

Simposio: “¿Cómo resolver la falta de especialistas en el Perú?”

Diagnóstico situacional de las especialidades desde la perspectiva de salud pública

Dr. Víctor Carrasco Cortez

Profesor Principal de la Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia

La pregunta orientadora ¿cómo resolver la falta de especialistas en el Perú?, no admite una respuesta precisa, además sucede que, como decía Mario Benedetti: “cuando creíamos que teníamos todas las respuestas, cambiaron todas las preguntas”. Este tema es muy complejo y tiene muchas aristas polémicas, de tal manera que al final de mi presentación la pregunta que da origen a este simposio probablemente, desde mi perspectiva, tendría que ser reformulada.

He organizado la presentación en cuatro temas, que abordaré brevemente, a saber:

- Dificultad para el cálculo del requerimiento de médicos en general y de especialistas en particular,
- Diferentes alternativas de cálculo de brechas de médicos,
- Las “especialidades médicas” de salud pública y
- Las especialidades médicas desde la salud pública.

Dificultad para el cálculo del requerimiento de médicos

El presente año, algunas informaciones periodísticas afirmaban:

“Perú tiene 12.8 médicos por cada 10000 habitantes, muy debajo de países OCDE” (Diario Gestión)

“Existe déficit de 16000 médicos en hospitales y centros del sector público. Explicación, las mayores carencias son de especialistas” (Diario La República)

“Salud en Perú tiene un déficit de 18000 médicos” (Diario Ojo)

“Hay un médico por cada 700 personas, sumado al déficit de especialistas” (Diario Correo).

La información periodística da cuenta de un déficit de médicos en el Perú, pero cómo se aprecia, las cifras son diferentes a pesar de que las publicaciones son más o menos de la misma época. Uno afirma que faltan 16.000, otra 18.000; una dice que existen 12.8 médicos por 10.000 otra que son un médico por cada 700 habitantes; de tal manera que una primera pregunta es ¿cuál es la fuente de información para establecer si hay exceso o déficit médicos en el Perú?

Una primera fuente de información, quizá la más importante, es la del Ministerio de Salud que el 2017 publicó información de recursos humanos del sector salud¹ según la cual existen 40.820 médicos laborando en todo el sistema de salud incluidos Ministerio de Salud, Seguro Social de Salud - ESSALUD, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, Privados, Gobiernos Regionales, y Municipalidades, lo que hace una ratio aproximado de un médico cada 722 habitantes o una tasa de 13.85 médicos por 10.000 habitantes, el 2010 fueron 26.762 con un ratio de 1101 y una tasa de 9.08; como se aprecia hay una tendencia creciente en disponibilidad de médicos en el país.

En la misma fecha la información publicada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática², para el 2017, reporta 74.086 médicos, esa es una diferencia más o menos de 30.000 médicos respecto de la cifra del Ministerio Salud. No se trata de calificar a una cifra como correcta y la otra como incorrecta, lo objetivo es que son diferentes y tenemos que disponer, como país, de cifras únicas y confiables.

Esto es clave para tener información que permita mejores decisiones de política pública. Analizando la información presentada tenemos que:

- Una diferencia de 30.000 es poco justificable aún descontando los que han migrado, los que han fallecido, los que no ejercen la medicina y sumándole los que vienen del extranjero. Esto podría ser un indicador de subempleo médico y si hay subempleo médico entonces estaríamos preguntándonos si hay exceso de médicos.

- Según las cifras del INEI, la tasa es de 23.28 médicos por 10.000 habitantes y como se conoce, el estándar es 10 médicos por 10.000 habitantes según la Organización Mundial de la Salud y, por otro lado, la tasa promedio en los países de la Organización de Cooperación para el Desarrollo Económico (OCDE) es 33 médicos por 10.000 habitantes.
- Tanto con la cifra del Ministerio de Salud como con la del INEI estamos pasando la tasa de OMS, pero estamos todavía distantes del promedio de países de la OCDE.

Como síntesis de este primer tema, existe la necesidad de organizar una base de datos que sea compartida y confiable, que esté disponible para todos los decisores de política, los profesionales y la sociedad en su conjunto.

Diferentes alternativas de cálculo de brechas de médicos

Existen diferentes alternativas de cálculo de brechas de los médicos. Hace aproximadamente 12 años, el Colegio Médico del Perú, publicó el libro "Análisis actual y prospectivo de la oferta y demanda y necesidad de médicos en el Perú"³ donde se describe tendencias con varios escenarios. En el primer escenario, se mantenía el ritmo de oferta de carreras de Medicina; en el segundo escenario, se duplicaba; y en el tercer escenario, se cuadruplicaba. Todos los esos escenarios fueron sobrepasados, porque las carreras de medicina más que se cuadruplicaron. Actualmente existen 54 carreras de medicina, en el año 1999 cuando se creó la Comisión para la Acreditación de Facultades y Escuelas de Medicina (CAME) existían 19 (35 carreras más, 284% más en 19 años).

