

Apertura del CXXVI Año Académico de la Academia Nacional de Medicina

Análisis de la Educación Médica y el Ejercicio Profesional en Perú

AE Dr. Eduardo A. Pretell Zárate
Profesor Emérito, Universidad Peruana Cayetano Heredia

El tema de la educación médica en nuestro país viene siendo debatido desde hace muchos años en el seno de la Academia Nacional de Medicina, la cual, por mandato legal de su creación y por su propia naturaleza, está comprometida con el análisis crítico de esta materia. El tema continúa en la agenda del análisis y la discusión porque las observaciones y recomendaciones planteadas no están aún resueltas. Persiste la preocupación sobre la falta de instrumentos legales efectivos que garanticen la calidad de la educación médica, así como también sobre las condiciones del desempeño profesional del médico y sobre la satisfacción de las necesidades y demandas del mercado profesional. La apertura del Año Académico del presente año es una oportunidad para volver a focalizar la atención de la Academia en este tema.

En la protección de la salud individual y colectiva, el médico en todos los niveles de su desempeño como tal asume la responsabilidad primaria; ésta, a su vez, debe estar sustentada en su formación profesional y en su calidad científica y ética. El Estado promueve la educación en salud y las facultades de medicina, a su vez, son responsables ante éste y la sociedad, de

la calidad formativa del profesional médico. Las facultades, por lo tanto, deben renovar sus programas curriculares en concordancia con los avances científicos y tecnológicos y tomando en cuenta el tipo de profesional que el país y la sociedad requieren. Es decir, la educación médica debe estar articulada con el tiempo y la atmósfera social que le corresponde.

El arte y la ciencia de conocer la enfermedad, de procurar su prevención o curación, de aminorar el sufrimiento o retardar la muerte del ser humano, ha pasado por diferentes etapas a través del tiempo y del desarrollo de las ciencias, a medida que el hombre ha evolucionado desde su ignorancia absoluta de los fenómenos de la naturaleza que lo rodean, hasta la época actual que lo ha llevado a descifrar el genoma humano y al empleo de la genética médica y de la nanomedicina. En los últimos 50 años han ocurrido grandes descubrimientos que han revolucionado el concepto y la práctica de la medicina y los avances científicos y tecnológicos han mejorado significativamente todos los campos de la misma. Pero al mismo tiempo, paradójicamente, la atención de la salud se vuelve menos accesible para gran parte de la población debido al incremento en los

costos de los procedimientos diagnósticos, los medicamentos y los servicios.

El conocimiento científico en salud se produce y renueva de manera continua y a gran velocidad, de tal manera que cada cinco años aproximadamente el 50% del conocimiento actual pierde vigencia. Consecuentemente, la educación médica moderna ha dejado de ser simple transmisión de conocimiento, y debe estar orientada a lograr un médico integral y con capacidad para continuar su formación y aprendizaje a través de toda su vida profesional. Además, las escuelas de medicina deben ser centros de investigación y producción científica y centros formadores de médicos capacitados como investigadores. Dentro de este contexto, surgen dudas en cuanto a la capacidad de algunas facultades de medicina de nuestro país para adecuar su labor docente a estos avances y necesidades. La preocupación es aún mayor en el caso de facultades que operan en ambientes donde es evidente la escasez de recursos docentes calificados y con infraestructuras deficitarias. Una importante revisión sobre el tema de la educación médica fue publicado hace ocho años en Anales de la Academia Nacional de Medicina por la AN Dra. Graciela Risco de Domínguez; en su artículo comenta los cambios ocurridos a nivel mundial en las condiciones del ejercicio profesional del médico y los sistemas de atención de la salud y que, en concordancia con los cambios, muchas escuelas de medicina habían adoptado nuevos modelos de educación, para luego señalar textualmente: "En nuestro país también se han producido importantes cambios en los sistemas de atención de la salud, los que, sin embargo, no han estado acompañados por cambios de similar magnitud en la educación médica. Esta situación ha originado un desfase entre la formación del médico y los requerimientos de los sistemas de atención de la salud". Lo sorprendente es que esta aseveración continúa vigente ocho años más tarde, como si en nuestro medio no se diera la renovación del conocimiento cada cinco años.

El rápido avance de la ciencia y la tecnología, así como también el proceso de globalización de la economía, contrariamente a lo esperado, han contribuido a acrecentar la brecha entre pobres y ricos, conduciendo hacia formas de vida cada vez más deshumanizadas en muchas regiones del mundo. Y la medicina no escapa a esta tendencia, como bien ha sido expuesto por la Asociación Latino Americana de Academias Nacionales de Medicina en el libro "Deshumanización de la Medicina y Bioética". La forma deshumanizada de la medicina puede ocurrir durante el acto médico en sí o fuera de él; la ocurrencia al exterior del acto médico se produce generalmente a nivel institucional como consecuencia de normas y reglamentos para la atención de los pacientes en forma inherente a la medicina de tipo social, así por ejemplo, la atención médica es hecha por un profesional impuesto por la institución sin chance de elección por el paciente o sus familiares, el retraso en la atención médica se debe a las condiciones y masificación de la atención médica, y la falta de amabilidad y de afecto en el trato del personal es frecuente en este tipo de medicina por volumen. La medicina social es un factor fundamental en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad, donde lo primordial es la atención primaria de la salud extendida a toda la comunidad con equidad, sin distinción de clases ni de orden económico, al mismo tiempo que debe fomentar la relación médico-paciente para evitar la despersonalización de la atención médica. El médico, principal protagonista de la medicina social, además de adquirir y actualizar sus conocimientos científicos y tecnológicos necesarios para el ejercicio profesional, debe también saber interpretar y ejercer el concepto de la bioética que le permita observar y tratar al hombre en su entorno, en relación con el medio ambiente en que vive. El médico en este campo es el encargado de cuidar la salud no solo de una persona sino de un núcleo familiar, característica

que se ha ido perdiendo en gran parte debido a la subespecialización creada por la tecnología. Ha surgido, por ello, la necesidad del médico de familia, un recurso humano aún precario en nuestro país. El surgimiento de la medicina de tipo social debe ser tomado en cuenta, tanto en los programas de educación como en el ejercicio profesional de la medicina.

