

Sistema de salud del Reino Unido y los especialistas

Mrs Agnes Annells

Representante de la Embajada Británica en el Perú

La colaboración en temas de salud entre el Reino Unido y el Perú está en incremento. Sabemos que en el pasado la cooperación fue amplia entre nuestros países, pero es de mucho interés de nuestra actual embajadora aumentar la colaboración, en especial en los temas de salud. Agradezco la oportunidad para hablar un poco sobre el servicio nacional de salud del Reino Unido, y sabemos que muchos de ustedes están pendientes de esta información. Nuestro sistema de salud para los británicos es un orgullo nacional. No sé si se acordaran de la ceremonia de apertura de los juegos olímpicos en Londres en el 2012, hubo toda una parte dedicada al servicio nacional de salud británico, fue impresionante y era una de las cosas que nosotros quisimos compartir y enseñar a todos en este momento tan importante para el mundo. Entonces voy a hablar un poco sobre el sistema de salud británico para que conozcan un poco del contexto y luego un poco sobre cuál es la ruta hacia las carreras más especializadas.

Es importante destacar que casi la mayoría de la población de Reino Unido está usando nuestro servicio de salud nacional de salud (NHS), el cual es un sistema público. Son 66 millones de personas que están usando este sistema, por esta razón es una necesidad que nosotros estamos trabajando permanentemente con las personas para acercarlos al sistema, poniéndolo en el camino correcto para que ellos puedan encontrar el tipo de servicio que necesitan. El NHS está dividido por áreas geográficas, por lo que hay diferentes fideicomisos del NHS en todo el país, y la mayoría de estos están localizados en las comunidades. Voy a explicar un poco más como funciona. Estamos atendiendo a más de un millón de pacientes cada 36 horas, 16 millones de personas cada año, 10

millones de operaciones médicas por año. Tenemos un enfoque para integrar cuidados primarios y comunitarios, así como, tenemos una innovación constante, lo cual es muy importante. Los médicos que están tratando a los pacientes también están involucrados en investigación y ellos están incorporando nuevos conocimientos, técnicas, innovaciones a su trabajo. También tenemos altos niveles de satisfacción de los pacientes, 80% refieren estar satisfechos con el servicio que reciben. Las actuales prioridades del servicio de salud son diabetes, cáncer, cuidado y apoyo de enfermedades crónicas, embarazo y salud mental. La referencia (canalización) de los pacientes es un reto grande, así como, canalizar a los pacientes a las especialidades correctas, cuando el caso lo requiera, teniendo en cuenta que la mayoría de los pacientes son atendidos por un médico general. También tenemos otras alternativas para que la población llegue a servicios especializados, sin necesidad de ser evaluado previamente por un médico, tales como, atención telefónica y también una plataforma digital para que las personas que están preocupados por un síntoma que tienen reciban una orientación. El primer nivel de atención es el triaje, antes de acercarse a un servicio de salud, lo cual lo cual disminuye la sobrecarga del sistema. Voy a intentar explicar cómo funciona esta canalización. Toda la población tiene el derecho a registrarse en un centro de salud de cuidados primarios los que están localizados en su comunidad, en su barrio; allí hay médicos y enfermeras que tienen conocimiento y habilidades clínicas generales y ellos pueden derivar a los pacientes a otros servicios o especialidades si fuera necesario. El siguiente nivel de atención son los hospitales, o cuidados comunitarios más especializados y centros de salud mental. En los hospitales los médicos son especialistas en áreas

específicas, como aquí, son los especialistas. Ellos solo ven a pacientes que son referidos por los servicios de cuidados primarios, gente que ya ha visitado los servicios de salud en su comunidad, o en su barrio a través de una cita. Los pacientes que requieren cuidados de emergencia normalmente van a los hospitales para acceder a una atención de emergencia y no requieren una cita previa. También hay centros de especialidades para tratar condiciones de salud mental y si la persona no puede recibir cuidados en su hogar, entonces también hay otros servicios comunitarios con enfermeras y terapeutas, que incluye cuidados para recién nacidos, que los visitan en sus casas, supervisan cómo evolucionan, incluyendo a las madres con sus bebés. Finalmente, hay un sistema de servicios terciarios especializados, como es el London School of Hygiene & Tropical Medicine, que son hospitales de referencia, muy conocidos, con un enfoque muy especializado, pero esto es solo para los casos muy raros, que requieren atención muy especializada y son referidos desde otras regiones de todo el país, por un experto que se encuentra allá. Estos hospitales suelen tener vínculos muy fuertes con instituciones académicas y de investigación, la mayoría sí son parte de universidades, centros de educación e investigación.

Al inicio de mi exposición, mencioné la distribución de los servicios de salud por área geográfica, tema que voy a ampliar. En cada zona el NHS está organizado por fideicomisos, el cual gestiona los servicios que se presta, evaluando cuales son las prioridades en cada área en particular, y los servicios necesarios para las poblaciones en cada área. Todos estos servicios tienen médicos en los niveles I y II, de cuidados primarios, así como hospitales. Entonces no hay necesidad de viajar a Londres u otras ciudades más grandes para acceder a los servicios especializados. En todos estos lugares también existen alianzas con las universidades locales, un ejemplo en Nottingham donde yo nací, tenemos el Nottingham University Hospital NHS Trust, el Queen's Medical Centre y esto para una población más o menos del tamaño de Trujillo. Allí disponen de 37 especialidades médicas, desde medicina diabética hasta demencia, y servicios de terapia ocupacional. Para que ustedes tengan una idea, la distancia a Londres es de 2 horas en tren, más o menos 3 horas en carro; entonces no tienen que viajar a otra ciudad, porque en Nottingham pueden tratarse adecuadamente y cerca de sus familias. Los niveles de satisfacción son buenos.

