



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

CENTRO UNIVERSITARIO UAEM AMECAMECA
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM VALLE DE CHALCO
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL

MAESTRÍA EN SOCIOLOGÍA DE LA SALUD

“Formación del Capital Humano en Salud
y Representaciones Sociales:
estudio de caso en hospitales de 2º nivel
de la zona oriente del Estado de México”

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MAESTRO EN SOCIOLOGÍA DE LA SALUD

PRESENTA

ALEJANDRO HERNÁNDEZ MORALES

DIRECTOR

DR. EN C.S.C. DONOVAN CASAS PATIÑO

COMITÉ TUTORIAL

DR. EN A. OMAR ERNESTO TERÁN VARELA
DR. EN C.S. Y P. RANULFO PÉREZ GARCÉS



CONACYT

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Programa Nacional de
Posgrados de Calidad, PNPC

Mayo 2017

RESUMEN

La formación de los profesionales de la salud es considerada un proceso esencial para la organización del sistema de salud, puesto que estos actores forman parte importante, tanto en la administración como en la implementación de los servicios asistenciales y formativos. Algunos de los problemas que se presentan en torno a la formación de los profesionales de la salud son, por un lado, una excesiva especialización en áreas que en la actualidad son muy demandadas (pediatría, ginecología, medicina interna), pero que no lo serán en algunos años como consecuencia de la transición demográfica y epidemiológica y por otro, una carencia de profesionales (geriatria, oncología) con las habilidades idóneas para atender la problemática particular a la que se enfrentan estos personajes, además de una distribución inadecuada del personal en salud y un perfil en formación no alineado a los escenarios de salud de la población. El eje central de esta investigación es analizar, a través de la teoría de las representaciones sociales, la formación de los profesionales de la salud desde la perspectiva de los jefes de enseñanza y médicos en formación que se encuentran adscritos en los Hospitales de 2° Nivel del Estado de México. Esta investigación se enmarca en el paradigma cualitativo, en un nivel descriptivo y es de corte no experimental-transversal. Se aplicó una entrevista semi-estructurada integrada por tres ejes categóricos (formación, vinculación y reglamentación). La muestra se obtuvo de manera intencional (no probabilística). El instrumento se aplicó a 6 jefes de enseñanza y 6 médicos en formación adscritos a las instituciones que aceptaron participar en la investigación. Para el estudio del discurso, se realizó la interpretación, que consistió en establecer las unidades semánticas básicas de relevancia y de significación para el objeto de investigación, esto fue facilitado usando el programa Atlas ti V7. Con respecto a los resultados, en relación a la categoría **Formación**, se encontró que la formación de los profesionales de la salud sigue enmarcada en el paradigma positivista (biomédico hegemónico), con relación a la categoría **Vinculación**, se identificó que la comunicación y vinculación intersectorial (salud-educación) es débil, lo que impide una coordinación de esfuerzos para llevar a un buen término la formación del personal de la salud y, por último, en la categoría **Reglamentación**, los entrevistados señalaron que los lineamientos que orientan la formación del personal en salud son adecuados, sin embargo, consideran como problema que estos lineamientos no se aplican de forma correcta. En la literatura se observa que el modelo de formación está cambiando, si bien, no se ha desarrollado al ritmo de las necesidades de la población, en los planes, programas y normas se establece que la formación debe estar alineada a las necesidades de los colectivos, sin embargo, al interpretar una parte de esta realidad, se evidencia que el modelo de formación

sigue siendo, en lo general, el mismo que hace algunos años. El desarrollo prospectivo del Sistema Nacional de Salud debe poner el acento en la formación del Capital Humano en Salud, para contar con profesionales preparados ante los escenarios de salud, es decir, personal que se sienta motivado por su vocación de servicio, así como sus logros profesionales y satisfechos por la cobertura de sus necesidades tanto personales como sociales. Es necesario una reestructuración del currículo de pregrado y posgrado, una mayor supervisión y regulación de las instituciones competentes sobre las unidades formadoras y políticas públicas que permitan una planeación de los trabajadores de la salud de acuerdo a las necesidades de la población, y así lograr una mejora en la formación del Capital Humano.

Palabras Claves: formación, capital humano en salud, representaciones sociales.

ABSTRACT

The training of health professionals is an essential process for the organization of a health system. These professionals are an important part, both in the administration and implementation, of health care and educational services. Some problems that have arisen regarding the training of health care professionals are, on the one hand, an excessive specialization in areas which are currently popular (pediatrics, gynecology, internal medicine), that may not be so popular in a few years. As a result of demographic and epidemiological transitions, there will be a lack of professionals in such specialties such as geriatrics and oncology, with the appropriate skills to address the future problems faced by these transitions. In addition to an inadequate distribution of health personnel in these areas, there is an increasing trend in training non-aligned to these scenarios of population health. The focus of this research is to analyze, through the theory of social representations, the training of health professionals from the perspective of the trainers and doctors in training within second level hospitals in the State of Mexico. This research is part of a qualitative paradigm, on a descriptive level, and is not based on an experimental model, but rather cross sectional in design. Data was gathered via a semi-structured interview comprising three categorical axes (training, bonding and regulation). The sample was gathered intentionally (non-probabilistic). The instrument was applied to 6 heads of teaching and 6 doctors in training at the institutions that agreed to participate in the research. For the sake of discourse, the interpretation was done, and consisted of establishing the basic semantic units of relevance and significance to the object of the research. This calculation was facilitated using the program Atlas ti V7. With respect to the results, in relation to the **Training** category, it was found that the training of health professionals is still framed in the positivist paradigm (hegemonic biomedical). With regards to the category of **Bonding**, it was identified that communication and cross-sectoral linkages were weak, which prevents a coordination of efforts to successfully bring the training of a health personnel to conclusion. Finally, in the category of **Regulation**, respondents noted that the guidelines framing the training of personnel in health care were in fact adequate. However, the problem was that these guidelines were not applied correctly. The literature shows that the model of training is changing, although it has not developed at the pace needed for population growth. Future planning involving programs and rules established in training institutions should be aligned to the needs of the collective. However, when interpreting a part of this reality, there is evidence that the model of training is still, in general, the same as it was years ago. The prospective development of the national health system should put emphasis on the formation of Human

Capital in health, to better prepare professionals for population health scenarios. To cultivate staff who feel motivated by their vocation of service, as well as their own professional achievements. To recognize those who strive to meet both personal and societal needs. This requires a restructuring in the curriculum of undergraduate and postgraduate programs, with greater oversight and regulation of the competency of institutions. These institutions are instrumental in the formation of public policies that orient the training of health workers according to the needs of the population, and thus an improvement in the formation of Human Capital.

Key words: training, human capital in health, social representations

ÍNDICE

Introducción

	Pág.
I. REVISIÓN DE LA LITERATURA	
1.1. Marco Teórico	
1.1.1. Teoría de las Representaciones Sociales	12
1.1.1.1. Definición de representaciones sociales	12
1.1.1.2. Dimensiones de las representaciones sociales	14
1.1.1.3. Construcción de las representaciones sociales	15
1.1.1.4. Escuelas de las representaciones sociales	16
1.1.2. Estado del Arte	18
1.2. Marco Conceptual	
1.2.1. Capital Humano en Salud	25
1.2.1.1. Definición del Personal en Salud	26
1.2.1.2. Clasificación del Personal en Salud	27
1.2.1.3. Situación Actual del Personal en Salud	28
1.2.2. Formación del Capital Humano en Salud	29
1.2.3. Coordinación intersectorial en la Formación del Capital Humano en Salud	32
1.2.3.1. Secretaria de Salud	33
1.2.3.1.1. Sistema Nacional de Salud	33
1.2.3.2. Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS)	36
1.2.4. Reglamentación en la Formación del Capital Humano en Salud	38
1.2.4.1. Ley General de Salud	38
1.2.4.2. Plan Nacional de Desarrollo	40
1.2.4.3. Plan Sectorial de Salud	40
1.2.4.4. Normas Oficiales Mexicanas	42
1.2.4.4.1. NOM-234-SSA1-2003	42
1.2.4.4.2. NOM-001-SSA3-2012	43
1.2.4.4.3. NOM-009-SSA3-2013	43
II. DELIMITACION DEL OBJETO DE ESTUDIO	
2.1. Planteamiento de Problema	44
2.2. Justificación	46
2.3. Objetivos de la Investigación	47
2.3.1. Objetivo General	47
2.3.2. Objetivos Específicos	47
III. DISEÑO METODOLÓGICO	48
IV. RESULTADOS	
4.1. Resultados	51
4.2. Producción científica	62
Conclusiones Generales	63
Aportación desde la mirada de la Sociología de la Salud	64
Referencias Bibliográficas	66
Anexos.	72

INTRODUCCIÓN

La presente investigación busca conocer e interpretar las representaciones sociales, que los jefes de enseñanza y médicos en formación adscritos en los Hospitales de 2° nivel de la zona oriente del Estado de México, tienen sobre la formación de los profesionales de la salud, con la finalidad de analizar las categorías que configuran la representación social e identificar las fallas e inconsistencias que se presentan en relación al proceso de formación.

El profesional de la salud, ha sido ampliamente reconocido como elemento fundamental en el proceso de producción de servicios en cualquier sistema de salud, donde su formación se considera un proceso esencial, debido a que estos actores forman parte importante, tanto en la administración como en la implementación de los servicios asistenciales y formativos (Pierdan & Grimaldo, 2013). Esta formación, de acuerdo con Jarillo & colaboradores (2015), implica la confluencia de los espacios académicos y de las instituciones de salud, donde en ambos y bajo lógicas distintas se realiza la formación y la práctica profesional, que la mayoría de las veces no están alineada a las necesidades de salud de la población.

La investigación se sustenta en la teoría de las representaciones sociales (RS), teoría que de acuerdo con Restrepo (2013), funciona como un sistema para interpretar la realidad, es decir, el cómo las personas se apropian de los conocimientos e informaciones que circulan en la sociedad. Para Jodelet (1989) las RS son fenómenos que actúan en la vida social, en ellas se observan elementos informativos, cognoscitivos, ideológicos, normativos, creencias, valores, actitudes, opiniones, imágenes, etc. Entonces, las RS configuran una manera de interpretar la realidad, que los sujetos sociales construyen a partir de su relación con el entorno que les rodea.

Para alcanzar los objetivos planteados, este trabajo está dividido en cuatro apartados. La primera parte contiene los fundamentos teórico-conceptuales, en un primer momento, se hace una descripción de las representaciones sociales como sustento teórico y se presentan algunas investigaciones generadas en torno a los profesionales de la salud; y después se hace alusión a todos aquellos elementos político-normativos referentes a la formación del capital humano en salud; la información presentada permitirá conocer la problemática actual del objeto de estudio.

El segundo apartado está destinado para la delimitación del objeto de estudio, el cual está integrado por el planteamiento del problema, la justificación del proyecto de investigación, el objetivo general y los objetivos particulares que rigen la investigación.

El diseño metodológico se aborda en el apartado tres del documento donde se muestran los métodos y herramientas utilizadas para la recolección e interpretación de datos, en este caso se utilizó como herramienta la entrevista semiestructurada. Por ultimo en el apartado cuatro se describen los resultados principales, así como los productos obtenidos como resultado de la investigación.

I. REVISIÓN DE LA LITERATURA

1.1. Marco Teórico

1.1.1. Teoría de las Representaciones Sociales

Materan (2008), refiere que la teoría de las RS como propuesta teórica esboza un planteamiento metodológico para el análisis del sentido común y de lo cotidiano, que permite el estudio de la construcción social de la realidad.

El término representación social (RS), es presentado inicialmente por Serge Moscovici (1961) en el libro “El psicoanálisis: su imagen y su público”; término que retomo y remodelo del concepto de “Representación Colectiva” del sociólogo francés Emile Durkheim (Perera, 2003).

De acuerdo con Lavado y Setenta (2003), en esta obra Moscovici, intenta comprender la forma en que el psicoanálisis, al salir de los grupos científicos cerrados y especializados, adquiere un significado por los grupos populares difundiendo ese saber científico inédito y transformándolo en una forma de conocimiento socialmente elaborado y compartido, como una forma de un “saber práctico del senso común”.

1.1.1.1. Definición de Representaciones Sociales

Curiel (2012), señala que con la teoría de la RS se desplaza el centro de interés del plano individual al colectivo, es decir, ya no se estudia al individuo de forma aislada como procesador de información; ahora el interés es comprender lo que constituye un grupo o sociedad pensante.

Moscovici (1979) define a la RS como:

(...) una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación.

A su vez Jodelet (1984), plantea que la RS es una forma de conocimiento específico, el saber del sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos

generativos y funcionales socialmente caracterizados, esto hace alusión a una forma de pensamiento social, es decir;

(...) la noción de RS concierne a la manera en que nosotros, sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano. En pocas palabras, el acontecimiento “espontáneo”, “ingenuo” que tanto interesa en la actualidad a las ciencias sociales, ese que habitualmente se denomina conocimiento de sentido común, o bien pensamiento natural, por oposición al pensamiento científico. De este modo, este conocimiento es, en muchos aspectos, un conocimiento socialmente elaborado y compartido (Jodelet, 1984).

Siguiendo esta perspectiva, Curiel (2012) menciona que la RS corresponde a un conocimiento de sentido común, que debe ser flexible, y ocupa una posición intermedia entre el concepto que se obtiene del sentido de lo real y la imagen que la persona reelabora para sí. Son consideradas como proceso y producto de construcción de la realidad de grupos e individuos en un contexto histórico social determinado.

Abric (2001), define a las RS como el conjunto de informaciones, opiniones, actitudes, creencias, organizados alrededor de una significación central (objeto); además plantea que las RS desempeñan un papel fundamental en las prácticas y en la dinámica de las relaciones sociales, que responden a cuatro funciones esenciales: 1) el saber, que permite a los actores sociales la comprensión y la explicación de la realidad; 2) la identidad, que sitúa a los individuos y a los grupos en el campo social de acuerdo a los sistemas de normas y valores social e históricamente determinados; 3) la orientación, que conduce los comportamientos y las prácticas de los actores sociales y, 4) la justificación, que permite explicar y justificar las posturas y conductas del grupo.

Para fines de este trabajo, se entiende a las RS como la construcción intersubjetiva de la realidad a partir del contexto social en el cual están insertos los individuos, es una forma específica del conocimiento “el del sentido común”; con la cual se puede interpretar la realidad, la cosmovisión de los actores involucrados, a través de los símbolos y

significados que tienen de su práctica diaria, donde las personas construyen y son construidas por esa realidad.

1.1.1.2. Dimensiones de las Representaciones Sociales

Moscovici (citado en Borjas de Xena, 2011) plantea cuatro elementos constitutivos de la RS: a) la información, que se relaciona con lo que “yo sé”; b) la imagen, que se relaciona con lo que “veo”; c) las opiniones, relacionadas con lo que “creo” y, d) las actitudes, con lo que “siento”. Respecto a la estructura, menciona que las RS se articulan en torno a tres ejes o dimensiones: la actitud, la información y el campo de representación o la imagen (Moscovici, 1979).

- a) La información: Es la organización o suma de conocimientos con que cuenta un grupo acerca de un acontecimiento, hecho o fenómeno de naturaleza social. Conocimientos que muestran particularidades en cuanto a cantidad y a calidad de los mismos; carácter estereotipado¹ o difundido sin soporte explícito (Mora, 2002).
- b) La actitud: Alude a “la disposición más o menos favorable que tiene una persona hacia el objeto de la representación, y expresa por lo tanto la orientación evaluativa en relación a ese objeto” (Ibáñez, 1988, citado en Valerio, 2006). Agrupa y ordena a los diversos componentes afectivos de la representación, orientando de manera importante las conductas, reacciones emocionales e implicaciones de la persona hacia el objeto representado.
- c) El campo representacional: Fue considerada por Moscovici como la idea de imagen, de modelo social, de un contenido concreto y limitado de las proposiciones que se refieren a un aspecto preciso del objeto de la representación (Nuño, 2004). El campo representacional “hace referencia a la ordenación y a la jerarquización de los elementos que configuran el contenido de la misma” (Ibáñez, 1988, citado en Valerio, 2006), es decir, a la organización interna y el orden jerárquico de sus elementos. Esta última dimensión se organiza en torno al núcleo figurativo, que corresponde a la parte más estable de la representación, teniendo una función organizadora.

¹ Son categorías de atributos específicos a un grupo o género que se caracterizan por su rigidez. (Mora, 2002).

1.1.1.3. Construcción de las Representaciones Sociales

La estructuración de las RS se ha desarrollado en los trabajos de Moscovici (1979) y Jodelet (1984), ambos autores señalan que son dos los procesos principales que explican cómo lo social transforma un conocimiento en representación y como esta representación transforma lo social; estos dos procesos, la objetivación y el anclaje, se refieren a la elaboración y funcionamiento de una RS.

La objetivación es el proceso de transformar información abstracta en conocimiento concreto, a través de la comunicación, que culmina con la creación de significados figurativos, metafóricos o simbólicos compartidos en distintos grados (Rodríguez, 2009). Por ejemplo, el SIDA se materializa en la homosexualidad, los locos en el manicomio y la salud en la clínica (Vergara, 2008).

Jodelet (1984) define la objetivación como “una operación formadora de imagen y estructurante”; es decir, que pone en imágenes las ideas abstractas, proceso que se realiza a través de tres fases: a) la construcción selectiva, la esquematización estructurante y la naturalización (Petracci y Kornblit, 2007).

En primer lugar, la construcción selectiva permite la apropiación de los conocimientos relativos al objeto de representación, se seleccionan y descontextualizan los elementos, es el proceso de retención y rechazo. En segundo lugar, la esquematización estructurante permite la organización coherente de la imagen simbólica del objeto, dotando a los sujetos de “su visión de esa realidad”, los elementos seleccionados se estructuran y organizan en el esquema o núcleo figurativo, en torno al cual se vertebra la representación. Finalmente, en la naturalización, la imagen, las figuras, los elementos que constituyen el núcleo, se convierten en elementos de la realidad (Perera, 2003).

El anclaje, por otra parte, consiste en la incorporación de los eventos, acontecimientos, significados extraños a categorías y nociones familiares dentro de un grupo social específico. Este proceso de anclaje depende de la difusión de conocimientos y creencias en diferentes grupos sociales (Clémence, 2001; citado en Rodríguez, 2009).

El anclaje es el momento en el cual los elementos objetivados se integran a nuestros esquemas de pensamientos. En ese proceso, el objeto representacional se enraíza en una

red de significaciones culturales, ideológicas y valorativas previas y se traduce en una orientación de las prácticas sociales (Jodelet, 1986; citado en Petracci & Kornblit, 2007).

De manera sintética, Moscovici (1979) aclara ambos procesos argumentando que la objetivación traslada la ciencia al dominio del ser y que el anclaje la delimita en el del hacer.

1.1.1.4. Escuelas de las Representaciones Sociales

El término RS y las propuestas teóricas básicas de Moscovici han tenido en los años posteriores a su nacimiento una amplia y creciente elaboración, de ello se han derivado corrientes o perspectivas diversas. De acuerdo con Pereira de Sá (1998, citado por Araya, 2002) existen tres líneas de investigación de las RS, estas son:

1) La escuela clásica: línea desarrollada por Denise Jodelet y colaboradores, en sus elaboraciones insiste en la necesidad de continuar desarrollando la teoría desde el conocimiento amplio y detallado de los fenómenos de representación estudiados y además enfatiza en los soportes que vehiculizan las representaciones: los discursos de los individuos y grupos, sus comportamientos y prácticas sociales, las que en un sentido amplio y en un interjuego particular constituyen las representaciones. En la parte metodológica, se apuesta por el análisis cualitativo y dentro de este abogan por el uso de la entrevista a profundidad y la asociación libre de palabras, focaliza los discursos, vehículos del lenguaje, como medio para acceder al universo simbólico y significativo de los sujetos, constituido y constituyente de la realidad social (Perera, 2003).

2) La escuela de Aix-en-Provence: desarrollada por Jean Claude Abric desde 1976, se conoce como la Teoría del Núcleo Central la cual propone que una representación está organizada en un sistema central y otro periférico; ambos con características y funciones específicas y diferentes. Según Abric (2001), una representación social se define por dos componentes: por un lado, su contenido (informaciones y actitudes para utilizar los términos de Moscovici), y por el otro su organización, es decir su estructura interna (el campo de la representación).

De acuerdo con Perera (2003), esta escuela utiliza las entrevistas individuales en las que insertan otras técnicas, principalmente la asociación libre de palabras. Ellos recurren a los

sujetos en más de una ocasión, en la búsqueda de un análisis más profundo, la comparación y jerarquización de sus propias elaboraciones, analizadas mediante métodos cuantitativos y cualitativos. Trabajan con cantidades de sujetos que transitan entre el pequeño número en las entrevistas y el gran número que responde los cuestionarios; esta cifra varía muchas veces en función del objeto de representación estudiado.

Pereira de Sa (como se citó en Petracci & Konblit, 2007), plantea que la Teoría del Núcleo Central es especialmente relevante para realizar estudios comparativos de las representaciones sociales sostenidas por dos subpoblaciones disimiles en cuanto a su inserción en la sociedad, que comparten diferentes prácticas sociales, que muestran niveles educativos y culturales diversos y que se exponen a distintos tipos de medios de comunicación.

3) La escuela de Ginebra (escuela sociológica): perspectiva desarrollada por Willem Doise, quien enfatiza en el rol de la posición o inserción en las estructuras sociales en constitución de las representaciones, se interesa por las condiciones en que se producen las mismas y desde el punto de vista metodológico privilegia los métodos estadísticos correlaciones, a través de cuestionarios rigurosamente contruidos, que pretenden cubrir todos los aspectos relevantes, con frecuencia extensos, trabaja con muestras grandes, representativas de la población objeto de estudio (Perera, 2003).

