

Las especialidades médicas vista desde las sociedades médicas

Dr. Abel Hernán Salinas Rivas

Presidente de la Sociedad Peruana de Pediatría y Exministro de Salud

Ciertamente, es desafiante el tema de los recursos humanos, lo primero es identificar que, no es sino un componente de un sistema de salud *-dicho sea de paso, que es una gran pretensión de Perú, decir que tenemos un sistema de salud, cuando en realidad tenemos un conglomerado de instituciones financiadoras y prestadoras, que en forma desarticulada tratan de atender a la población-* de manera que desde ahí ya tenemos un gran reto; al tratar de buscar y facilitar el acceso a la salud de nuestra población. En este contexto, me atrevería a señalar que hay tres componentes fundamentales; por un lado, el financiamiento, que no es materia de la discusión de hoy día, pero sólo como comentario, el gasto en salud se ha ido incrementando y es cierto que todavía no tenemos el estándar recomendado por OPS/OMS, (de acuerdo al producto bruto interno) pero evidentemente se ha mejorado muchísimo y la brecha entre el gasto per cápita del seguro integral de salud y la seguridad social *-clásicamente amplia-* se ha acortado y mientras que hace algunos años íbamos por 120 dólares, el gasto por el seguro integral de salud y la seguridad social iba por 500 dólares; actualmente, la seguridad social probablemente esté por 700 y pico y el seguro integral de salud ya rebasa los 500. De manera que la brecha se ha acortado, pero evidentemente, un sistema desarticulado lo hace deficiente e inequitativo y deja mucha gente fuera. El otro pilar del acceso a la salud dentro de un sistema de salud, se ha comentado ahora, es la infraestructura y equipamiento.

Nuestra viceministra nos comentaba por ejemplo, de los hospitales en Tarapoto y es cierto en los últimos años se han hecho cinco grandes hospitales en la región San Martín y tienen gran equipamiento, pero ninguno funciona todavía y eso creo que es un tema, que es consecuencia

de este sistema, donde desarticuladamente cada día, hay más hospitales. Recuerdo que, en la reconstrucción de Ica, mientras que nosotros estábamos preocupados de hacer tres hospitales, uno en Pisco y dos en Ica; la seguridad social más rápido, hizo otro y quedaron desocupados y todavía no completan toda la oferta, de manera que eso todavía podría tener un análisis más profundo. Otro caso emblemático es Ayacucho, tiene un hospital que tiene helipuerto y que ha costado más de 500 millones de soles, más que lo presupuestado al inicio, está por inaugurarse, fue en una gestión anterior y decimos *¿realmente era lo que necesitábamos?* es importante, dejarlo ahí para la discusión. Digamos, no es la discusión de recursos humanos solamente, obviamente no los hay, pero es parte pues de lo que venimos empujando. El otro gran pilar, naturalmente son los recursos humanos en salud y se ha hablado del déficit de recursos humanos, lo primero es cierto, la fuente de información, tenemos ciertas dificultades, tenemos subregistros o tenemos informaciones parciales sólo del MINSA, no sería racional y yo entiendo que, en un sistema de salud verdadero, el Ministerio de Salud debería tener toda la información y no es posible no tenerla, pero lamentablemente así está la situación y son los grandes retos, calcular el déficit de recursos humanos.

Se menciona, de acuerdo al tipo o categoría de establecimientos, la categorización, pero también sabemos cómo venimos rezagados en la categorización y que no necesariamente se cumple y ahí tenemos otro gran reto; si es que queremos calcular nuestros recursos humanos de acuerdo a lo que cada institución o cada establecimiento necesitaría, es muy interesante la utilización del perfil epidemiológico y demográfico y eso es a todas luces importante, en locaciones donde tenemos una población mayor, seguramente

necesitaremos otro tipo de medicina de atención, del que requerirán donde existen muchas madres, muchas mujeres jóvenes en edad fértil, donde prevemos que van haber muchos nacimientos, pero otro tema importante es definir el modelo de atención y yo creo que ahí es donde hemos estado ondulantes, lo comentábamos tenemos muchos hospitales que no pueden funcionar; entonces, nos preguntamos, a que vamos a apuntar, hacia el fortalecimiento de los hospitales o hacia un modelo preventivo promocional, dando prioridad al primer nivel de atención o inclusive una atención primaria en salud. Yo creo que necesitamos tener un modelo claro, definido, pero que sea además a largo plazo, sostenible porque si no otra vez estamos en el péndulo y tenemos las grandes dificultades y encontraremos, no voy a decir el nombre, pero, seguramente ustedes lo intuyen, un presidente que puede decir hemos inaugurado 24 hospitales y eso probablemente no tiene ningún impacto y seguimos teniendo los mismos problemas cuando lo vinculamos con los objetivos de la salud pública.