Educación médica

La situación actual de la educación médica en nuestro país, y las condiciones en las cuales el médico se desempeña como tal, son analizadas a continuación, tratando de ilustrar en forma integrada la interacción entre ambas y la relación causa-efecto que se da en muchas circunstancias.

Estudios de pregrado

En primer término, se señalan algunos hitos históricos en la evolución de la educación médica en nuestro país (Fig. 1). Hasta antes de 1958, y

por espacio de más de un siglo, la Facultad de Medicina de San Fernando en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos fue el único centro de formación de médicos: se daba el absurdo, sin embargo, de existir cuatro universidades, en Trujillo, Arequipa, Cuzco y Lima, donde se estudiaba pre médicas y luego había que dar un nuevo examen de ingreso a San Fernando, cuyo cupo en los años 50 era alrededor de 250 plazas, largamente menor que el número de graduados en pre médicas. Esta situación generó frustración, abandono de estudios o emigración al extranjero de muchos estudiantes. Una solución parcial a este problema fue la creación de dos nuevas facultades públicas en 1958, una en Trujillo y otra en Arequipa. Tres años más tarde, en 1961 se fundó la primera facultad de medicina privada no lucrativa de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; la creación de esta facultad significó un cambio sustantivo y altamente beneficioso para la educación médica, hubo renovación curricular, promoción en la carrera docente y la producción científica se incrementó.

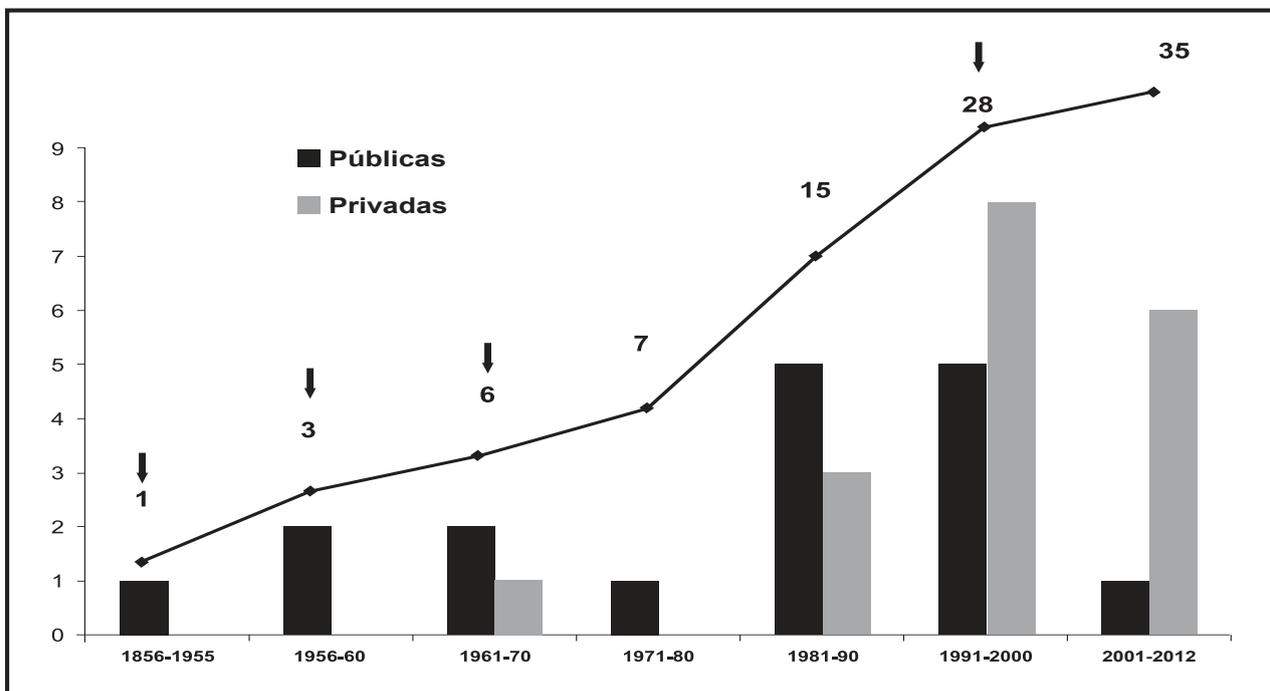


Fig. 1. Creación de facultades de medicina 1856 - 2012
ASPEFAM, 2013

En la década de los noventa, al aprobarse el Decreto Legislativo N° 882 que promueve la inversión privada en educación, una inversión con fines de lucro, ocurrió un acelerado incremento de nuevas facultades de medicina privadas, de tal manera que a partir de 1997 se han creado dieciséis facultades privadas. Este hecho ha sido beneficioso en cuanto se ha ampliado la capacidad para la formación de médicos, satisfaciendo la demanda no cubierta por el sector público, que también se ha incrementado pero en menor proporción, de tal manera que actualmente existen 35 facultades de medicina. Es importante comentar, sin embargo, que la creación de nuevas facultades ha sido inorgánica, algunas veces por razones políticas o de inversión económica, y que este crecimiento numérico no ha garantizado en todos los casos un progreso cualitativo en la educación médica; más aún, preocupa el bajo nivel de la misma que se observa en varias de las escuelas médicas, tanto privadas como públicas. Es interesante hacer notar, por otro lado, que las 35 facultades que actualmente tenemos para una población nacional de alrededor de 30 millones, establece una proporción de una facultad por cada 800 mil habitantes, mientras que en EEUU la proporción es de una por cada 2.4 millones y en Brasil, Argentina y México una facultad por cada 1 millón y medio de habitantes.