Según Restrepo (2013), las dos primeras escuelas o líneas de investigación evidencian los dos enfoques en que han sido abordadas las RS: **el enfoque procesual**, centrado en el contenido de las RS en términos de su sentido y significación y, **el enfoque estructural**, interesado en los mecanismos de organización de dichos contenidos.

El enfoque procesual, de acuerdo con Banchs (2000), se caracteriza por considerar que, para acceder al conocimiento de las RS, se debe partir de un abordaje hermenéutico, entendiendo al ser humano como productor de sentidos, y focalizándose en el análisis de las producciones simbólicas, de los significados y del lenguaje, a través de los cuales los seres humanos construimos el mundo en que vivimos.

El procedimiento para poder acceder al contenido de las RS es través de la recopilación de material discursivo producido en forma espontánea (conversaciones), o bien, inducido por

medio de entrevistas o cuestionarios; también pueden ser objetos de análisis los discursos cristalizados en obras literarias, soportes periodísticos, grabaciones de radio, etc. (Araya, 2002).

Por otro lado, el enfoque estructural, como bien señala Vergara (2008) pretende la cuantificación de los sentidos y del sentir de los actores a través del nodo central; este enfoque demanda métodos que permitan por un lado, la identificación de los componentes de las RS, y por otro lado, conocer la organización y jerarquización de dichos elementos en torno al núcleo central (Restrepo, 2013).

Según Banchs (2000), en el enfoque estructural, las vías más utilizadas para acceder al conocimiento del objeto son o bien técnicas correlacionales y de análisis multivariado, o ecuaciones estructurales.

Entonces, a través del enfoque procesual, el cual se centra en el contenido de las RS, se pretende identificar y describir las categorías que configuran las RS de la formación de los profesionales de la salud a partir del discurso de los jefes de enseñanza y médicos en formación.

1.1.2. Estado del Arte

La información que se presenta, es parte de la revisión sistemática que se realizó en las diferentes bases de datos como Redalyc, Ebscohost, Google Académico, Mediagraphic, Elsevier, etc., bajo las siguientes palabras claves: recursos humanos para la salud, formación, representaciones sociales, capital humano, instituciones de salud, educación y políticas públicas; el objetivo era conocer y clasificar el estado actual de la producción teórica y metodológica de las investigaciones generadas en torno a la formación de los profesionales de la salud. La búsqueda se dividió en tres rubros: estudios a nivel internacional, estudios en América Latina y estudios realizados en México.

A nivel internacional, de acuerdo con Rigoli, Rocha & Foster (2005), se llevó a cabo la Consulta Regional sobre los desafíos críticos de los recursos humanos en salud, específicamente en la Región de las Américas (Cuadro 1), esta consulta se realizó en relación a la gestión y educación de los recursos humanos en salud, donde se enviaron formularios de forma electrónica a los puntos focales nombrados por las Autoridades

Sanitarias Nacionales, participando 26 países, entre ellos México, de los cuales 24 enviaron el formulario contestado y los 2 restantes enviaron documentos complementarios con la información solicitada, se calificó el grado de desarrollo de cada uno de los desafíos y condiciones presentadas, en una escala de 1 a 5 (de nada desarrollado a satisfactoriamente desarrollado), con respecto al desafío que habla sobre los mecanismos de interacción entre las instituciones de formación y las instituciones de salud, se encuentra en un punto intermedio en la región, es decir, a pesar de que existen muchas experiencias de aproximación entre los organismos de formación de profesionales y los servicios de salud, es raro que exista una compatibilidad entre los perfiles y las competencias requeridas por los servicios.

Cuadro 1: Desafíos Críticos de los Recursos Humanos en Salud

1. Definir políticas y planes de largo plazo para la adecuación de la fuerza de trabajo a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente.
2. Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, consiguiendo una distribución equitativa de los profesionales de salud, en las diferentes regiones y de acuerdo con diferentes necesidades de salud de la población.
3. Regular los desplazamientos de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población.
4. Generar vínculos entre los trabajadores y las organizaciones de salud que permitan el compromiso con la misión institucional de garantizar buenos servicios de salud para toda la población.
5. Desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación (universidades, escuelas) y los servicios de salud que permitan adecuar la formación de los trabajadores de salud para un modelo de atención universal, equitativa y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población.

Fuente: Rigoli, Rocha & Foster, (2005).

A su vez la OMS (2006), diagnosticó a los países con graves déficits y desequilibrios de personal debido a las fallas sistémicas en la planificación y gestión del mismo (Cuadro 2), el informe señala que existen desequilibrios en la composición de equipos de trabajo en algunos países, por ejemplo en Canadá y Estados Unidos de América se cuenta con cuatro enfermeras por cada médico, mientras en Chile, el Perú, El Salvador y México sólo hay una o menos de una enfermera por cada médico. De acuerdo con Jiménez (2006), el informe señala que existen factores que inciden en el desempeño de los trabajadores de la

salud, como es el estrés y la inseguridad laboral, elementos que van a determinar el comportamiento de los profesionales de la salud pues los enfrentan a situaciones cambiantes como: la transición demográfica y epidemiológica, las reformas a los sistemas de salud, los avances tecnológicos y las exigencias de los actuales consumidores de los servicios de salud que cada día son más amplias e informadas.

Cuadro 2: Déficits Críticos Estimados de Médicos, Enfermeros y Parteras por Regiones de la OMS

Región de la OMS	Número de países		En países con déficits		
	Total	Con déficit	Dotación total	Déficit estimado	Aumento porcentual requerido
África	46	36	590 198	817 992	139
Las Américas	35	5	93 603	37 886	40
Asia Sudoriental	11	6	2 332 054	1 164 001	50
Europa	52	0	NA	NA	NA
Mediterráneo	21	7	312 613	306 031	98
Oriental					
Pacífico	27	3	27 260	32 560	119
Occidental					

Fuente: OMS Informe sobre la salud en el mundo 2006.

Por otro lado en España, Latasa, Reques & Gil-Borrelli (2016), exploraron las actitudes y valoraciones de los médicos internos residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública sobre su proceso formativo. Realizaron un estudio cualitativo mediante grupos focales, donde participaron 6 médicos internos residentes pertenecientes a 8 unidades docentes, contando con un moderador participante y un observador externo. A través del análisis del discurso se logró identificar que la amplitud y diversidad de contenidos de la especialidad constituye un aliciente y motivo de satisfacción de los residentes, sin embargo el perfil del profesional del programa formativo no se alinea con las demandas del mercado laboral. Se resaltó la necesidad de una formación complementaria en habilidades comunicativas y mayor trabajo de campo.

En América Latina, Espínola (2000), hace un análisis cuantitativo y cualitativo de los cambios en los sistemas de salud, en el ejercicio de la profesión médica y en el desarrollo

de los recursos humanos, centrándose en los médicos y su formación; menciona que los cambios en las instituciones formadoras y en los modelos educativos, marchan a un ritmo más lento, que los cambios que se operan en los servicios de salud, es decir, que a pesar de que los servicios de salud exigen profesionales para la atención primaria de la salud (médicos generalistas y de familia), la tendencia sigue hacia la formación de especialistas, debido a la mayor competitividad profesional. Considera que la transformación de los modelos de educación médica se ve retardada por factores tales como la resistencia al cambio de las instituciones, por las limitaciones presupuestarias y por la marcada influencia que ejercen los sistemas de salud y los ámbitos laborales en la formación médica, con énfasis en las especializaciones, como factor de competencia y poder.

Por otro lado, Artiles (2005), sostiene que en la enseñanza universitaria predomina la organización curricular por disciplinas, que los planes de estudios o currículos universitarios suelen mantenerse durante largos periodos de tiempos sin modificaciones en su estructura; por tanto, los contenidos de las materias que se imparten suelen ser pocos sensibles a los cambios del contexto social, además señala que la formación de los profesionales de la salud, se sustenta en un modelo médico hegemónico² que poco favorece la incorporación real de los factores sociales como determinantes de la salud y la enfermedad, y no da respuesta a los nuevos requerimientos de la población, caracterizado por la transición epidemiológica y demográfica, el deterioro de las condiciones de vida, el aumento de las desigualdades, la precarización del trabajo y la feminización de la pobreza. Se evidencia la necesidad de incorporar en la formación de los RHS los marcos teórico-metodológicos de las Ciencias Sociales e incorporar el modelo médico social³ en la práctica médica, el cual constituye una perspectiva más amplia de la salud y favorece la coparticipación entre el personal de salud y la comunidad en que esta inserto.

² Se caracteriza por una concepción de la salud biológica, clínica e individual con un enfoque curativo centrado en la enfermedad, medicalización de los procesos, práctica “tecnologizada” y una cultura médico centrista que expropia al paciente del acto diagnóstico, la orientación y la toma de decisiones (Artiles, 2005).

³ Se caracteriza por una concepción social, epidemiológica y comunitaria de la salud con un enfoque humanista que integra la biología y las relaciones sociales del paciente, dirigido hacia la prevención, la promoción de la salud y el logro de un estado de bienestar, así como el rescate de los procesos naturales y al involucramiento del paciente como sujeto activo en el acto diagnóstico, la orientación y la toma de decisiones (Artiles, 2005).

Faccia (2009), realizó una investigación descriptiva con metodología cuali-cuantitativa y triangulación metodológica desde una perspectiva antropológica de la profesionalización de la enfermería, trabajó con registro de estudiantes, entrevistas semiestructuradas a profesionales de la salud y grupos focales con estudiantes. Dentro de los resultados se observa que al elegir la carrera, la prioridad es la salida laboral sobre la vocación, consideran una imagen social desprestigiada o poco conocida, la formación como fuerza laboral en desmedro de la formación como profesionales universitarios, la profesionalización en etapa de transición y la relación asimétrica y complementaria con la Medicina.

Por su parte, Rojas (2013), buscó caracterizar desde el contexto universitario, cómo ocurre el proceso formativo del médico venezolano. La metodología empleada es de corte cualitativo, para seleccionar a los participantes se utilizó un muestreo intencional de informantes claves (52 participantes), se trabajó con grupos focales por escenario y entrevistas a profundidad. Entre los hallazgos, en primer lugar, se menciona que desde la visión de los docentes el médico venezolano tiene una buena formación teórica pero con fallas en las habilidades y en las actitudes, opinan que el médico está formado para la enfermedad y no para la prevención, por otro lado los médicos refieren un modelo orientado hacia lo curativo durante su formación y finalmente la comunidad ve al médico como un profesional influenciado por su familia, con una vocación en declive y con fallas en la comunicación.

A nivel nacional, Sánchez, et al (2010), realizó un estudio para conocer e interpretar los múltiples significados que conforman la realidad educativa dentro de la práctica profesional médica, el objetivo era presentar la representación social del estudiante de la carrera de médico cirujano en torno a los campos clínicos, la función del estudiante, procedimientos médicos, habilidades y destrezas del alumno, técnicas didácticas del profesor y evaluación del aprendizaje. Se trabajó con una metodología multimodal, en donde participaron 150 estudiantes, se aplicó la asociación libre de palabras con jerarquización, a través de una palabra estímulo, en este caso el término clínica integral y un listado vacío para que los participantes del estudio describan las palabras que les fueran evocadas, al concluir el llenado del listado, se les pidió jerarquizar en una escala del 1 al 5 los términos que mejor definieran la palabra estímulo; dentro de los resultados se encontró una RS en los alumnos de medicina asociada a una pedagogía tradicional y una evaluación

basada en conocimientos teóricos más que procedimentales, en cuanto a las destrezas y habilidades centran lo empírico como su principal competencia clínica y la inserción hospitalaria, así como los procedimientos médicos más que actividades profesionales, las consideran oportunidades para poner en práctica su conocimiento teórico.

Casas & Jarillo (2012), caracterizaron la formación y la práctica de los especialistas de la Medicina Familiar; para el abordaje de este problema se trabajó con una investigación cualitativa a partir de la observación participante y se aplicaron entrevistas semiestructuradas a profesionales de la especialidad en Medicina Familiar que laboran en el IMSS. Como resultados, se señala que la obtención del conocimiento del médico familiar, se realiza a partir de aprender aspectos de otras áreas de especialidad no ajenas al ámbito médico pero no existe una identidad propia del médico familiar, que la elección de la especialidad es para obtener un ascenso profesional que supone una mejoría en la estabilidad económica personal y finalmente que es notoria la insatisfacción con la formación en la especialidad tanto, por el desprestigio de la especialidad como por la falta de especificidad de la profesional y la vocación concreta en cuanto a la especialidad.

Pierdant & Grimaldo (2013), analizan si la apertura de escuelas de medicina está determinada por una planeación nacional de salud, para esto se hizo un estudio de revisión bibliográfica en diferentes bancos de datos y se revisó la regulación vigente para la apertura de nuevas escuelas de medicina en México. Se encontró, que la manera en que funciona el sistema nacional de educación médica, es compleja y carece de una regulación global, que esta reglamentación debe considerar el tipo de médico que se requiere formar, médicos generales, especialistas o subespecialistas y en donde se espera que estos médicos presten sus servicios, aspectos que deben ser tomados en cuenta para la apertura de nuevas escuelas de medicina.

Por otro lado Heshisiki, Osornio, Sanchez, Valadez & Domínguez (2013), comparan las representaciones sociales de estudiantes y docentes sobre la práctica clínica respecto a la inserción a los campos clínico, función del estudiante, técnicas didácticas, habilidades y destrezas para ejecutar los procedimientos médico-quirúrgicos y evaluación del aprendizaje. Realizaron un estudio cualitativo e interpretativo, la muestra fue intencional, participaron 32 alumnos de medicina entrevistados individualmente y 48 docentes a quienes se les entrevisto de manera grupal (6 a 8 médicos por grupo).Las representaciones

sociales de docentes y alumnos mostraron coincidencias en cuanto a la inserción de los estudiantes a los campos clínicos, la falta de actualización del programa y los objetivos educativos, así como el uso de la exposición como técnica didáctica dominante y las incongruencias en el modelo de evaluación, en cuanto a las discrepancias, es con respecto a las deficiencias en conocimientos, habilidades y destrezas con las que llegan a ciclos clínicos, así como la supervisión y tutoría para el adiestramiento de habilidades clínicas y procedimientos médico-quirúrgicos.

La información que se presenta, permite identificar las investigaciones que se han desarrollado en torno a los profesionales de la salud y la forma en que se han abordado, como podemos constatar, estas investigaciones se han realizado a partir de diversas perspectivas metodológicas. Desde un enfoque cuantitativo se han estudiado los mecanismos de interacción entre las instituciones de formación y las instituciones de salud en la Región de las Américas y se ha analizado el número de profesionales de la salud con relación al total de la población a nivel mundial. Con respecto al enfoque cualitativo, los estudios se han enfocado a explorar actitudes, valoraciones, opiniones de los médicos con respecto a su proceso formativo en la especialidad, prácticas clínicas y campos clínicos; otros estudios se han centrado en caracterizar la práctica y formación de las especialidades, así como el ejercicio de la profesión médica y las tendencias o modelos de formación. Una vez revisados estos estudios, se encontró que la teoría de las representaciones sociales se ha utilizado poco, se localizaron dos estudios, los cuales se enfocaron en conocer, interpretar y comparar las representaciones sociales de los estudiantes de medicina y docentes sobre la práctica clínica. La teoría de representaciones sociales, a partir del enfoque procesual, el cual se centra en el contenido de las RS, permitirá identificar y describir las categorías que configuran las RS, en este caso sobre la formación de los profesionales de la salud, además en los estudios no se han abordado temas como la vinculación entre las secretarías (salud-educación) y reglamentación que impactan directamente en la formación de estos profesionales.

1.2. Marco Conceptual

1.2.1. Capital Humano en Salud

Cardona, et al (2007), señalan que en la década de 1950, Robert Solow (1957) comienza a considerar otras formas de inversión diferentes al crecimiento de capital y trabajo, inicia una nueva estructura teórica que da relevancia al ser humano como componente fundamental en el desarrollo productivo de la industria, al mismo tiempo que en el crecimiento económico de cualquier país; este modelo se centra en que la educación y la formación profesional desempeñan papeles importantes como fuentes de desarrollo .

Siguiendo esta línea de investigación, Schultz (1960), acuña el término Capital Humano como sinónimo de educación y formación, donde menciona que “al invertir en sí mismos, los seres humanos aumentan el campo de sus posibilidades. Para el autor, cualquier trabajador, al insertarse en el sistema productivo, no sólo aporta su fuerza física y su habilidad natural, sino que, además, viene consigo un bagaje de conocimientos adquiridos a través de la educación (Pons, 2004, citado por, Cardona, et al, 2007).

Fue hasta 1964 con los trabajos de Gary S. Becker cuando el concepto y valor de capital humano como factor económico primario se reconoció ampliamente, quien definía el capital humano como el stock inmaterial imputable a una persona, una opción individual y una inversión en algo intangible pero acumulable y utilizable en el futuro (Aronson, 2007). Esta teoría distingue dos formas posibles de formación: la formación general, adquirida en el sistema educativo y la formación específica, la cual es adquirida en el seno de una unidad de producción o de servicio la cual permite desarrollar al trabajador su productividad dentro de la empresa o fuera de ésta (Valencia, 2005).

Según Alhama (citado en Valencia, 2005), el término de capital humano no ha variado mucho en los últimos años, aunque se ha tratado de mejorar, la mayoría coincide en que el capital humano comprende habilidades, experiencia y conocimientos, así como la salud y la calidad de sus hábitos de trabajo, es el aprovechamiento al máximo del aporte humano, que como activo intangible se le asigna un valor y se considera como parte del capital.

Siguiendo esta perspectiva, Roos (1997) menciona que el capital humano se compone de tres tipos de recursos inmateriales: **a) competencia** (conocimientos, aptitudes, habilidades y know-how), **b) actitud** (motivación y capacidad de liderazgo) y **c) agilidad intelectual**

(habilidad de los miembros de la organización para ser “rápidos mentalmente”, innovación e iniciativa.

En la actualidad el capital humano es uno de los factores determinantes que contribuye a la competitividad de las organizaciones, puesto que las competencias, los conocimientos, la creatividad, la capacidad para resolver problemas, el liderazgo y el compromiso del personal son algunos activos requeridos para enfrentar las demandas de un entorno turbulento y alcanzar la misión organizacional (Littlewod, 2004).

Por su parte, Cardona & colaboradores (2007), sostienen que no sólo hay que tomar en cuenta la parte formativa o educacional para el desarrollo del capital humano, ya que existen otros pilares o componentes que van a afectar directa e indirectamente al factor humano como : a) la educación formal (básica, secundaria y postgrado), b) la experiencia que adquiera la persona en su puesto de trabajo (y que se acumula a lo largo de su vida laboral), c) la capacitación que reciba por parte de la empresa donde labora, o por entidades públicas y d) las condiciones de salud del empleado, que tienen mucho que ver con las condiciones en su lugar de trabajo y afectan directamente su productividad.

En síntesis, el modelo del Capital Humano coloca el desarrollo humano como el principal producto de las organizaciones, donde el conocimiento se convierte en el factor fundamental de creación de riqueza; el trabajador debe ser tratado como un cliente interno, el cual tiene necesidades y expectativas legítimas.

1.2.1.1. Definición del Personal en Salud

De manera general, la OMS define al profesional de la salud como “toda persona que lleva a cabo tareas que tienen por principal finalidad promover la salud” (OMS, 2006).

Por su parte, la OPS define como recursos humanos para la salud a todos aquellos hombres y mujeres (profesionales e idóneos), que trabajan en el campo de la salud, no solamente médicos y enfermeras, sino también trabajadores de salud pública, educadores, administrativos, científicos y farmacéuticos. (Schweiger & Álvarez, 2007).

Así mismo, se entiende como profesional de la salud al conjunto de individuos que reciben algún tipo de entrenamiento para ejecutar tareas relacionadas con la producción de servicios de salud personal y poblacional, a los procesos relacionados a esta producción y a su evaluación. (Nigenda, Magaña & Ortega: 2013).

Haciendo un ejercicio ecléctico de estas definiciones, para fines de este trabajo, se entiende por capital humano en salud, al conjunto de individuos (profesionales o idóneos), que se desempeñan como médicos, enfermeras y en general, trabajadores de salud pública, que forman parte de las instituciones de salud públicas o privadas y que cuentan con algún tipo de entrenamiento, para adquirir los conocimientos, la capacidad técnica, las habilidades, las actitudes y los valores para hacer frente a las necesidades y problemas relativos a la salud y la enfermedad.

1.2.1.2. Clasificación del Personal en Salud

❖ Personal Médico

El Comité de expertos de la OMS en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar lo define como “Persona que después de haber cursado con éxito estudios secundarios y estudios superiores de una duración determinada, en una facultad de medicina de una universidad o en una escuela de medicina independiente reconocida oficialmente por el gobierno del país o territorio donde se encuentra, está facultada para ejercer la medicina en una región determinada sin ninguna supervisión científica”. El personal médico puede dividirse fundamentalmente en médicos generales y especialistas.

El médico general es el profesional de la medicina que cuenta con los conocimientos y las destrezas necesarias para diagnosticar y resolver con tratamiento médico y con procedimientos sencillos la mayoría de los padecimientos que el ser humano sufre en su vida, desde niño hasta la vejez, con acciones frecuentemente realizadas en el consultorio del médico o en la casa del enfermo. (Paredes & Rivero, 2001).

El médico especialista es aquel que cuenta con estudios de especialización y con título y cédula profesional de alguna especialidad en una rama de la medicina, para la atención de la salud o de padecimientos referidos a un órgano, aparato o sistema del cuerpo humano (DOF, 2005).

❖ **Personal Asistencial, Técnico y Paramédico.**

Este tipo de personal efectúa un trabajo complementario directo al de los médicos; o relacionado indirectamente, a través de procesos paralelos como exámenes auxiliares, análisis clínicos, niveles de nutrición, etc. Su responsabilidad está en función del apoyo que dan al personal médico, así como su identificación con los objetivos de la institución de salud.

Los trabajadores que se encuentran dentro de este tipo de personal son: enfermeras, asistentes dentales, obstétricas, nutriólogos, técnicas en enfermería, paramédicas, técnicas en laboratorios, trabajo social, etc.