El otro tema también a considerar es el mercado laboral y se han hecho ya algunos comentarios, es cierto ¿qué es lo que buscan? ¿qué es lo que hay? nuestros jóvenes médicos, los que se van formando, hoy en la mañana yo les preguntaba a los internos que pasan visita conmigo y también al residente que ¿porque se había quedado? o ¿que pretendían hacer los demás? casi todos me decían nos vamos a ir fuera y muchos se forman en los establecimientos públicos, pero ciertamente emigran al privado y el tema va cambiando hace algunos años. Yo sólo trabajé en un hospital, yo me formé en México en el pre y posgrado, pero curiosamente yo sí era de los que quería regresar, locura segura, pero hay otro horizonte ahora, que hay que revisarlo, ¿qué es lo que está pasando? ¿qué estamos haciendo? ¿por qué no se cubren esas plazas? o ¿por qué no se quedan aquí a trabajar? y es cierto los médicos especialistas se quedan en sus hospitales cada vez menos tiempo, probablemente muchos de los aquí presentes pasábamos toda nuestra vida hospitalaria en un solo hospital o tal vez dos, pero ahora los tiempos de vida hospitalaria son tan cortos como siete, ocho años y antes de los diez años ya migraron y ya abandonaron su hospital, qué es otro tema, de manera que el mercado laboral vale la pena revisarlo.

La evolución científica, hacia eso apuntamos, estamos con la tecnología, es cierto; podemos tener grandes equipos, gran tecnología y probablemente estamos

olvidando otro tipo de cosas y tendríamos que ver si esto encaja en el modelo que buscamos o no, ¿necesitamos todo eso realmente?, lo decía nuestra viceministra ¿lo necesitamos en Tarapoto? o ¿lo necesitaríamos en otra capital?, es una pregunta que deberíamos hacernos, no somos, ni uno de los acá presentes, responsables; eso así ha aparecido, así se ha desarrollado.

El subregistro, es otro tema que también cuesta mucho trabajo, nosotros podemos pensar que en tal establecimiento de salud, según nuestra nómina, en San Martín se encuentra, sin embargo, ese médico ya está destacado, no solamente un año, dos años, tres años, puede estar diez años destacado, está ocupando una plaza, figura la plaza, pero realmente no trabaja ahí y de eso tenemos varias decenas y hasta cientos de médicos, en esas condiciones y entiendo que se hicieron algunos procesos, participamos en algunos procesos de reasignación porque decíamos el médico está destacado tres, cuatro, cinco años ya hizo su familia hizo su vida a título de que lo queremos devolver, ya que se establezca, pero aun así esto continúa y vuelve el crecimiento y es una bola de nieve difícil de controlar, de manera que se hace difícil calcular el verdadero déficit y hay muchas más cuestiones que se podrían tomar en cuenta y que deberían cruzarse los indicadores para tener una cifra real de lo que necesitamos, pero todos esos cálculos van a partir cuando definamos exactamente hacia dónde queremos ir que modelos vamos escoger; Reino Unido tiene un modelo, Canadá tiene un modelo, Chile tiene uno diferente, entonces yo creo que podríamos discutir eso para saber exactamente cómo es la forma de calcular nuestro déficit y por lo tanto hacia dónde apuntamos. Sincerar fuentes de información, establecer metas y objetivos reales que va de la mano con el diseño, el diseñar los indicadores correctos, creo que hay muchísimas formas de hacerlo. El Dr. Carrasco mencionó algunos y evidentemente hay forma de hacerlos y naturalmente esa definición tiene que estar inmersa en una política de formación, desarrollo y gestión de recursos humanos, que yo creo, que poco puede continuar o puede consolidarse una política por más buena que se vea, si no es sostenible, porque no es continuada o porque si no obedece a un sistema que no estamos planeando, no quiero ser redundante pero ciertamente si no lo abordamos el problema desde esa óptica siempre vamos a estar lamentándonos y vamos a tener muchísimas opiniones diferentes y no vamos a poder avanzar en ese tema.