En relación a las entidades reguladoras del sistema, en el ámbito financiero existe "NHS Improvement", entidad que asegura que haya servicios de alta calidad, consistencia en la seguridad, sostenibilidad financiera en el servicio que se está brindando, evalúan la calidad del servicio, sus resultados y satisfacción de los pacientes, así como, del personal que trabaja en los servicios. "Care Quality Commission" es una entidad reguladora independiente. Ellos hacen inspecciones en todos los niveles del servicio de salud. También tenemos "NHS Digital" que es una manera para que la población pueda acceder a la información, pero también proporciona información de cómo están funcionando los servicios, entre ellos, la seguridad de los medicamentos, productos y equipos. El "MHRA" este es nuestro DIGEMID, ellos están vigilando la seguridad y calidad de las medicinas, equipos médicos y otros productos, desempeño de los médicos "GMC" eso es donde se registran, se certifican a los médicos y aseguramiento de los estándares. "NICE" es el Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Cuidados y elaboran las guías y recomendaciones basadas en las evidencias. También proporciona información al público sobre los cuidados que pueden esperar y cuando acceder al servicio. Todo esto es público, está en la web donde también hay guías sobre protocolos que deben de seguir en diferentes situaciones. A grandes rasgos voy a comentar cómo funcionando nuestro sistema para el entrenamiento de los nuevos médicos especialistas, ya que tenemos 76 especialidades, Creo que es casi igual que aquí o casi igual. Nosotros tenemos tres pasos:

El primer paso es obtener un grado en medicina; para lo cual existe un programa para estudiantes de medicina. El segundo paso, es la práctica clínica y en el Reino Unido dura 2 años, por lo que para obtener el grado dura 4 años; estos ya son médicos que ya están calificados. El tercer paso es la especialización y eso toma, dependiendo del tipo de especialización entre 3 a 7 años; por ejemplo, es 3 años en medicina general familiar, pero 7 años para anestesiología. Se puede trabajar a partir del primer año del Foundation Programme, y durante toda la especialización. De hecho, toda la formación es continua y se hace trabajando y completando la formación al mismo tiempo en alguno de los hospitales del sistema. Para canalizar a los estudiantes a las distintas especialidades se hace un estudio de mercado, en base

a las necesidades del servicio y se determina cuantos especialistas se necesita por cada área. Esto se hace todos los años y luego se abre la convocatoria por ese número específico de plazas. También se usa los ratios de competencia, lo que permite identificar cuáles son las especialidades más populares, menos populares y se toman acciones para intentar recalibrar esta diferencia. En la mayoría de los casos hay más postulantes que plazas, por ejemplo, en psiquiatría para la tercera edad en el Reino Unido no hay suficientes postulantes y es un reto enorme tenemos porque la población está envejeciendo más rápido que en otros países, pero esta especialidad no es tan popular, creo que en el 2017 hubo 66 plazas, pero sólo hubo 52 postulantes, entonces es una deficiencia en esta área. Otra forma de como canalizar a los estudiantes a las distintas especializaciones, se hace a través de la Asociación Médica Británica (que es como el sindicato de médicos), quienes ofrecen orientación acerca de las especializaciones dentro y fuera del NHS. Para aquellos que trabajan en un servicio privado se explica las opciones de carrera para los médicos en estas áreas. La idea es que cada estudiante pueda conocer, explorar las distintas especializaciones a través de guías, entender y reforzar el entrenamiento, por ejemplo, casos de estudio y también con herramientas interactivas. Entre ellas, por ejemplo, una que dice “¿estás pensando en qué especializarte?” con mensajes para estudiantes de secundaria en adelante. Se les preguntan cosas como ¿le gusta trabajar en equipo o no? o ¿qué estilo de vida quieres? ¿te importa si estás trabajando todo el día? o ¿te gustaría tener algo más estable? son cuestiones no completamente no vinculados con la carrera médica, pero con eso les ayuda a pensar donde quiero trabajar en el futuro y que especialidad sería mejor para ellos. Entonces desde esta edad hasta cuando sean médicos ya calificados están recibiendo asesoría.

Creo que eso es más o menos todo lo que yo tenía que compartir con ustedes y les agradezco mucho vuestra atención.

PANELISTAS

Dr. Manuel Rodríguez

Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia

Buenas noches, quiero agradecer la invitación a este importante simposio. Particularmente, es mi segunda oportunidad que estoy acudiendo a La Academia

Nacional de Medicina, y los nervios son los mismos que ha referido el Dr. Víctor Carrasco, así, que no hay mayor diferencia. También quiero saludar a Agnes, porque tuvimos la oportunidad que nos visitaran a la UPCH con la embajadora y ratifica lo que mencionó en esa oportunidad, su preocupación por los temas de salud e incrementar la cooperación entre nuestros países.

En relación al tema de ¿Cómo resolver la falta de especialistas en el país?, en las diferentes representaciones que han habido previamente nos han mostrado el panorama en cifras fundamentalmente y yo como representante de una institución formadora de personal de salud, quiero señalar que nuestra perspectiva también tiene que complementarse con lo que en un momento se mencionó, no es solamente saber cuántos especialistas necesitamos, sino de la calidad de nuestros especialistas y eso creo que es nuestra principal tarea como universidad, como facultad de Medicina. Particularmente pienso que nosotros tenemos la obligación, no solamente de recibir a estos jóvenes que quieren buscar mejorar su perfil profesional dentro de un área de especialidad, sino además de dotarlos de las competencias profesionales y técnicas, así como, formarlos como personas. Creo que es una tarea ineludible que tenemos como facultad, para poder alcanzar estos objetivos, yo pienso que las universidades y las escuelas de medicina, con sus programas de segunda especialización, tienen que preocuparse de tener programas bien estructurados y no simplemente de programar una serie de rotaciones y rotaciones a ciertos servicios. Es cierto que la dinámica del trabajo asistencial, que es intenso, los va a obligar a aprender, pero eso no es suficiente. Creo que nosotros, tenemos que tener claro, lo que vamos a ofrecer para cada especialidad y lo que vamos a programar en cada rotación. Tenemos que tener claro cuáles son los objetivos que nosotros planteamos, cuando ese residente haga una determinada rotación o pase por un determinado servicio. De igual manera tenemos que erradicar lo que es improvisación; a veces abrimos programas y decimos, bueno el primer año van a rotar acá o allá, y el segundo año ya veremos, ya veremos a dónde rotan; yo creo que eso también tiene que eliminarse esa informalidad. Por otro lado, también vemos un problema que es bastante álgido. A veces una universidad ofrece una especialidad en diferentes sedes y al finalizar el programa encontramos cierta heterogeneidad, es decir, un residente que se formó en una sede, no necesariamente tiene las mismas competencias que tiene otro residente formado en otra sede. Entonces, tarea de la universidad es procurar