❖ **Personal Administrativo**

Dentro de los recursos humanos dedicados a la salud se encuentra también el personal administrativo, se considera a todos aquellos profesionales, técnicos y auxiliares del área que apoyan con funciones administrativas en la unidad médica. (DOF, 2005).

1.2.1.3. Situación Actual del Personal en Salud

El informe de la OMS (2006), menciona que faltan en el mundo unos 2,3 millones de médicos, enfermeros y parteros, y más de 4 millones de trabajadores sanitarios en general. En algunas partes del planeta, en particular en el África subsahariana, para superar la crisis en salud se recomienda el aumentar la fuerza laboral en salud en casi un 140% (Dal Poz, M, et al, 2009).

En México, a pesar de que los indicadores de disponibilidad de profesionales de la salud aumentan año con año, es bajo en comparación con el promedio recomendado por organismos internacionales. De acuerdo con la Secretaría de Salud (DOF, 2013), el número actual de médicos por 1,000 habitantes es de 2.2 y de enfermeras por 1,000 habitantes es de 2.7; la OMS recomienda 2.5 médicos por 1,000 habitantes, mientras que el promedio de la OCDE es de 3.2 médicos por 1,000 habitantes y 8.7 enfermeras por 1,000 habitantes; para llegar a los mismos estándares se debería incrementar 50% la cifra de médicos y más que triplicar la cifra de enfermeras. En el caso particular, en el Estado de México, el número actual de médicos por mil habitantes es de 1.3 y 1.8 enfermeras por mil habitantes (SS, 2016)

Lo anterior, se observa claramente en las cifras que presentan el Sector Salud y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), donde reportan que hay 259 mil médicos (2.2. por 1000 habitantes) en todo el Sistema Nacional de Salud, de los cuales alrededor de 38% corresponden a médicos especialistas, es decir, 95 mil, pero la mayoría de ellos son especialistas en enfermedades que ya no son los de mayor demanda de la población. Sirvan de ejemplo las área de geriatría y oncología; en geriatría, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), en todo el país sólo hay 400 geriatras para una población de más de 10 millones de adultos mayores, que representa el 9% de la población total que requieren cada día una atención medica más especializada y, en oncología, de acuerdo con la Sociedad Mexicana de Estudios Oncológicos, sólo hay mil 200 especialistas para todo el país, cifra claramente insuficiente para atender adecuadamente una enfermedad que es la tercera causa de muerte en el país; cabe destacar que de las 116 escuelas o facultades de medicina, sólo 8 universidades tienen la materia de oncología (Rodríguez, 2014).

Es importante señalar que el alcanzar las cifras antes mencionadas no garantiza una cobertura total en la población y una disminución en los problemas de salud de los colectivos, primero porque se observa una concentración geográfica, es decir, existe una tendencia a que los RH se concentren en las áreas urbanas, encontrado así un número insuficiente de profesionales en zonas rurales, semiurbanas, marginadas y además en hospitales o clínicas de alta especialidad y por otro lado se observa que el perfil de formación no está alineado con las necesidades de salud de la población; originando como principal consecuencia, que la atención brindada en los centros de salud rurales dependa de los médicos en formación que se encuentran realizando servicio social (DOF, 2013).

1.2.2. Formación del Capital Humano en Salud

Casanova (2003), menciona que la formación profesional es una actividad de tipo educativo, que se orienta a proporcionar los conocimientos, habilidades y destrezas necesarios tanto teóricos como prácticos para desempeñarse en el mercado de trabajo, sea en un puesto determinado, una ocupación o un área profesional, y que además actúa de forma complementaria a las otras formas de educación, formando a las personas no sólo como trabajadores sino también como ciudadanos, su objeto es descubrir y desarrollar las aptitudes humanas para una vida activa, productiva y satisfactoria.

Este proceso de formación representa la institucionalidad en el espacio escolar, con el objetivo de adquirir la habilitación y el reconocimiento social por medio del otorgamiento de un título o grado, el cual está regulado por órganos jurisdiccionales con reconocimiento legal y establecida en la estructura del poder público; el reconocimiento institucional según el nivel puede ser: título para licenciatura, grado para el nivel de posgrado (maestría o doctorado), o el diploma para educación continua, especialización o diplomado (Jarillo, Mendoza & Salinas, 2015).

El proceso de formación de los profesionales de la salud comprende las áreas de medicina, enfermería, nutrición, odontología, educación para la salud, trabajadores sociales, psicología, etc. Jarillo y colaboradores (2015) clasifican en dos grupos este proceso:

- 1) Cursos de formación académica: Corresponden al típico modelo escolarizado de formación en instituciones educativas públicas o privadas con validez y reconocimiento oficial. Estas instituciones están sujetas a leyes y reglamentos de aplicación general y específica, en prácticamente todos los países existen normas legales aplicables a la formación en el campo de la salud. Esta formación va desde el nivel técnico hasta el posgrado.
 - a) Nivel técnico: Se obtiene en la fase inmediata posterior a la formación básica, en ocasiones con cursos de nivel medio de carácter general, pero que cursan un programa reconocido y establecido legalmente. Es un lapso de formación corto y les otorga habilitación en un campo específico para realizar tareas de poca complejidad intelectual y mayor peso manual. En este nivel ubicamos al personal de enfermería, laboratoristas, técnicos, radiólogos, etc.
 - b) Nivel profesional: Corresponde al nivel de licenciatura y la formación mínima es de cuatro años, varía según la profesión. Otorga los títulos más reconocidos: medicina, odontología, enfermería, psicología, trabajo social, nutrición, etc.
 - c) Nivel de posgrado: Corresponde a la fase de formación posterior al ciclo de licenciatura e incluye especialización, maestría y doctorado, en ese orden creciente de importancia. La especialización, y en algunos casos la maestría, está dirigida a ofrecer una formación complementaria en algún aspecto específico del área del conocimiento de la profesión, por lo tanto el objetivo de la formación es mejorar las capacidades en uno o un conjunto reducido de aspectos concretos de la práctica profesional. Algunas maestrías y en particular

el doctorado, están orientados a la investigación y por lo tanto el objetivo central de esta formación es el desarrollo de competencias para la práctica científica y academia en instituciones sociales con esos fines, el campo de conocimiento puede ser subdisciplinario o por el contrario multi o interdisciplinario.

- 2) Los de ciclos cortos: Se refieren a la actualización y capacitación de personas quienes ya disponen de una formación académica y que por necesidades de conocimientos o adquirió de habilidades o competencias específicas en una área de conocimiento o de capacidad técnica, requieren obtener esa capacitación en algún curso corto y definido en un tramo de su área de desempeño profesional o formación técnica. Los cursos pueden ser ofrecidos por instituciones académicas, organizaciones sociales, instituciones de servicio, empresas.

García (2014), señala que las tendencias o modelos de formación han presentado modificaciones propias de la evolución histórica, económica, social, demográfica y educativa del país, donde a principios del siglo XX prevaleció el modelo flexeriano de educación médica que asentó sus bases en la dimensión biológica de la enfermedad, enfatizando en el currículo científico, con predominio de los conocimientos enciclopédicos, donde la formación médica se llevaba a cabo en escenarios universitarios; posteriormente a mediados del mismo siglo, se consolidó una formación basada en problemas, donde se privilegió el trabajo de los centros académicos y finalmente, en los albores del siglo XXI se comenzó hablar de un modelo basado en competencias profesionales, modelo que requiere de la conformación de un gran “sistema salud-educación y educación-salud” para su completo desarrollo.

A pesar de que el modelo de formación ha cambiado, la educación profesional no se ha desarrollado al ritmo de los nuevos retos (riesgos infecciosos, medioambientales y conductuales); fundamentalmente por contar con un currículo fragmentado, obsoleto y estático que produce graduandos mal equipados. Los problemas son sistémicos: una descoordinación entre las competencias y las necesidades de los pacientes y de la población; deficiente trabajo en equipo, encuentros episódicos en lugar de un cuidado de salud continuo y una predominante orientación hacia los hospitales a expensas de la atención primaria (Frenk, et al 2011).

1.2.3. Coordinación intersectorial para la Formación del Capital Humano en Salud

Hafferty & McKinlay (como se citó en Nigenda & Ruiz, 2010), plantean que las profesiones de la salud son producto de un devenir histórico social que define sus características y perfil en función del reconocimiento social logrado, así como de los cambios económicos y sociales por los que atraviesa un país, pero además son consecuencia del desarrollo de los sistemas educativo y de salud de cada nación.

En el caso México, la formación del profesional de la salud está a cargo de la SS y la SEP, organismos que establecen los criterios y lineamientos para la formación e integración de RHS y que buscan dar respuesta a esquemas de políticas socioeconómicas nacionales e internacionales⁴ (Ramírez. 2009).

De acuerdo con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2014), esta estructura burocrática debilita e impide la coordinación de los esfuerzos para llevar a un buen término la formación del personal de la salud; dualidad legal que se ve reflejada en los mecanismos de titulación, evaluación y acreditación de los programas de medicina. Por ejemplo, no hay una regulación en la matrícula de la licenciatura de medicina, cada escuela o facultad asigna el número de alumnos según sus necesidades y capacidad instalada. Para el caso de las especialidades médicas y el servicio social, la planificación de plazas disponibles la efectúa la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), las vacantes de puesto y el entrenamiento está a cargo de las Instituciones de Salud como, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR), hospitales privados, etc., la titulación es realizada por las universidades, la certificación se hace por los consejos médicos o academias dependientes de la Academia Nacional de Medicina y la autorización para el ejercicio profesional la otorga la Dirección General de Profesiones, dependiente de la Secretaría de Educación Pública (SEP).

Por otra parte Nigenda & Ruiz (2010), mencionan que los criterios para definir matriculas en las escuelas y facultades de medicina, no corresponde a una planeación basada; por

⁴ Los criterios de formación son determinados en gran medida por organismos internacionales como son el Banco Mundial (BM), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en el caso de México por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)

ejemplo, entre otros factores, en los cambios demográficos y epidemiológicos de las entidades federativas y las regiones, es decir, el número de estudiantes que se admiten en cada caso es determinado con base en factores de infraestructura, presupuesto, campos clínicos disponibles y, en algunos casos, por cuotas otorgadas a grupos de presión.

Por lo tanto, como lo plantea García (2014), la relación entre el sector educativo y de salud ha sido estrecha en el ámbito operativo, es decir en cuanto a asignación de campos clínicos y distribución de alumnos (médicos interno de pregrado y pasantes de servicio social), pero sin esfuerzos conjuntos de largo plazo en los aspectos de planeación, evaluación e innovación, situación que se ve reflejada en los servicios de salud, creando condiciones desfavorables para ambos sectores.

1.2.3.1. Secretaría de Salud

1.2.3.1.1. Sistema Nacional de Salud

Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. (OMS, 2005). Es el componente sectorial que articula los programas de servicios de salud que realiza el gobierno federal con los gobiernos de los estados y los sectores social y privado (Juan & Villalpando, 1994).

En México, la rectoría del Sistema de Salud se da a través de la Secretaría de Salud (SS) bajo los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Sectorial en Salud que desarrolla el estado mexicano cada sexenio, incluye la planeación estratégica del sector, la definición de prioridades, la coordinación intra e intersectorial, las actividades de regulación de la atención de la salud y regulación sanitaria, y la evaluación de servicios, programas políticos, instituciones y sistemas. (Gómez & colaboradores, 2011).

El sistema de salud mexicano se encuentra dividido en tres grandes grupos, y el acceso a los servicios de salud se encuentra a cargo de diferentes instituciones (Figura 1). El primer grupo corresponde a las instituciones de seguridad social que prestan servicio a los trabajadores del sector formal de la economía, llamadas derechohabientes por estar cubriendo cuotas obrero-patronales, dentro de este primer grupo se encuentra el IMSS, además de otras instituciones como el ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, así como diversos seguros para trabajadores estatales (Casas & Rodríguez, 2014). Tales instituciones

atienden a cerca de la mitad de la población del país ofreciendo a los derechohabientes todos los servicios que tienen a su disposición.

Dentro del segundo grupo encontramos a las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, dentro de las que se incluyen los servicios otorgados por la Secretaría de Salud (federal o estatal) en zonas rurales y urbanas además se incluye el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) y el Programa IMSS-Oportunidades (Casas & Rodríguez, 2014). Estas instituciones ofrecen un paquete parcial de servicios y las personas pagan de acuerdo a un tabulador socioeconómico.

Por último, el tercer grupo está conformado por el sector privado, el cual presta servicios a la población con capacidad económica para solventar los gastos generados por esta atención, la cual se ofrece en consultorios, clínicas y hospitales privados. Además, existe una red de consultorios que atienden a personas de escasos recursos, pero que en general cuentan con materiales escasos.

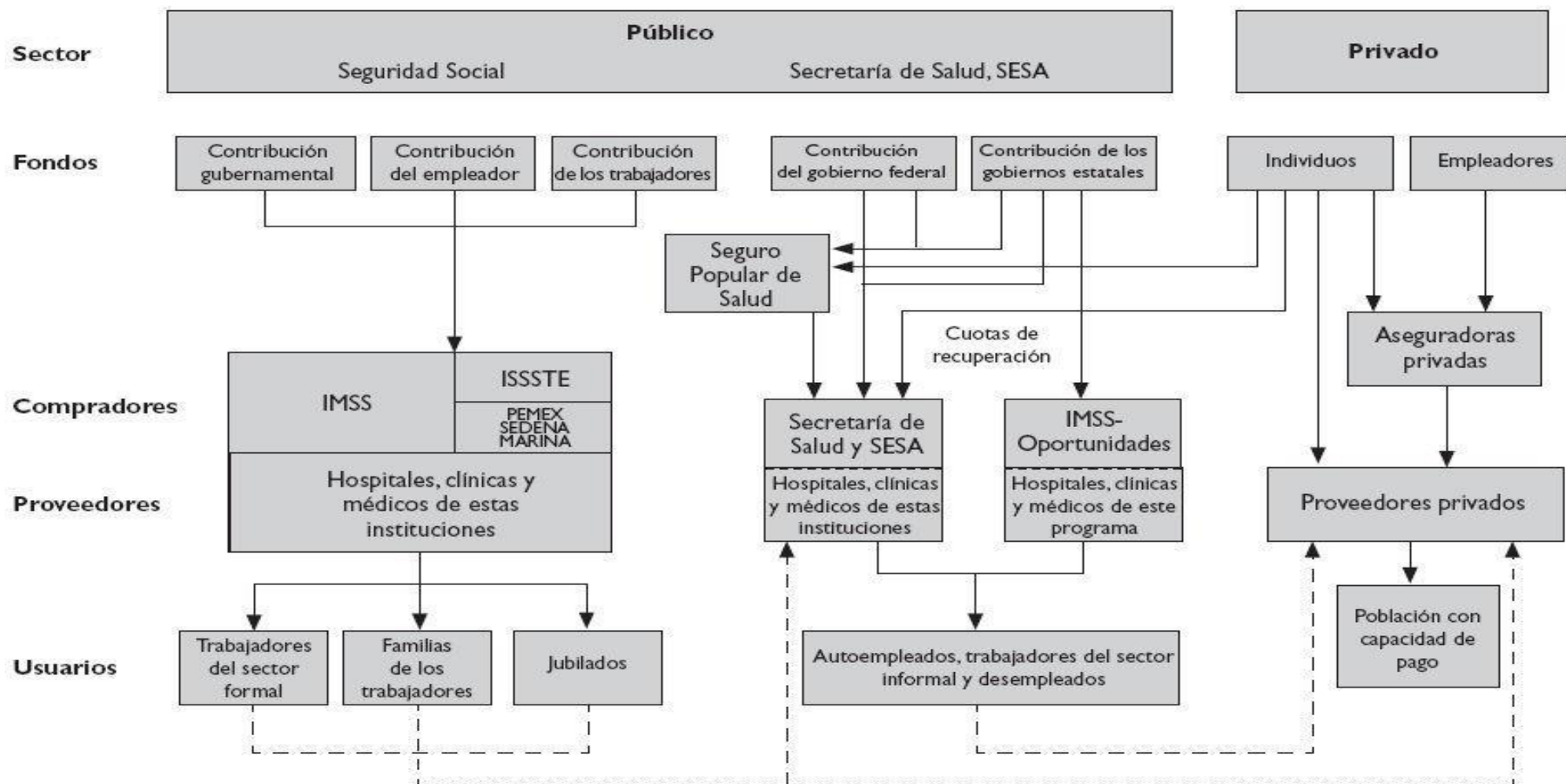


Figura 1. Sistema Nacional de Salud
Fuente: Gómez & Colaboradores (2011).

❖ Estructura funcional del Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud, está estructurado de manera funcional en tres niveles de atención. El primer nivel de atención es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz (Julio, Vacarezza, Álvarez & Sosa, 2011).

El segundo nivel de atención está formado por una red de hospitales generales que atienden la mayor parte de los problemas y necesidades de salud que demandan internamiento hospitalario o atención de urgencias. Sus unidades están organizadas en las cuatro especialidades básicas de la medicina: medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia y es frecuente encontrar algunas subespecialidades tales como: dermatología, neurología, cardiología, geriatría, cirugía pediátrica, etc. En este nivel se concentra la mayoría de los médicos especialistas. (Soto, Lutzow & González, 2010).

El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología (Julio, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011). Está formado por una red de hospitales de “alta especialidad”, aquí encontramos subespecialidades y equipos de apoyo que no se encuentra en el segundo nivel de atención (Soto, Lutzow y González, 2010).

1.2.3.2. Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud.

La CIFRHS⁵ fue creada por acuerdo presidencial el 18 de octubre de 1983, con el propósito de identificar las áreas de coordinación entre las instituciones educativas y las de

⁵La CIFRHS estará integrada por un representante de la Secretaría de Programación y Presupuesto; de la Secretaría de Educación Pública; de la Secretaría de Salud; del IMSS; del ISSSTE; del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y del Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica. Se invitará a formar parte de la Comisión con los mismos derechos y obligaciones, al Consejo Nacional de la Asociación

salud, así como entre el sector educativo y el sector salud, en el proceso de formación de recursos humanos para la salud que requiera el Sistema Nacional de Salud. Su objetivo es, ser un espacio de coordinación interinstitucional entre el sector salud y educativo y ser un órgano asesor de la SEP, la SS y de las instituciones de educación de salud. (Ledesma, 2004).

De acuerdo al artículo tercero del documento que creo la CIFRHS, publicado en el DOF, las funciones de la comisión son las siguientes:

- I. Identificar las áreas de coordinación entre las instituciones educativas y de salud, así como entre el sector educativo y el sector salud en el proceso de formación de recursos humanos para la salud;
- II. Elaborar un diagnóstico integral sobre la formación de recursos humanos para la salud y mantenerlo actualizado.
- III. Propiciar que la formación de recursos humanos se oriente por las políticas del Sistema Nacional de Salud y de la Secretaría de Educación Pública;
- IV. Promover acciones tendientes a lograr una adecuada distribución de los recursos humanos en formación entre los diversos campos de la salud;
- V. Coadyuvar a la definición de los perfiles de los profesionales de la salud en su etapa de formación, congruentes con el Sistema Nacional de Salud y a la Secretaría de Educación Pública;
- VI. Promover acciones que permitan la vinculación de la docencia, la asistencia y la investigación, así como la coordinación entre esta Comisión y las instituciones educativas y de salud;
- VII. Opinar sobre los requisitos para la apertura y funcionamiento de instituciones abocadas a la formación de recursos humanos para la salud, en los diferentes niveles académicos;
- VIII. Recomendar los requisitos que deban reunir las instituciones de salud para que puedan participar en la formación de recursos humanos para la salud;
- IX. Proponer los criterios de selección para alumnos de nivel técnico, de licenciatura y de postgrado que para su formación deban incorporarse a las instituciones del sector salud;

Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior, A.C., a un representante de la Academia Nacional de Medicina, A.C., y a uno de los Institutos Nacionales de Salud.

- X. Coadyuvar a la definición de los criterios académicos para la selección del profesorado a nivel técnico, de licenciatura y de posgrado entre el personal que labore en las instituciones de salud;
- XI. Promover planes y programas de estudio, así como estrategias tendientes al establecimiento de un sistema de enseñanza continua para el personal de atención a la salud;
- XII. Recomendar e impulsar sistemas para la evaluación de los planes y programas de estudio de las carreras en el área de salud, así como de la docencia en los diversos niveles de enseñanza en el área de la salud;
- XIII. Propiciar que el servicio social sea una etapa académica de la formación profesional de las carreras del área de la salud y que sus acciones lleguen prioritariamente a los grupos humanos que carecen de atención, bajo la vigilancia y evaluación de personal capacitado que labore en las instituciones de salud;
- XIV. Promover la investigación en servicio para apoyar la superación de los programas educativos;
- XV. Recomendar las bases para la asignación de becas académicas y/o económicas a los alumnos de pre y postgrado en las áreas que así se establezca;
- XVI. Elaborar el programa y el informe anuales de actividades;
- XVII. Elaborar y aprobar en su caso, su reglamento interior, y
- XVIII. Todas las demás que le confieran las disposiciones legales y administrativas aplicables.

Casas (2013), plantea que la CIFRHS de lo único que se encarga es de coordinar el número de plazas que existen para cada médico, señalando que si este organismo se encargara de supervisar los procesos formativos y académicos terminaría por cerrar la gran mayoría de sedes para médicos residentes, puesto que no existe hasta este momento un censo nacional de profesores certificados en la enseñanza de posgrado, en este caso de especialidades médicas.

1.2.4. Reglamentación en la Formación del Capital Humano en Salud

1.2.4.1. Ley General de Salud

La Ley General de Salud (LGS), es la base jurídica, derivada del mandato constitucional que reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos,

establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Su aplicación es en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social (LGS, 2017).