Este tema ha sido debatido ampliamente por la Academia Nacional de Medicina conjuntamente con otras instituciones vinculadas a esta problemática, tales como el Colegio Médico del Perú, la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM), la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y la Universidad Peruana Cayetano Heredia; más aún, con los auspicios del Ministerio de Salud se gestionó y logró que el Congreso de la República sancionara la creación de la Comisión de Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina (CAFME) mediante Ley N° 27154 del 11 de Julio de 1999. La creación de CAFME fue una buena experiencia; por primera vez en el país se frenó la creación de nuevas facultades en tanto no se asegurara su calidad, y se obligó a las existentes

a esforzarse en mejorar su situación para ser certificadas con los estándares mínimos exigidos por ley. El Ministerio de Salud, a su vez, condicionó el uso de los hospitales del Estado como campos clínicos para la enseñanza, al otorgamiento de la certificación. Desafortunadamente las funciones de CAFME caducaron en el 2006, al crearse el Consejo de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad de la Educación (CONEAU) mediante Ley N° 28749; este organismo, sin embargo, no reeditó el beneficio que tuvo CAFME. En la actualidad, de las 35 facultades existentes, sólo siete cuentan con certificación otorgada en un único caso por CONEAU y seis a través de organismos internacionales; las restantes 28 carecen de tal requisito, ya sea porque venció el período de validez de la certificación otorgada por CAFME o porque nunca la obtuvieron. Durante la vigencia de CAFME hubo un grupo de diez facultades que no lograron la certificación y, sin embargo, continuaron operativas por fallas en los sistemas de control.

La distribución geográfica de las 35 facultades de medicina se muestra en la Fig. 2. Puede observarse, por un lado, su aglomeración en algunas regiones como Lima, y por otro lado, que algunas facultades están ubicadas en localidades donde es difícil aceptar que exista capacidad docente calificada e infraestructura adecuada, como es el caso de Ucayali. Entre los problemas derivados de la aglomeración destaca la carencia de campos clínicos y de capacidad docente; en algunos hospitales operan más de tres facultades con el consiguiente perjuicio en la atención a los pacientes y el aprendizaje clínico de los alumnos.

Según datos proporcionados por ASPEFAM, en el 2013 se han graduado 2,646 nuevos médicos; el análisis de su procedencia institucional muestra que la capacidad de las 29 facultades con datos disponibles, para recibir alumnos y formarlos como médicos tiene un rango muy amplio que varía entre 338 en la Universidad San Martín de Porres y 14 en la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, ambas localizadas en Lima (Cuadro 1).

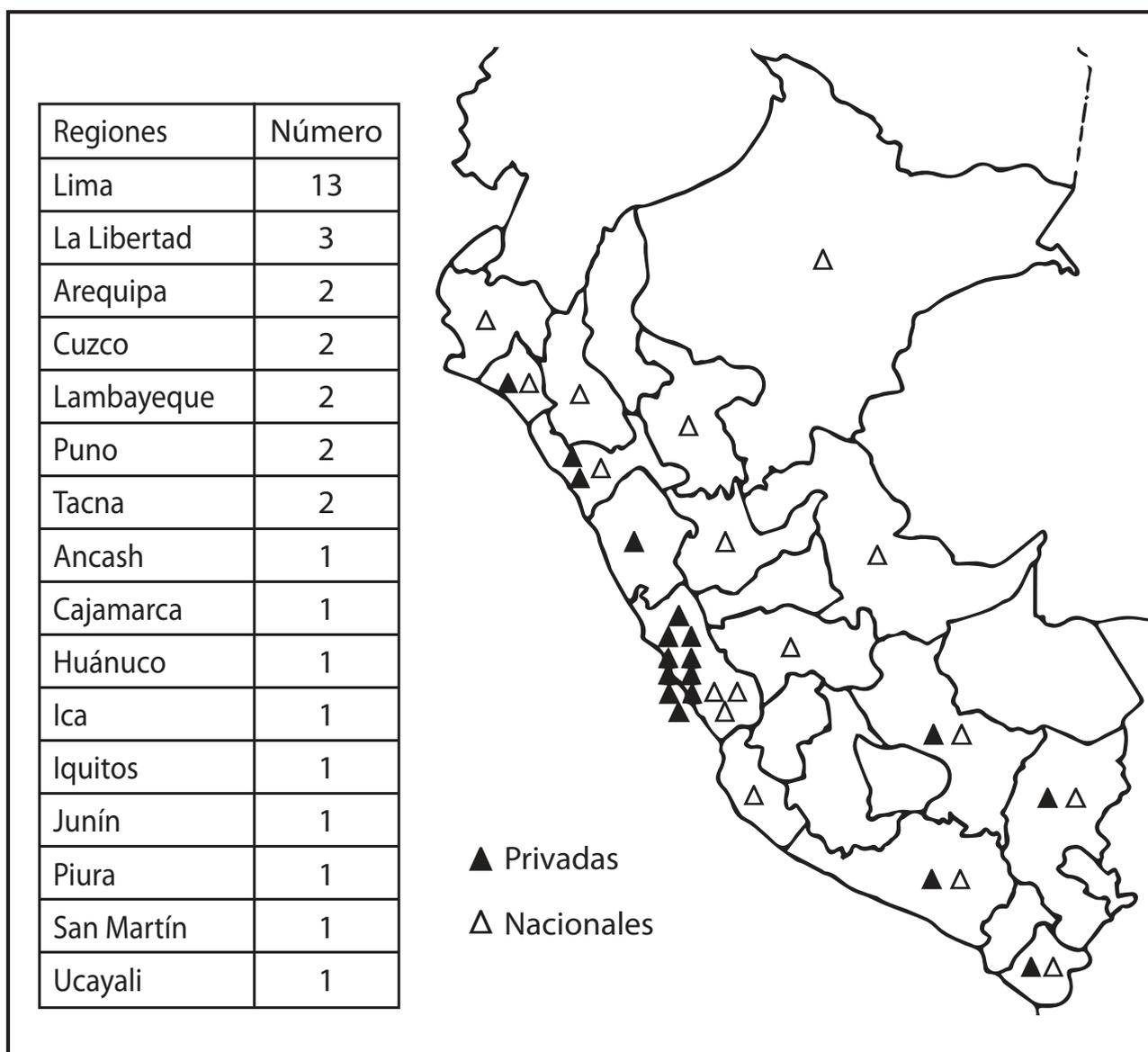


Fig. 2. Localización de facultades de medicina, por regiones ASPEFAM

Existe un grupo de diez facultades, casi un tercio del total, cuya capacidad es muy limitada, varía entre 35 a 14 graduados anualmente, las que, en conjunto, apenas contribuyen con alrededor del 10% del total de graduados. Nos preguntamos si acaso ¿no sería más conveniente contar con un menor número de facultades con mayor capacidad y mejor calidad? Se observa, así mismo, que las cifras más altas de estudiantes son captadas por las universidades privadas, particularmente las que conforman el grupo de universidades societarias

con fines de lucro. Si bien este fenómeno podría reflejar insatisfacción con el sistema público, en la percepción en algunos analistas, este hecho obedece en parte a un descenso en los estándares de los exámenes de ingreso y de las pensiones para captar el exceso de demanda, a riesgo de una disminución en la exigencia académica. Las estadísticas confirman que entre la década de los noventa y el presente ha ocurrido una inversión proporcional en el número de egresados del sector privado en relación al sector público,