que todas las sedes tengan el mismo programa, y que los residentes tengan la misma oportunidad o que estén expuestos a similares experiencias que les permita una formación para alcanzar con ciertos estándares mínimos y que podamos decir, independientemente de que hospital fue su sede, que todos los residentes formados en una determinada universidad tienen las competencias más o menos similares. Para poder cumplir con este objetivo, también tenemos que preocuparnos en capacitar a los médicos que van a entrenar a los residentes. Actualmente no hay un estándar para el postgrado de las especialidades. Es por eso, que saludo la iniciativa que ha tenido ASPEFAM, que está proporcionando módulos para la formación de médicos para que aprendan a ser tutores de residentes. En la actualidad la mayoría de los tutores enseñan en base a su experiencia personal, como ellos fueron entrenados; así me enseñaron, así yo enseñé. Es evidente que se necesita incorporar otros elementos para que estos tutores tengan un mejor desempeño.

Otro elemento fundamental que tenemos que incluir en nuestros programas, son los sistemas de evaluación. Les confieso, que son muy diversos en nuestras especialidades, unos tienen un sistema y otras especialidades tienen otros. Algunos solamente exploran la parte cognitiva, otros ni siquiera esto. Esto, además influye en la calificación del residente, con otras que no califican lo mismo. Entonces tenemos que tener un poco más de racionalidad a la hora de evaluar y sobre todo de asegurarnos que el residente tenga el perfil que nosotros hemos procurado ofrecerle o que queremos alcanzar. Otro aspecto que también somos deficitarios es el monitoreo constante durante su formación. Con frecuencia no tenemos la suficiente capacidad de poder hacerle un feedback y decirle tú no estás yendo bien o estás yendo más o menos; simplemente observamos si está cumpliendo con las actividades que se le ha programado, pero no estamos haciendo un seguimiento académico de su desarrollo como residente. Por ejemplo, si en la mitad del primer año ha alcanzado el entrenamiento que necesita para completar adecuadamente el primer año de la residencia. Es por eso, que al final del entrenamiento, tenemos dentro de un mismo grupo de residentes, en una misma sede, una heterogeneidad. Hay recientes muy buenos, otros más o menos y otros que no sabemos ni siquiera como han llegado al tercer año. Esto también va de la mano con algunos elementos que nos preocupan como Universidad en las sedes hospitalarias, como son dotarles a los residentes de las condiciones óptimas para que puedan hacer su buena residencia.

En algunos casos tenemos los hospitales que utilizan a los residentes como mano de obra barata y muchas veces en desmedro de su propia formación. O sea, los ponen a trabajar, hacer una serie de cosas, más labores asistenciales y poca o nula labor académica. Otro tema sensible y controversial, es el tema de las guardias, el tema de las horas de descanso, temas que han estado en permanente revisión en los últimos tiempos. Yo creo que también, es importante que la universidad preste apoyo, igual como le debe prestar a cualquier estudiante, nosotros nos preocupamos mucho tanto por los alumnos de pregrado como los alumnos de posgrado de especialidades. Quizás no le prestamos la misma atención, yo me quedé un poquito sorprendido cuando en una reciente reunión que tuvimos en la universidad porque celebramos 50 años de la residencia en Cayetano Heredia, tomamos conocimiento que tenemos en el nuestro programa 783 residentes, 40 personas menos que pregrado en ese mismo periodo; prácticamente la misma cantidad de alumnos en el pregrado y residentes. La Facultad en la parte del pregrado tiene una gran infraestructura, pero en las especialidades solamente tenemos un jefe de especialidad y punto y una dirección de posgrado. Tenemos que también entender que hay que programar recursos adecuados, así como, una estructura organizativa, de tal forma que podamos manejar. Para no extenderme más, hay dos cosas que quiero comentar: yo pienso que el Sistema Nacional de Residentado, ha sido necesario que sea concentrado, debido a que había muchos altibajos, muchas desigualdades. CONAREME tiene una labor, pero también genera problemas. Ya atenta el desarrollo del programa de residentado; por ejemplo, Rosa mostró que las admisiones suplementarias que hubo en el 2014-2015, realmente trastocó el programa, porque teníamos residentes con diferencia de tres meses y fue un problema articular las rotaciones; tuvimos una serie de problemas. Actualmente tenemos un problema muy serio con ESSALUD. CONAREME ha establecido claramente los residentes cuando van a rotar a un servicio de un hospital no deben de cobrarles, pero ESSALUD nos ha puesto una barrera, diciendo que no solamente debemos pagar por los residentes que rotan en el hospital, sino también por los residentes nativos. Un residente nativo es aquel que postula una plaza por nuestra universidad pero cuyas es por ejemplo el hospital Rebagliati, entonces por ese residente ESSALUD nos está cobrando; tenemos que pagarle por cada uno de ellos, lo cual está en contra por lo dispuesto por la norma del CONAREME, pero ESSALUD, se refugia que es otro sector, el sector trabajo y que la normativa que el sector salud, no le competen

directamente o no tiene porque digamos sumarse a esta situación. Como consecuencia de este problema nosotros hemos tenido que retirar los residentes de los servicios de ESSALUD porque no es dable que un residente paga 840 soles por mes ESSALUD nos cobra 350 o 370 soles por residente por mes. Gracias.