La LGS consta de 18 Títulos y 482 artículos, en donde se define el contenido básico de salubridad general y las autoridades sanitarias, y determina la conformación del Sistema Nacional de Salud (SNS). Así mismo, distribuye las competencias en materia de salubridad general entre el ejecutivo federal por conducto de la Secretaría de Salud (SS) y los gobiernos de los estados, decide la naturaleza de los servicios de salud pública y asistencia social y señala los prestadores de servicios de salud para la población abierta o para la derechohabiente de la seguridad social y las modalidades de participación de la comunidad en su financiamiento (Juan & Villalpando, 1994).

En el título cuarto de la LGS, denominado “Recursos Humanos para los Servicios de Salud” (Cuadro 3), se establecen los criterios y lineamientos para regular las actividades o procesos relacionados con la formación de los profesionales de la salud.

**Cuadro 3: Título Cuarto de la Ley General de Salud
“Recursos Humanos para los Servicios de Salud”**

CAPITULO	DESCRIPCIÓN
I. PROFESIONALES, TÉCNICOS Y AUXILIARES ARTÍCULOS: 79-83	Capítulo que regula el ejercicio de las actividades profesionales, de las actividades técnicas y auxiliares y de las especialidades para la salud.
II. SERVICIO SOCIAL DE PASANTES Y PROFESIONALES ARTÍCULOS: 84-88	En este capítulo se señala que la SS y los gobiernos de las entidades federativas, en su respectivo ámbito de acción, con la participación de las instituciones de educación superior, elaboraran programas de carácter social para beneficio de la colectividad, además se establecen los mecanismos necesarios de coordinación. También mencionan que el servicio social se llevara a cabo en el primer nivel de atención, prioritariamente en áreas de menor desarrollo económico y social.
III. FORMACIÓN, CAPACITACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL PERSONAL ARTÍCULOS: 89-95	Este capítulo señala que las autoridades sanitarias en coordinación con las instituciones de salud y educativas deben establecer las normas y criterios para la capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud y el desarrollo de un sistema de enseñanza continua en materia de salud.

Fuente: Ley General de Salud.

1.2.4.2. Plan Nacional de Desarrollo

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 26 menciona que “El Estado organizara un Sistema de Planeación Democrática del Desarrollo Nacional que imprima solidez, dinamismo, competitividad, permanencia y equidad al crecimiento de la economía para la independencia y la democratización política, social y cultural de la nación”. La Planeación del Desarrollo Nacional es el eje que articula las políticas públicas que lleva a cabo el Gobierno de la República, pero también como la fuente directa de la democracia participativa a través de la consulta con la sociedad (DOF, 2013).

El Plan Nacional de Desarrollo es un documento de trabajo que rige la programación y presupuestario de toda la Administración Pública Federal. De acuerdo con la Ley de Planeación, todos los Programas Sectoriales, Especiales, Institucionales y Regionales que definen las acciones del gobierno, deberán elaborarse en congruencia con el Plan. Asimismo, la Ley de Planeación requiere que la iniciativa de Ley de Ingresos de la Federación y el Proyecto de Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación compaginen con los programas anuales de ejecución que emanan de éste (DOF, 2013).

1.2.4.3. Plan Sectorial de Salud

El Programa Sectorial de Salud, es el instrumento mediante el cual el Gobierno de la República formula las estrategias y acciones con las que se propone alcanzar los objetivos que en materia de salud se han establecido. Define los objetivos, estrategias y líneas de acción en materia de salud en un marco guiado por el ordenamiento jurídico aplicable en materia de salud y por el Plan Nacional de Desarrollo (DOF, 2013).

Dentro del Plan Sectorial de Salud 2013-2018, se establecen los objetivos, las estrategias y las líneas de acción para la formación de los profesionales de la salud. Para el presente gobierno, la formación de este personal es una prioridad, el cual se encuentra plasmado en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND), dentro de la meta cuatro: “México Próspero”. Así mismo, el quinto objetivo del Programa Sectorial de Salud (Ver cuadro 4) para el mismo período establece asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud, y en la estrategia 5.1 señala que se debe fortalecer la formación y gestión de RHS bajo diez líneas de acción (Santos, 2014).

Cuadro 4: Estrategias para la Formación del Capital Humano en Salud.

Programa Sectorial de Salud 2013-2018

Estrategias:

Fortalecer la formación y gestión de recursos humanos en salud.

- ❖ Establecer los criterios para el crecimiento responsable y ordenado de los recursos humanos.
- ❖ Impulsar la formación de los recursos humanos alineada con las necesidades demográficas, epidemiológicas, de desarrollo económico y cultural.
- ❖ Impulsar la actualización y capacitación continua de los recursos humanos con base en las necesidades nacionales de salud.
- ❖ Promover la capacitación para mejorar los procesos de atención en salud, gerenciales y de apoyo administrativo.
- ❖ Participar en la elaboración de criterios y lineamientos de acreditación de las instituciones educativas conjuntamente con las instituciones correspondientes.
- ❖ Contribuir a la integración de contenidos básicos de género, derechos humanos e interculturalidad en la formación de profesionales.
- ❖ Impulsar la capacitación en salud pública, salud ocupacional, gestión y calidad de servicios del personal de salud.
- ❖ Consolidar los mecanismos interinstitucionales de colaboración para la formación de recursos humanos.
- ❖ Evaluar la aplicación de las políticas nacionales de formación y capacitación de recursos humanos.
- ❖ Promover la contratación de recursos humanos alineados con un modelo enfocado en la atención primaria.

Fuente: Programa Sectorial de Salud. (2013). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

En el Plan de Desarrollo del Estado de México 2011-2017 y en el Plan Sectorial “Gobierno Solidario” 2012-2017, se reconoce la poca disponibilidad del personal médico especializado en el territorio estatal, particularmente en las zonas rurales, este fenómeno representa un gran reto, donde se deben involucrar las universidades para la formación de profesionales acorde con las necesidades institucionales de salud y el compromiso de quienes aportan su experiencia médica para laborar en áreas que no siempre están ubicadas en las principales cabeceras municipales. Para el presente gobierno, la formación de este personal se establece en el Objetivo 2 “Combatir la Pobreza”, dentro de la estrategia 2.2. “Fortalecer la atención médica” donde busca a) consolidar la coordinación y colaboración entre las instituciones de salud, b) elevar la efectividad, calidad y humanismo de los servicios de salud, c) mejorar la eficiencia en el uso de recursos humanos (médicos y enfermeras) así como de recursos materiales (equipamiento), c) implementar programas para lograr la cobertura de médicos generales y de especialidad en toda la entidad y, d) fomentar la profesionalización y actualización del personal de los servicios de salud.

1.2.4.4. Normas Oficiales Mexicana

El Sistema Nacional de Salud a través de la Secretaría de Salud como instancia rectora tiene la atribución de establecer las bases para implementar y conducir la política nacional que eleve la calidad de los servicios y de manera simultánea, apoyar la formación de recursos humanos para la salud que den respuesta efectiva a las necesidades de la población en la materia (DOF, 2014).

Por tal motivo, a esta dependencia le corresponde emitir las normas oficiales mexicanas mediante las que se determinen los criterios para que los establecimientos, para la atención médica, se constituyan como campos clínicos en los que se lleven a cabo actividades correspondientes a distintas etapas de la formación de recursos humanos para la salud.

De acuerdo con el artículo 3º, fracción XI de la Ley Federal sobre Meteorología y Normalización, las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) se encargan de la regulación técnica de observancia obligatoria expedida por las dependencias competentes, conforme a las finalidades establecidas en el artículo 40, que establece reglas, especificaciones, atributos, directrices, características o prescripciones aplicables a un producto, proceso, instalación, sistema, actividad, servicio o método de producción u operación, así como aquellas relativas a terminología, simbología, embalaje, marcado o etiquetado y las que se refieran a su cumplimiento o aplicación.

1.2.4.4.1. NOM-234-SSA1-2003

El objetivo de esta norma es regular la utilización de las instalaciones y servicios de los establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud considerados como campos clínicos, para coadyuvar la formación de alumnos en ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina. Es de observancia obligatoria para los responsables de enseñanza en los establecimientos para la atención médica, integrantes del Sistema Nacional de Salud, considerados como campos clínicos para los ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura de medicina y para quienes convengan e intervengan en sus procesos de selección, autorización, integración, actualización, enseñanza y tutoría.

1.2.4.4.2. NOM-001-SSA3-2012

Esta norma es de observancia obligatoria para el responsable de enseñanza, así como para quienes convengan e intervengan en los procesos de selección, autorización, integración, actualización, enseñanza y tutoría de las residencias médicas en los establecimientos para la prestación de servicios de atención médica considerados como unidades médicas receptoras de residentes que conforman el Sistema Nacional de Residencias Médicas. Esta norma tiene por objeto regular la organización y funcionamiento de residencias médicas, en las unidades médicas receptoras de residentes de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

1.2.4.4.3. NOM-009-SSA3-2013

Esta norma tiene por objeto establecer los criterios mínimos para la utilización de los establecimientos para la atención médica de las instituciones del Sistema Nacional de Salud como campos clínicos para la prestación del servicio social de los pasantes de medicina y estomatología.

II. DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

2.1. Planteamiento del Problema

A pesar de que en México los indicadores de disponibilidad de los profesionales de la salud aumentan año con año, el país enfrenta un déficit relativo de trabajadores de la salud así como un grave problema de distribución del personal y un perfil en formación inadecuado. En el año 2005 se disponía en las instituciones públicas de 648, 283 trabajadores de la salud (prestadores de servicios clínicos, empleados administrativos y otro tipo de personal); de los cuales 22.2 % correspondía a médicos en contacto con el paciente, 30.5% a enfermeras y 4.5% a personal involucrado en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento; estas cifras, al distribuirse en la población del país, arrojan una tasa de 1.85 médicos por 1, 000 habitantes, cifra inferior al promedio de la OCDE, que es de 2.9 por cada 1,000 habitantes (SS, 2007).

Para el año 2013, se contaba con 2.2 médicos y 2.7 enfermeras por 1,000 habitantes, sin embargo el número de médicos y enfermeras seguía siendo bajo en comparación a los países que integran la OCDE, el cual es de 3.2 médicos por cada 1,000 habitantes y 8.7 enfermeras por 1,000 habitantes respectivamente; para llegar a los mismos estándares se debería incrementar 50% la cifra de médicos y más que triplicar la cifra de enfermeras (DOF, 2013).

Con respecto a la distribución del profesional de la salud, se observa una concentración en áreas urbanas, debido a que los incentivos tanto personales como profesionales en centros de atención lejanos a las grandes ciudades son escasos o inexistentes; como consecuencia en las regiones sur, suroeste y noroeste del país existe una escasa presencia de profesionales de salud, encontrando a doce estados con menos de un médico por 1,000 habitantes (Nigenda, Orozco y Ruiz, s/f), además muchas de las veces la atención brindada en las zonas rurales suele depender de los médicos en formación que se encuentran realizando servicio social.

La formación de los profesionales de la salud ha estado orientada bajo un modelo biomédico, curativo y asistencial, que se enfoca al trabajo en los hospitales y en las especialidades clínicas, como consecuencia se observa que el perfil de formación de los profesionales de la salud no está alineado con las necesidades de salud de los colectivos, es decir, no hay congruencia con la panorámica epidemiológica y demográfica de las

diferentes regiones que integran a las entidades federativas, encontrando plantillas de recursos humanos con perfil en formación inadecuado para el área operativa en donde se desempeñan.

De acuerdo con el SS (2013), se identificó, por un lado, una excesiva especialización del personal en salud en áreas que en la actualidad son muy demandadas, pero que no lo serán en algunos años como consecuencia de la transición epidemiológica y, por el otro, una carencia de profesionales con las habilidades idóneas para atender la problemática particular a la que se enfrentan estos personajes.

En conclusión, si bien se ha avanzado en la coordinación entre los sistemas educativo y de salud para la formación y organización de los profesionales de la salud, la fragmentación del sistema ha condicionado la gestión independiente, autónoma y segmentada de los profesionales de la salud que poco a favorecido al proceso formativo, es decir, se percibe al personal en salud de manera aislada y no como parte de un espacio de interacción entre el sistema educativo y de salud. Es importante resaltar que durante mucho tiempo el Estado, como jerarquía política, es quien ha establecido los términos del conocimiento médico oficial a través de los planes de estudio y de las normas educativas, por lo tanto el modelo de formación se ha dado de una manera jerárquico-burocrática de forma vertical, donde pocas veces se han tomado en consideración las necesidades reales de los colectivos.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las representaciones sociales que los jefes de enseñanza y médicos en formación de los Hospitales de 2º Nivel de la Zona Oriente del Estado de México tienen sobre la formación del capital humano en salud?

2.2. Justificación

Los profesionales de la salud han sido ampliamente reconocidos como un elemento fundamental en el proceso de producción de servicios en cualquier sistema de salud, donde su formación es considerada un proceso esencial para la organización del sistema, puesto que estos actores forman parte importante, tanto en la administración como en la implementación de los servicios asistenciales y formativos, además es importante señalar que la formación de nuevos profesionales es indispensable para renovar la plantilla existente, la cual sufre cambios por los que se retiran o mueren, para compensar el aumento y cambios en la población y para un incremento en la cobertura y calidad de los servicios de salud (Pierdan & Grimaldo, 2013).

Es importante rescatar que la formación, de acuerdo con Santos (2014), es una responsabilidad compartida, en un primer nivel, entre las secretarías de salud y educación desde la función rectora, donde se establecen las líneas de acción para llevar en buen término esta encomienda y en un segundo nivel, las instituciones prestadoras de servicios de salud y las de educación, desde la función operativa, donde se debe ver reflejado el trabajo del Estado Mexicano, al integrar “equipos de salud” acordes con las necesidades de los colectivos.

Entonces, para que el Sistema Nacional de Salud (SNS) cumpla con su objetivo principal, que es brindar servicios de salud con calidad y cobertura para resolver los problemas y las necesidades reales de los colectivos, es necesario que toda acción encaminada a brindar una mejor atención en materia de salud, este vinculada con la preparación y capacitación adecuada y permanente del capital humano en salud, donde es de vital importancia tomar en consideración las peculiaridades regionales y locales que caracterizan a las entidades federativas y al país mismo.

Lo anterior evidencia la importancia de la investigación, que tiene como objeto de estudio la formación de los profesionales en la salud, la cual permitirá tener una aproximación a la realidad que se vive en el proceso de formación y posiblemente se identifiquen las fallas e inconsistencias que se presentan en relación a dicho proceso.

La investigación se apoya de la Teoría de las Representaciones Sociales, teoría que permite entender el carácter social e histórico y, a la vez, subjetivo de la realidad social, es una epistemología del sentido común, la cual permite interpretar la realidad –el conocimiento cotidiano–, producto de las interacciones sociales. Al obtener los discursos de los actores principales sobre la formación de los profesionales de la salud, es poder aproximarnos a una parcela de la realidad del sistema en salud, donde convergen diferentes tipos de problemáticas en relación a la formación, como: excesiva especialización en áreas inadecuadas respecto al perfil epidemiológico, distribución inadecuada del personal en salud y un perfil en formación no alineado a los escenarios de salud de la población.

Los resultados de la investigación pueden servir como anclaje a futuras investigaciones con respecto al tema pero además podrían ser la base para diseñar estrategias o modificar y reestructurar las políticas que regulan la formación y conformación de los profesionales de la salud y así poder dar respuesta a las necesidades actuales y futuras de la población.

2.3. Objetivos de la Investigación

2.3.1. Objetivo General

Analizar las representaciones sociales que los jefes de enseñanza y médicos en formación de los Hospitales de 2° Nivel de la Zona Oriente del Estado de México tienen sobre la formación del capital humano en salud.

2.3.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar desde el contexto institucional la formación del capital humano en salud a partir de la perspectiva de los jefes de enseñanza y médicos en formación de los Hospitales de 2° Nivel de la Zona Oriente del Estado de México.
- Interpretar las representaciones sociales que tienen los jefes de enseñanza y médicos en formación de los Hospitales de 2° Nivel de la Zona Oriente del Estado de México sobre la formación de capital humano en salud
- Debatar a partir de las categorías de análisis, las representaciones sociales de la formación del capital humano en salud, teniendo como referencia los elementos contextuales: el sector salud, educativo, normas y políticas destinadas a este fin.

III. DISEÑO METODOLÓGICO

La presente investigación es de tipo cualitativo, la cual se centra en la aproximación al discurso de los jefes de enseñanza y médicos en formación adscritos a los Hospitales de 2° Nivel de la Zona Oriente del Estado de México, y a las representaciones sociales de estos actores con respecto al objeto de estudio, en este caso la formación de los profesionales de la salud.

Hernández, Fernández & Baptista (2006), refieren que además de la descripción y medición de variables sociales, se deben considerar los significados subjetivos y la comprensión del contexto donde ocurre el fenómeno; el propósito del enfoque cualitativo es “reconstruir” la realidad, tal como la observan los actores de un sistema social previamente definido, es decir:

El enfoque cualitativo puede definirse como un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo visible, lo transforman y convierten en una serie de representaciones en forma de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos. Es naturalista (porque estudia a los objetos y seres vivos en sus contextos o ambientes naturales) e interpretativo (pues intenta encontrar sentido a los fenómenos en términos de los significados que las personas les otorgan (p. 9).

Es un estudio descriptivo, porque busca identificar las propiedades, características y rasgos importantes de nuestro objeto de estudio. Danhke (citado por Hernández, Fernández & Baptista, 2006), señala que los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se somete a un análisis, es decir, los estudios descriptivos únicamente miden o recogen información de manera independiente o conjunta sobre diversos conceptos (categorías de análisis) del fenómeno a estudiar.

Por último, el diseño de la investigación es no experimental, es decir, no habrá manipulación de variables, solamente se observa y analiza las categorías establecidas en el contexto natural, y transversal o transeccional, por que la observación se realiza en un sólo momento (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

❖ **Población**

La población del estudio la constituyeron los Hospitales de 2° Nivel de la Zona Oriente del Estado de México.

❖ **Muestra del estudio**

El estudio se llevó a cabo en 4 Hospitales de 2° nivel de la Zona Oriente del Estado de México del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) *-cabe mencionar que se solicitó a otras instituciones su participación con oficio, y nunca se obtuvo respuesta alguna-*, la muestra fue intencional (no probabilística), con jefes de enseñanza y médicos en formación adscritos a las instituciones que aceptaron participar en la investigación, previo consentimiento informado.

❖ **Criterios de inclusión**

Profesional de la salud que se encuentre adscrito a una Institución de Salud de 2° Nivel y que se desempeñe o se haya desempeñado como jefe de enseñanza.

Profesional de la salud que se encuentre realizando servicio social, internado o residencia médica en una Institución de Salud de 2° Nivel.

❖ **Criterio de exclusión**

Profesionales de la salud que no acepten participar en el estudio.

❖ **Instrumento de recolección de información**

El instrumento de investigación se diseñó con base en categorías analíticas, en primera instancia se decidió formar las categorías primordiales a partir de una asociación libre de palabras cuya finalidad fue encontrar los términos o frases relacionados con el término “formación”, etapa que se llevó a cabo en el Foro de Investigación Oaxaca SUR del IMSS en el mes de mayo 2015, espacio donde se reúnen los jefes de enseñanza del IMSS, ISSSTE y la Secretaría de Salud. Una vez que se obtuvieron todas las expresiones, se procedió a analizar y elaborar la entrevista semiestructurada (Ver anexo 7) con el contenido de categorías y subcategorías (Cuadro 5), posteriormente, se procedió a la validación por expertos.

El instrumento fue aplicado a Coordinadores de Enseñanza e Investigación Clínica, que son los ejecutores y responsables de la formación médico-académica en las instituciones en salud y a los médicos en formación (Médicos Residentes-Internos-Servicio Social).

Cuadro 5. Matriz categorial del estudio

Categoría	Subcategoría
Formación	Formación de Pregrado y Posgrado
	Educación continua
	Certificación
	Programa educativo
	Modelo de Formación
	Competencias
	Valores
Vinculación	Secretaria de Educación
	Secretaria de Salud
	Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud
	Planeación
Reglamentación	Reglamentos
	Derechos
	Relaciones de poder

Fuente: Elaboración Propia.

❖ **Análisis de la información**

Las entrevistas fueron transcritas y la información obtenida se trabajó de acuerdo a las categorías de análisis, todo esto fue facilitado usando el programa Atlas ti V7. Para realizar el estudio del discurso, se hizo la interpretación, que consistió en establecer las unidades semánticas básicas de relevancia y de significación para el objeto de investigación.

IV. RESULTADOS

La información que se presenta en esta apartado está dividida en: resultados y producción científica.

4.1. Resultados

Los discursos vertidos al realizar la transcripción y el análisis de las entrevistas permitieron encontrar información apegada a una realidad social que se vive de manera continua en la formación de los profesionales de la salud, los resultados se presentan en torno a las tres categorías de análisis: a) Formación, b) Vinculación y c) Reglamentación. Del grupo de Coordinadores de Enseñanza e Investigación Clínica (total 6), cinco correspondieron al género masculino y uno al femenino. La edad promedio fue de 39 años. Los seis entrevistados presentan estudios de maestría; cuatro de ellos con una antigüedad en el puesto menor a cinco años, los dos restantes con diez y quince años de antigüedad respectivamente. En relación al grupo de médicos en formación (Total 6), todos correspondieron al género femenino, de las cuales tres estaban realizando servicio social y el resto se encontraba en la especialidad médica.