Universidad	Localización	Nº graduados	Universidad	Localización	Nº graduados
San Martín de Porres	Lima	338*	Pedro Ruíz Gallo	Lambayeque	60
Ricardo Palma	Lima	242*	Privada de Tacna	Tacna	59*
Antenor Orrego	Trujillo	232*	Nacional de Piura	Piura	47
San Juan Bautista	Lima	165*	Peruana de los Andes	Lima	46*
Católica Santa María	Arequipa	147*	Nac. del Altiplano	Puno	36
César Vallejo	Trujillo	137*	San Antonio Abad*	Cuzco	35
UNMSM	Lima	129	Nac. de Cajamarca	Cajamarca	33
San Pedro	Ancash	124*	Ciencias Aplicadas	Lima	33*
UPCH	Lima	112*	J F Sánchez Carrión	Huacho	31*
San Agustín*	Arequipa	106	Jorge Basadre	Tacna	30
Federico Villarreal*	Lima	100	Nac. del Centro	Junín	28*
Nacional de Trujillo	Trujillo	97	Nac. de Ucayali	Ucayali	24
Científica del Sur	Lima	81*	Hermilio Valdizán	Huánuco	23*
San Luis Gonzaga	Ica	75*	Católica Santo Toribio de Mogrovejo	Lima	14*
Amazonia Peruana	Iquitos	62			
Total					2646

Cuadro 1. Capacidad educativa de las facultades de medicina según número de graduados, 2013.
ASPEFAM (*) Privadas

correspondiendo la mayor proporción al primero; así, mientras que en el pasado el 80% de los médicos obtenía su título en el sector público, en la actualidad el 65% lo obtiene en el sector privado. Esta situación podría indicar los beneficios logrados por la inversión privada en la formación profesional médica en el país y la necesidad de una integración pública-privada para satisfacer la demanda en este campo, sin embargo, es importante y esencial en esta coyuntura la existencia de órganos o sistemas de control que garanticen la calidad de la enseñanza.

Otro hecho que compromete la capacidad docente en las facultades de medicina se debe a que el acelerado incremento en su número no guarda relación con el incremento de personal

docente calificado; como consecuencia, muchos profesores sirven a dos o más facultades a la vez, lo que limita la dedicación exclusiva o a tiempo completo, condición requerida en alto grado en la docencia en medicina. El bajo nivel remunerativo en las universidades públicas, contribuye para que muchos de sus docentes alternen su labor en las universidades privadas, las que se desenvuelven con un alto porcentaje de profesores contratados en forma horaria, contrariamente a lo que ocurre en las facultades públicas; la excepción a este patrón es la UPCH. La enseñanza en medicina requiere de guías y asesores permanentes, de laboratorios con personal altamente calificado y de prestigio para infundir en el estudiante el interés por la investigación científica. La consecuencia inmediata y más importante de tal situación es la

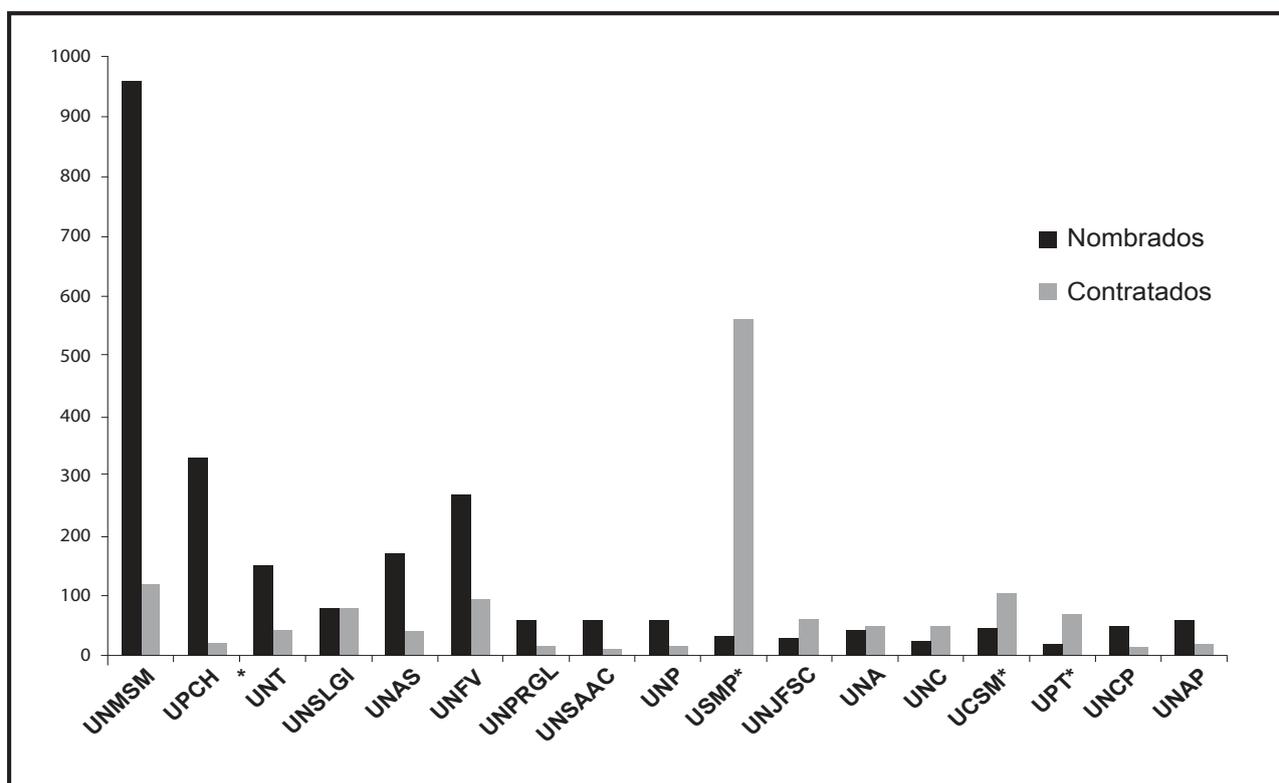


Fig. 3. Docentes en las facultades de medicina, según condición de trabajo.
ASPEFAM (*) Facultades privadas

caída en la calidad de la educación médica, tanto en el sector público como en el privado, por la pérdida horas-profesor en el primero y la escasa disponibilidad de plazas a tiempo completo o dedicación exclusiva en el segundo.

