

Análisis actual y prospectivo de la oferta y demanda de médicos en el Perú 2005 - 2011

Current and prospective analysis of physician supply and demand in Peru for years 2005-2011

Victor Carrasco Cortez¹, Elías Lozano Salazar², Edgar Velásquez Pancca³

RESUMEN

Introducción: existe una amplia oferta en la formación de pregrado de recursos humanos en salud. El promedio de médicos egresados anuales pasó de 27 en el período de 1917-1926 a 1 026 nuevos médicos anuales en el quinquenio 1990-1995, habiendo un reporte de variación desde 1287 en 1998 a 2 183 en 2003. El Colegio Médico del Perú se plantea la preocupación acerca del riesgo de que la calidad en la entrega de servicios de salud a la comunidad y al individuo sea disminuida ante la oferta excesiva de profesionales con estándares de formación heterogéneos, así como ante una desordenada distribución y disímil competencia profesional de los médicos en nuestro país.

Objetivo: identificar el número y distribución de médicos, su situación laboral, así como la relación entre médicos generales y especialistas, evidenciando los aspectos de la oferta y demanda.

Material y método: estudio observacional descriptivo, analítico, prospectivo, transversal con tres componentes: descriptivo, exploratorio y prospectivo.

Resultados: existe un importante aumento de egresados de medicina. De acuerdo a la tasa de proyección calculada en base a lo ocurrido en los últimos años (2,8% en universidades públicas y 12,7% en universidades privadas) pasaríamos de 2 156 egresados al año 2005 a 3 218 en el año 2011. La oferta actual de médicos generales es de 25 935 médicos para una demanda calculada de 16 196 lo que establece una sobreoferta de 9 739 médicos. En el caso de los especialistas también existe una sobreoferta de 1 611.

Conclusión: en vista del panorama descrito se requiere tomar medidas legislativas urgentes, entre ellas la suspensión temporal de la creación de nuevas facultades o escuelas de medicina durante los próximos cinco años, la conformación de una comisión que estudie medidas adicionales de regulación de la oferta de estudios de medicina.

Es necesario reorientar la formación de especialistas hacia las denominadas especialidades básicas, a saber: ginecología y obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía general.

Palabras clave: oferta, demanda, médico general, médico especialista.

ABSTRACT:

Introduction: There is oversupply in pre-graduate formation of human resources for health care. The average number of newly formed physicians went from 27 in the 1917-1926 period to 1026 per year during 1990-1995, and a further increase has been reported, e.g., from 1287 in 1998 to 2183 in 2003. The Peruvian College of Physicians is concerned about a risk for reduced quality in the deliverance of health care services to the community and to the individuals because of an oversupply of health care professionals with heterogeneous schooling standards, and another contributing factor is an inadequate distribution and a quite variable professional competence of physicians in Peru.

Objective: To identify the number and distribution of physicians in Peru, their working status, and the relationship between general practitioners and specialized physicians, describing all the aspects of supply and demand.

Material and Methods: Observational, descriptive, analytical, prospective and cross-sectional study with three components: descriptive, exploratory, and prospective.

Results: There is a significant increase in the number of physicians graduating from medical schools. According to the projection rate calculated on the basis of the figures for the last five years (2.8% from public medical schools and 12.7% from private medical schools), we had 2156 graduate medical students in 2005, and this figure may rise up to 3218 in year 2011. The current supply of general practitioners is 25935 professionals, for an estimated demand in 16196, so there is a 9739 oversupply of physicians. There is also a 1611 oversupply of specialized physicians.

Conclusion: It is advisable, on the basis of the described situation, to take urgent measures in order to halt physician oversupply: temporarily withdraw the creation of new medical schools for the next five years, establish a specialized group for analyzing additional measures aiming to regulate medical schools supply. It is also necessary to enhance residence training towards basic specialties: obstetrics and gynecology, pediatrics, internal medicine, and general surgery.

Key words: supply, demand, general practitioner, specialized physician.

INTRODUCCIÓN

Existe una amplia oferta en la formación de pregrado de recursos humanos en salud. Las facultades o escuelas de medicina (FEM), pasaron de 03 en 1960 a 28 en el 2002. Sin embargo, para el año 1997 ya existían 23 de las 28 facultades de medicina que hay actualmente en el Perú, fenómeno cuya dinámica no resulta sorprendente si se sopesa que durante el período 1985-1993 se había venido observando un crecimiento promedio estimado de 26% en el número de estudiantes de medicina entre otras cuatro carreras profesionales¹.

La gravedad del problema producido por el crecimiento de facultades de medicina en el Perú y su impacto en el equilibrio oferta/demanda se puede enunciar así: el promedio de médicos egresados anuales pasó de 27 en el período de 1917-1926 a 1 026 nuevos médicos anuales en el quinquenio 1990-1995, habiendo un reporte de variación desde 1 287 en 1998 a 2 183 en 2003¹.

Así, desde la mediciones realizadas cada tres años de 1985 a 1996, ha existido una tasa de crecimiento geométrico de los médicos de un 4% anual, mientras que la tasa de crecimiento demográfico anual para el mismo período ha sido de 1,77% anual^{2,3}.

1. Doctor en Medicina y Magister en Salud Pública. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Ex director de SISTCERE. Lima, Perú.