En la primera categoría de análisis, denominada **Formación (Figura 2)**, se identificaron los siguientes elementos, se califica en un nivel intermedio la formación del profesional en salud, es decir, el profesional cuenta con los conocimientos teóricos (aptitud clínica) que le permiten diagnosticar y prescribir un tratamiento al paciente, (E2) “...técnicamente bien... salen preparados para diagnosticar y tratar...”, (E3) “...se cubren ciertos estándares...”, (E4) “...en un nivel medio...”, (E5) “...regular no tan buena...”, (E7) “... deficiente en varios aspectos...”, (E12) “... somos capaces de cubrir las necesidades de los derechohabientes...”, sin embargo en los discursos se refiere que el médico en formación presenta deficiencias en habilidades y en la actitud de servicio (E2) “...social y humanitaria no tan bien... no salen tan bien preparados en tratar al ser humano, en tratarlo con calidad y calidez...”, (E5) “...principalmente las de atención comunitaria y de atención social...”, (E3) “...por mucho conocimiento que tenga aunque sea el mejor de los mejores pero si no tienen actitud de trabajo, no me sirve esa persona...”, (E6) “...las principales deficiencias son que no saben tratar a la gente...”, (E11) “...realmente te preparan en lo teórico, en lo práctico ya depende de cada tipo de persona...”, lo que impide que desarrollen un trabajo integral, enfatizando en que carecen de un perfil humanitario (vocación) y de valores como el respeto, la responsabilidad, la honestidad y el trabajo en equipo; los jefes de enseñanza expresan

(E5)“...yo creo que la actitud de servicio, yo creo que ese es el principal...y a que me refiero con actitud del servicio, proporcionarle lo que la gente necesita...a veces desafortunadamente por nuestras actividades o por nuestras propias expectativas personales abandonamos lo que no deberíamos de abandonar, ya sea por intereses personales o de otra naturaleza, pero descuidamos mucho lo que hacemos y nos olvidamos insisto de lo que mencionaba al principio de la misión, o sea para que estamos...”,(E6)”... yo creo que ser disciplinados, la responsabilidad creo que es en el que más carecen no tienen una responsabilidad al 100%, si la adquieren, pero carecen mucho de ella cuando ingresan...”, (E1)“...la responsabilidad, la lealtad, el compromiso ante uno mismo de desarrollar las cosas, nuestra actitud...”,(E4)”...la falta de valores, sobre todo la responsabilidad...” y los médicos en formación mencionan (E7)”...tal vez que no se tiene lo que uno esperaba de la profesión es cuando ya se empieza a perder la amabilidad, el respeto...”,(E8)”...la falta de empatía, la falta de atención, no sé si sea por parte del actuar médico o realmente la cuestión institucional...”,(E11), “...muchas veces te topas con personas que no saben trabajar en grupo, que no saben trabajar con los pacientes, que no saben trabajar incluso en un medio administrativo...”.

Así mismo, las nociones expresadas por los entrevistados nos remiten a elementos importantes que impactan directamente en la formación de los profesionales de la salud como la falta de supervisión en las instituciones formadoras, (E1)“...tampoco nos ven y nos supervisan entonces de repente dicen vamos a ir, pero realmente en los cuatro años que he estado si acaso han venido dos veces...”, (E7)“...realmente no realizan una supervisión como tal al alumno, por ejemplo, aquí tengo a los médicos pasantes ya tienen cerca de un año aquí conmigo, bueno los que acaban de irse tienen un año que se fueron y en todo el año no vino para nada, ni si quiera una supervisión para ver cómo estaban, si les hacía falta algo, nada, nada....nadie de su escuela vino para acá realmente estuvieron a cargo al 100% de nosotros...”, (E1)“...no existe una comunicación tal cual por ejemplo nosotros somos sector salud, nosotros tenemos un programa interno, pero jamás lo hemos revisado ante una universidad...”, la falta de actualización e incongruencia del programa educativo, (E2)“...no van de forma cinética el programa universitario con el programa institucional la gran mayoría de las veces se tienen que conjuntar y aportando elementos tanto de la universidad como de los institucionales para poder regresar al médico de la mejor manera posible...”,(E2)”...los modelos no muchas veces son iguales, entonces el alumno tiene que cumplir tanto con aspectos universitarios como aspectos institucionales, eso pasa tanto en pregrado como en posgrado...”,(E3)”...pues más que nada que sigan revisando los programas académicos que sean acordes con las políticas emergentes de nuestro país...”,(E10)”... pues incorporar materias que se utilizan más y desechar algunas que ya están obsoletas..” la práctica docente centrada en una pedagogía tradicional, (E10)“...pues el

modelo tradicional, el profesor es el que da la clase y el alumno es el que...es este de alguna manera capta todo lo que el profesor dice, debería ser más activo y más recíproco la interacción entre ambos...”,(E5)“...el personal docente, no es un personal formado en pedagogía, lo cual es una debilidad importante porque limita muchas actividades que potencialmente pueden favorecer el desarrollo de aprendizajes significativos, generalmente son conferencias orales, tradicionales...”,(E2)“... los ambientes de aprendizaje que sean realmente ambientes de aprendizaje de reflexión, se está preparando a los médicos para que tengan formación docente porque cosa es ser médico y otra es saber enseñar...”,(E1)“...tratamos que ya no sea tan pasivo como el del profesor llegar hablar y hablar, sino ya queremos que sea participativo el alumno...”

,(E6)“... siendo técnicas expositivas, quieren que se les dé prácticamente lo que es la clase y realmente la investigación es muy poca...”, la persistencia de modelos educativos tradicionales (modelo biomédico, curativo y asistencial), (E2)“...el modelo de formación que se maneja en especialidades hospitalarias sigue siendo el clínico y el que se le llama tradicional...”,(E5)“...el hegemónico que siempre hemos conocido el clínico, es decir el modelo en el que el paciente está enfermo y hay que buscar las causas de esa enfermedad para darle un tratamiento...”,(E6)“...creo que sigue predominando un modelo tradicional...”, (E11)“...más clínico...”

la falta de recursos económicos, materiales y humanos en las instituciones formadoras, (E10)“...falta de profesores asignados a nuestra especialidad...”,(E12)“...a veces hay algunas carencias en cuestión de recursos...”,(E1)“.. como mencionábamos por ejemplo cuantos diabetólogos, educador en diabetes existen no... existen diplomados pero para tener educador en diabetes en toda la unidad, sólo tenemos un personal y eso por iniciativa propia...”,(E5)“...el otorgamiento de los recursos en salud, las causas más frecuentes generalmente que son problemas de tipo crónico o de tipo infeccioso que se ven en el llamado primer nivel de atención que se recibe el 70-80% de los casos recibe menos insumos económicos que los grandes hospitales de alta especialidad que solamente ven el 10,15 o a veces hasta el 5 o menos del 5 por ciento de los casos que se atienden en toda la población entonces creo que esta invertida la inversión económica para la atención en salud...”,(E1)“...no te dan todo el recurso humano, infraestructura por ejemplo las computadoras no, vamos y escribimos una guía de práctica clínica, una computadora es mía porque el instituto nada más me dio esa...”

los horarios excesivos de trabajo de los médicos en formación, (E11)“...le digo es una carga de trabajo enorme que te hace olvidar todos esos valores que tienes inculcados...”,(E12)“...las jornadas de trabajo, las guardias se deberían de cambiar, de modificar un poco... mucho trabajo, muchas horas sobre todo cuando son horas de 24 horas al siguiente día tenemos que cubrir nuestro horario y tenemos que salir a las... por ejemplo en mi caso si tengo guardia el domingo entro a las 8:00 am y salgo hasta el lunes a las cuatro de la tarde o sea son más de 24 horas...”,(E1)“... los horarios que son muy cargados de trabajo, eh.. se necesita ciertas horas de descanso ya que es

una profesión que trabaja no con objetos, sino con vidas entonces si no se está descansado y si no se está bajo las condiciones y con todo el material necesario no se puede hacer un buen desempeño de lo que se está haciendo...”, (E9)”...que las jornadas laborales fueran de menos tiempo bueno en profesionales en formación...considero que mientras que los médicos están en formación lo ideal sería reducir las jornadas laborales...”, así como el ambiente rígido de los espacios educativos (universidad/instituciones) donde se desarrollan los estudiantes de pregrado y posgrado, (E2)“los médicos forman a los médicos en ocasiones con rigidez, con acoso laboral...el médico de mayor jerarquía le grita e insulta al médico de menor jerarquía, el médico se va formando en ese aspecto y no es de extrañarse que luego le grite a los pacientes etc, porque así fue como fue formado en muchas ocasiones...”,(E9)”...pero siento que aprendemos a base de lo que nos enseñan los de más categoría de nosotros, es decir siempre delante de nosotros va a ver alguien que sepa más y ese alguien que sepa mas siempre se...bueno es que así es como la tradición siempre el que sabe más trata de enseñar al que sabe menos, va por jerarquías siempre...no se los de cuarto año enseñan a los de tercero y así igual en el internado si existen residentes, los residentes a los internos o los médicos de base...”, finalmente se identificó que existe una fuerte resistencia al cambio, (E1)“...el médico de base está en su confort, tiene su caparazón y tú no lo puedes jalar... los directivos no los obligan, ni sus jefes de departamento ni la directora, o sea dejan a la de educación así como pues es algo secundario, lo que tú haces no importa...”,(E1)”...el trabajador IMSS es un personaje muy difícil yo le mencionaba vas a encontrar muchas trabas...”,(E9)”... hay muchas personas, este muchos médicos adultos, digamos que ya llevan muchos años en la profesión y que están renuentes a que la población ha cambiado, son renuentes a tener cursos de capacitación, son renuentes pues a actualizarse siendo que la población no continua o las enfermedades no continúan las que hay hoy, como las que hubieron hace quince años...”

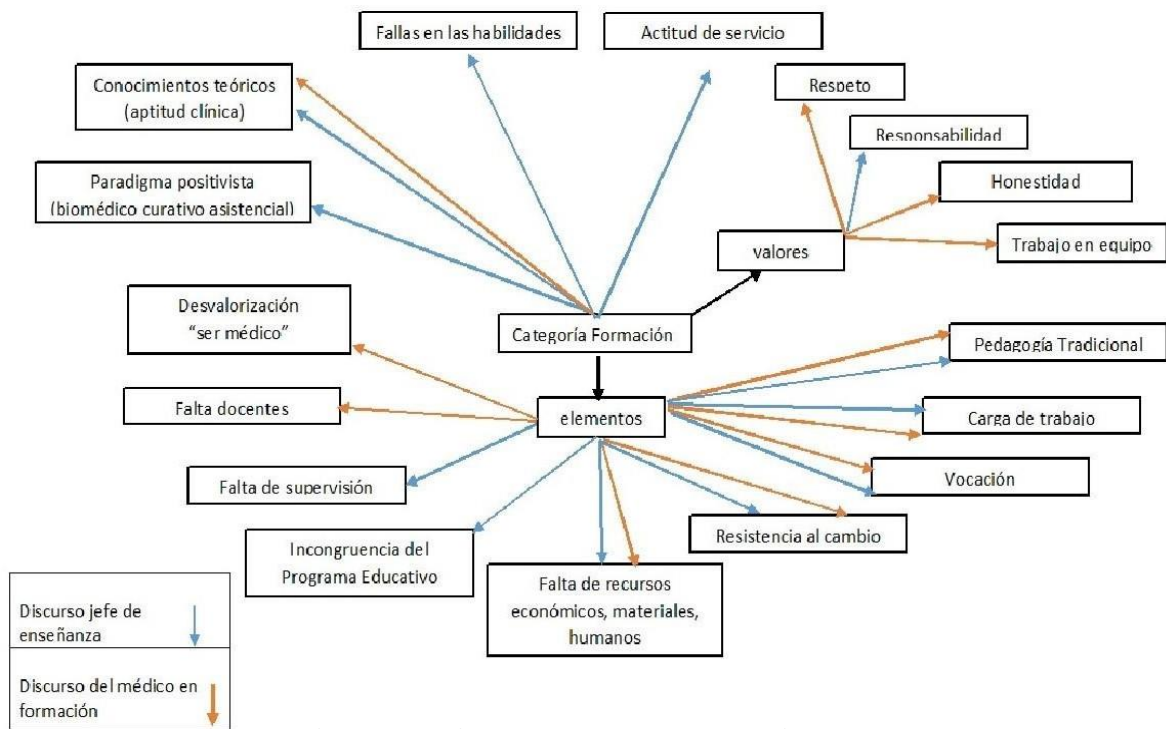


Figura 2. Sociograma- Categoría Formación
Fuente: Elaboración Propia.

En cuanto a la segunda categoría de análisis denominada **Vinculación (Figura 3)**, se identificó que el proceso de formación salud-educación ofertado por la SEP y la SS es meramente un proceso burocrático acartonado, (E3) “...Si hay un enlace a través de los convenios de colaboración, pero propiamente es administrativo por así decirlo porque no hay mayor vinculación...”,(E6) “... si hay un enlace como tal, pero realmente es más un trámite burocrático porque realmente no realizan una supervisión como tal...”, donde la comunicación y vinculación intersectorial es débil, (E1) “...en teoría la debe de haber, pero la realidad como te menciono es otra... no existe, no es la adecuada, no se respeta como debería de ser...”,(E2) “... hay asignaturas que maneja la universidad que no son iguales a las asignaturas del programa institucional todo parte de los convenios que si se hacen yo creo que falta afinar varias cuestiones...”, (E3) “... la institución educativa nos da un perfil nosotros solamente generamos y apoyamos el complemento de formación... no se da comunicación intersectorial...no existe solamente te utilizo como campo clínico préstame tus instalaciones IMSS... no tengo mayor vinculación...”,(E5) “...desafortunadamente no en todas las escuelas de medicina existe pues esa mancomunidad tan directo, tan fuerte, hay escuelas privada que han ido surgiendo los últimos años que desafortunadamente pues les falta ese desarrollo y ese crecimiento que las escuelas tradicionales tienen...”, lo que origina una falta de supervisión en las instituciones formadoras, (E6) “...deben de venir finalmente a visitar por lo menos a su alumno, aunque sea una vez al año para ver si están bien, si les hace falta algo...imaginémonos a un pasante de medicina que está en una zona rural lejos y completamente abandonado pues ni si quiera hay

presencia de la universidad, les llega a pasar algo y pues donde quedan...”, (E11)”... muchas veces pasan situaciones que no son comunicadas a las instituciones y por eso ocurren pues los problemas que ya sabemos no de que secuestraron a tal médico, mataron a tal médico, lincharon a tal médico precisamente porque.... nos mandan a comunidades peligrosas...que la institución de salud o no está enterada o la universidad o la institución académica no está enterada de este tipo de problemáticas...”; por otro lado, con respecto al tercer organismo denominado CIFRHS, los discursos de los jefes de enseñanza demostraron que la institución como organismo legal y regulador, sólo se encarga de planear, organizar y ejecutar los exámenes de residencia médica; así como decidir el número de plazas a ofertar cada año; mientras que los médicos en formación manifiestan que desconocen las funciones y objetivos de este organismo, (E5)“...de evaluar y aplicar exámenes para ingreso en el programa de residencias médicas, es la encargada de elaborar el famoso examen de residencias...”,(E4)”... es la que aplica los exámenes para los médicos que van a ingresar a especialidades médicas... su único objetivo es aplicar exámenes y ver quien aprueba y quien no aprueba, su labor es organizar y aplicar exámenes...”,(E3)”... es la encargada de regular las necesidades a nivel nacional con respecto a lo que necesitamos o requerimos con la formación de recursos humanos en salud...ellos dicen este año necesito generar más geriatras pues van a abrir plazas para geriatría...” y finalmente en la subcategoría planeación, los entrevistados manifestaron que quienes se encargan de tomar las decisiones no cumplen con el perfil idóneo, lo que da origen a políticas en salud incoherentes, las cuales no están alineadas a los determinantes sociales de la salud y al contexto social de la población, además, la falta de infraestructura en las instituciones hace que este problema se agrave más, (E5)”... desafortunadamente los tomadores de decisiones en el sistema actual de salud son personajes que carecen de la formación necesaria en relación a investigación...”,(E1)”...si nuestro presidente o nuestro gobernador le interesa el área educativa, el área de salud por supuesto que puede hacer cambios no, pero si esa persona no sabe ni de que le hablas o no le interesa pues va estar todo el tiempo igual...”, (E4)”... hacen muy bien los planes desde el punto de vista político, está bien hecha, pero en la práctica no hay médicos, no hay enfermeras, los hospitales no tienen los servicios completos... el problema no es el sistema de salud, es que la gente afuera se enferma porque no come... porque los alimentos son todos transgénicos, entonces no depende del sistema de salud, o sea tu puedes tener un excelente hospital aquí pero la gente que te está llegando con enfermedades de haya afuera dices no son cuestión del sistema de salud, son cuestión del sistema...no tiene trabajo, está mal pagada, mucha violencia, etc, etc....”,(E7)”... que se brinden mayores recursos económicos, creo que México es un país donde no se le da prioridad a la educación, ni recursos económicos para formar a este personal de salud...”,(E9)”... no hay infraestructura suficiente para lo que se necesita a nivel población... no hay la inversión suficiente entonces por eso los servicios están

sobresaturados, la cita de los pacientes que requieren una cirugía están dos, tres meses, cuatro meses, un año...”

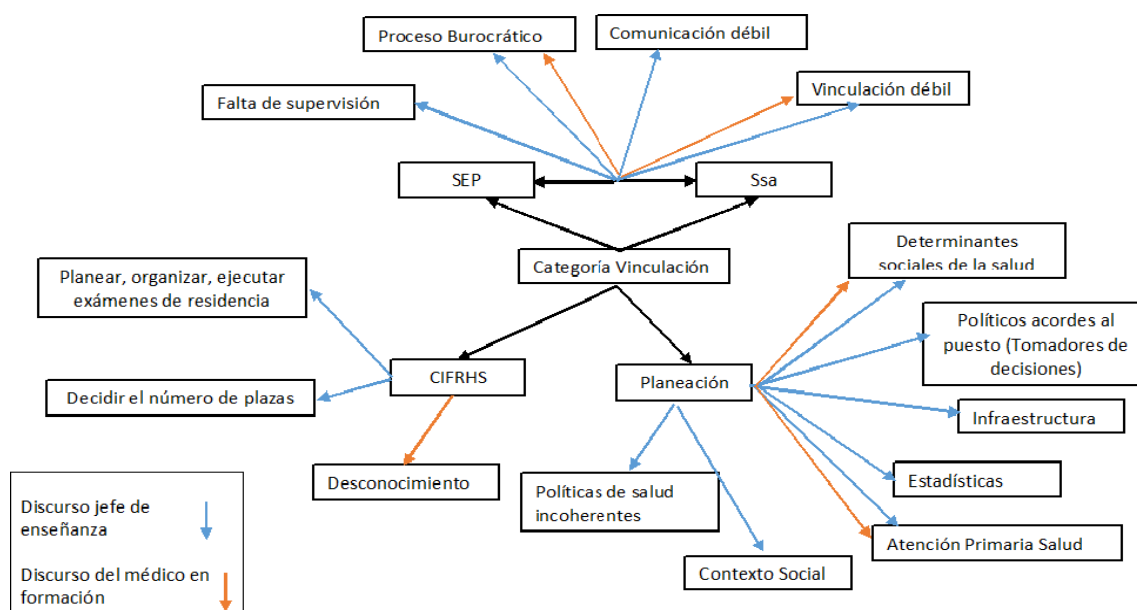


Figura 3. Sociograma- Categoría Vinculación

Fuente: Elaboración Propia.

Por último, en la categoría denominada **Reglamentación** (Ver figura 4), se identificó que los lineamientos que orientan la formación son adecuados, sin embargo, consideran como problema que estos lineamientos no se apliquen de forma adecuada, “...prácticamente existen los reglamentos, las normativas, el diario oficial o sea nos va estipulando y nos va marcando los lineamientos a seguir y prácticamente el plan de trabajo viene alineado a nivel nacional ...”,(E4) “...yo creo que sí, el problema es que no son bien aplicados...”,(E5) “...el médico no es muy dado a seguir esos lineamientos normativos que para algo existen...”, (E1) “... en teoría existe, pero la realidad es otra muy diferente...”,(E4) “...que no hay unificación de criterios...los lineamientos son de cada institución...cada institución tiene sus criterios de ingreso, de permanencia y de egreso...lo determina cada institución y cada uno de ellos ya está muy alineado...”, (E10) “...que no hay una actualización de los planes de salud...”, (E5) “...las necesidades de salud no se han analizado en relación a nuestro propio contexto...”,(E3) “... los planes no son acordes con las cuestiones de políticas de trabajo...”,(E3) “...los programas que sean acordes con las políticas emergentes de nuestro país...”,(E9) “... actualizar, bueno los documentos en los que se basan todas las instituciones pues son las normas oficiales mexicanas y las guías de práctica clínica...”, en cuanto a los derechos, las expresiones de los entrevistados dejan claro que el profesional cuenta con estos y el respaldo de la institución,

(E1)“...tienen derecho por ejemplo al servicio médico...”, (E2)“...dentro del IMSS tienen derechos y obligaciones y está muy bien supervisado por esa estructura...”,(E4)“...derecho al descanso, tienen derecho a que se le proporcione alimentación, uniformes, tiene derecho a la seguridad social tanto para el como para su familia, tiene derecho a un seguro médico, a un seguro por defunción...”, (E6)“...en las instituciones de salud tienen derecho a una beca, tienen derecho a tener lo que es un programa operativo, tienen derecho a tener unas rotaciones, aun horario...”, (E7)“...vacaciones, prestaciones de salud de servicio de salud me parece que el aguinaldo...”, (E8)“... Prestación de servicios médicos, actualmente nos otorgan una beca que sería como nuestro salario, la prestación de aguinaldo en algunas instituciones, un horario establecido...”,(E9)“... vacaciones, seguridad social, atención médica...”,(E11)“... tienes derecho a tus periodos vacacionales, tienes derecho a capacitarte si estas enfermo, estas cositas que van enfocadas más que nada a tu cuidado...” por último se develo que el proceso enseñanza aprendizaje que se vive en las instituciones de salud, la mayoría de las veces depende de los médicos que se encuentran en niveles avanzados lo que da origen a un ambiente de trabajo y/o educativo rígido, coercitivo y autoritario, (E2)“...se debe empezar a cambiar esa cuestión de que los médicos de mayor jerarquía tengan limites muy rígidos con los de menor jerarquía...”,(E5)“ el médico de mayor jerarquía le grita e insulta al médico de menor jerarquía, el médico se va formando en ese aspecto...”,(E8)“... trabajar bajo presión...”,(E11)“... ese es el modelo de formación, compartir los conocimientos del que sabe más con el que sabe menos...”, (E10)“..no hay trabajo en equipo...”.