La baja actividad y producción científica en nuestro país, largamente menor que la de otros países latinoamericanos con un nivel de desarrollo comparable al nuestro, es otra evidencia de la declinación en la calidad educativa en el campo de la medicina. Tomando como indicador de la actividad científica el número de publicaciones en revistas indexadas, un análisis reciente muestra, que si bien la investigación científica se lleva a cabo mayormente (51%) en el ámbito universitario, el 80% de las publicaciones corresponde a dos universidades, la UPCH en primer lugar y la UNMSM en segundo lugar, mientras que a las restantes 33 facultades en conjunto solo les corresponde el 19%. En otras palabras, esta función esencial de la labor universitaria no es tomada en cuenta por la gran

mayoría de escuelas médicas, donde la dedicación del personal docente a esta actividad es baja y existe carencia de centros de investigación que atraigan el interés de los estudiantes. A esta situación contribuye, además, el bajo gasto en investigación y desarrollo en nuestro país, equivalente al 0.15 % del PBI, largamente inferior al promedio latinoamericano.

Adenda. Según información proporcionada por SUNEDU, posteriormente al 2014, fecha de esta conferencia, el número de facultades de medicina en el país ha continuado aumentando. Se han creado seis nuevas facultades públicas, ubicadas en Amazonas, Ancash, Ayacucho, Huánuco, Pasco y Tumbes, siete privadas, ubicadas una en La Libertad, una en Junín, dos en Lambayeque, y tres en Lima. Pero, además, cuatro facultades privadas han extendido su campo geográfico de acción mediante filiales, la Universidad César Vallejo de Trujillo ha creado una filial en Piura, la Universidad San Martín de Porres de Lima en Lambayeque, la

Universidad Antenor Orrego de Trujillo en Piura, y la Universidad San Juan Bautista de Lima en Ica.

El incremento en el número de centros formadores de médicos, a la cifra actual de 51, agrava la precariedad de la capacidad docente calificada y de la disponibilidad de campos clínicos. La creación de filiales, por otro lado, resulta ser un hecho insólito; universidades de reconocido prestigio, como la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y la Universidad Peruana Cayetano Heredia en nuestro medio y, para citar dos ejemplos, la Universidad de Harvard o la Universidad de Yale en Estados Unidos de Norteamérica, tienen una sola sede, cuyo nivel de excelencia se esfuerzan en mantenerla.

Estudios de posgrado

Se expone a continuación el análisis del panorama de los estudios de post grado o de especialización en medicina en el país. Hasta fines de los años 50 la formación de médicos especialistas se hacía bajo dos modalidades, al lado de un profesor de reconocido prestigio en la especialidad o emigrando al extranjero. Los primeros estudios formales de posgrado se iniciaron en el INEN y fueron oficializados como programa universitario en 1957 en la UNMSM y en 1973 en la UPCH.

En el registro del Colegio Médico del Perú figuran 66 especialidades y sub especialidades médicas y 24 429 médicos especialistas colegiados, pero no existe información sobre el número de especialistas en actividad. Actualmente, 22 universidades tienen programas de residentado para 55 especialidades; sin embargo, la capacidad para formar especialistas varía entre algunas que solo tienen 2 ó 3 programas y otras más de 40.

Según datos proporcionados por ASPEFAM, en el 2013 han ingresado 2 099 médicos a los programas de residentado, un número ligeramente menor que el número de médicos que salen de las escuelas de pre-grado, lo que hace suponer que la

mayoría de médicos recién graduados continúan estudios de post grado. El principal financiador del entrenamiento de post grado es el MINSA que cubre aproximadamente el 60 %, en segundo lugar está EsSalud que financia aproximadamente 30%. En este nivel de la educación médica, al igual que en la educación de pre grado, surgen interrogantes respecto a la garantía de calidad, infraestructura para el entrenamiento, capacidad docente, disponibilidad de campos clínicos propios, entre otros. Esto resulta particularmente crítico para facultades de medicina que funcionan en localidades donde no solo hay escasez de médicos generales, sino, y principalmente de médicos especialistas, situación esta última que se da incluso en algunas ciudades grandes.

La lista de especialidades y el número de especialistas colegiados en cada especialidad, así como también el número de programas de residentado existentes para cada especialidad aparecen en el Cuadro 2., donde se observa que la mayor proporción de especialistas corresponde a dos especialidades, Ginecología y Obstetricia (2 992) y Pediatría (2850), mientras que solo aparecen 150 geriatras y 109 médicos de familia. Se observa, así mismo, que esta distribución se mantiene entre los residentes que han ingresado en el 2013, con la excepción de medicina familiar que ha despertado un mayor interés, cambio que no ocurre aún con geriatría. Es notoria también la escasez de especialistas en las sub especialidades de pediatría, a diferencia de pediatría general. Es evidente la necesidad de una mejor coordinación entre las instituciones formadoras y los prestadores de salud, particularmente el MINSA que absorbe a más del 40% de los especialistas, para evitar el desfase que actualmente se observa entre la oferta y las necesidades del país. Es aparente que en la programación curricular no se toma en cuenta la transición epidemiológica y la evolución demográfica del país, cuyo resultado es el aumento progresivo de la población de adultos mayores y la mayor incidencia de enfermedades crónicas.