AA Dr. Gerardo Ronceros Medrano

Decano de la Facultad de Medicina de San Fernando de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Deseo tratar 5 puntos muy rápidamente. El primero es el tema de la rectoría del Estado, fundamentalmente del MINSA y también de CONAREME sobre el residentado médico, y cuando Claudia nos contaba que no puede tener el número total de médicos, ni puede calcular la brecha porque ESSALUD no le pasa la información o porque los privados tampoco pasan la información, ¿entonces frente a que estamos?. El tema no es CONAREME, no es el MINSA, no son las universidades, es el país porque el país lo que necesita son especialistas, porque de eso se trata la salud de las personas y sobre todo de los más pobres. Entonces hay que fortalecer la rectoría del MINSA en el tema de salud y fortalecer a CONAREME en el tema del residentado médico, es fundamental. Nosotros vemos que ESSALUD, por ejemplo, en el tema de las plazas, las entregan el mismo día que se cierra en el cronograma para recibir las plazas y no hay forma de cambiarlas. En consecuencia, nosotros nos llevamos sorpresas desagradables, por cierto. En algún año, nosotros hemos perdido el 20 o el 30% de las vacantes de San Fernando para el residentado médico en ESSALUD a favor de otras universidades y no pudimos hacer nada, porque ya estaban en el sistema; ya se habían cambiado. Esto no puede ser posible, porque es una es una injusticia terrible, por lo que fortalecer la rectoría es fundamental.

El otro punto importante, que es difícil, es calcular las brechas; es complicado calcular cuántos especialistas faltan, tenemos cifras discordantes inclusive entre cuántos médicos especialistas existen, lo que hace difícil reducir las brechas. Lo que sí sabemos es que especialidades nos faltan, y en dónde nos faltan. Por ejemplo, yo siempre cuento lo que Ernesto Salazar, un médico de Loreto, nos contaba. Él es el único neurocirujano que existe en Loreto, ya se jubiló y entonces ahora no hay neurocirujano del MINSA en Loreto; no hay traumatólogo en el MINSA. En la ciudad hay 1 o 2 traumatólogos y ustedes cuando viajan a Iquitos ven cómo se movilizan los loretanos, principalmente a través de sus mototaxis, y existen una cantidad impresionante

de accidentes y que no van a poder atenderse porque ya el neurocirujano no está, y hay 2 traumatólogos en ESSALUD pero que pueden atender a los accidentados que no pertenezcan a ESSALUD; entonces los problemas son serios. Yo creo que el Estado al margen de la ley, no quiero decir con esto que no se cumpla la ley, pero las leyes se deben cambiar, y una ley como la que tenemos actualmente que no ha resuelto el problema de la cantidad de especialistas en el país, no es una buena ley, entonces tendríamos que reformular, tendríamos que hacer algo que permita que se cumpla. Creo que si nosotros logramos que el MINSA y CONAREME asuman la rectoría total y que ellos manejen las plazas podría ser muy importante y solucionaría parte de los problemas.

El otro punto es las modalidades del programa; de acuerdo con la ley del residentado nosotros tenemos dos modalidades: el programa regular qué es el que conocemos y tiene una duración de 3 o de 5 años, dependiendo la especialidad y la otra modalidad, es el programa de adquisición y evaluación progresiva de competencias, que todavía no se ha desarrollado y qué necesitaría ser desarrollado. ¿Qué significa esto? que un médico puede obtener la especialidad a través de la adquisición de competencias. Así, después de un concurso el médico puede venir a un hospital, imagino que en Lima o en otras capitales de departamentos, donde están las especialidades. Ellos van a aprender o desarrollar alguna competencia en la especialidad que se requiere, por un período de dos o tres meses; se le acredita esa competencia que ha logrado y vuelve a su sitio de origen. Tres meses después nuevamente regresa al hospital de referencia para desarrollar otra competencia; al cabo de un tiempo, tendremos un especialista que se ha preparado, ha consolidado sus estudios y ya está en la capacidad de recibir un título de especialista, pero además ha servido durante un tiempo a su región. No lo hemos extraído totalmente de la región donde trabaja y ha podido brindar sus conocimientos en ese tema; esta modalidad es muy importante tendría que desarrollarse. El año pasado nosotros estuvimos con Claudia reunidos a propósito de este tema y esperamos que este año pueda consolidarse. Voy a decir una herejía seguramente para algunos, pero creo que todavía la titulación por competencias, así con los problemas que tenemos, debería de permanecer en Cayetano y San Fernando. SUNEDU no está reconociendo la titulación por competencia y no creo que SUNEDU, que es otro de nuestros problemas, consiga el ordenamiento legal por no reconocer las actividades de la universidad. Lo que nos

han dicho a nosotros, es como no existe su reglamento, no lo pueden reconocer y por lo tanto, no están inscribiendo las especialidades obtenidas por competencia. De alguna manera esto va a tener que ser restablecido, qué va a pasar con aquellas especialidades que todavía no tenemos o subespecialidades que todavía no tenemos y que en algún momento necesitamos; ¿quién va a ser el que acredite los campos clínicos para empezar o quién va a ser el tutor de los residentes?, tiene que ser un especialista en el tema y cómo vamos a conseguir esto?, en la actualidad la única manera es titularlo por competencias.

El otro tema, que a mí me parece importante es el tema de las regiones. También va un poco contra la ley; también lo discutimos con Claudia en algún momento. Por ejemplo, Loreto y Puno, tenían dinero dentro de los presupuestos de sus regiones para financiar médicos para que sean capacitados; ellos pagaban toda la secuencia de capacitación, pero no hay el mecanismo legal para que eso ocurra. Ellos tienen que ingresar al sistema que tenemos actualmente o sea por concurso, abierto para todos, cuando podría generarse un concurso específico para la región, con dinero de la región; estos médicos se quedarían en la región y solucionarían bastante los problemas que tenemos actualmente.