2. Ingeniero Estadístico- Universidad Nacional Agraria, Lima, Perú

3. Especialista en programación- Pathfinder Internacional

En concordancia, el análisis institucional sobre los aspectos de formación en recursos de profesionales médicos muestra que la oferta está desregulada y desconectada de los objetivos y necesidades de salud pública del país. Además la distribución de médicos en el Perú es centralista^{2,3} e inequitativa, particularmente para las poblaciones rurales más remotas y dispersas, existiendo una resistencia de los profesionales de la salud a trabajar en el sector rural. Así, alrededor de 90% de ellos no están dispuestos a quedarse allí indefinidamente. También se confirma que el perfil de los profesionales que trabajan en el primer y segundo nivel de atención es significativamente diferente del de aquéllos en el tercer nivel. Los primeros tienden a ser más jóvenes, tener menos experiencia y poca o ninguna especialización⁴.

En la práctica el sistema prioriza el segundo y tercer nivel de atención, cuando las necesidades están mayormente en el primer nivel. Esto se traduce en una tendencia a la sobre-especialización de los recursos humanos.

Ante esta problemática y luego de siete años de implementación del proceso de acreditación, es importante destacar que se viene impulsando una cultura de calidad en las facultades de medicina uno de cuyos aspectos es la acreditación; a pesar de ello también es importante resaltar que la acreditación por sí sola evalúa a la institución pero no necesariamente la calidad del egresado o producto.

Del mismo modo es evidente y legítima la preocupación, de algunas personas e instituciones, al constatar que finalmente todas las facultades de medicina terminan por ser acreditadas, por lo que se han esbozado interrogantes sobre la eficacia del proceso.

Con esta realidad el Colegio Médico del Perú se plantea la preocupación acerca del riesgo de que la calidad en la entrega de servicios de salud a la comunidad y al individuo sea disminuida ante la oferta excesiva de profesionales con estándares de formación heterogéneos, así como ante una desordenada distribución y disímiles competencia profesional de los médicos en nuestro país.

Adicionalmente, el número de estudiantes de medicina, que era y es uno de los puntos cruciales de la regulación implementada por CAFME desde 1999, aumentó principalmente a expensas de las facultades de medicina de universidades privadas. Los alumnos matriculados en estas facultades pasaron de 1 863 a 2 067 entre 1999 y el 2003, mientras que en las facultades de medicina de universidades públicas bajaron de 866 a 774 en el mismo período. En total los matriculados pasaron de 2 729 a 2 811.

Es conocido que no existe consenso sobre el número de médicos necesarios para atender las necesidades de salud en un país. A esto hay que agregar las diferentes opciones respecto a los roles del mercado y los gobiernos, así como los diferentes tipos y alcances de los mecanismos de regulación.

La planificación de recursos humanos en salud ha sido más una aspiración que una realidad y su desarrollo teórico

ha sido mucho mayor que sus posibilidades de aplicación práctica.

Desde hace mucho tiempo se tiene como parámetro básico de cálculo, uno atribuido a la Organización Panamericana de la Salud, a saber: 10 médicos por cada 10 000 habitantes. El que no sólo ha sido observado en su aplicación práctica sino en su calidad de recomendación internacional.

Al respecto, un debate de expertos de la Organización Panamericana de la Salud⁵ da cuenta de lo siguiente.

No hay ninguna recomendación de OMS u OPS sobre número de médicos por habitante para países o sistemas. A comienzos de la década del 70, un plan de salud para las Américas recomendaba llegar a un piso de un médico cada mil habitantes, así como metas para enfermeras, dentistas y otros profesionales.

Esta meta representaba un punto medio entre los países más bajos y los más altos como Cuba, Argentina y Uruguay, que ya en ese entonces estaban muy por encima de esa cifra. Estados Unidos estaba aproximadamente en esa proporción en esos tiempos. Esta cifra representa un criterio muy simplista ya que evidentemente, el promedio de médicos por habitante no cuenta demasiado como explicación de muchas desigualdades: distribución urbano-rural, sector público vs. sector privado, entre otras. Sin embargo, la recomendación fue aumentar la relación médico/población a 8 por 10 000 habitantes, mejorando también su distribución geográfica.

Como alternativa, en el año 2004, una iniciativa de Rockefeller Foundation, llamada *Joint Learning Initiative*, propuso un nuevo criterio, luego adoptado en el Informe Mundial de Salud de OMS en el 2006, llamado Densidad de Recursos Humanos en Salud⁶.

Esta medida, “Densidad de Recursos Humanos en Salud” está conformada por la **suma de los dos indicadores disponibles para todos los países: médicos y enfermeras por 10 000 habitantes**.

La medición de densidad a través de este método es imperfecta ya que no toma en cuenta todos los demás trabajadores de salud, pero es la única viable para comparaciones globales.

Para analizar la disponibilidad de personal de salud los países se agruparon en función a la Densidad de RRHH, estableciendo tres categorías:

- 1) aquellos con una tasa de mayor a 50 por 10.000.
- 2) aquellos con una tasa de 25 a 50.
- 3) los que tienen una tasa menor a 25

En consonancia con lo establecido por el *World Health Report* (2006) que indica que como mínimo **se requiere una densidad de 25 RRHH por 10 000 habitantes, para asegurar un nivel mínimo de cobertura**.

En nuestra región, la densidad promedio del recurso humano por población en los grupos de países de baja,

media y alta disponibilidad, es de 18,4; 27,7 y 122,6 (RRHH por 10 000 habitantes), respectivamente.