La formación del recurso humano, es un proceso que inicia desde el pregrado y el posgrado, es cierto, tenemos un incremento notable de Facultades de Medicina, no me toca, ni me corresponde, desacreditar a ninguna, pero es evidente que la formación del recurso humano, del médico por ejemplo ha variado muchísimo, tanto así, que por alguna razón se desarrolló a propuesta de la Asociación de Facultades de Medicina, el examen ENAM, que era un tema de más o menos ir evaluando, cómo estaban saliendo nuestros jóvenes médicos y que naturalmente después inclusive forma parte de la calificación del ponderado para acceder a un servicio social o SERUMS, ahí también deberíamos discutirlo, es decir el servicio social que apareció en el año 72 como ley de servicio social de la Amazonía y que se reglamentó en 1975, como el SECIGRA, era un servicio social, que era un requisito para obtener el título por la universidad, obviamente tenía el inconveniente de no tener un registro del colegio médico, necesario para ejercer, pero esa era la lógica y que después cambió a un servicio rural urbano marginal cuyo únicos dos requisitos para acceder eran: ser titulado y estar colegiado; al inicio la forma de escoger dónde va el serumista era mediante sorteo, era un método tal vez, no tan confiable, si se quiere decir de alguna manera y entonces luego se hace un mecanismo, mucho más ordenado donde se trata de poner digamos la nota promedio ponderado de la carrera y la del ENAM y en ese orden de ideas establecer una suerte de méritos para poder acceder y eso es posible, cada nota del ponderado o del ENAM, juega su propio peso para ocupar un orden de méritos independientemente si tenían 18, 20, 14, 10, no lo sé, el que ya tenía título, se encontraba en condiciones de hacerlo y tal vez en esto del SERUMS y lo quiero comentar un poco porque pudiera convertirse en una traba estamos hablando de ¿cuántos años necesitaríamos para completar este déficit de especialistas? así sean 16.000 especialistas, la cifra que se encuentre probablemente necesitamos una buena cantidad de años, pero curiosamente, no solamente necesitamos muchos años sino que no se cubren las plazas y algunas que son sumamente importantes entonces, y decía yo, si el SERUMS -y no lo vengo a cuestionar-, es un requisito previo para hacer la residencia, nosotros comenzamos a utilizarlo para llenar el primer nivel de atención, nos confundimos probablemente y seguramente teníamos 1,000 serumistas y ahora tenemos muchísimos serumistas y tratábamos de llenar el primer nivel de atención diciendo bueno, con eso vamos a cubrir, cuando el serumista tiene otra lógica, el que va, indaga cómo puede asistir solamente

dos veces a la semana o puede tener 15 días libres, si tiene internet o no tiene internet, gana puntos o no gana puntos, va a postular a la residencia o tiene otra idea; esas preocupaciones y su compromiso con el primer nivel de atención y lo que significa ese modelo de atención es algo absolutamente diferente. Entonces nos hemos engañado muchísimo y sin embargo lo exigimos como un requisito, digo yo, bueno lo discutíamos el otro día, que pasaría como en otros países si este servicio rural se hace no como un requisito para entrar a la residencia, sino durante la residencia, en el segundo, tercer año, cuando lo haga, va a ser mucho más útil, ese residente, en ese otro nivel, que antes como un requisito le estamos poniendo una traba, igual para medicina familiar con mayor razón todavía o medicina comunitaria, entonces yo creo que sí deberíamos ver si ese modelo, lo estamos llevando, que nació con muy buena intención, pero lo hemos ido deformando probablemente y lo estamos llevando a convertirse en una propia traba para alcanzar el número de especialistas que necesitamos.

Los programas de las universidades, siendo tantas, probablemente requieran una estandarización mayor en líneas generales que en otros países.

Por ejemplo México, es cierto la mitad de los especialistas se acogen al programa o pertenecen al programa de la UNAM, claro es mucho más fácil manejarse, aquí tenemos más programas, no es tan fácil consolidarlos y dependen mucho del prestador, lo cual tiene sentido cuando el prestador califica ese programa pero cuando se sale el programa, ustedes pueden encontrar y lo podemos ver en pediatría el manejo de un pediatra respecto a una patología común como puede ser la neumonía adquirida en la comunidad, un manejo absolutamente diferente, dependiendo del hospital donde se ha formado, los infectólogos nos pueden criticar y podríamos estar usando ceftriaxona en exceso por ejemplo, no cabe en el protocolo, pero estoy seguro que depende mucho de donde se formó uno y creo que ahí entonces necesitamos tener muchísima más presencia, lamentablemente las universidades pero también el Estado, porque tiene que obedecer a lo que son las necesidades. Hace algunos años cuando se trabajó el Plan Nacional Concertado de Salud, se vio este tema de recursos humanos y me tocó ver el trabajo que se había hecho, y casi casi completarlo pero no lo llegamos a completar, porque nuestro Plan Nacional Concertado que había recogido las prioridades sanitarias y que también estaban ahí las de recursos humanos por los propios actores en cada una de las