Finalmente, estamos dirigiendo dos tesis de doctorado sobre el tema, una se ha hecho en Lima y la otra se está haciendo en Ayacucho, Huancavelica y Apurímac. La pregunta de investigación es ¿Por qué los médicos se van o por qué los médicos se quedan en la región de dónde proceden, una vez que son capacitados? Entre las razones el dinero ocupa el tercer lugar. Los dos primeros puntos que ellos manifiestan para que ellos se quedan, es la estabilidad laboral. Es importante que les aseguren que su trabajo va a estar ahí y que no lo van a mover, y el segundo factor, es la capacitación permanente que tienen que recibir, y después recién viene el tema económico. Por lo tanto, si nosotros pudiéramos juntar estos tres factores en el Ministerio, entonces el especialista que se forme va a vivir en Apurímac, o en Huancavelica, o en Ayacucho. Se le debe de garantizar que ellos se van a quedar en el hospital donde trabajan, porque además se le necesita y que además se le va a capacitar permanentemente. Se le puede dar un sistema 20 – 10, es decir 20 en su provincia y 10 en Lima, para que haga alguna actividad adicional, y que, además, va a tener un plus económico. Yo creo que definitivamente eso sería muy conveniente y solucionaría de alguna manera los problemas que tenemos con los especialistas.

Un comentario adicional, Claudia nos puso en el tema de medicina familiar, que ocupaba el décimo puesto en las preferencias. Yo quería hacer la pregunta, si es el décimo puesto, pero no de los postulantes como primera opción, sino de los postulantes en segunda opción; en aquellos que no consiguieron el primer ingreso y como segunda opción tienen medicina familiar. Ahí es donde se eleva el número, porque algunos médicos solamente quieren trabajar y escogen esa especialidad. Otro ejemplo es el tema de neonatología; ahora esta especialidad dura tres años. Antes la neonatología duraba 4 años e inclusive en algunas veces hasta 5 años, porque primero se tenía que ser pediatría y luego neonatología. Sin embargo, ahora se puede ser neonatólogo sin ser pediatra, lo cual podría implicar estar haciendo actividades ilegales porque no tiene la especialidad. Muchas gracias.

Dra. Lilliana Cabani

Decana Nacional del Colegio Médico del Perú

El Colegio Médico tiene dos vertientes, una es mirar el bienestar de los médicos y el ámbito donde labora y el otro es velar por la salud pública del país. Yo quisiera preguntar a tantas autoridades como tenemos en la mesa y en el auditorio, antes de mirar los déficits y si trabajan o no trabajan y darle una mirada a este país nuestro. Miremos al país no desde Lima, mirémoslo desde Huancavelica, desde Puno y desde Loreto, donde tenemos peruanos igual que nosotros que no tienen nada de salud y su acceso a las soluciones de sus problemas de salud, son bien limitados; pensamos en ultra, súper especialistas y los chicos que salen quieren ser ultra, súper, extra especialistas y tenemos a un país que está clamando porque alguien atienda un parto, alguien les ponga una ampollita y se están muriendo, no cierto de una neumonía, porque hace frío y seguimos sin resolverles el problema. Punto primero, el país es ancho y ajeno, pero, además, bien mal y pésimamente atendido desde el punto de vista de salud y aquí estamos quienes de alguna u otra manera estamos encargados de mirar estos problemas.

Segundo tema, necesitamos darle una respuesta a los que menos tienen y a los que menos pueden decidir y esto está en nuestras manos. Estoy muy influenciada con Alma-Ata, porque me he pasado mucho tiempo conversando con el Dr. David Tejada y uno de los problemas que tenemos es que la población no tiene acceso a la salud, pero además los que trabajamos en salud, nos hemos empoderado el tema y hemos hecho sentir a la población que somos los sabios, los que tenemos toda la verdad y ellos tienen que recibir las verdades que vengan de los sabios, cuando la

salud no solamente es un derecho, la salud también es un deber y si la población no se siente empoderada y con el deber de cuidarse, no vamos a tener nunca gente saludable, porque siempre vamos a esperar que venga el médico, la enfermera, la obstetra o el sanitario a cuidar de mi salud y esto nos hace ver como bien decía Claudia y como bien han dicho casi todos, que tendríamos que ver el modelo que queremos, pero yo creo que no hay ningún modelo que no nazca de la propia población. Si yo no me cuido, va a ser bien difícil que venga alguien de afuera con otros usos y costumbres y me pueda cuidar; si yo vivo en el monte y no tengo el cuidado suficiente voy a tener enfermedades propias del monte y si vivo en la sierra y yo sé que todos los años en mayo, junio y Julio se viene la helada, se van a seguir muriendo los niños que no se mueren en Bolivia, que no se mueren tampoco en Argentina y en Chile que tienen heladas muy parecidas a las nuestras, entonces sabemos dónde se mueren, sabemos de qué se mueren, pero se siguen muriéndose y esto es un problema serio.

Tercer tema, sabemos cómo estamos, no tienen que decirnos ya sabemos, pero hemos pasado en Lima, sólo en Lima, para ponerlo cercano a nosotros, de ser tres facultades que competíamos para ver quién sabía más me refiero a Cayetano, Villarreal, San Marcos y nos encontrábamos en los hospitales y más de una vez tanteábamos quién sabía más que el otro, era un poco el estilo de mis épocas, era un buen ejercicio. Hemos pasado a tener 19 facultades de medicina aquí en Lima, estoy hablando de Lima, hay 44 fuera y cerca de 58 con todas las filiales y encontramos otro problema, los que forman o los que hemos estado formando estudiantes de medicina formamos a chicos que están aspirando ser y ultra, súper especialistas, rotamos por especialidades y por temas tan puntuales que probablemente muchos de nosotros que escogemos otras especialidades nunca más lo hemos visto, pero además, el gran problema que tenemos, es que no tenemos un perfil uniforme del médico cirujano que este país necesita, que debe ser diferente del que necesita Estados Unidos, Inglaterra, Bolivia o probablemente las Bahamas. Entonces tenemos que uniformizar criterios porque si alguien está formando estudiantes de medicina en los hospitales peruanos para irse a Estados Unidos, me parece excelente, pero primero debería formar estudiantes peruanos para ejercer en el Perú y si le quiere dar el plus para que se vayan a España, Estados Unidos o Inglaterra, bienvenido sea cada uno escogerá la universidad, con ese Plus, lo que no podemos aceptar es que estemos formando estudiantes de medicina para no ejercer en el Perú, sino simplemente

