. Editor. La Declaración de Helsinki, desde su primera versión en 1964, ha sido sometida a siete revisiones, la más reciente en Fortaleza (2013). Esta frecuencia es necesaria dado los avances de la investigación biomédica, aunque también es criticada por restarle estabilidad y autoridad al documento ⁽¹⁾. Las últimas revisiones han generado mucha controversia debido a cambios que sugerían obedecer a presiones externas de ciertos grupos de poder y han ocasionado el cuestionamiento de su aceptación general como documento global por parte de diferentes naciones, organismos e investigadores ⁽²⁾. La nueva versión presenta mejoras en cuanto a su estructura e incluye varios principios que inciden en una mejor protección de los sujetos en investigación, sin embargo, no está exenta de falencias y deficiencias. Los principios más cuestionados están relacionados con los grupos vulnerables, al consentimiento informado y al uso del placebo.

En referencia a los grupos vulnerables, la nueva versión, amplía esta definición a todas aquellas personas que pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional y exige que estos grupos deben recibir una protección específica. Sin embargo, es menos proteccionista porque es menos contundente en la exigencia de que estos grupos se beneficien de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación. Así, inicialmente se reclama una protección específica para este grupo y luego se contradice ofreciéndole menos garantía respecto al beneficio que pudieran recibir. La declaración debería

¹ Comité Institucional de Ética en Investigación, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima, Perú.

² Departamento de Oncología Médica, Departamento de Investigación, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima, Perú.

³ Liga Peruana de Lucha contra el Cáncer. Lima, Perú.

⁴ Radioncología, AUNA. Lima, Perú.

^a Químico farmacéutico; ^b Médico oncólogo clínico, magíster en Genética y Biología Celular, magíster en Oncología Avanzada; ^c médico patólogo, doctor en Medicina. ^d médico radioncólogo, magíster en Radioncología, doctor en Medicina

Recibido: 29-08-14 Aprobado: 03-09-14

Citar como: Estrella L, Castañeda C, Sánchez J, Zaharia M. Nueva versión de la Declaración de Helsinki: falencias por resolver [carta]. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014;31(4):804-5.