Lo referido anteriormente, demuestra la complejidad del debate y la necesidad de seguir explorando conceptos y métodos que nos permitan aportar respuestas a este complejo problema, que viene afectando a los sistemas de salud desde hace muchos años.

Este panorama; que se puede sintetizar en el crecimiento del número de estudiantes, egresados y titulados de medicina, la creación de nuevas facultades, la cantidad actual de médicos, su situación laboral y su distribución; plantea las siguientes preguntas:

- ¿Existe sólo un problema de distribución centralista del número de médicos o también un problema de número?
- ¿Cuál es la situación real del número y distribución de los profesionales médicos en el Perú de acuerdo a diferentes características sociodemográficas?
- ¿Cuál es la tendencia del empleo médico en función al número de médicos en formación y la capacidad de generación de empleo médico?
- ¿Es viable mantener la tendencia actual de la formación médica sin alterar significativamente la calidad de la atención médica futura?

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio tiene tres componentes:

El **componente descriptivo**, para identificar el número y distribución de médicos, su situación laboral, así como la relación entre médicos generales y especialistas. Este componente incluyó la oferta de formación: matrícula, estudios y egresos de estudiantes de medicina; la situación del empleo en las principales instituciones empleadoras públicas y privadas; y la distribución geográfica de profesionales médicos (generales y especialistas).

Se realizó la Encuesta Nacional de Profesionales Médicos, en los 27 Consejos Regionales del Colegio Médico del Perú. La encuesta estuvo orientada a revelar información de las características de los profesionales médicos en el ámbito donde vienen desarrollando sus labores, a fin de determinar brechas y necesidades.

Una vez seleccionada la muestra en cada Consejo Regional se aplicó el cuestionario en forma individual a cada profesional médico, que fue ubicado en el lugar donde desarrollaba sus actividades. Se registraron las características más importantes: apellidos y nombres, año de nacimiento, sexo, universidad de egreso, ocupación, relación laboral, institución donde labora, especialidad, registro de la especialidad, universidad y país donde estudio la especialidad.

Para el levantamiento de los datos a nivel nacional se contó con el apoyo del Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de la Universidad Nacional de Ingeniería (IECOS-UNI).

El **componente exploratorio** aportando una metodología de cálculo basada en I) la identificación del número de médicos generales y especialistas necesarios en función al perfil demográfico (volumen y concentración poblacional) nacional y por regiones; II) la identificación del número de médicos generales y especialistas necesarios en función a necesidades en salud (en base proyección de la utilización de servicios) nacional y por regiones. El esquema de preparación de datos se puede observar en la Figura 1.

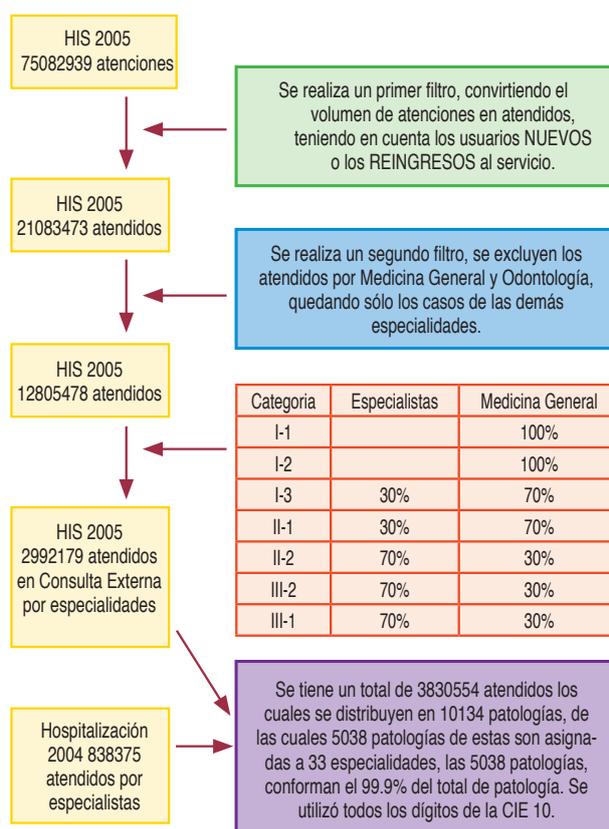


Figura 1. Esquema de presentación de datos

Adicionalmente se utilizó el modelo de demanda de servicios de salud⁷ esquematizado en la Figura 2:

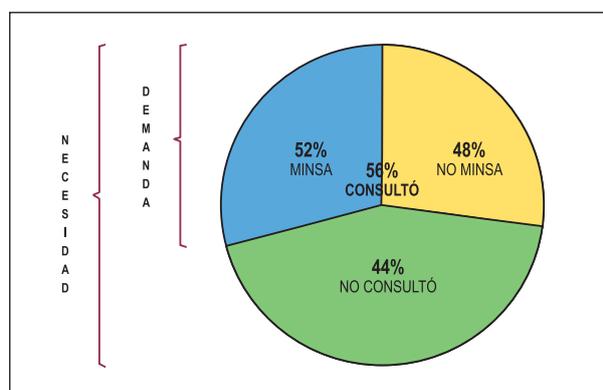


Figura 2. Modelo demanda de servicios de salud

El **componente prospectivo** con una parte cuantitativa constituida por modelos de simulación prospectiva en base a demografía médica al 2011 y una parte cualitativa basada en juicio de expertos.