para que se vayan fuera o estemos formando estudiantes de medicina y futuros médicos que no sean capaces de entender al poblador peruano, sus problemas y no tengan un mínimo de capacidad para poder ejercer allí donde tienen que irse y este es el gran problema con estos jóvenes serumistas, salen de su facultad con su título de médico cirujano dan un ENAM y es un espanto los resultados del ENAM pero no pasa nada. Les va a servir para escoger la plaza tal y cual, pero qué va a pasar que el que tiene menos nota en el ENAM se va a ir a la plaza más lejos, menos deseada, la que no tiene internet, donde no se va a poder preparar, y entonces estamos siendo tremendamente discriminatorios con ese pobre que no tiene otro acceso, eso tenemos que echarnos la culpa nosotros que sí tenemos acceso a las carreras y al médico que yo quiero escoger. Yo me atiendo con el médico que yo quiero, porque puedo, pero el que está allá va a recibir al joven que se sacó 05, 06 en el ENAM, claro escogió la última plaza la que no tenía internet, si pues, pero ahí, no hay telemedicina tampoco, porque ahí probablemente no haya luz y no hay internet y este poblador va a recibir ese nivel de joven porque de repente incluso su facultad lo preparó para irse a Estados Unidos y le falló algo y se ha tenido que quedar en el Perú o no se fue España entonces nosotros como colegio médico estamos sentándonos con ASPEFAM con el Dr. Ronceros y su equipo para hacer una mesa de diálogo de ver qué hacemos porque esto mejore, porque no es posible que haya tanta desigualdad en la formación. Ya acabamos de recibir del Ministerio de Salud, con la Dra. Claudia, desde comienzo de año hemos estado buscando cuál es el perfil del médico peruano, porque si el perfil del médico peruano es el adecuado, el del médico general, probablemente esté médico peruano bien formado para la realidad del Perú que puede saber de fiebre amarilla, de leishmaniasis, enfermedad de Carrión, va a poder solucionar como en antaño, ¿cierto?. Nuestras familias, las de provincias tenían a los dos o tres médicos del pueblo que les solucionaba el problema. Ayer estaba conversando con una dama y me decía en San Pedro de Lloc habían dos médicos que solucionaban el problema de todo el pueblo, ese es el perfil probablemente de médico que necesitemos, pero si sigo teniendo jóvenes que sacan 06 en el ENAM y el ENAM debería medir el perfil del médico peruano probablemente estos jovencitos de 23 o 24 años que los enfrentó a la selva y es en peque-peque 8 horas o irse simplemente a Huancavelica, dónde son quechua hablantes y no está ni siquiera bien formado médicamente, hablando para esta población va a tener serios problemas y es lo que el doctor decía

estamos cubriendo un primer nivel de atención con jóvenes médicos que no están bien formados y que encima emocionalmente tampoco lo están. Entonces esto es un problema serio y tenemos proliferación de universidades y yo en este momento tengo 15 juicios en el colegio médico, porque una facultad que está formando médicos, no puede aprobar los exámenes de certificación del Colegio Médico y dice que el Colegio Médico es discriminatorio. Yo estoy llevando un juicio penal y estoy en las indagatorias del juicio penal, así, me enterado que se llama porque estos estudiantes no pueden aprobar el examen, ya estamos buscando nosotros como hacer, pero ¿tendría el colegio médico que comprarse este problema?. Nos estamos comprando ya porque es bueno que ustedes que son los académicos se enteren lo que está pasando, tenemos 15 juicios y eso me lleva a mí a pedirles que por favor miremos los niveles y los perfiles y el tipo de médico que queremos conseguir, porque si solamente preparamos médicos para afuera estamos con problemas y si solamente la universidad acaba siendo un tema económico es otro problema.

Cuarto tema, no tenemos campos académicos donde poder estudiar y entonces la Universidad Nacional tiene que competir con las universidades que son rentables y con fines de lucro, para poder tener campos en nuestros hospitales nacionales y aunque el Ministerio de trabajo diga otra cosa, los hospitales de salud son de los peruanos porque nosotros los pagamos con nuestros sueldos, no los paga alguien aparte o alguien externo, lo pagamos nosotros y entonces no es justo que las universidades que pueden pagar el campo comienzan a empujar con fines de lucro a las universidades que como San Marcos, Villarreal, las universidades en provincias, no tienen cómo pagar o simplemente tienen que abstenerse de tener campo y ya es tiempo que se diga, tenemos espacios en CONAREME, de universidades que tienen ahora una cantidad impresionante de residentes y universidades públicas donde están los que no pueden pagar una universidad más cara no tiene campo, se están restringiendo tiene que irse a campos donde no deberían estar, y entonces vamos pasando de un lado al otro o sea la segunda especialidad y cuál es el requisito dar el examen y haber tenido notas, bueno esperemos que ese sea requisito suficiente para poder ser especialista, amén de una vocación y nadie mide las capacidades. Yo he visto chicos que están entrando a cirugía y que tienen mucha torpeza y poca habilidad motora fina es cierto, pero están en cirugía porque probablemente eso sea reditible a futuro y esto nos lleva a ver, qué valores