Especialidades	Colegiados CMP N°	Ingresantes ASPEFAM N°	Programas N°
Ginecología y obstetricia	2992	160	21
Pediatría	2850	180	21
Cirugía general	2230	114	20
Medicina interna	2080	103	21
Anestesiología	1502	143	19
Oftalmología	1049	70	14
Ortopedia y traumatología	1002	74	14
Cardiología	830	51	10
Radiología	743	75	16
Psiquiatría	699	68	9
Gastroenterología	624	51	12
Patología clínica	613	30	11
Otorrinolaringología	593	38	9
Urología	475	36	10
Dermatología	448	33	10
Neurología	442	35	9
Medicina intensiva	347	48	13
Neumología	342	32	10
Endocrinología	313	24	7
Nefrología	307	32	11
Neurocirugía	306	34	9
Cirugía plástica	300	11	4
Anatomía patológica	280	21	8
Cirugía pediátrica	268	25	4
Med. física y de rehabilitación	267	42	9
Cirugía torácica y cardiovascular	241	17	8
Med. emergencias y desastres	208	48	13
Reumatología	205	26	9
Salud pública y administración	198	25	5
Enf. infecciosas y tropicales	171	17	6
Oncología	161	38	12
Geriatría	150	29	6

Especialidades	Colegiados CMP N°	Ingresantes ASPEFAM N°	Programas N°
Neonatología	140	16	11
Hematología	133	12	7
Cirugía de cabeza y cuello	124	12	7
Medicina familiar	109	150	20
Cirugía oncológica	104	26	12
Medicina forense	85		1
Epidemiología	71		
Med. ocupacional y M A	72	22	2
Radioterapia	56	10	6
Medicina nuclear	54	7	4
Inmunología y alergia	45	3	3
Medicina intensiva pediátrica	25	4	5
Neurología pediátrica	19	2	3
Psiquiatría pediátrica	17	4	4
Farmacología	16		
Neumología pediátrica	16	3	3
Genética	15	3	3
Oncología pediátrica	13	5	3
Gastroenterología pediátrica	12	3	2
Proctología	12		
Nefrología pediátrica	11	3	4
Anatomía Hum., Histol. Embrio.	11		
Endocrinología pediátrica	8	4	4
Enf. Infec. y tropi. pediátricas	7		
Medicina hiperbárica	7		
Fisiología	5		
Cardiología pediátrica	4	4	4
Diagnóstico por imágenes	3		
Cirugía cardiovas. pediátrica	2		
Urología pediátrica	1		
Dermatología pediátrica			1
Neurocirugía pediátrica		1	1
Total	23236	6430	54

Cuadro 2. Médicos especialistas según especialidades

Ejercicio profesional del médico

Los recursos humanos son el pilar fundamental en el funcionamiento de los sistemas universales de salud, con mayor razón cuando existe un renovado interés por el reforzamiento de la atención primaria de salud. Para este propósito se requieren médicos adecuadamente capacitados, en número suficiente, adecuadamente distribuidos en el país y remunerados dignamente. Según la información proporcionada por el Colegio Médico del Perú somos 66 430 los médicos colegiados, requisito indispensable para el ejercicio profesional; es posible, sin embargo, que una fracción de éstos no esté en actividad, pero no existe información oficial a este respecto.

En el proceso de implementación de la cobertura universal en salud en nuestro país, y para el reforzamiento de la medicina social y la atención primaria de salud, donde los beneficios de la medicina moderna deben ser brindados con equidad a toda la población en todos los rincones del país, el médico es el principal recurso humano requerido. Dentro de este contexto, es llamativa y preocupante la inequitativa distribución geográfica de los médicos con afiliación institucional, cuyo ejercicio profesional está centralizado mayormente en cuatro grandes ciudades con la consiguiente escasez o ausencia en los pueblos del interior del país (Fig. 4). Solamente en Lima se concentra el 47.7

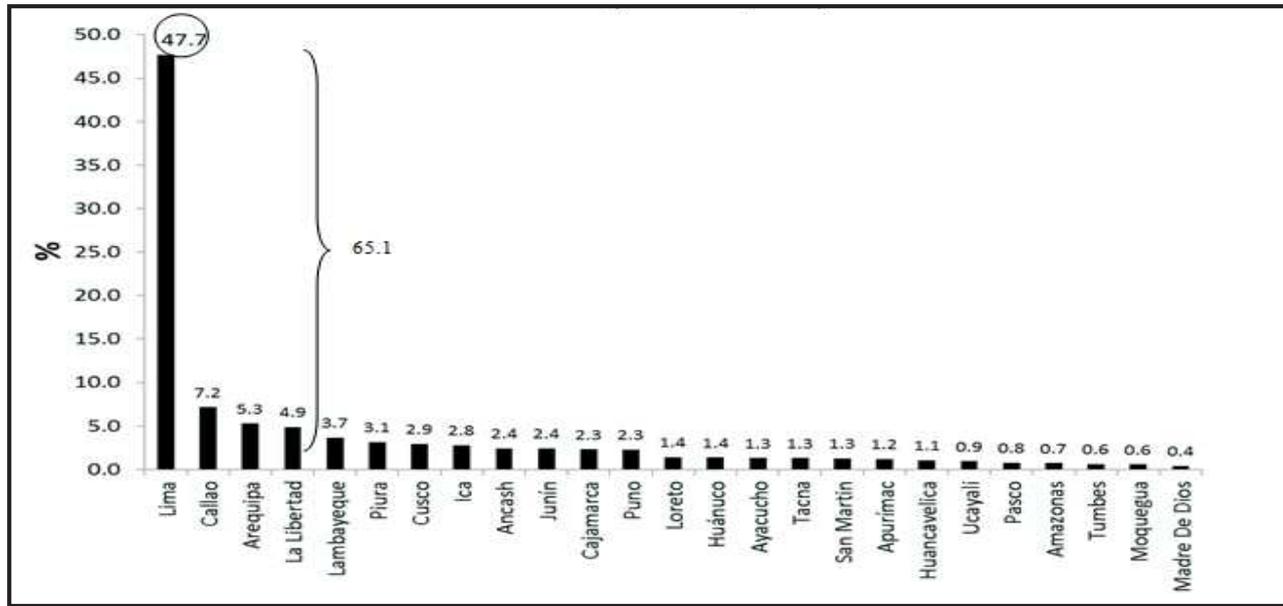


Fig. 4. Distribución porcentual de médicos generales por regiones, (Total 33 974).
Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú. MINSA.