Se realizó una consulta a expertos en base a tres áreas temáticas: I) la oferta educativa de estudios de medicina, II) el número y distribución de médicos, y III) la situación laboral del médico cirujano. Cada área abordó las dimensiones actual y futura. Se realizaron dos rondas de consultas. De los 54 expertos seleccionados, 33 respondieron el primer cuestionario y 26 el segundo.

RESULTADOS

Número y distribución de médicos

La distribución de la población de médicos de cada uno de los Consejos Regionales, por médicos especialistas y generales, a partir de los datos obtenidos en el cuestionario que se utilizó para el levantamiento de datos en el presente año. Esta información es el marco de referencia para la interpretación de los cuadros y análisis que se incluyen en esta parte del informe. Es necesario considerar, por ejemplo, que según los resultados de la encuesta, el 69,4% de la población de médicos especialistas se encuentran en Lima. Cuadro 1.

La población de médicos generales por Consejo Regional no es homogénea. De un lado, destaca Lima por albergar al 57,9% de médicos generales y del otro, el resto de Consejos Regionales que tiene en cada uno de ellos menos del 10% de dicha población.

Entre el resto de Consejos Regionales, sobresalen por su volumen poblacional: Arequipa (9,7%), Trujillo (4,7%) e Ica (3,7%), que en conjunto concentran el 18,1 por ciento de la población de médicos generales. Por otro lado, Madre de Dios (0,1%), Tumbes (0,3%), Pasco (0,3%) y Chimbote (0,3%), albergan al 1 % de la población de médicos generales entre ellos.

Alrededor del 69,4% de la población de médicos especialistas se localiza en Lima. Entre el resto de Consejos Regionales, sobresalen por su volumen poblacional: Arequipa (5,4%), Callao (5,3%), Trujillo (4,9%) y Chiclayo (3,1%), que en conjunto concentran el 18,7 por ciento de la población de médicos especialistas. Por otro lado, Apurímac (0,05%), Huancavelica (0,04%) y Madre de Dios (0,01%), albergan al 0,1 por ciento de la población de médicos especialistas entre ellos.

La comparación total de la proporción de médicos especialistas y generales entre el Consejo Regional de Lima y todos los demás Consejos Regionales del Colegio Médico del Perú se presenta en el Cuadro 1, se puede notar en los resultados de esta encuesta que los médicos especialistas en el CR de Lima son casi el doble que los médicos especialistas del resto de CR de todo el país incluyendo el CR de Lima Provincias.

También se comprueba que el total de médicos generales del CR de Lima es mayor que el total de médicos generales de todos los demás CR del país. El CR de Lima Provincias y el CR del Callao no están considerados en el CR de Lima.

Cuadro 1. Distribución porcentual de la población de médicos especialistas y generales según Consejos Regionales

Consejos Regionales	Según banco de datos del Colegio Médico del Perú		Según encuesta		Total Médicos colegiados hasta el 2006	
	Médicos especialistas	Médicos generales	Médicos especialistas	Médicos generales	Médicos especialistas	Médicos generales
I Trujillo	4,4	5,6	4,9	4,7	616	1 454
II Iquitos	1,0	1,6	0,7	1,2	132	416
III Lima	61,1	49,2	69,4	57,9	8 554	12 768
IV Junin	1,5	2,6	1,5	2,0	213	675
V Arequipa	6,6	9,2	5,4	9,7	919	2 377
VI Cusco	1,9	3,4	1,2	3,0	260	880
VII Piura	2,1	3,2	2,2	2,4	286	819
VIII Chiclayo	3,0	3,1	3,1	2,8	423	797
IX Ica	2,1	4,7	1,3	3,7	295	1 213
X Huánuco	0,6	1,0	0,3	0,5	78	257
XI Huaraz	0,4	0,7	0,2	0,4	61	182
XII Tacna	1,2	1,2	0,9	1,0	161	321
XIII Pucallpa	0,4	0,6	0,2	0,4	55	143
XIV Puno	1,4	2,1	1,1	1,6	189	535
XV San Martín	0,3	0,5	0,1	0,3	47	125
XVI Ayacucho	0,4	1,0	0,1	0,7	54	249
XVII Cajamarca	0,7	1,4	0,5	0,9	100	367
XVIII Callao	5,9	2,2	5,3	2,5	824	573
XIX Chimbote	1,0	1,0	0,3	0,3	139	247
XX Pasco	0,3	0,5	0,1	0,3	40	117
XXI Moquegua	0,6	0,5	0,3	0,4	80	119
XXII Apurímac	0,3	0,7	0,0	0,5	37	174
XXIII Tumbes	0,2	0,5	0,1	0,3	31	124
XXIV Huancavelica	0,2	0,8	0,0	0,4	25	214
XXV Amazonas	0,3	0,6	0,1	0,4	35	167
XXVI Madre de Dios	0,1	0,3	0,0	0,1	16	82
XXVII Lima provincias	1,5	2,1	0,9	1,8	206	540
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	13 876	25 935

Situación laboral de los médicos

El Ministerio de Salud (MINSA) es la entidad que cuenta con mayor número de profesionales, aunque en los últimos años este crecimiento se ha ido desacelerando. Cuadro 2.

Cuadro 2. Médicos según institución donde laboran

Entidad	Años				
	1992	1996	1999	2002	2004
MINSA	7 557	9 658	11 157	11 389	10 649
EsSalud	3 476	4 495	4 344	7 194	7 912
FFAA y PP	963	1 707	1 110	1 710	1 704
Otros	4 437	8 848	6 338	8 845	8 766
Total	16 433	24 708	22 949	29 138	29 031
Colegiados	22 046	26 984	26 984	36 198	40 312

EsSalud, que es la segunda institución empleadora de profesionales de salud, es la que mayor cantidad de profesionales médicos ha empleado en los últimos 5 años, llegando a duplicar en el año 2004 la cantidad de profesionales que tenía en el año 1992.

La Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, tiene un comportamiento errático en el periodo 1992-1999, para los siguientes años se ha establecido una estimación moderada, aunque ya para el año 1996 se contaba, según el censo de ese año, con la cantidad de médicos estimados para el 2004.

En la entidad considerada como otros, se tiene las instituciones públicas y privadas que de alguna manera absorbe profesionales médicos y por muchas razones son instituciones difíciles de acceder para obtener información. Para este conjunto de instituciones, dado que no se cuenta con los datos desagregados, en el presente estudio se ha realizado una estimación moderada, aunque se puede estar subestimando su crecimiento, ya que para el año 1996, según el censo de ese año, existía una cantidad aproximada a la cantidad de médicos estimados para el 2004.

Formación médica poco regulada

Se ha identificado un importante aumento de egresados de medicina (actual y proyectado), principalmente por facultades o escuelas de medicina de universidades privadas.

De acuerdo a la tasa de proyección calculada en base a lo ocurrido en los últimos años (2,8% en universidades públicas y 12,7% en universidades privadas) pasaríamos de 2 156 egresados el año 2005 a 3 218 en el año 2011.

Sobreoferta de médicos

La oferta de médicos generales (egresados y titulados) es superior a la demanda de atención (calculada en base a la utilización de servicios).

La oferta actual es de 25 935 médicos generales para una demanda calculada de 16 196, lo que establece una sobreoferta de 9 739 médicos generales en relación a la utilización de servicios. En el caso de especialistas también

existe una sobreoferta de 1611 especialistas, 11 990 es la oferta actual y 10 379 la demanda calculada. Figura 3.

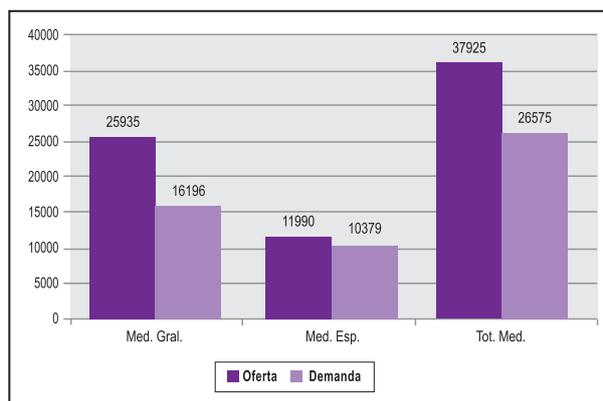


Figura 3. Oferta y demanda de médicos

Esto se produce porque la expansión de los servicios de salud sobre todo públicos sólo ha llegado a cubrir poco más de la mitad (52%) de las personas que necesitan algún tipo de atención de salud.

Necesidad de médicos especialistas mayor que médicos generales. Brecha de necesidad próxima a cubrirse

Si los servicios se expandieran para cubrir al 48% de población que necesitando atención no accede a ella, se tiene la necesidad de médicos. Actualmente se necesitarían 3 042 médicos generales para cubrir las necesidades de atención calculadas, ya que se tiene una oferta de 25 935 y una necesidad de 28 977. En el caso de especialistas se observa un déficit de 6 398 en relación a la necesidad calculada, ya que se tiene una oferta de 11 990 especialistas y una necesidad de 18 388. Figura 4.

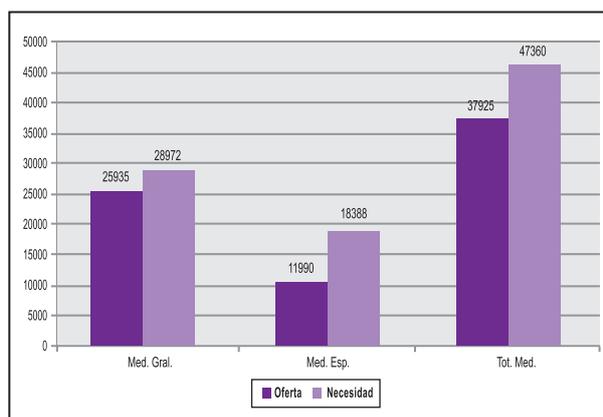


Figura 4. Oferta y necesidad de médicos

Las especialidades donde se requiere cubrir mayores necesidades son las cuatro especialidades básicas (ginecología y obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía), además de ortopedia y traumatología, oftalmología, cardiología, gastroenterología y psiquiatría.

Distribución centralista e inequitativa

La oferta de médicos existente en Lima supera tanto la demanda como la necesidad calculada y proyectada, lo que da cuenta de un centralismo en la distribución.

En relación a distribución de especialistas, los departamentos donde existen mayor brecha entre oferta y demanda y entre oferta y necesidad (déficit de oferta) son Puno, Cajamarca, Cusco y Ayacucho. Los departamentos donde existe mayor sobreoferta son Lima, Callao, Arequipa y Lambayeque.

Los departamentos donde existe mayor déficit de oferta de médicos generales en relación a la demanda son Cajamarca, Puno, San Martín, Huánuco y Huancavelica. Los departamentos de mayor sobreoferta son Lima, Arequipa e Ica.