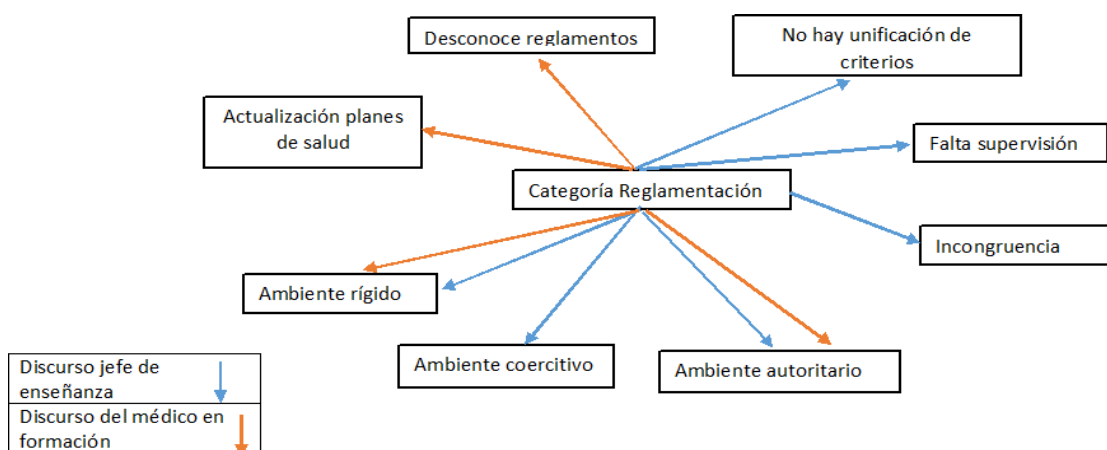


Figura 4. Sociograma- Categoría Reglamentación
Fuente: Elaboración Propia.

Análisis desde los elementos constitutivos de las RS.

A partir de la opinión vertida por los jefes de enseñanza y médicos en formación, se construyó una red semántica de significados, lo que permitió identificar las representaciones sociales. Cabe mencionar que estos actores forman parte de una estructura social hegemónica, donde su trabajo está regulado por un marco legal *-Nacional, como Institucional-* y social previamente establecido, que uniforma, vigila y normatiza sus funciones dentro de la estructura misma.

Moscovici (1979), plantea que la estructura de las RS se articula en torno a tres dimensiones: la información, la actitud y el campo de representación (**Ver figura 5**).

Con respecto a la dimensión **información**, la cual se define como la suma de conocimientos que un grupo tiene sobre un acontecimiento, hecho o fenómeno social, los discursos se asocian a que la formación de los profesionales de la salud se da desde un contexto desarticulado, es decir, la vinculación y comunicación entre las secretarías (salud/educación) es débil, se habla de convenios de colaboración, cuyo objetivo es utilizar las instalaciones y los recursos de las instituciones de salud como campo clínico para que el médico en formación aplique sus conocimientos, pero no hay una retroalimentación entre universidad e instituto de salud. Estos hallazgos coinciden con lo expuesto por Nigenda y colaboradores (2013), donde señalan que las instituciones educativas están alejadas de los sistemas de salud, lo que ha ocasionado un desfase en las necesidades y demandas del sector.

Además, entre los jefes de enseñanza y médicos en formación, existen elementos comunes en torno a la formación de los profesionales de la salud, como la falta de actualización e incongruencia del programa educativo, la falta de supervisión en las instituciones de salud, la falta de recursos económicos, materiales y humanos, la actualización de los planes de salud y la práctica docente centrada en una pedagogía tradicional. Elementos que han sido obstáculo para lograr un cambio radical en la formación de los profesionales de la salud.

En cuanto al **campo de representación**, que hace referencia a la ordenación y a la jerarquización de los elementos que configuran el objeto de representación, se identifica que el núcleo de la representación, sobre la formación de los profesionales, se apega a una formación que sigue enmarcada en un modelo positivista (biomédico-hegemónico), el cual

se centra en la dimensión biológica de la enfermedad (Casas & Rodríguez, 2014). Es importante señalar que este modelo no permite un cambio en el enfoque de atención a la salud, es decir, de una atención clínica e individual, centrada en la enfermedad, pasar a un modelo de prevención, promoción y educación para la salud, que incorpore a los individuos, la familia y las comunidades a las tareas del autocuidado de su salud.

Si bien, la transición demográfica y epidemiológica demandan en el sector una formación que integre en el profesional de la salud conocimientos científicos, humanísticos y técnicos (García et al, 2015), hasta el momento no se ha podido concretar de una forma clara y al final del proceso formativo, el perfil del profesional de la salud, sigue enmarcado en un modelo tradicional (biomédico-curativo). Al respecto, Frenk (2011) señala que no es posible este tipo de formación, por contar con un currículo fragmentado, obsoleto y estático, además existe una descoordinación entre las competencias y las necesidades de la población, deficiente trabajo en equipo y una orientación predominante hacia los hospitales a expensas de la atención primaria; uno de los discursos resalta esta situación: (E5) “...el hegemónico que siempre hemos conocido el clínico, es decir el modelo en el que el paciente está enfermo y hay que buscar las causas de esa enfermedad para darle un tratamiento y ese tratamiento que generalmente se complica o que tiene ya consecuencias, se maneja hospitalariamente y en el caso de que no sea así, que sea ambulatorio, pues con los recursos farmacológicos que ampliamente se conocen, ese es el modelo hegemónico, desafortunadamente se ha abandonado mucho la cuestión de la prevención, el manejo de conocer la historia natural de la enfermedad, de ciertas cosas para evitar que la gente se enferme, la promoción de la salud y desde luego la identificación de ciertos riesgos, eso digamos que se maneja con un poquito de intensidad... generalmente el médico que atiende en primer nivel de atención está formado en hospital, pero las grandes necesidades y más frecuentes no se encuentran en hospital, se encuentran en la comunidad, entonces, muchas de esas habilidades que deberían contarse que son medicina de comunidad, medicina comunitaria y social, desafortunadamente es muy baja la formación curricular en licenciatura....”.

Ahora bien, es importante señalar que en el IMSS el modelo de formación está cambiando, al respecto uno de los entrevistados comenta: (E2) “...se está haciendo un esfuerzo en el instituto para que cambie el modelo que prevalece...por un modelo en competencias laborales, eso es por un lado, además en las especialidades de primer nivel que maneja el instituto como es medicina familiar se tocan otros aspectos un poco más de medicina social, de antropología, socioeconomía, sociología de la medicina, porque van para otro tipo de perfil de la medicina

familiar...pero si realmente en los hospitales todavía se maneja otro tipo de modelo que se está cambiando...”.

Por último en la dimensión **actitud**, que expresa la orientación evaluativa en relación al objeto, se logró identificar una actitud favorable por parte de los jefes de enseñanza en cuanto a la formación técnica, expresan que el individuo cuenta con las habilidades para diagnosticar y prescribir un tratamiento, pero una orientación negativa en cuanto a la actitud de servicio, la vocación y los valores del profesional de la salud. Por otro lado, los médicos en formación, consideran favorables los derechos con los que cuentan dentro de la institución, pero se expresan de forma negativa de los horarios excesivos de trabajo y el ambiente de trabajo, el cual es rígido, coercitivo y autoritario. Al respecto Morales & Medina (2006) señalan que este tipo de ambiente es poco favorable para el debate, la reflexión y la crítica por parte del profesional.

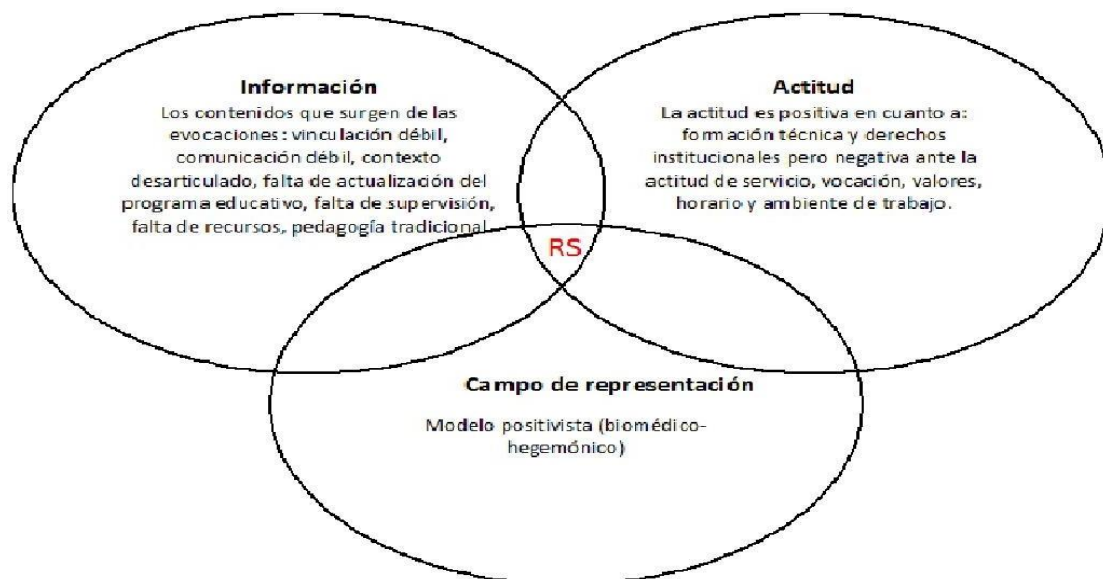


Figura 5. Constitución de la representación social sobre la formación del profesional de la salud
Fuente: Elaboración Propia.

4.2. Producción científica:

- Artículo original en la revista International Journal Of Current Advanced Research, titulado “Training of Human Capital In Health and Social Representations: Case Study in Hospitals of 2° Level of the area east of the State of Mexico” (**Anexo 1**).
- Capítulo de libro “Formación del Capital Humano en Salud una oportunidad para la reflexión y la crítica: caso Estado de México” publicado en el libro “Requiem médico. Un pasado acabado: absurdos de la medicina actual” con ISBN: 978-607-422-777-2 de la UAEM. (**Anexo 2**)
- Constancia de participación como ponente en el 7° Congreso Internacional en “Gobierno, Gestión y Profesionalización en el Ámbito Local ante los grandes retos de nuestro tiempo” y del 2° Congreso Mundial de “Política, Gobierno y Estudios de Futuro”, con el trabajo “Capital Humano en Salud: la formación de Geriatras en México”. (**Anexo 3**)
- Constancia de participación como ponente en el Primer Encuentro Internacional de Jóvenes y Semilleros a la Investigación, con el trabajo “Formación del Capital Humano en Salud y Representaciones Sociales: estudio de caso en Hospitales de 2° nivel de la Zona Oriente del Estado de México”. (**Anexo 4**)
- Constancia de participación como ponente en el 1er Coloquio Universitario: Envejecimiento y Vulnerabilidad, con el trabajo “Formación de Recursos Humanos para la Salud: el ocaso en geriatras y gerontólogos en México”. (**Anexo 5**)
- Constancia de participación como ponente en el 6° Congreso Internacional en “Gobierno, Gestión y Profesionalización en el Ámbito Local ante los grandes retos de nuestro tiempo” y del 1° Congreso Mundial de “Política, Gobierno y Estudios de Futuro”, con el trabajo “Capital Humano en Salud: Desafíos del siglo XXI”. (**Anexo 6**)
- Constancia de participación como ponente en V Congreso Nacional de Medicina Social y Salud Colectiva “Contra la violencia y las reformas neoliberales en defensa en la vida digna y la salud”, en la Mesa “Acercamientos teóricos y metodológicos en Salud”, con el trabajo “Repensar la formación del Capital Humano en Salud”. (**Anexo 7**)

Conclusión General

La formación de los profesionales de la salud es un proceso complejo, donde intervienen dos secretarías de estado (educación y salud), a diferencia de las demás profesiones, además influyen factores como: la transición demográfica y epidemiológica, el proceso salud-enfermedad, el mercado laboral, los perfiles educacionales, el contexto internacional y local, la práctica médica, los mecanismos de regulación, las políticas públicas, los planes y programas de salud, etc. Los resultados obtenidos en esta investigación muestran sólo una parte del proceso y permiten un acercamiento a esta realidad formativa. En la literatura se observa que el modelo de formación está cambiando, si bien, no se ha desarrollado al ritmo de las necesidades de la población, en los planes, programas y normas se establece que la formación debe estar alineada a las necesidades de los colectivos, sin embargo, al interpretar una parte de esta realidad, se evidencia que el modelo de formación sigue siendo en lo general el mismo que hace algunos años.

El desarrollo prospectivo del Sistema Nacional de Salud debe poner el acento en la formación del Capital Humano en Salud, para contar con profesionales preparados ante los escenarios de salud, los cuales se sientan motivados por su vocación de servicio y sus logros profesionales y satisfechos por la cobertura de sus necesidades tanto personales como sociales. Para esto es necesario una reestructuración del currículo de pregrado y posgrado, una mayor supervisión y regulación de las instituciones competentes sobre las unidades formadoras y políticas públicas que permitan una planeación de los trabajadores de la salud de acuerdo a las necesidades de la población; enfocándose en aquellos elementos que impacten en la profesión médica y así lograr en los profesionales una visión crítica, no sólo en curar enfermedades, sino lograr la vinculación con la comunidad desde el plano social y no mercantil, esto se traduce de la siguiente forma, con más médicos y hospitales no se abatirá la morbilidad y mortalidad del país, sino con mejorar las condiciones sociales de vida de la población, donde el capital humano funcione como concientizador de estilos de vida saludable.

Es así que, los actores de este juego (secretaría de educación, instituciones de salud, tomadores de decisiones, ejecutores o responsables de la formación) deben tener una sola dirección y un mismo objetivo, una formación basada en un modelo humanístico, científico, preventivista y prospectivo, apegado a las necesidades reales de la sociedad, desde un aspecto Educativo en Salud para la búsqueda de estilos de vida saludable, y

arrojar a un lado el modelo biomédico imperante el cual es completamente curativo y asistencial.

Aportación desde la mirada de la Sociología de la Salud.

Una vez analizada la información derivada de la presente investigación y bajo la mirada de la Sociología de la Salud, se hacen las siguientes aportaciones con el objetivo de generar nuevas líneas de investigación.

1. Debe existir una reorganización general de las necesidades en salud de cada región, estas necesidades están definidas por una determinación social (forma específica de enfermar y morir), cabe destacar que el alcanzar los indicadores nacionales e internacionales en relación al número de profesionales de la salud no garantiza una disminución en los niveles de mortalidad y morbilidad, se deben estructurar políticas alrededor de los determinantes sociales de la salud y no de sus consecuencias.
2. Fortalecer, con recursos económicos, materiales y humanos, las estructuras institucionales (universidades e instituciones de salud) que intervienen en la formación del personal en salud, para garantizar profesionales preparados que puedan hacer frente a las demandas del entorno.
3. Los actores responsables de la formación de los profesionales de la salud deben trabajar bajo una mirada prospectiva, bajo un nuevo enfoque con acciones más estructuradas y proactivas, no reactivas; donde haya una mayor participación de los actores sociales y tomando en cuenta la dinámica social y de esta forma lograr la conformación de una administración pública real en salud.
4. Analizar las condiciones económicas (remuneración, prestaciones), sociales (satisfacción de necesidades, ambiente de trabajo) y políticas (normatividad, planes y programas) que tiene el profesionales de la salud.
5. Estudiar el fenómeno (formación) a partir del contexto de otras instituciones de salud, de las universidades y desde la perspectiva de los líderes de opinión.

6. Realizar estudios bajo una mirada Fenomenológica y apoyados de teorías como las Representaciones Sociales, de percepción, imaginarios sociales, etc., nos podrán ayudar a salir de nuestras cegueras paradigmáticas hegemónicas positivistas, es así que a través de la interpretación de la realidad social (sentido común/conocimiento cotidiano) podremos entender nuestro parado en este mundo, lo cual nos permitirá romper con estructuras hegemónicas de antaño, las cuales han corrompido la existencia de nuestra realidad al tratar de interpretarlo a su manera.

Referencias Bibliográficas

- Abric, JC. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. México: Ediciones Coyoacán.
- Araya (2002). *Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión*. (Documento en línea). [en] <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/ICAP/UNPAN027076.pdf>
- Aronson, P. (2007). El retorno de la teoría del capital humano. *Fundamentos en Humanidades*, VIII (II): 9-26. [en] <http://fundamentos.unsl.edu.ar/pdf/articulo-16-9.pdf>
- Artiles, L. (2005). El Proyecto Magisterio y la Categoría género en la formación de recursos humanos en salud. *Educ. Med. Sup.*, 19(2). [en] http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412005000200001&script=sci_arttext
- Banchs, M. (2000). Aproximaciones Procesuales y Estructurales al estudio de las Representaciones Sociales. *Paper on Social Representations*, 9: 3.1-3.15. [en] http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR2000/9_3Banch.pdf
- Borjas de Xena, L. (2011). La Competencia de Liderazgo en Gerentes Venezolanos. *Revista Facultad de Ciencias Económicas*, 19 (2): 141-152, [en] http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-68052011000200010&lng=en&nrm=is&tlng=es
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2017). Ley General de Salud.[en] http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
- Cardona, M., et al. (2007). *Capital Humano: Una mirada desde la educación y la experiencia laboral*. Medellín Colombia: Universidad EAFIT. [en] [file:///C:/Users/Alejandro/Downloads/1287-4196-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Alejandro/Downloads/1287-4196-1-PB%20(1).pdf)
- Casanova, F. (2003). *La formación profesional y relaciones laborales*. Montevideo: CINTERFOR. [en] http://www.oei.es/etp/formacion_profesional_relaciones_laborales.pdf
- Casas, D., Rodríguez, A. (2014). Privatización o despojo de la Seguridad Social: caso IMSS, un perverso movimiento a la universalidad de los Servicios de Salud en México. *Imagen Médica*. [en] <http://www.imagenmedica.com.mx/data/21-07-2014/provatizacion-o-despojo-de-la-seguridad-social-caso-imss/>
- Casas, D., Rodríguez, A., Casas, I. y Galeana, C. (2013). Médicos Residentes en México: tradición o humillación. *Medwave*, 13 (7). [en] <http://www.medwave.cl/medios/medwave/Agosto2013/PDF/medwave.2013.07.5764.pdf>
- Casas, O. y Jarillo, E. (2012). Percepción de los profesionales en medicina familiar sobre su formación. *Waxapa*, 1(6): 57-61. [en] <http://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2012/wax126h.pdf>
- Curiel, M. (2012). Un compendio sobre el estudio de las Representaciones Sociales. *Revista Ciencias de la Educación*, 22 (39): 237-254. [en] <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/n39/art12.pdf>

Dal Poz, M; Gupta, N; Quain, E, y Soucat, A. (2009) Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos. Organización Mundial de la Salud: 194 pág. [en] http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243547701_spa.pdf

Diario Oficial de la Federación (DOF). (2014). NORMA Oficial Mexicana NOM-009-SSA3-2013. [en] http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5354092&fecha=28/07/2014

Diario Oficial de la Federación (DOF). (2013). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. [en] http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5299465&fecha=20/05/2013

Diario Oficial de la Federación (DOF). (2013). Programa Sectorial de Salud 2013-2018. [en] http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326219&fecha=12/12/2013

Diario Oficial de la Federación (DOF). (2005). Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004. [en] <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/040ssa204.html>

Diario Oficial de la Federación (DOF). (2003). Norma Oficial Mexicana. NOM-234-SSA-2003. Utilización de Campos Clínicos para Ciclos Clínicos e Internado de Pregrado. [en] <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/234ssa103.html>.

Espínola, H. (2000). La educación médica y los cambios en el sector salud. *Comunicaciones Científicas y Tecnológicas*. [en] http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt/2000/1_sociales/s_pdf/s_015.pdf

Faccia, K. (2009). Estudio cualitativo y cuantitativo e la profesionalización de la enfermería desde una perspectiva Antropológica. *Revista Argentina de Salud Pública*, 1(1): 12-17. [en] <http://www.saludinvestiga.org.ar/rasp/articulos/volumen1/RASP102-Faccia-ProfesionalizaciondeEnfermeriades.pdf>

Frenk, J. et al. (2011). Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. *Rev. Perú Med Exp Salud Publica*, 28 (2): 337-341. [en] <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v28n2/a28v28n2.pdf>

García VM., Crocker R., Abreu L.F., Parra, H., et al. (2015). La educación médica en México. Visión estratégica del cuerpo académico de AMFEM. Primera ed. México: Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC. p.p. 94.

García, V. (2014). Formación de Recursos Humanos en Medicina. Seminario Futuro y Tendencias en Formación de Recursos Humanos en Salud en México para la Cobertura Universal en Salud Basada en la Atención Primaria. [en] http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&Itemid=329

Gobierno del Estado de México (2011). Plan de Desarrollo del Estado de México 2011-2017. [en] http://edomex.gob.mx/plan_desarrollo_estado_mexico

Gobierno del Estado de México (2011). Programa Sectorial “Gobierno Solidario” 2012-2017.