% de los 35 064 médicos con vínculo institucional, y en conjunto con El Callao, Arequipa y Trujillo esta proporción se eleva al 65.1 %. La situación es similar en la distribución geográfica de los 17 995 médicos especialistas, el 51.2 % se concentra en Lima y el 67% en el conjunto señalado anteriormente. Esta realidad es dramática y no existe aún la fórmula para corregirla; se hace necesario que, además

de incentivos, se implementen de manera efectiva mejores condiciones para el ejercicio profesional, una adecuada infraestructura y servicios de apoyo. En relación a la descentralización de los especialistas, además de asegurarles las condiciones para la práctica de la medicina especializada, considero como una posibilidad que la financiación de los estudios de post grado por el MINSA, el principal financiador,

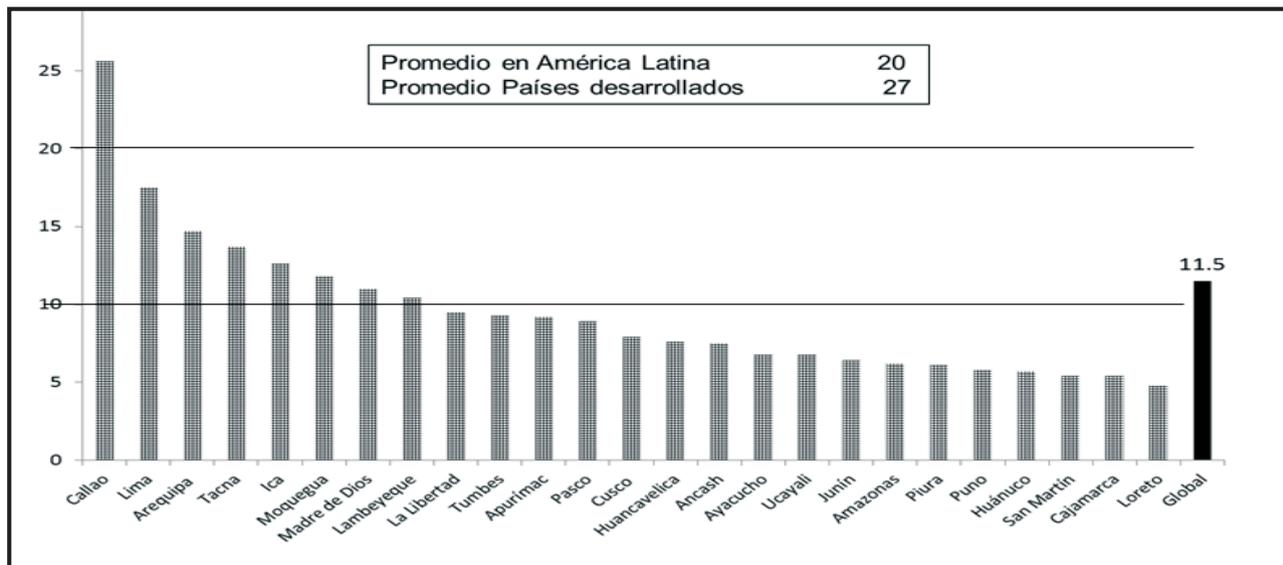


Fig.5 Densidad de médicos por 10 000 habitantes según departamento, 2013.
Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú. MINSA, 2013

sea otorgada bajo la fórmula de becas, sujetas a una cláusula que establezca la obligatoriedad de servir al estado donde los requiera por un período mínimo de un año. Esta fórmula sería similar a la que actualmente se aplica en el programa SERUMS para los médicos recién graduados.

La centralización de los médicos en las grandes ciudades gravita negativamente para que la densidad de médicos en el país sea precaria. Según recomendaciones internacionales, aunque no consensuadas, se requiere un mínimo de 10 médicos por cada 10 000 habitantes, el promedio en los países Latinoamericanos es 20 por 10 000 y en los países desarrollados 27 por 10 000. En nuestro país la densidad promedio nacional es 11.5, ligeramente por encima del mínimo requerido (Fig. 5), pero significativamente menor que el promedio Latinoamericano. Más aún, en 17 regiones la densidad está por debajo del mínimo requerido.

El ejercicio profesional del médico se desenvuelve mayoritariamente dentro del sector público y en una pequeña proporción en el sector privado. Las fuentes de trabajo las constituyen principalmente el MINSA que capta el 53.3% del total de médicos con vínculo institucional y el 42.5% de los médicos especialistas, EsSalud capta 28.8% y 30.1%, respectivamente y en el sector privado las cifras correspondientes son 10.2% y 15.4% (Fig. 6). Muchos médicos que trabajan en el sector público dedican también horas extras a la actividad privada.

Según datos del MINSA al 2012, los seguros públicos cubren al 60 % de la población (SIS 33.6%, EsSalud 23.9%, FFA y FFPP 2%), y la cobertura complementaria dada por los seguros privados sirve aproximadamente al 7 % de la población. Los esquemas remunerativos son muy heterogéneos, siendo más bajos en el MINSA en relación a EsSalud y dentro del sector privado, en clínicas y servicios