regiones fue sustituido por un Plan Concertado de escritorio, de un gabinete, es decir, como que nosotros nos reuniéramos acá o ustedes se reunieran que conocen el tema y tomarán las decisiones obviando las necesidades o las prioridades sanitarias que tenía la población en las diferentes regiones, lamentablemente eso ocurrió, entonces entramos pues en un tema, de otra vez de tener que ordenarnos, qué pasaría si los programas son un poco más estandarizados, en pediatría por ejemplo, dato que se ha mencionado, solamente después de la Academia Nacional de Medicina, la Sociedad Peruana de Pediatría es la más antigua, estoy en lo correcto y cierto, tenemos un número muy grande de especialistas, pero otra vez incidir en que, si lo que vamos a apostar es por el modelo de atención primaria o primer nivel de atención, también, qué son dos cosas diferentes, es cierto que podríamos utilizar un modelo estandarizado, nosotros en la sociedad llegamos a hacer una propuesta del GPEC que es un programa global que han adoptado algunos países y que debería discutirse, podría ser una alternativa interesante, no solamente para estandarizarnos sino para los intercambios que se quieran hacer, cuando vemos y nosotros en la sociedad lo hemos discutido muchas veces, las necesidades por ejemplo de pediatría, qué es nuestro tema, pero viendo esto se va alargando, yo creo que nuestra propuesta debiera ir orientado hacia la formación de un pediatra mucho más integral, que sea capaz de abordar tópicos relevantes, es decir nosotros tenemos mortalidad infantil y tenemos un componente de mortalidad neonatal, que no se mueve mucho, que nos cuesta trabajo bajarla y prácticamente no ha bajado mucho. La Dra. Maldonado, está aquí y seguro me puede corregir, pero eso no ha bajado mucho y nosotros estamos pensando que necesitamos más neonatólogos para solucionar eso, cuando en realidad la mortalidad neonatal está muy vinculado al control prenatal y probablemente estamos orientándonos a pensar que necesitamos más neonatólogos y estoy seguro que un pediatra con buena formación en neonatología, sin ser subespecialista en neonatología, estoy seguro que tiene la capacidad para resolverlo, por ejemplo en el sector privado nosotros ya tenemos residentes de pediatría por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y entre otras cosas estamos, -sin salirnos del programa- porque aquí está el decano y no puedo decir algo diferente, pero en todo el primer año por ejemplo y aterrizando alguna idea, el residente de pediatría puede rotar en todas las

especialidades que le toque al R1, R2 y R3, pero el R1 hace guardias solamente en emergencias, el R2 hace guardias solamente, durante todo el año, en neonatología y el R3 hace guardias solamente en cuidados intensivos pediátricos; de manera tal que le vamos a dar una fortaleza consistente, tenemos problemas con los pediatras intensivistas, no los disponemos pero estamos seguros que vamos a tener pediatras, por lo menos eso es lo que auguramos, que van a tener mayores capacidades, porque va a ser un pediatra mucho más integral en ese caso.

Finalmente comentarles acerca de la certificación y recertificación, no voy a discrepar con nuestra decana de ninguna manera, pero aquí tenemos cosas, el título lo dan las universidades, luego la recertificación el colegio, la certificación y la recertificación, cosa que viene siendo buenísimo porque antes no existía eso, creo que debería ser un compromiso importante de todas las sociedades científicas, ingresar directamente al proceso de la recertificación y hay muchas experiencias de muchos países, no pretendo que sean las sociedades científicas las que certifiquen, pero si las que recertifiquen, en muchos países son las sociedades científicas las que tienen las capacidades para recertificar y tienen los mecanismos, y probablemente eso podría involucrar más a todas las sociedades científicas porque creo que hemos vivido paralelamente a lo que acontecía, simplemente haciendo comentarios, lo puedo decir sin ninguna pretensión, pero el haber pasado una parte de mi vida asistencial en un hospital público y luego haberlo combinado con la práctica privada, pero el haber también tenido experiencias, en los últimos años, en el tema de gestión y de mirar el sistema de salud de otra forma, me obliga a pensar que no podemos seguir haciendo más de lo mismo, necesariamente si queremos cambiar, si queremos resultados diferentes, tenemos que hacer cambios importantes, pero que esos cambios sean producto del consenso, naturalmente de la participación porque todo el mundo tiene una verdad que decir, pero que una vez que se acuerde debería ser sostenible y yo creo que nosotros y se lo pido a la decana, como orden médica, deberíamos ser impulsores de ese cambio, sostenible y consistentemente proyectado a desarrollar en el mediano plazo, un verdadero sistema de salud en nuestro país, que tenga entre sus atributos más importantes: equidad, integridad y protección social.