Gómez, O., Sesma, S.; Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H. y Frenk, J. (2011). Sistema de Salud en México. *Salud Pública Méx*, 53(2):220-232. [en] http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002625

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006), Metodología de la Investigación. Cuarta Ed. México: McGraw Hill

Heshiki, L., Osornio, L., Sánchez, R., Valadez, S. y Domínguez, E. (2013). Representaciones sociales de alumnos y docentes sobre el módulo de clínica integral de la carrera de médico cirujano. *Inv. Ed. Med.*, 2(7): 129-134. [en] [http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/V2Num03/04_AO REPRESENTACIONES SOCIALES.pdf](http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/V2Num03/04_AO_REPRESENTACIONES_SOCIALES.pdf)

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2014). La formación de recursos humanos para la salud de cara al futuro. *Bol Coleg Mex Urol*, XXIX (1): 5-7. [en] http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=100174&id_seccion=1494&id_ejemplar=9757&id_revista=104

Jarillo E., Mendoza J., Salinas A. (2015). La formación de Recursos Humanos para la Salud. En: Tetelboin C., Granados J, Coord. Debates y problemas actuales en medicina social: la salud desde las políticas y los derechos, el trabajo, la formación y la comunicación. Primera ed. México: UAM, pp. 85-113.

Jiménez, J. (2006). Recursos Humanos para la Salud, tema central en el informe de la OMS 2006. *Rev. Enferm. IMSS*, 14(2): 61-63. [en] <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2006/eim062a.pdf>

Jodelet, D. (1989). Las representaciones sociales: un campo en expansión. En: Les representations sociales. Jodelet D. (compilador). Presses Universitaires de France.

Jodelet, D. (1984). La representación social. Fenómenos, concepto y teoría. En Moscovicí (editor). Psicología Social II. Barcelona: Paidós.

Juan, M. y Villalpando J. (1994). Situación y perspectivas de la Política Nacional de Formación de Recursos Humanos para la Salud. *Educ. Med Salud*, 28(3):316-330. [en] [file:///C:/Users/Alejandro/Downloads/Educacion%20medica%20y%20salud%20\(28\),%203.pdf](file:///C:/Users/Alejandro/Downloads/Educacion%20medica%20y%20salud%20(28),%203.pdf)

Julio, V., Vacarezza, M., Alvares, C. y Sosa, A, (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud, *Arch Med Int*, 33 (1): 11-14. [en] http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003

Latasa, P., Reques, L., Gil-Borrelli, C. (2016). Actitudes y valoraciones de los médicos residentes sobre la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública. *Inv. Ed. Med*, 5(19): 182-190., [en] <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349746529007>

- Lavado, S., Setenta, I. (2003). Representaciones sociales: Teoría y método. *Enferm.investig.desarrollo*, 5 (1-2):60-71.
- Ledesma, E. (2004). Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS). *Anales de Radiología*, (3): 219-221. [en] <http://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2004/arm043o.pdf>
- Littlewood, H. (2004). Análisis factorial confirmatorio y modelamiento de ecuación estructural de variables afectivas y cognitivas asociadas a la rotación de personal. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 23.
- Materan, A. (2008). Las representaciones sociales: un referente teórico para la investigación educativa. *Geoenseñanza*, 13 (2): 243-248. [en] <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36021230010>
- Mora, M. (2002). La teoría de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*, (2): 1-25. [en] <http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewFile/34106/33945>
- Morales-Gómez A. y Medina-Figueroa, AM. (2006). Percepción del alumno de pregrado de medicina, acerca del ambiente educativo en el IMSS. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, 45 (2): 123-131. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=11753>
- Moscovici S. (1979). El psicoanálisis, su imagen y su público. Argentina: Huemul.
- Nigenda, G; Magaña, V. y Ortega, D. (2013). Recursos Humanos para la Salud en el contexto de la reforma sanitaria en México: formación profesional y mercado laboral. *Gaceta Médica de México*, 149(5): 555-561. [en] http://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n5/GMM_149_2013_5_555-561.pdf
- Nigenda, G. y Ruiz, J. (2010). Formación, empleo y regulación de los Recursos Humanos para la Salud. Bases para su planeación estratégica (1ª Ed). Cuernavaca, Morelos: INSP. [en] http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/planificacion_rhus_gnigenda.pdf
- Nigenda, G., Orozco E y Ruiz, J. (s/f). Reporte trabajo de compilación y análisis de información cualitativa sobre recursos humanos para la salud en México. Proyecto OCDE. [en] <http://www.funsalud.org.mx/CASEsalud/sintesis,%20etc/InfRHocde.pdf>
- Nuño, B. (2004). Modelos de tomas de decisiones con los que intentan resolver el consumo de drogas ilegales, adolescentes consumidores y sus padres que acuden a tratamiento a CIJ en Guadalajara. (Tesis inédita de Doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México., [en] <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1008NU%C3%91mod.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006). Informe sobre la salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS. [en] http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). Temas de Salud. Sistema de Salud. [en] http://www.who.int/topics/health_systems/es/

OPS (2011). Residencias Médicas en América Latina. Washington, D.C: OPS. [en] www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc

Paredes, R. y Rivero, O. (2001). El papel de la medicina general en el sistema nacional de salud. Seminario “El ejercicio actual de la medicina”. [en] http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2001/ponencia_may_2k1.htm

Perera, M. (2003). A propósito de las Representaciones Sociales: apuntes teóricos, trayectoria y actualidad. La Habana: Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente., [en] http://biblioteca.clacso.edu.ar/Cuba/cips/20130628110808/Perera_perez_repr_sociales.pdf

Petracci, M., y Kornblit, A. (2007). Representaciones Sociales: una teoría metodológicamente pluralista. En Kornblit, A. (Coord), Metodologías Cualitativas: modelos y procedimientos de análisis (pp. 91-111). Buenos Aires: Biblos.

Pierdant, G. y Grimaldo, J. (2013). La discrepancia entre la apertura de nuevas escuelas de medicina en México y la planeación de recursos humanos en salud. *Inv Ed Med*, 2(6):82-86. [en] http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/V2Num02/03_AO_LA_DISCREPANCIA_ENTRE.pdf

Ramírez, R. (2009). Factores que determinan las profesiones de la salud: El caso de la educación médica. *Salud Urbana*, 6 (8): 29-35. [en] http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=67654&id_seccion=4070&id_ejemplar=6801&id_revista=246

Restrepo-Ochoa, D. (2013). La Teoría Fundamentada como metodología para la integración del análisis procesal y estructural en la investigación de las Representaciones Sociales. *Revista CES Psicología*, 6 (1): 122-133. [en]. <http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v6n1/v6n1a08.pdf>

Rigoli, F., Rocha, C. y Foster, A. (2005). Desafíos críticos de los Recursos Humanos en Salud: Una visión Regional. *Rev Latino-am Enfermagem*, 14 (1).

Rodríguez, R. (2014). México, sin especialistas contra males crónicos. El Universal. [en] <http://www.eluniversal.com.mx/nacion-mexico/2014/impreso/mxico-sin-especialistas-contra-males-crnicos-217240.html>

Rodríguez, T. (2009). Sobre el potencial teórico de las representaciones sociales en el campo de la comunicación. *Comunicación y sociedad*, (11): 11-36., [en] http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-252X2009000100002

Rojas, V. (2013). La tridimensionalidad en la formación del médico: visión recursiva del holograma social emergentista. *Revista electrónica de investigación y postgrado*, (1): 1-16. [en] http://nexos.unerg.edu.ve/portal/index.php?option=com_content&view=category&id=12&Itemid=131

Roos, L, y otros (1997): "Intellectual Capital: navigating the new business landscape". London: *Macmillan Press*.

Soto, G., Lutzow, MA y González, R. (2010). Rasgos Generales del Sistema de Salud en México. En: *Salud Pública para estudiantes de medicina, Voll II La Salud Pública y la medicina*, UNAM: Mc Graw Hill.

Sánchez, R., Osornio, L., Heshiki L, Valadez, S. González, M., Zarate, G. (2010). Representación Social de la práctica clínica: una aproximación desde los alumnos de clínica integral. II Congreso Internacional de Educación Médica. [en] <http://www.amfem.edu.mx/cancun/carteles/125.html>

Schweiger, L., y Álvarez, D. (2007). Integración regional, necesidades de salud de la población y dotación de recursos humanos en sistemas y servicios de salud: aproximación al concepto de estimación de brecha. *Cad. Saude Pública*, 23(2): 202-213. [en] <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23s2/09.pdf>

Secretaria de Salud (SS). (2016). Cuarto Informe de Labores 2015-2016. [en] <https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-de-labores-de-la-secretaria-de-salud-2013-2018>

Secretaria de Salud (SS). (2007). Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Primera Ed. México: Secretaria de Salud. [en] <https://www.pediatria.gob.mx/pns.pdf>

Santos, J. (2014). La Formación de los Recursos Humanos en Salud en México. Seminario Futuro y Tendencias en Formación de Recursos Humanos en Salud en México para la Cobertura Universal en Salud Basada en la Atención Primaria. [en] http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&Itemid=329

Valencia, M. (2005). El capital humano, otro activo de su empresa. *Entramado*, 1(2): 20-33. [en] <http://www.redalyc.org/pdf/2654/265420471004.pdf>

Valerio, J. (2006). Las representaciones sociales de la calidad de vida en personas en situación de calle de la región metropolitana. (Memoria inédita de licenciatura). Universidad de Chile, [en] http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2006/valerio_j/sources/valerio_j.pdf

Vergara, MC. (2008). La naturaleza de las representaciones sociales. *Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv.*, 6(1): 55-80. [en] http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2008000100003

1. Artículo



ISSN: 2319-6505

Available Online at <http://journalijcar.org>International Journal of Current Advanced Research
Vol 5, Issue 11, pp 1474-1477, November 2016International Journal
of Current Advanced
Research

ISSN: 2319 - 6475

RESEARCH ARTICLE

TRAINING OF HUMAN CAPITAL IN HEALTH AND SOCIAL REPRESENTATIONS: CASE STUDY IN HOSPITALS OF 2° LEVEL OF THE AREA EAST OF THE STATE OF MEXICO

Hernández Morales Alejandro, Casas Patiño Donovan, Terán Varela Omar Ernesto, Pérez Garcés Ranulfo and Rodríguez Torres Alejandra

Universidad Autónoma del Estado de México

ARTICLE INFO

Article History:

Received 16th August, 2016
 Received in revised form 12th
 September, 2016 Accepted 30th October, 2016
 Published online 28th November, 2016

Key words:

Training, Human Capital In Health, social
 representations.

ABSTRACT

The focus of this work is to analyze from a medical perspective the multiple aspects that guide the criteria that assumes the training of health professionals. This research is based on the theory of social representations; this theory is referred to an epistemology of the sense common, which allows to interpret the reality-the knowledge every day, product of social interactions. Within this theoretical framework, it worked with the approach process, which focuses on the content of the representation in terms of its meaning and significance. It was a descriptive study, qualitative, cross-not experimental, with interviews semi-structured with three axes categorical (training, bonding and regulation). The sample was obtained in a manner not probabilistic, they interviewed 12 subject, six heads of teaching and six medical in training attached to the institutions that agreed to participate in the research. From the crossroads of knowledge, the experiences and opinions of education managers and doctors in training, is develop that the training of the professional of the health still framed in the paradigm positivist (hegemonic biomedical). Of this form is evidence a worldview in the training of the medical and an approach to this reality training, that allows carry to the reflection all those aspects forgotten that dan by made a conformation infinite and dogmatic of medical and thus, placed in the context to the actors main (universities, institutions of health, decision makers of decisions, executing or responsible of the training).

© Copy Right, Research Alert, 2016, Academic Journals. All rights reserved.

INTRODUCTION

Priority problems to resolve in the area of human resources for health are: the deficit of personnel in health at international, national and local levels, inadequate geographical distribution of the professionals, the imbalance in the composition of teams and an incongruous profile to the stage of health presenting the population (Rigoli, Rocha y Foster, 2005). In this sense, the prospective development of the National Health System (NHS), it puts the spotlight on the formation of human capital in health, as a cornerstone for the needs in this area in the coming years, which is of vital importance to take into consideration the peculiarities of regional and local to that characterize the federal entities and the country itself.

So that the training of doctors, nurses and other health professionals, it is considered an elementary process to carry out the organization of any health system; these actors are a component fundamental, both of the Administration as of the implementation of the services assistance and training (Pierdant y Grimaldo, 2013), they are also the central axis so that it fulfills the main objective, it is to ensure the conditions of health of the population, through the establishment of procedures both preventive, educational and timely care (Nigenda, Magaña y Ortega, 2013).

In Mexico, as in the majority of them countries of the world, the trends or models of training have presented modifications own of it evolution historical, economic, social, demographic and educational of the country (García, 2014). According to the analysis of Frenk and collaborators (2011), at the beginning of the 20th century model flexeriano of medical education which laid its foundations in the biological dimension of the disease prevailed (Casas y Rodríguez, 2014), where is emphasized the curriculum scientific, with predominance of them knowledge encyclopedic, the training is carried to out in scenarios university; later in the middle of the same century, is consolidated the formation based in problems in which privilege the work of them centers academic and finally, at the dawn of the 21st century began talking about skills-based model which requires the formation of a large system joint, main for their full development.

While the training model has been modified, vocational education has not developed at the pace of the new challenges (risks infectious, environmental and behavioral); mainly by count with a curriculum fragmented, outdated and static that produces graduates poorly equipped. The problems are systemic: a lack of coordination between them skills and the needs of them patients and of the population; poor work in team, meetings episodic instead of a care of health continuous and a predominant orientation towards them hospitals to expense of the attention primary (Frenk, et al 2011).

The formation of them professional of the health involves the confluence of them spaces academic and of them institutions of health, in both and low logical different is performs it training and it practice profesional (Jarillo, Mendoza, Salinas, 2011 [cited por] Casas, 2012); where the relationship between both sectors has been close in the area operating (allocation of clinical/distribution of students, medical fields internal of undergraduate and interns on social service), but without having joint long-term efforts in the aspects of planning, assessment and innovation, creating unfavourable conditions for both sectors (García, 2014).

Therefore, the SNS and the system national education (SNE) should unite their efforts to achieve a training integral, and so provide to them individuals the knowledge, the skills, skills and attitudes that you allow resolve them problems and needs of health of them collective. To the get these features the professional acquires the value of human capital, where the education must be seen as an investment productive both in it social as in it individual (Juan y Villalpando, 1994).

In this context, the research in the area of health professions presents challenges as well as opportunities that allow a glimpse of a much larger picture of the formation process, which can be useful for decision-makers in order to achieve policies in health, education and labor according to the trends of health scenarios as determined by the panoramic epidemiological and demographic transition. Based on these considerations, the following questions arise What think those executing or responsible of the training current of them professional in health? and How perceived the doctor your training?

The exploration of this worldview will allow to establish general and specific characteristics of the formation, as well as the possibility of application of the study in a similar context to define common and specific problems.

Theoretical Framework

This research is based on the Theory of Social Representations (TSR), this theory works as a system to interpret the reality, the how them people is appropriate of them knowledge and information that circulate in the society (Restrepo, 2013).

The TRS was proposed by Moscovici (1961), which outlines an interesting and innovative methodological approach in the analysis of common sense and everyday life, could rating is as an explanation useful in the study of the construction social of the reality (Materán, 2008).

The TRS challenges the hegemony of the positivism in the methodology of the sciences social (Lavado y Setenta, 2003), and it is governed as a paradigm of explanation that recovers the social subject, holder of several identities social and agent that creates and recreates its own reality through the communication with other subject (Heshiki, Osornio Sanchez, Valadez y Dominguez, 2013).

For Moscovici the Social Representations (SR) are the set of concepts, propositions and explanations originated in the daily life in the course of interpersonal communications (Alfonso, 2007); to its time Jodelet raises that them representations social are a form of thought social that gives place to a mode of knowledge particular -the know of the sense common- which allows interpret it reality, classify them events of it life

everyday, understand and dominate the environment and build theories to explain them made that make up our world (Jodelet, 1986 [cited by] Restrepo, 2013). In this same line, Curiel (2012) mentions that the social representation corresponds to a knowledge of sense common, that must be flexible, and occupies a position intermediate between the concept that is obtained of the sense of it real and the image that the person reworked for itself; hen, representations correspond to acts of thought in which a subject is related to an object, this relationship does not consist in automatic reproduction of the object but its symbolic representation (Petracci y Komblit, 2007).

Within this framework theoretical, in accordance with Pereira de Sa (1998) there are three lines of research of the SR that are have gone profiling through the time: the classical school (focused on the content of the SR), School of Aix in Provence (focused on the cognitive processes) and the school of Geneva (is focused on the conditions of production and circulation of the SR); where the first two schools demonstrate the two approaches in that the SR have been addressed: the processual and structural.

The processual approach rests in postulates qualitative and privileges the analysis of it social, of the culture and of the interactions social, general (Araya, 2002). He procedure classic for the research from the approach processual consists in the collection of material discursive, through interviews, questionnaires or sources documentary, which is subjected to technical of analysis of content to locate the structure central of them RS (Araya, 2002 [cited by] Restrepo, 2013).

For purposes of this study, seeks to recognize as social subjects (heads of school and doctors in training), give meaning to the object of the representation, in this case the training of health professionals.

Objective

Analyze the social representations that the actors (heads of teaching and physicians in training) of the 2nd Level Hospitals of the East Zone of the State of Mexico build with respect to medical training.

METHOD

For the approach of this problem is raised a research qualitative, descriptive, transverse-not experimental, the study was carried out in 4 hospitals of 2 ° level of the East of the State of Mexico, the sample was obtained not-probabilistic, with the participation of 12 subjects, 6 heads of teaching and 6 medical in training, attached to the institutions that agreed to participate in the research.

Interview instrument was designed based on analytical categories, in first instance is decided to form the categories primordial starting from a partnership free of words whose purpose was find them terms or phrases related with the term "training", stage that is carried just in the Forum of Research South of the IMSS in the month of mayo 2015, space where is meet them heads of teaching of the IMSS (Mexican Social Security Institute), ISSSTE (Institute of Social Security and Services of State Workers) and the Secretariat of health. Once is obtained all the expressions, is proceeded to analyze and develop the interview semi-structured with three categories of analysis: training, bonding and regulation, subsequently, is proceeded to the validation by experts in round of 5. The

instrument was applied to teaching coordinators and clinical research and doctors in training (social service and residents).

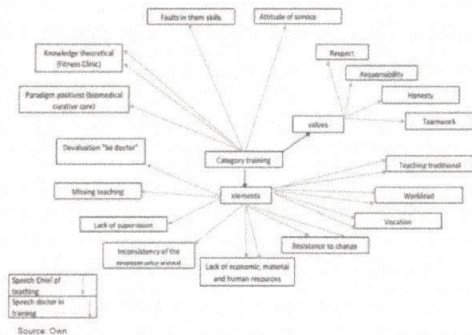


Figure 1 Sociogram - Category training

Training: This category was established to determine the current status of the training of health professionals, as well as analyze the elements that involved directly and indirectly with the training medical [Figure 1, Table 1].

Link-up: This category was defined to evaluate the relationship between the institutions involved in the process of training of health professionals [Figure 2, Table 2].

Regulation: The purpose of this category is identify what are the guidelines that regulate the formation of them professional of the health [Figure 3, Table 3].

CONCLUSION

The study still not has concluded, the part that is presents allows obtain an approach to the reality of the context in which is operate them actors primary (Heads of education and doctors in training) of the formative process.

Table 1 Category training

Category	Words or phrases	Interpretation
Training	Biologist	The speech of the heads of education reveals that the professional has a good theoretical background; however, it has flaws in skills and attitudes. They believe that the formation continues framed in the positivist paradigm. They consider that traditional pedagogy, the incongruity of the educational program, lack of supervision, vocation, lack of resources and excessive workload are elements that have a direct impact on professional training. On the other hand, doctors in training concern that their training is very theoretical mentioned that the values that most professionals lack are honesty, respect, and teamwork. At the same time, they refer to the workload will not allowed to carry out their academic activities.
	Lack of values	
	Loads of work	
	Attitude of service	
	Vocation	
	Incongruity of PE	
Lack of supervision		
Teaching traditional		

Source: Own

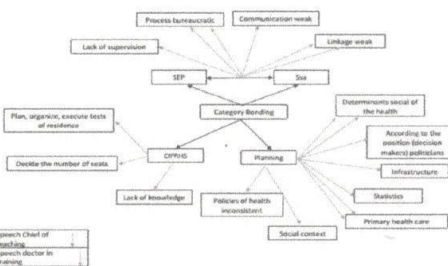


Figure 2 Sociogram - Category Bonding

It emphasizes that medical training is still framed the hegemonic biomedical model, which little favors the actual incorporation of social factors as determinants of the health-disease process. While in those speeches are manifest the need of a model humanistic, still not is has could realize of a form clear and to the end the current training of them professional of the health is an obstacle for the implementation of a care primary in health. On the other hand is highlights the lack of values in them professional, the need of update the program educational, improve the practice teaching and improve the communication main for achieve a training integral.

Table 2 Category Link-up

Category	Words or phrases	Interpretation
Link-up	Process bureaucratic	In the speech is identified that the bonding joint is da only as a process bureaucratic, through which cooperation agreements are established, whose purpose is to use the facilities and resources of the health institution to have students apply their knowledge. They also point out that there is a decoupling between both educational spaces, where the resources allocated are not sufficient and there is little supervision by the universities. With regard to CIFRHS, the opinions of the interviewees indicate that the institution is a legal body, which is responsible for planning, organizing and executing medical residency examinations; as well as deciding the number of places offered each year. The doctors in training are not aware of the functions of the commission.
	Communication weak	
	Linkage weak	
	Lack of supervision	
	Lack of resources	
	Context Social	
Policies of health inconsistent		

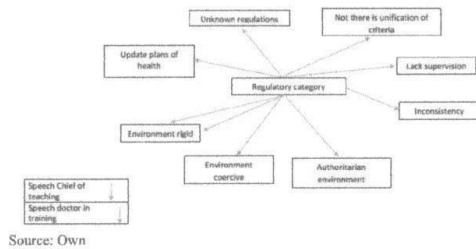
RESULTS

Presents the main results around three categories: a) training, b) link-up and c) regulation. Group teaching coordinators and clinical research (6 total), five were male and one female. The average age was 39 years. The six interviewees show graduate studies; Four of them with a seniority in the position less than five years, one with ten years and one with fifteen years of seniority respectively. In relation to the group of doctors in training (6 total), all corresponded to the female gender, of which three were doing service social and the rest is found in the specialty medical.