Tendencias de oferta, demanda y necesidad de médicos en diversos escenarios

La brecha entre oferta y demanda de médicos en los próximos años se irá ampliando.

La situación es más grave en el Escenario 1 (donde la tendencia actual de crecimiento de la oferta se mantiene) en el cual la brecha entre oferta y demanda en el 2011 es de 28 187.

Esta tendencia se mantiene aún en el Escenario 2 (donde se reduce la oferta a la mitad) en el cual la brecha en el 2011 es de 26 336; y en el Escenario 3 (donde se reduce la oferta a la cuarta parte) en el cual la brecha en el 2011 es de 25 170. Figura 5.

La sobreoferta es marcada y es explicada, sobre todo, por la oferta proveniente de facultades de medicina de la mayoría de universidades privadas, en particular las de más reciente creación.

En relación a la necesidad, es decir la cantidad de médicos necesarios para atender a toda la población cuando lo requiera de acuerdo a las proyecciones, estaría cubierta entre el 2009 y el 2010. Figura 6.

Futuro de la formación y ejercicio profesional médico poco alentador en el análisis prospectivo de expertos

Las principales características de la situación futura de la oferta educativa de estudios de medicina que identificaron la mayoría de expertos, serán las siguientes: existe una sobreoferta educativa en universidades privadas manteniéndose la oferta pública, la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM) colaborará con las instituciones reguladoras, la Comisión para la Acreditación de Facultades de Medicina (CAFME) ejercerá una débil regulación y el actor social que tendrá mayor influencia en la regulación de la oferta educativa de estudios de medicina será el Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Educación Superior - SINEACE. Las principales características de la situación futura del número y distribución de médicos que identificaron la mayoría de expertos, serán las siguientes: el número de médicos en el país será excesivo, existirán demasiados médicos generales, la distribución de médicos generales será centralizada e inequitativa.

Las principales características de la situación laboral futura del médico cirujano que identificaron la mayoría de expertos, serán las siguientes: subempleo y desempleo médico en regular proporción y existirá multiempleo médico en regular proporción, no existirá planificación de recursos humanos en salud, el nivel de ingreso promedio de los médicos en el sector público estará muy por debajo de lo que la profesión requiere, y el nivel de ingreso promedio de los médicos en el sector privado estará medianamente por debajo de lo que la profesión requiere.

DISCUSIÓN

El Ministerio de Salud y EsSalud no sólo son los principales empleadores, sino también congregan la mayor