estamos inculcando en los jóvenes médicos porque si el valor es me voy a las 2 de la tarde, porque aquí acabó mi turno, me voy a las 4 pm porque tengo que ir a hacer la guardia para poder sumar más dinero, entonces el problema está en nosotros que estamos formando a los médicos, les ponemos valores, queremos ver son carreras de servicio o no son carreras de servicio y eso va a influenciar en qué especialidad escojo, probablemente pues me vaya a cirugía plástica, ¿por qué?, porque una cirugía de nariz va a ir a 4,000, 5,000 soles mientras que una insuficiencia cardíaca que ve un cardiólogo ve un internista te pagan simplemente lo que te pague el seguro, o sea una consulta 20 o 30 soles y te cargaste el mismo problema, ¿Quién quiere ser internista así pues? mejor me voy a operar otras cosas y voy a tener más dinero. Finalmente tenemos que ver el tema de los extranjeros que vienen a trabajar en el Perú; nadie controla qué nivel de estudio tiene un extranjero que viene de fuera, esto es impresionante. Nos hemos sentado con Jaime, con Pedro a mirar un poco el tema, porque no se está mirando, nos mandaron a unos jóvenes estudiantes que eran integrales y comunitarios y decían que eran médicos. Averiguamos con CONFEMEL, recibimos la Academia de Medicina de Venezuela y resulta que le sellaban en SUNEDU, venían al colegio y le dábamos el título de médico y le poníamos el sello del colegio médico. Hemos tenido que llegar hasta el Congreso donde congresistas médicos igual seguían defendiendo temas políticos por encima de la calidad de la atención de las personas. Pero eso no es todo, tenemos médicos que vienen de Rusia y Ucrania, como médicos pediatras con 4 años de estudios en general y había que pasarle porque venían como médico pediatra de frente y eso ha habido que cerrar un poco los temas, pero nos hemos encontrado con que los que vienen de fuera por diversos convenios, entran como quieren, le sellan y no revalidan porque están en convenio. Ya nos fuimos a una serie de eventos, los de SUNEDU ya nos conocen, se han vuelto asiduos contestatarios de cartas, además, la nueva dirección de SUNEDU es muy proactiva nos sentamos con ellos; ya somos caseritos en SUNEDU los conocemos, nos conocemos por los nombres, porque estamos trabajando con ellos estamos intentando trabajar con SINEACE, porque hay que ponerle calidad a lo que estamos haciendo o sea no es solamente que te den un título de especialista, porque puedes hacer en nombre de ese título lo que se te ocurra y eso es un problema serio. Finalmente, volvemos a lo de siempre ¿qué queremos? ¿qué modelo queremos? y ¿cómo queremos verlo? nosotros como Colegio Médico tenemos un serio problema, porque los colegios que se van Amazonas, que

se van a Puno, que se van a Madre de Dios, donde no hay especialistas no pueden trabajar en dos sitios a la vez. Un médico que se va a trabajar a la región al Hospital Regional no puede trabajar en el Hospital de ESSALUD, porque eso se llama doble percepción y es penado por la ley y cuando trabajan por terceros es un problema más serio porque el tercero cobra 20 y al médico le da 5 y entonces no hay quien quiera trabajar por terceros. Pero si es por un tema de horas complementarias los médicos no quieren ir porque los sueldos llegan después, pero, además no hay equivalencias entre los cargos en ESSALUD y los cargos en MINSA, y eso lo hemos visto y hemos estado colaborando con el Ministerio para ver sistema de salud y como ayudamos. Ya fuimos a la contraloría y nos dicen que ellos no pueden ayudarnos en este tema. Hemos ido al MINSA nos hablan de horas complementarias y ESSALUD no habla pero, la gente sigue necesitando un anesthesiólogo y está en este anesthesiólogo no puede cruzar y operar al frente, siguen necesitando especialistas y no podemos intercambiar servicios, cuando debería ser perfectamente intercambiables, pero como por la Constitución dice que tú no puedes trabajar para el Estado en dos sitios a la vez, salvo en educación, entonces vamos a seguir pasando estas brechas de especialistas, y esto es un problema serio, pero bien light doctora porque yo tengo un montón de médicos con una serie de problemas muy serios, con juicios pendientes por este tema. El Dr. Abel para cerrar el tema dijo de la certificación por las sociedades científicas; yo tengo que decirle hemos hecho en el Colegio Médico varias convocatorias a las sociedades científicas; últimamente hacemos almuerzos, para que venga y por si acaso yo soy societaria y bien participativa en medicina interna, por muchos años y cuando los invitamos almorzamos juntos debatimos los problemas y de repente alguien levanta la mano no uno, cinco “las sociedades científicas queremos ser los re-certificadores” y Jaime que ha trabajado montón de tiempo, Jaime Morán que es de SISTCERE yo que estoy imbuida en el tema me levanto y aplaudo por fin digo ya quieren participar y entonces doctor para ser certificador tiene que hacer un curso, un curso que no es de un día, es un curso un poquito largo. El Colegio Médico paga el curso, pone el local, coordina con SINEACE, le damos todo, si hay que darle comida, comida le damos, saben lo que pasa vienen a una a dos sesiones y nunca más vienen y les pedimos esta vez habían unas 20 o 25 sociedades, almorzando con nosotros y les pedimos mándenlos cinco, no uno, queremos cinco especialistas para recertificar, algunas sociedades nos mandaron dos, gineco nos mandó creo

que dos o tres, pediatría mandó dos o tres, el resto no mandó nada; así, no mandaron nada, y por último los que fueron, como dice mi sobrino se quitaron, no volvieron más, fueron una, fueron dos, fueron tres y no volvieron más y entonces no puedo recertificar con las sociedades científicas como quisiera, porque no están, cuando se les invita y algo tiene trabajo a pesar de que el colegio lo iba a financiar, no vienen y además a los veedores se les da a un estipendio por el apoyo al colegio, no es que vayan a recertificar gratuitamente, damos algo por cada portafolio, por algo que hacemos, el colegio ha comprado tiene un sistema para poder comenzar a recertificar ahora ya no solamente por portafolio sino por competencias, tenemos las estaciones y las estamos mejorando. Nos hemos hecho parte de un sistema de estos módulos de recertificación, usando móviles y usando maniqués y todo como queramos llamarle, que son especialmente hechos y estamos intentando. Vamos a trabajar un poco con ASPEFAM, con este sistema para poder recertificar mejor, pero lo primero que tenemos que ver es que alguien tiene que tomar la batuta. Este año nos hemos comprado el pleito y ya les digo tengo 15 juicios, 10 juicios por estos temas me han llevado al Congreso, nos han llevado a un montón de sitios, el Dr. Machuca está contento, porque tiene harto trabajo, es el abogado del colegio, hemos tenido que poner un abogado más, pero desde el punto del Colegio Médico va más allá de la brecha de especialistas para ver el perfil de especialistas y el perfil de médico general. Gracias