In this way a worldview in the training of physicians and an approach to this formative reality is evidenced, that allows the reflection all forgotten aspects that take for granted an infinite and dogmatic conformation of doctors and puts the main actors in the context (universities, institutions of health, decision makers of decisions, executing or responsible of the training) to bring this task to fruition.

Table 3 Regulatory category

Category	Words or phrases	Interpretation
Regulation	Lack of supervision Environment rigid Environment coercive Authoritarian environment Inconsistency Unification	The heads of education considered that the guidelines that guide the formation of the health professions are suitable, respondents considered that the big problem is that they are not applied correctly. The speeches of them medical in training reveal that these characters unknown largely them guidelines and regulations that regulate the training medical. Both physicians and the training of the heads of teaching that training is given within the health institutions is through the doctors who are at the most advanced levels where the learning environment is often rigid, aggressive, etc. They also point out that many times the professional is used, as a Human Resource to cover those spaces where there are no staff to attend the beneficiaries. However, it manifest that those professional feature with the support of the Coordinator of teaching as authority institutional.



Source: Own
Figure 3 Sociogram - Regulatory category

Acknowledgements

To CONACYT for the support received, during my studies in Sociology of the health.

References

Alfonso, I. (2007). *La teoría de las representaciones sociales*. Boletín de Novedades de Psicología. Disponible en: http://www.psicologiaonline.com/articulos/2007/representaciones_sociales.shtml

Araya, S. (2002). *Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión*. Costa Rica: FLACSO.

Casas, D., Rodríguez, A. (2014). *Infame Medicina*. Ciencia desde el Occidente, 1(2): 58-67. [en] <http://udo.mx/portal/images/archivos/cienciadesdeeloccidente/2016/VOL1/VOL1%20No2%202015%20ART%C3%8DCU LO%207.pdf>

Casas, D., y Jarillo, E. (2012). *Percepción de los profesionales en medicina familiar sobre su formación*. Waxapa, 1(6): 57-61. [en] <http://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2012/wax126h.pdf>

Curiel, M. (2012). *Un compendio sobre el estudio de las Representaciones Sociales*. Revista Ciencias de la Educación, 22 (39): 237-254. Disponible en: <http://servicio.bc.ue.edu.ve/educacion/revista/n39/art12.pdf>

Frenk, J. et al. (2011). *Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente*. Rev. Peru Med Exp Salud Publica, 28 (2): 337-341. [en] <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v28n2/a28v28n2.pdf>

Frenk, J. et al. (2010). *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*. The lancet, 376(9756): 1923-1958.

García V. (2014). *Formación de Recursos Humanos en Medicina*. En: *Secretaría de Salud (SS)*. Seminario Futuro y Tendencias en Formación de Recursos Humanos en Salud en México para la cobertura universal en salud basada en la atención primaria. México: SS:20-26.

Heshiki, L., Osornio, L., Sánchez, R., Valadez, S. y Domínguez, E. (2013). *Representaciones sociales de alumnos y docentes sobre el módulo de clínica integral de la carrera de médico cirujano*. Inv. Ed. Med., 2(7): 129-134. Disponible en: http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/V2Num03/04_AO_REPRESENTACIONES_SOCIALES.pdf

Juan, M. y Villalpando J. (1994). *Situación y perspectivas de la Política Nacional de Formación de Recursos Humanos para la Salud*. Educ. Med Salud, 28(3):316-330. [en] file:///C:/Users/Alejandro/Downloads/Educacion%20medica%20y%20salud%20(28),%203.pdf

Lavado, S., Setenta, I. (2003). *Representaciones sociales: Teoría y método*. Enferm.investig.desarrollo, 5 (1-2):60-71.

Materan, A. (2008). *Las representaciones sociales: un referente teórico para la investigación educativa*. Geoenseñanza, 13 (2): 243-248. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36021230010>

Nigenda G., Magaña L., Ortega DV. (2013). *Recursos Humanos para la salud en el contexto de la reforma sanitaria en México: formación profesional y mercado laboral*. Gaceta Médica de México, 149: 555-561. [en] http://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n5/GMM_149_2013_5_555-561.pdf

Pereira de Sá, C. (1998). *A construação do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ.

Petracci, M., y Kornblit, A. (2007). *Representaciones Sociales: una teoría metodológicamente pluralista*. En Kornblit, A. (Coord), *Metodologías Cualitativas: modelos y procedimientos de análisis* (pp. 91-111). Buenos Aires: Biblos.

Pierdant G., Grimaldo JI. (2013). *La discrepancia entre la apertura de nuevas escuelas de medicina en México y la planeación de recursos humanos en salud*. Inv Ed Med, 2(6):82-86. [en] http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/V2Num02/03_AO_LA_DISCREPANCIA_ENTRE.pdf

Restrepo-Ochoa, DA. (2013). *La Teoría Fundamental como metodología para la integración del análisis procesual y estructural en la investigación de las Representaciones Sociales*. Revista CES Psicología, 6 (1): 122-133. [en]. <http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v6n1/v6n1a08.pdf>

Rigoli, F., Rocha, C. y Foster, A. (2005). *Desafíos críticos de los Recursos Humanos en Salud: Una visión Regional*. Rev Latino-am Enfermagem, 14 (1).

2. Capítulo de Libro

**Réquiem médico. Un pasado acabado:
absurdos de la medicina actual**

Donovan Casas Patiño

María Luisa Quintero Soto

Alejandra Rodríguez Torres

Compiladores

Noviembre de 2016



DIRECTORIO

RECTOR

Dr. En D. Jorge Olvera García

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS

Dra. Ángeles Ma. Del Rosario Pérez Bernal

COORDINADOR DE LA UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL

Mtro. En E.U.R. Héctor Campos Alanís

COMPILADORES

Dr. Donovan Casas Patiño

Dra. Ma. Luisa Quintero Soto

Dra. Alejandra Rodríguez Torres

Apoyo Logístico

María del Rocío Mar García

Primera Edición Noviembre de 2016

Tiraje: 100 Ejemplares

ISBN: 978-607-422-777-2

Edición a cargo de los compiladores

Derechos reservados conforme a la ley

Impreso en México

Capítulo 10. Formación del Capital Humano en Salud una oportunidad para la Reflexión y la Crítica: Caso Estado de México

Alejandro Hernández Morales

Donovan Casas Patiño

Ranulfo Pérez Garcés

Omar Ernesto Terán Varela

Roberto Moreno Espinosa

Resumen

Esta investigación analiza la formación del capital humano en salud, la cual está determinada por las necesidades de un sistema en salud y uno educativo, los cuales están extraviados de la búsqueda de un beneficio social: la salud. De esta manera han surgido propuestas en políticas públicas en salud con rentabilidad económica, las cuales han construido un modelo de formación que se ha dado de una manera jerárquico-burocrática, vertical; lo que ha generado que exista desinformación respecto a las necesidades reales en salud de los colectivos y, además, con una inadecuada vinculación para resolver la problemática en dichas necesidades.

En México, mencionar que no existen mecanismos de interacción que orienten la formación del capital humano en salud a las necesidades reales de los colectivos, es afirmar que se percibe al personal en salud de una manera aislada, originando capital de cobertura en salud y no como parte de un espacio de interacción entre el sistema de salud y educativo, olvidándose por completo de la necesidad básica: la salud como bienestar completo. De esta manera, es necesario tomar en cuenta los múltiples aspectos que orientan los criterios con los que se asume la formación del personal en salud, así como la influencia de factores determinantes de un contexto social como: la transición demográfica, epidemiología, el proceso salud-enfermedad y el mercado laboral. Ante este escenario, la propuesta que se vislumbra, es la política pública en salud con coparticipación social y académica, la cual posibilitaría una adecuada vinculación entre las instituciones educativas, los servicios de salud, y los colectivos.

3. Constancia congreso



El Comité Académico del 7º Congreso Internacional en “Gobierno, Gestión y Profesionalización en el Ámbito Local, ante los Grandes Retos de Nuestro Tiempo” y del 2do Congreso Mundial de “Política, Gobierno y Estudios de Futuro”

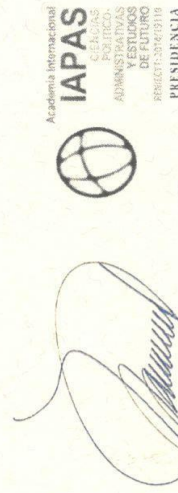
OTORGA LA PRESENTE

CONSTANCIA

a

Alejandro Hernández Morales

Por la presentación de la ponencia “Capital Humano en Salud: la formación de Geriatras en México” dentro del marco de nuestros congresos, los días 17 y 18 de octubre de 2016 en Amecameca, Estado de México.



Roberto Moreno Espinosa
Presidente de la IAPAS y del Comité Académico

4. Constancia Encuentro



PRIMER ENCUENTRO INTERNACIONAL DE JOVENES Y SEMILLEROS
A LA INVESTIGACION
29 y 30 de septiembre 2016

OTORGA LA PRESENTE

CONSTANCIA

Alejandro Hernández Morales

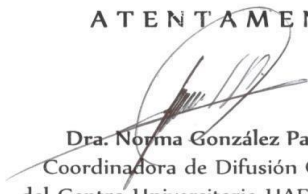
Quien participo con la conferencia intitulada

“Formación del capital humano en salud y representaciones sociales: estudio de caso en hospitales de 2° nivel de la zona oriente del estado de México”

Llevada a cabo en las instalaciones de la Universidad Autónoma

Chapingo, el día 29 de septiembre de 2016

ATENTAMENTE



Dra. Norma González Paredes
Coordinadora de Difusión Cultural
del Centro Universitario UAEM Texcoco



DIFUSIÓN
CULTURAL

5. Constancia Congreso

UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México



UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL
Licenciatura en educación para la Salud

Otorgan el presente

RECONOCIMIENTO

A: Hernández Morales Alejandro, Casas Patiño Donovan, Alves de Oliveira William, Pérez Garcés Ranulfo, Terán Varela Omar Ernesto, Moreno Espinosa Roberto, Rodríguez Torres Alejandra

Por su participación como **ponente** con el tema: **Formación de Recursos Humanos para la Salud: el caso en geriatría y gerontólogos en México** dentro del **1er Coloquio Universitario: Envejecimiento Y Vulnerabilidad**, celebrado en la Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl UAEM, el 4 mayo del 2016.

Patria, Ciencia y Trabajo

2016, 60 Aniversario de la Universidad Autónoma del Estado de México "

M. en E. U. y R. **Rector Campos Alanís**
Coordinador de UAP Nezahualcóyotl



UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL
UAEM NEZAHUALCÓYOTL



6. Constancia Congreso



1er.
Congreso Mundial
de política, gobierno
y estudios de futuro

60. Congreso Internacional
Gobierno, gestión y profesionalización en el ámbito local,
ante los grandes retos de nuestro tiempo.

8a. Annual Conference
LAT-NET

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE TLAXCALA
ACADEMY POLITICAL ADMINISTRATIVE SCIENCES & FUTURE STUDIES
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

Otorgan el presente

Reconocimiento a

ALEJANDRO HERNÁNDEZ MORALES

Por su participación con la ponencia:
Capital Humano en Salud: Desafíos del siglo XXI

Dr. Roberto Moreno Espinosa
PRESIDENTE COMITÉ ACADÉMICO

Mtro. Rodolfo Ortiz
PRESIDENTE COMITÉ ORGANIZADOR

"Por la Cultura a la Justicia Social"

Tlaxcala, Tlaxcala; 15 de Octubre de 2015

7. Constancia Congreso



La Facultad de Medicina y La Asociación Latinoamericana
de Medicina Social México otorga la presente

CONSTANCIA

Alejandro Hernández Morales

Por su participación como Ponente en la Mesa redonda "Acercamientos teóricos y metodológicos en Salud", en el V Congreso Nacional de Medicina Social y Salud Colectiva "Contra la violencia y las reformas neoliberales en defensa de la vida digna y la salud", del 15 al 17 de Octubre de 2015.

Palacio de la Escuela de Medicina UNAM, Centro Histórico, México D.F. octubre de 2015

ATENTAMENTE

Carolina Tetelboin Henrion
Coordinadora del Comité Científico

Rafael González Guzmán
Coordinador General

Nashielly Cortés Hernández
Coordinadora del Comité Organizador

8. Instrumento

“GUIA DE ENTREVISTA PARA JEFES DE ENSEÑANZA”

Presentación: Esta entrevista pretende conocer su percepción sobre la “Formación del Capital Humano para la Salud”; tiene un carácter eminentemente académico y será utilizado de manera confidencial. Se le solicita que conteste cada una de las preguntas que conforman esta entrevista, la cual será guiada por un servidor.

A. Datos Generales

Edad: _____ años Sexo: () Hombre () Mujer Estado civil: _____

Estudios:

Nivel	Perfil Profesional	Institución
Licenciatura		
Maestría		
Doctorado		
Especialidad		

Cargo que ocupa: _____

Institución: _____

Antigüedad en el puesto: _____

B. Descripción de las Categorías de Análisis

I Formación

a) Formación de Pregrado

1. ¿Cómo considera la formación de pregrado del personal en salud?
2. ¿Considera que el perfil profesional del personal en salud cumple con los requerimientos de los escenarios de salud de la población?
3. ¿Cuáles son las deficiencias que presenta el personal al llegar a las instituciones de salud?
4. ¿Quién determina los criterios de formación profesional?
5. ¿Qué elementos consideraría en una propuesta de formación del personal en salud?

b) Formación de Posgrado

1. ¿Cómo considera usted la formación de posgrado del personal en salud a su cargo?
2. ¿Considera que el perfil profesional del personal en salud cumple con los requerimientos de los escenarios reales de salud de la población?
3. ¿Qué elementos consideraría en una propuesta de formación del personal en salud?

c) Educación Continua

1. ¿Los médicos a su cargo tienen capacitación?
2. ¿Cuál es la modalidad de estas?
3. ¿Cómo obtienen ellos una capacitación?
4. ¿Quién se encarga de ofrecer y aplicar esta capacitación?

d) Certificación

1. ¿Usted considera que con la certificación médica el desempeño de los profesionales a su cargo será de mejor calidad?
2. ¿Cree que la certificación es necesaria?
3. ¿Quién certifica a los médicos?

e) Programa Educativo

1. ¿Considera que el programa educativo es el adecuado para el proceso de formación del Capital Humano en Salud?
2. ¿Cuáles son los mecanismos más adecuados para modificar los planes de estudios universitarios para la formación del capital humano en salud?
3. ¿Cree necesario una modificación de los planes de estudios, que recomendaría?

f) Modelo de Formación

1. ¿Qué modelo de formación prevalece en las Universidades e Instituciones de Salud?

g) Competencias

1. ¿Considera que las competencias que obtiene el profesional durante su formación le permiten desarrollar sus actividades?
2. ¿Cuáles son las competencias que requiere el profesional de salud para hacer frente a los problemas actuales?

h) Valores

1. ¿Considera que los valores que obtiene el profesional durante su formación, le permiten desarrollar sus actividades?
2. ¿Qué valores son los que más carecen?

I Vinculación

a) Secretaría de Educación Pública

1. ¿Sabe usted si la SEP tiene relación alguna con la formación de médicos de pregrado o posgrado?
2. ¿Qué elementos o factores determinan el perfil profesional del personal en salud?

b) Secretaría de Salud y Educación Médica

1. ¿Hay un enlace entre universidad e instituciones de salud?
2. ¿Considera la comunicación intersectorial educación-salud es correcta?
3. ¿Considera que los criterios y lineamientos para la formación e integración de CHS que establecen ambas secretarías son correctos?

c) CIFRHS

1. ¿Sabe usted que es la CIFRHS?
2. ¿Sabe usted qué papel desempeña la CIFRHS?
3. ¿Considera que la CIFRHS cumple con su objetivo principal?

d) Planeación

1. ¿Qué instrumentos de política pueden ser utilizados para mejorar la vinculación entre el sector salud y educativo?
2. ¿Cómo se puede establecer un plan nacional de recursos humanos para la salud?
3. ¿Cuáles son las estrategias más efectivas para la planificación de un recurso humano adecuado para el sector salud?

III. Reglamentación

a) Reglamentos

1. ¿Cuáles son los lineamientos que orientan la formación de CHS?
2. ¿Considera que los lineamientos para la formación de CHS son correctos?

b) Derechos

1. ¿Los médicos en formación tienen derechos legales en las instituciones donde se están formando?
2. ¿Cuáles, mencione algunos?

c) Poder

1. ¿Quién es la autoridad máxima de los médicos en formación?
2. ¿Quién es la autoridad Institucional que se encarga de velar por los derechos de los médicos en formación?

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

“GUIA DE ENTREVISTA PARA MÉDICOS EN FORMACIÓN”

Presentación: Esta entrevista pretende conocer su percepción sobre la “Formación del Capital Humano para la Salud”; tiene un carácter eminentemente académico y será utilizado de manera confidencial. Se le solicita que conteste cada una de las preguntas que conforman esta entrevista, la cual será guiada por un servidor.

A. Datos Generales

Edad: _____ años Sexo: () Hombre () Mujer Estado civil: _____

Estudios:

Nivel	Perfil Profesional	Institución
Licenciatura		

Actividad

Servicio Social	
Residencia Medica	

B. Descripción de las Categorías de Análisis

I. Formación

a) Formación de Pregrado

1. ¿Cómo considera su formación de pregrado?
2. ¿Qué tanto de lo aprendido se relaciona con tu práctica profesional?
3. ¿Considera que el perfil profesional del personal en salud cumple con los requerimientos de los escenarios de salud de la población?
4. ¿Qué elementos teórico –prácticos considera que le hicieron falta?
5. ¿Quién determina los criterios de formación profesional?
6. ¿Qué elementos consideraría en una propuesta de formación del personal en salud?
7. ¿Consideras que se requiere un nuevo perfil en los profesionales de la salud?

b) Formación de Posgrado

1. ¿Por qué ingresar a una especialidad?
2. ¿Qué criterios o elementos tomaría en cuenta para elegir una especialidad?

c) Educación Continua

1. ¿Tiene usted capacitación?
2. ¿Cuál es la modalidad de estas?
3. ¿Cómo obtienen una capacitación?
4. ¿Quién se encarga de ofrecer y aplicar esta capacitación?

d) Certificación

1. ¿Usted considera que con la certificación médica el desempeño de los profesionales es de mejor calidad?
2. ¿Cree que la certificación es necesaria?
3. ¿Quién certifica a los médicos?

e) Programa Educativo

1. ¿Considera que el programa educativo es el adecuado para el proceso de formación del Capital Humano en Salud?
2. ¿Cuáles son los mecanismos más adecuados para modificar los planes de estudios universitarios para la formación del capital humano en salud?
3. ¿Cree necesario una modificación de los planes de estudios, que recomendaría?

f) Modelo de Formación

1. ¿Qué modelo de formación prevalece en las Universidades e Instituciones de Salud?

g) Competencias

1. ¿Considera que las competencias que obtiene durante su formación le permiten desarrollar sus actividades?
2. ¿Cuáles son las competencias que requiere el profesional de salud para hacer frente a los problemas actuales?

h) Valores

1. ¿Considera que los valores que obtiene el profesional durante su formación, le permiten desarrollar sus actividades?
2. ¿Qué valores son los que más carecen?

II. Vinculación

a) Secretaria de Educación Pública

1. ¿Sabe usted si la SEP tiene relación alguna con la formación de médicos de pregrado o posgrado?
2. ¿Qué elementos o factores determinan el perfil profesional del personal en salud?
3. ¿Qué elementos o factores determinan las profesiones de la salud?

b) Secretaria de Salud y Educación Médica

1. ¿Hay un enlace entre universidad e instituciones de salud?
2. ¿Considera la comunicación intersectorial educación-salud es correcta?
3. ¿Considera que los criterios y lineamientos para la formación e integración de CHS que establecen ambas secretarías son correctos?

c) CIFRHS

1. ¿Sabe usted que es la CIFRHS?
2. ¿Sabe usted qué papel desempeña la CIFRHS?
3. ¿Considera que la CIFRHS cumple con su objetivo principal?

d) Planeación

1. ¿Qué instrumentos de política pueden ser utilizados para mejorar la vinculación entre el sector salud y educativo?
2. ¿Cómo se puede establecer un plan nacional de recursos humanos para la salud?
3. ¿Cuáles son las estrategias más efectivas para la planificación de un recurso humano adecuado para el sector salud?

III. Reglamentación y relaciones de poder

a) Reglamentos

1. ¿Cuáles son los lineamientos que orientan la formación de CHS?
2. ¿Considera que los lineamientos para la formación de CHS son correctos?

b) Derechos

1. ¿Usted tienen derechos legales dentro de la institución donde se están formando?
2. ¿Cuáles, mencione algunos?

c) Poder

1. ¿Quién es la autoridad máxima de los médicos en formación?
2. ¿Quién es la autoridad Institucional que se encarga de velar por los derechos de los médicos en formación?

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

9. Consentimiento Informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: “Formación del Capital Humano en Salud y Representaciones Sociales: estudio de caso en Hospitales de 2° Nivel de la Zona Oriente del Estado de México”

Investigador principal: Alejandro Hernández Morales

Sede donde se realizará el estudio: Hospitales de 2° Nivel de la Zona Oriente del Estado de México

Estimado: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación de la Maestría en Sociología de la Salud.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento. La investigación tiene como objetivo analizar las representaciones sociales que los actores (jefes de enseñanza y médicos en formación) de los Hospitales de 2° Nivel de la Zona Oriente del Estado de México construyen respecto a la formación del capital humano en salud. Esta entrevista será audio grabado.

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre la formación del personal en salud a partir de tres categorías primordiales, formación, vinculación y reglamentación. Los datos personales e información otorgados en esta entrevista son absolutamente confidenciales.

Si autorizo a la realización de la entrevista

No autorizo a la realización de la entrevista

Nombre y Firma del Entrevistado

Nombre y Firma del Entrevistado