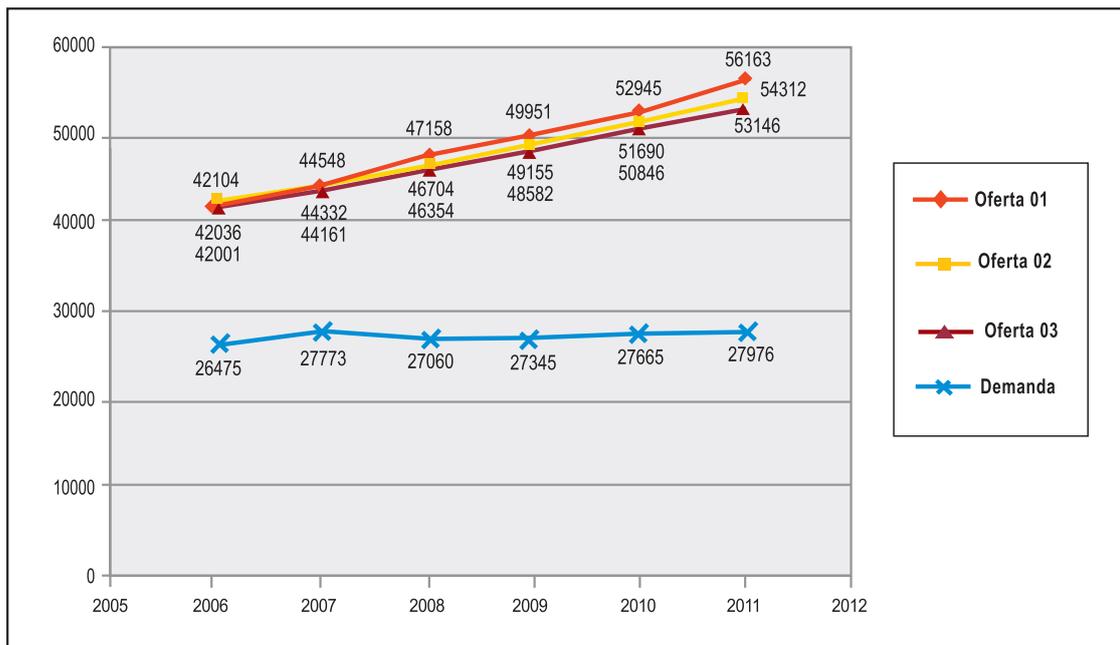


Figura 5. Oferta y demanda de médicos en tres escenarios

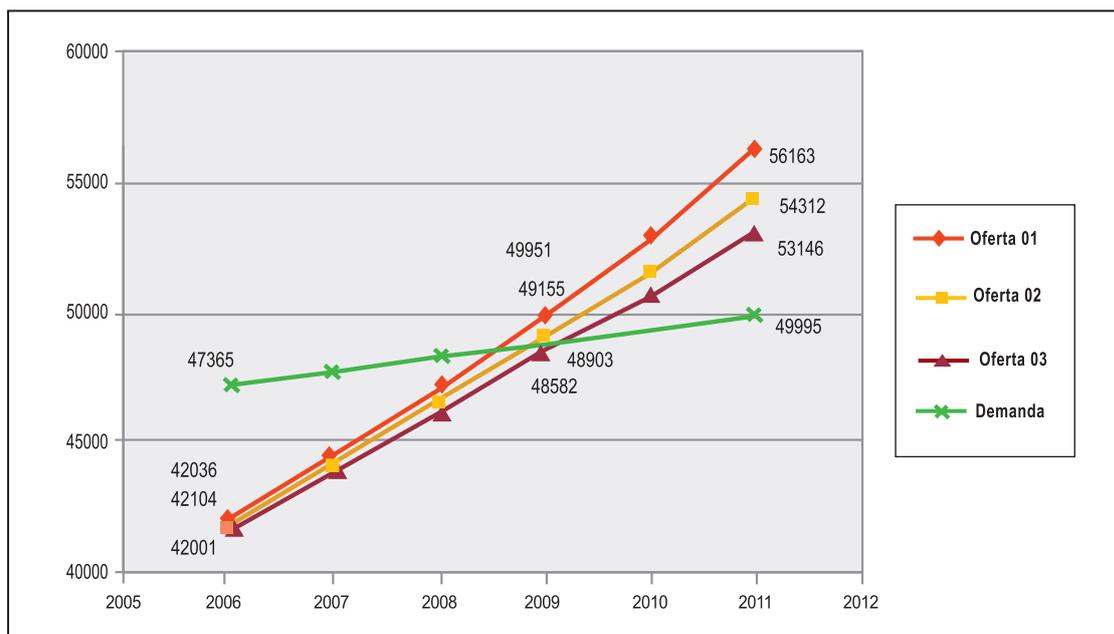


Figura 6. Oferta y necesidad de médicos en tres escenarios

cantidad de sedes docentes para pregrado y residentado médico, por lo tanto, es necesario que en base a criterios de calidad y capacidad resolutive, definan la cantidad, tipo y distribución de médicos tanto para aspectos laborales como de formación.

Un aspecto que es necesario tomar en cuenta en la planificación tanto laboral como de la formación médica, es que la definición de los requerimientos de formación médica está supeditada a las necesidades del empleador y estas a su vez están definidas en base a las de la población. Por lo tanto, las facultades de medicina deben definir sus necesidades de formación en estrecha coordinación con los proveedores de servicios de salud tanto públicos como privados⁸⁻¹⁷.

Además, la situación de la oferta de estudios de medicina se explica porque las facultades de medicina de universidades públicas (y algunas privadas) han adecuado el número de vacantes a los estándares establecidos por la Comisión de Acreditación de Facultades de Medicina (CAFME) y los mantuvieron durante el período de vigencia de la acreditación, mientras que en el caso de la mayoría de las facultades de medicina de universidades privadas, luego de acreditar aumentaron su número de vacantes. Igualmente el número de vacantes para estudios de medicina continúa aumentando con la apertura de filiales por parte de algunas facultades de medicina y el funcionamiento sin autorización de otras.

En el 2006, luego de 7 años de implementación del proceso de acreditación, si bien se reconoce que se viene impulsando una cultura de calidad en las facultades de medicina, proceso que ha servido de referencia para la creación del SINEACE y la generalización del proceso de acreditación a todas las carreras universitarias, se produjeron algunos hechos preocupantes, que entre otros motivaron la realización del presente estudio y varias iniciativas legislativas del CMP.

Entre estos hechos podemos destacar:

- Facultad de medicina no acreditada, por amparo del Poder Judicial, continúa funcionando.
- Facultades sin autorización han empezado a funcionar, incluida una filial en provincia.
- Se ha autorizado la creación de una nueva facultad de medicina.

Y más recientemente ante la Ley de creación del SINEACE sucede la desactivación de CAFME y la desregulación en la práctica ante la falta de implementación del SINEACE.

Todo esto sucede cuando existe un consenso en que existen problemas de cantidad, distribución y calidad de los profesionales médicos^{18,19}.

La poca efectividad de la regulación obedece no sólo a una mala interpretación de la autonomía universitaria sino a la Ley de Promoción de la Inversión en Educación (DL N° 882 de noviembre de 1996) promulgada durante el gobierno de Fujimori, que en su Artículo 2° establece que “toda persona natural o jurídica tiene el derecho a la libre iniciativa privada, para realizar actividades en la educación. Este derecho comprende los de fundar, promover, conducir y gestionar instituciones educativas particulares, con o sin finalidad lucrativa”. Basadas en esta Ley varias universidades actúan como empresas privadas y se encuentran fuera de los alcances de algunas de las regulaciones educativas, poniendo el lucro por encima de la calidad educativa.

En cuanto a la calidad de formación, existen serias dudas que al cumplir los estándares mínimos, ésta se garantice. Prácticamente todas las facultades de medicina existentes han acreditado^{18,19}.

CONCLUSIONES

Es necesario, en vista del panorama descrito tomar medidas legislativas urgentes, entre ellas: la suspensión temporal de

la creación de nuevas facultades o escuelas de medicina durante los próximos 5 años así como la conformación de una comisión que estudie medidas adicionales de regulación de la oferta de estudios de medicina y la calidad de los mismos. Estas decisiones legislativas tendrán que armonizarse con los mecanismos de regulación del Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Educación Superior (SINEACE) así como con la autonomía universitaria y el rol del Colegio Médico del Perú.