El CMP utilizó para el cálculo, un modelo de necesidad/demanda y oferta, asumiendo para la demanda la cifra del INEI que señalaba que el 44% de las personas que tenían alguna necesidad en salud no consultaban, constituyéndose el otro 56% la demanda. La oferta se definió sobre la base de los reportes del MINSA y de

¹ <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4559.pdf>

² <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/health/>

³ <https://es.scribd.com/document/28359426/CMP-Necesidad-de-RRHH-2005-2011>

otros proveedores públicos y privados. Se empleó una fórmula de cálculo que extrapoló la demanda (para calcular la necesidad de atención) se hizo un cálculo de médicos-cirujanos (de práctica general) y médicos especialistas.

En el 2014, el Ministerio de Salud publicó una guía metodológica⁴ para hacer el cálculo de necesidades de médicos, en ella se detallan hasta cinco formas de cálculo: i) por necesidades de salud, ii) por metas de servicio, iii) por metas ajustadas de servicio salud, iv) por demanda de servicios salud y v) los recursos humanos como razón de población.

Por otro lado, en la experiencia internacional⁵, también existen diferentes formas de hacer el cálculo de brechas de médicos generales y médicos especialistas:

- i) Predicción de la oferta, es decir la cantidad de establecimientos que tienes, la categorización correspondiente y en base a esa categorización cuántos médicos de diferentes especialidades o médicos generales debes tener con ese cálculo se hace una aproximación a través de la oferta y se define cuántos médicos son los requeridos,
- ii) Predicción de la demanda, la utilización de servicios, cálculo de mercado balance entre oferta y demanda, para el cual el número de médicos se establece en ese el punto de equilibrio,
- iii) una tercera forma es la planificación basada en necesidades de salud que es un poco más complicada porque se basa en estudios epidemiológicos poblacionales.
- iv) Los métodos basados en el benchmarking es decir tomar una especie de “gold estándar”, teniendo en cuenta a los países que le va mejor en el funcionamiento de sus sistemas de salud y en sus resultados sanitarios, asumiendo esas tasas de médicos por habitantes como las ideales

Como se aprecia, hay una diversidad de metodologías, lo importante es ponerse de acuerdo para que todos consensuemos cuál creemos que es la mejor forma de hacerlo y sobre esa base trazar las políticas públicas en relación a médicos en el Perú. Algunas conclusiones derivadas de este análisis de experiencias internacionales son:

- El uso de estándares no garantiza ni precisión ni fiabilidad de los resultados dado que los estándares varían mucho entre países.
- Conviene hacer análisis bajo escenarios alternativos para gestionar científicamente la incertidumbre.
- Trabajar con márgenes de holgura en la definición, ya sea de déficit o superávit, en la experiencia australiana lo que recomendaban era declarar déficit o superávit siempre y cuando la brecha supere entre el 5 y 10%, si esa diferencia era menor o igual, se declaraba como situación de equilibrio.

Las “especialidades médicas” de salud pública

Dos preguntas orientan esta reflexión: ¿la salud pública es una especialidad médica? o ¿existen especialidades médicas de salud pública?

La primera respuesta es No, porque la salud pública es un campo multidisciplinario, Julio Frenk la define como un campo de conocimiento y un ámbito para la acción, en los cuales confluyen diferentes disciplinas, carreras o especialidades.

Respecto a la segunda pregunta, cada país ha tomado diferentes opciones en relación a las especialidades médicas que están vinculadas a salud pública, acá el tema es qué especialidad médica no estaría relacionada con la salud pública; porque cada una, en su nivel, tiene que ver con la salud pública. Sin embargo, hay diferentes clasificaciones que se han hecho algunos países. México por ejemplo, tiene un bloque de

⁴ ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/03esn/dir_ese/RM437_2014_MINSA.pdf

⁵ Markham B., Birch S. *Back to the future: A framework for estimating health-care human resource requirements. Canadian Journal of Nursing Administration* 1997;10:7-23.

especialidades médicas en salud pública donde incluye: i) calidad atención clínica, ii) epidemiología, iii) medicina de la actividad física y deportiva, iv) medicina del trabajo y ambiental, v) medicina familiar y vi) medicina preventiva. En el caso de Perú no hay una definición “oficial” (establecida por el Comité Nacional de Residentado Médico por ejemplo) sobre especialidades médicas que se consideren de salud pública, aunque existen algunos estudios que se refieren a este tema.

Un estudio asocia algunas especialidades médicas con la salud pública⁶, que denomina bloque de especialidades médicas de salud pública, que incluyen: i) administración de salud, ii) medicina general integral o medicina familiar iii) medicina ocupacional y del medio ambiente, iv) medicina del adolescente (adolescentología). Otro estudio denominado oferta de médicos especialista según áreas⁷, realizado un grupo de expertos de Perú, agruparon las especialidades de administración en salud y de gestión en salud como especialidades de salud pública. Reportan en este bloque de especialidades de salud pública 22 especialistas del total de 6.074; también reportan 3700 especialistas en áreas clínicas, 2019 en áreas quirúrgicas, 295 en el área de apoyo al diagnóstico. En este estudio se emplearon dos metodologías para detectar la brecha de especialistas. El método 1 (por norma de categorización) y el método 2 (por perfil epidemiológico y demográfico). Con el método 1 las especialidades de salud pública tienen una brecha de menos 112 especialistas, considerando sólo administración en salud y gestión integral en salud. Con el método 2, existe un exceso de 22 especialistas en salud pública.