AN Dr. Alejandro Llanos Cuentas

Agradezco profundamente a todos los participantes; sus aportes han sido muy valiosos y creo que abre la oportunidad de hacer propuestas de cómo vamos a mejorar en el problema de las especialidades médicas, y en el problema de la formación del médico especialista. Si me permiten, voy a ser muy breve, voy a resumir lo expuesto en cinco conclusiones:

La primera, es un trabajo integrado y conjunto entre los diversos componentes del sistema de salud del país (MINSA, ESSALUD, Fuerzas Armadas, Sector Privado, etc.). Se debe de dejar los liderazgos personales y apostar por el desarrollo de un sistema colectivo, sólido, que beneficie al país.

La segunda, es la necesidad de tener definido un modelo de salud, sostenible en el tiempo y que permita el crecimiento y estabilidad; esto implica coordinar el desarrollo de infraestructura.

La tercera, es la necesidad de tener un sistema que esté integrado con metas e indicadores en dónde quede claro la necesidad de fortalecer la atención primaria salud. Hemos tenido el ejemplo del sistema de salud británico el cual es piramidal de ancha base, con un fuerte componente de atención primaria y que además es masivo, sin necesidad de tener tantos especialistas, es mucho más eficiente que el nuestro.

La cuarta, es la necesidad de fortalecer la rectoría del Estado, en la obtención de la información que permite una planificación adecuada y la implementación de políticas sanitarias.

Y la quinta, es la necesidad de regulación de un mercado laboral pero que incluya el respecto del médico y especialistas. Finalmente, la necesidad de un trabajo digno, de calidad, tanto en la formación como los estándares con regulación y evaluación

PALABRAS DEL PRESIDENTE DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

AN Dr. Nelson Raúl Morales Soto

Muchas gracias, Dra. Claudia Ugarte, Viceministra de Salud, Dra. Liliana Cabani, Decana Nacional del Colegio Médico, Sra. Agnes Annels, representante de la Embajada Británica en el Perú, señores ex-ministros, ex-vice-ministros, autoridades institucionales universitarias señoras y señores académicos, invitados amigos, Dr. Alejandro Llanos, moderador, señores expositores y panelistas muchas gracias, por su presencia y participación, en consideración a lo avanzado de la hora seré muy breve. La Academia Nacional de Medicina está profundamente ligada a la universidad; en el acta de fundación de la institución primigenia llamada Sociedad Médica de Lima dice textualmente “en la ciudad de Lima el 5 de septiembre 1854 se reunieron en las aulas de la Universidad de San Marcos los doctores y enlista a los miembros fundadores quienes también fundaron posteriormente la Academia Nacional de Medicina, nuestra academia tiene en sus objetivos el participar en la discusión y orientación de los problemas de salud, en especial a los que se refieren a la ética médica, la educación médica, la historia y filosofía de la medicina y los temas de población y medio ambiente”. En este contexto hemos realizado esta noche la penúltima actividad científica del año con ese simposio “¿Cómo resolver la falta de especialistas en el Perú?” tema de gran importancia para el país, la salud es un derecho universal, pero también

es un deber del Estado y de toda la población, de velar por su adecuado cumplimiento. Todo eso pasa necesariamente por la adecuada formación de los profesionales en las universidades, este es su rol y su responsabilidad, sin embargo, todos tenemos también una responsabilidad compartida en extender, fomentar la educación en salud para la propia población. Hoy hemos tenido el singular privilegio de recibir la visita y participación de personalidades institucionales y académicas que desempeñan un papel protagónico en la gestión de este complejo problema. Nos sentimos muy agradecidos por su presentación. Debo de informar que la Academia de Medicina cuenta con un comité permanente de educación médica presidida por el AN Dr. Javier Saavedra el cual ha emitido un documento interno que debemos poner a disposición de la autoridad sectorial y universitaria, enriquecido con las opiniones vertidas en el simposio de esta noche, tal fue el criterio adoptado por la junta directiva, debo informar además que el académico Dr. Osvaldo Zegarra ex rector de la Universidad Cayetano Heredia y ex presidente de la Academia participó en las comisiones convocadas por Ministerio de Salud para tratar el tema de educación médica; también participaron en ellos los académicos Roger Guerra García y Germán Vildosola. Agradezco la participación del Dr. Alejandro Llanos por esta excelente organización. ¿qué necesita el Perú?, ha dicho esta noche el Dr. Gerardo Ronceros, ampliado en ello la Dra. Cabani, esta ha sido una gran preocupación de la Academia Nacional de Medicina por 130 años.

Buscando contribuir a su entendimiento en el año 2011, agregamos al tradicional programa científico, un programa cultural orientado a los temas sociales al cual titulamos “Tertulias académicas en la casa de Osambela”. Hemos desarrollado 60 reuniones con personalidades y expertos, el día 24 corresponderá al antropólogo Javier Torres Seoane revisar el tema “La sociedad peruana actual ¿cómo entenderla?;”, están todos cordialmente invitados enfatizó en la urgencia de incluir en los temas que hemos tocado los aspectos de ética, humanismo, ciudadanía y patriotismo, al estar cerca la finalización de nuestro centésimo trigésimo año académico.

Agradezco a las autoridades del sector salud a través de la Dra. Ugarte, a la señora ministra de salud, a las autoridades del Colegio Médico, Dra. Cabani y a las universidades que nos han apoyado, básicamente San Marcos, Dr. Ronceros, Cayetano Heredia, Dr. Luis Varela, por las muchas facilidades otorgadas a la academia para nuestra gestión, Gracias también a todos ustedes por su gentil asistencia y participación.

Buenas noches se levanta la sesión