La situación laboral de los médicos derivada de la sobreoferta, es para muchos médicos bastante precaria, por lo que es necesario mejorar las condiciones de trabajo y eliminar todas las formas de precarización del empleo médico: servicios no personales, bajas remuneraciones y otros.

Es necesario reorientar la formación de especialistas hacia las denominadas especialidades básicas, a saber: ginecología y obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía general. Además, es necesario que la Autoridad Sanitaria Regional, en su rol regulador -tomando en cuenta el perfil epidemiológico de las Regiones y los resultados planteados en este estudio-, defina el tipo de especialistas que se requieren.

La planificación de recursos humanos se hace necesaria en un contexto como el descrito. Se plantea diferenciar los procesos de planificación entre universidades públicas y privadas

AGRADECIMIENTOS

Se agradece al Comité Técnico del Trabajo publicado en el libro Análisis actual y prospectivo de la oferta, demanda y necesidad de médicos en el Perú 2005 - 2011 por autorizar la reproducción en versión de Artículo original del citado estudio en nuestra revista.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Escalante G. Los recursos humanos en salud. En: políticas de salud 2001-2006. Consorcio de Investigación Económica y Social. [cies.org.pe/files/active/0/diagnóstico5.pdf](http://files.active/0/diagnóstico5.pdf) (fecha de acceso 17/03/07).
2. Iza A. La distribución de los médicos en el Perú. En boletín de la CAFME. <http://www.cafme.gob.pe/acredita.php?action=showcat&catid=1&prevnext=2> (fecha de acceso 17/03/07).
3. Bustíos R, Swayne J. Situación de la Fuerza de Trabajo Médico en el Perú. Lima: ENSAP.1998.
4. Baanante M, Escalante G, Pollarolo P. Estudio sobre los Recursos Humanos en Salud en Perú: Gestión, distribución, normatividad, regulación, condiciones laborales y salariales y formación. GRADE 2006.
5. Organización Panamericana de la Salud. Foro de debate: ¿Cuántos médicos y enfermeras necesitan un país? <http://healthworkers.paho.org/index.php?id=8>. Fecha de acceso: 27.03.07. Opinión Félix Rígoli, experto OPS.
6. Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud. Organización Mundial de la Salud 2006. www.who.int/whr/2006/06_contents_es.pdf. Fecha de acceso: 27.03.07
7. Análisis y tendencias en la utilización de servicios de salud: Perú 1985 - 2002. Ministerio de Salud del Perú, Dirección General de Salud de las Personas / Organización

Panamericana de la Salud. Lima, 2003. Fecha de acceso: 27.03.07 : <http://www.per.ops-oms.org/doc/bvs-pwr/asis/fulltex/analisis%20y%20tendencias.pdf>

8. González B. Oferta y Necesidad de Médicos Especialistas en España 2006 - 2030. Grupo de Investigación en Economía de la Salud. Universidad de Las Palmas de GC- España, Marzo 2007.

9. González B; Barber P. Necesidad y disponibilidad de cardiólogos en España. Situación actual, prospectiva y recomendaciones de políticas de recursos humanos. Grupo de Investigación en Economía de la Salud. Universidad de las Palmas de Gran Canaria. Marzo 2005.

10. Confederación Española de Sindicatos Médicos (CESM) - Madrid y Sociedades Médicas Madrileñas de Atención Primaria (SOMMAP). Necesidades de médicos de familia y pediatras en la atención primaria de la comunidad de Madrid, 2004.

11. Castro Míguez B, Valle Ortiz MJ, Crespo Romero R. Distribución de especialistas en traumatología y cirugía ortopédica en la comunidad autónoma de Galicia. Un modelo para el cálculo de necesidades. Acta Ortop. Castellano-Manch. Núm. 4. 2003.

12. Martín, M. Necesidades de asistencia especializada en Neurología. Sección de Neurología. Hospital Universitario de San Juan. Alicante. <http://svneurologia.org/congreso/asistencia-5.html>

13. Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS). Necesidades de Especialistas Médicos para la Caja Costarricense de Seguro Social Proyección: 2006-2017. Diciembre 2006.

14. Ruiz J. Molina J. Nigenda G. Médicos y mercado de trabajo en México. Caleidoscopio de la salud, 2003.

15. Rosselli D. Otero A. Heller D. Calderón C. Moreno S, Pérez A. Estimación de la oferta de médicos especialistas en Colombia con el método de captura-recaptura. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 9(6), 2001.

16. Bastías G., Marshall G, Zuñiga D, Beltrán B. Número de médicos en Chile: estimaciones, proyecciones y comparación internacional. Rev. méd. Chile 2000. 128 (10).

17. Cabrera F. Análisis de la dotación de personal en el Departamento de Emergencia y en la Oficina de Gestión de la Calidad y Control Interno de un Hospital de la Seguridad Social de Salud - Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Agosto 2005.

18. IDREH MINSa. Una experiencia metodológica para la definición de prioridades de médicos especialistas. En: El Perú respondiendo al desafío de la Década de los Recursos Humanos en Salud. Serie de Recursos Humanos en Salud N° 5. Lima, 2006.

19. IDREH MINSa. Situación y desafíos de los recursos humanos en salud en Perú: Informe de País. Septiembre, 2005.

CORRESPONDENCIA

Víctor Carrasco Cortez

vcarrasco@cmp.org.pe

Recibido: 27/12/07

Arbitrado: Sistema por pares

Aprobado: 01/02/08