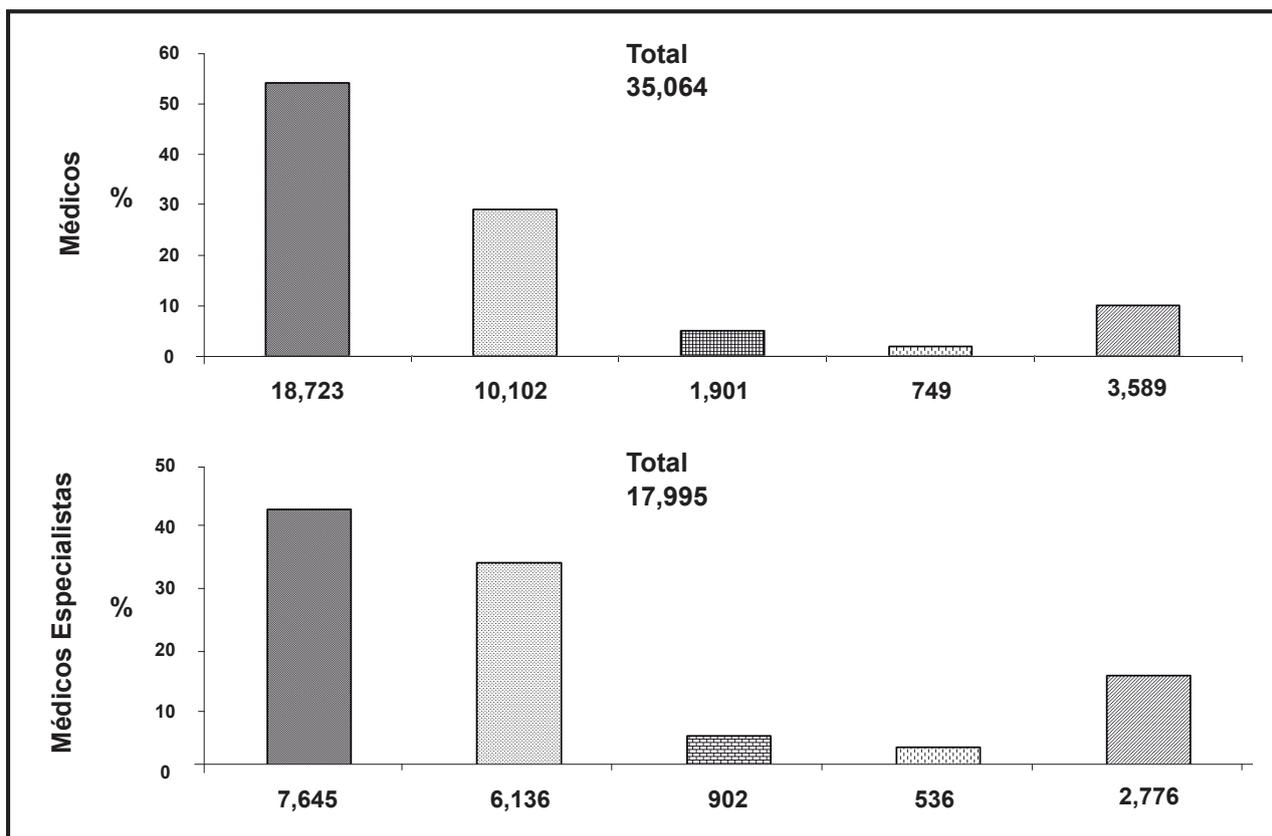


Fig. 6. Distribución de recursos humanos según institución, 2013. Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú. MINSA, 2013.

ligados a seguros de salud, el trabajo médico es remunerado en función del volumen de pacientes atendidos, situación que genera cierto riesgo en la calidad inherente a la atención masificada, y en muchos casos el médico se ve limitado en su vocación de servicio altruista, ceñido al código de ética y deontología médica, debido a las condiciones de trabajo impuestas por el sistema, tanto para el médico como para los pacientes, vulnerando así la autonomía que requiere el ejercicio de la medicina y el acto médico.

Finalmente, es importante señalar que no obstante existir una densidad de médicos precaria para cubrir las necesidades nacionales, un significativo grupo de médicos graduados en nuestras escuelas médicas migran cada año al extranjero en busca de trabajo; en período 1994-2011 han migrado 8 537 médicos, teniendo como principal destino los Estados Unidos de Norte América (29%), y en menor proporción Bolivia (14%), Chile (12%, Ecuador (9%), España (9%), Brasil (6%) y Argentina (6%). La migración de personal de salud está creando problemas para el funcionamiento de los sistemas de salud tanto en nuestro país como en otros de la región, comprometiendo no sólo la densidad, sino también la oferta laboral.

Uno de los factores determinantes de este fenómeno social es el factor económico y la expectativa de mejores remuneraciones fuera de nuestro país, y, así mismo, un cierto grado de desocupación, ya que la concentración de médicos en pocas ciudades genera la falsa impresión de tener menores oportunidades de trabajo, a lo que se suma el hecho que la oferta laboral total de médicos sobrepasa la demanda en las instituciones públicas y privadas. Este fenómeno, además de significar una pérdida de recursos humanos calificados, representa una significativa pérdida económica para el Estado por cada médico que se va fuera del país.

En conclusión, podemos afirmar enfáticamente que para mejorar la salud de nuestra población, para lograr el aseguramiento universal en salud con calidad y calidez e implementación efectiva de la renovada estrategia de Atención Primaria de la Salud, y para preservar la filosofía humanista de la medicina, es indispensable, como primer paso, mejorar la educación médica y las condiciones del ejercicio profesional del médico.

Fuentes de información

- ASPEFAM, 2013
- Dirección General de Recursos Humanos, Información de Recursos Humanos en Salud, MINSa 2013.
- Oficina de Matrícula, CMP, 2013
- INEI, 2013.
- Martínez Caro D. Los últimos 50 años. Historia, presente y futuro de la Medicina. 2013, producido por Bioética en la Red, <http://www.bioeticaweb.com>
- Giménez S. Los avances médicos más importantes de los últimos 25 años, 2012, Medicina 21, Ediciones Farmavet, <http://www.medicina21.com>
- Risco de Domínguez G. 2006, Anales de la Academia Nacional de Medicina, p. 80
- Deshumanización de la Medicina y Bioética, R Fierro Benítez Ed. Quito
- Cieza Cevallos JA. 2013. Investigación, Educación y Economía en Países Sudamericanos, UPCH
- OMS, 2006. Informe sobre la salud en el mundo. Colaboremos por la salud
- OPS, 2007. Foro Debate ¿Cuántos médicos y enfermeras necesita un país?
- Organización Mundial de la Salud. 2013. Estadísticas sanitarias mundiales
- Perú. Estadísticas de la Emigración Internacional de Peruanos e Inmigración de Extranjeros 1990-2012. INEI-OIM-Migración Perú, 2013
- Migración Calificada en Salud. Impacto Financiero. Reconocimiento de Títulos. OPS 2013
- Zevallos L y col. 2011, Rev. Per. Exp. Salud Pública 28 (2): 177
- Carrasco Cortez V y col. 2008, Acta Méd. Per. 25 (1):22