Las especialidades médicas desde la salud pública

Analizar el tema de la cantidad de especialistas que se necesitan va más allá del establecimiento estándares. Revisando los indicadores de salud que publica la

Organización Panamericana de la Salud (OPS) el 2017, encontramos que Perú tiene una esperanza de vida de 75.2 años que es mayor que la de Colombia que es 74.6 y Colombia tiene casi el doble de médicos por habitante. En el caso del Cono Sur, Chile con 21,5 médicos tiene la mayor esperanza de vida al nacer, Argentina si tiene casi el doble de médicos y tiene menos esperanza de vida al nacer, igual más o menos pasa con otros indicadores de mortalidad general, razón de mortalidad materna. Concluimos, entonces, que el tema no es sólo la cantidad de médicos sino hay muchas variables asociadas a este tema.

Una variable de gran importancia en este tema es la orientación de los sistemas de salud: ¿están orientados a la atención primaria? y ¿qué el rol que cumplen, en un sistema con esta orientación, los médicos generales?

Juan Gérvas, que durante muchos años fue presidente de la Asociación de Médicos Generales de España señala:

“Un buen médico general o de familia sabe poco de muchísimo, sabe muchísimo de lo frecuente, convive con la incertidumbre, piensa en la normalidad y atiende la persona en su conjunto. A la progresiva especialización médica la acompañó la pérdida de prestigio del médico de antaño, del médico general. De hecho, en los países desarrollados se ha demostrado que a mayor densidad de especialistas mayor mortalidad de la población”⁸.

Pareciera una conclusión audaz, aunque no necesariamente equivocada. Al respecto, existen estudios⁹ que dan cuenta de 53 comparaciones realizadas en Estados Unidos entre 7 áreas geográficas, abarcando cinco tasas de mortalidad: la mortalidad total, problemas del corazón, cáncer, ictus, mortalidad infantil. Cuanto mayor era la oferta de

⁶ Lip C. http://bvs.minsa.gob.pe/local/IDREH/745_IDREH-RRHH4-3.pdf

⁷ Zeballos L. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000200003

⁸ <https://www.actasanitaria.com/atencion-medica-mas-generalistas-menos-especialistas>

⁹ Starfield, B. (2004) *Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Masson-PALTEX. OPS-OMS

médicos de atención primaria, menor fue la mortalidad. En 38 casos, cuanto mayor era el ratio de especialistas mayor fue la mortalidad; en 18 países de la OCDE, la mortalidad prematura, medida por los años de vida potencialmente perdidos, fue mayor en países que se tipifican con poca atención primaria o atención primaria poco desarrollada respecto de países con atención primaria muy desarrollada. Los países que tienen atención primaria más desarrollada tienen más médicos generales y la que la tienen poco desarrollada tienen más especialistas.

En el Perú según datos del Ministerio de Salud (referidos anteriormente) hay 40.820 médicos de los cuales 19.812 son especialistas, el ratio es más o menos un especialista por cada médico general, Portugal y Chile tienen un ratio casi igual. Los países de la OCDE tiene 2.33 especialistas por cada médico general.

Ver el tema de la cantidad de especialistas necesarios desde la salud pública requiere preguntarse ¿qué tipo de sistema de salud queremos? Un sistema hospital céntrico o un sistema donde predomine la atención primaria. Si la opción es la segunda hay, que reconfigurar el tema de la necesidad de especialistas. Esta reconfiguración también debe considerar la tecnología; por ejemplo, la telemedicina y la telecirugía, también nos cuestionan respecto a las necesidades de especialistas y los roles del médico general.

A manera de conclusiones

Para abordar con mayor pertinencia el tema de los especialistas se requiere fuentes de información centralizadas y ordenadas, cuyo procesamiento las haga confiables, aquí el reto es fortalecer el Observatorio de Recursos humanos que funciona desde hace varios años en el Ministerio de Salud. Se requiere, además, seleccionar por consenso de la comunidad académica, una metodología de cálculo de brechas, pero tener claro que las brechas sirven como referencia y no son una norma rígida. Finalmente, quizá lo más importante, es la orientación de nuestro sistema de salud, hacia la atención primaria.

Por todo lo expuesto, y como se señaló al inicio, la pregunta ¿cómo resolver la falta de especialistas en el Perú?, debe ser reformulada de la siguiente manera: ¿Cómo garantizar el acceso universal de atención médica especializada? La respuesta, deberá incluir, entre otros, los siguientes temas: orientación del sistema, cantidad y distribución de especialistas, definición precisa de roles con los médicos generales, competencias de los médicos especialistas, uso de la tecnología, condiciones de trabajo y oportunidades de desarrollo profesional.