

Demandas asistenciales y número óptimo de médicos: una comparación internacional

Dr. Félix Rígoli

Si bien la estimación del número óptimo de médicos para una población determinada es siempre objeto de controversia, es posible su comparación a través de parámetros utilizados en otras realidades. En este trabajo se estudian las tasas de algunos especialistas y médicos en general para Montevideo, en comparación con las tasas determinadas por el GMENAC en Estados Unidos. De ella resulta que Montevideo tiene proporcionalmente tres veces y media más médicos que las necesidades determinadas para EUA y en algunas especialidades hasta cinco veces más. Estas cifras demuestran un desequilibrio en exceso que se postula pueda influir en la inducción de oferta y en deterioros asistenciales.

Palabras clave:
Recursos humanos en salud.
Distribución de médicos.
Médicos

Dr. Félix Rígoli
Director Asistente del Centro de Asistencia
del Sindicato Médico del Uruguay.

Introducción

La estimación de un número óptimo de médicos para una población determinada ha sido objeto de controversia, por los matices que este tema reviste en diversos campos, de los que conviene resaltar por su importancia:

a) *Implicancias de políticas de salud.* Son suficientemente conocidos los planteos en el sentido que sistemas más justos de organización social, demandarían mayores contingentes de trabajadores de salud. En particular en Uruguay cada vez que se habla de la superpoblación médica, se contesta la ya superada observación de que existe 20% de población sin cobertura (*).

Esta visión es contestada, no sólo desde el obvio punto de vista de las limitaciones económicas que deberían relativizar esta postura, sino también desde las concepciones que señalan los peligros de la «medicalización indefinida» de la que hablaba Ilich (1), aunque existiera el dinero para pagarla.

Otra vertiente de este tema demuestra que esta medicalización indefinida es además un fuerte vector tendiente al aumento exponencial de los costos agregando importantes componentes de tecnología, especialización pero también según algunos autores, iatrogenia (2-5). En el estudio de Davis (5) se comparan

tres regiones de Estados Unidos, una con un médico cada 280 personas, otra de uno cada 862 habitantes y la tercera de uno cada 1786. La zona con más alta concentración de médicos tiene el triple de gastos de hospitalización per cápita, tasas de internación y longitud de estadía 30 y 70% respectivamente más altas y también costos de especialistas y seguros prepagos de salud 70% mayores. El estudio de Barer y cols. (2) analiza el caso israelí y vincula la sobrepoblación médica con descensos de la calidad asistencial.

b) *Implicancias corporativas.* Existen constantes referencias por parte de las organizaciones corporativas respecto al número óptimo de médicos, tanto desde las perspectivas de limitacionismo a fin de preservar de los mecanismos de mercado las prácticas de autonomía profesional, como desde visiones expansivas que intentan fortalecer el poder de la categoría no poniendo límites a su crecimiento.

c) *Implicancias ideológicas.* Existen países y circunstancias concretas en que se ha convertido a la expansión

(*) El porcentaje de población sin cobertura formal de salud era de 19.9% para la Encuesta Familiar de Salud, recogida a mediados de 1982. Una reencuesta posterior (Separata: Grupos Poblacionales en mayor riesgo relativo) mostró que casi 50% de esa población se encontraba en los grupos sociales con acceso al mutualismo o a la atención privada. Desde ese momento hasta ahora los asociados a las IAMC pasaron de 1.279.090 el 31-12-82 a 1.519.245 el 30-06-90, disminuyendo en 240.155 las personas sin cobertura formal. Si por otra parte el MSP ha entregado más de 200.000 nuevos carnés de asistencia desde 1985 a la fecha, es posible suponer que la «población sin cobertura» sea hoy de menos de 5% del total.

CUADRO I

Necesidades de algunos especialistas por diez mil habitantes.

ESPECIAL	Nº EUA	Por 10.000	Para Mdeo.
Psiquiatras	38500	1.58	206
Dermatólogos	6950	0.29	37
Pediatras	36400	1.49	194
Urólogos	7700	0.32	41
Otorrinolarin- gólogos	8000	0.33	43
Oftalmólogos	11600	0.48	62
Ginecólogos- Obstetras	24000	0.99	128
Cirujanos Plásticos	2700	0.11	14
Cirujanos Generales	23500	0.97	125
Anestesiastas	21000	0.86	112
Otros	285650		
Total médicos	466000	19.14	2488

Fuente: U.S Dept. of Health and Human Services Vol. I. GME-NAC Summary Report p. 14 1980 en : Davis, Karen, 1982 (5).

del número de médicos en una premisa vinculada a razones ideológicas. Tal es el caso de Israel que consideraba una obligación repatriar y dar pleno empleo a todos los médicos judíos que desearan volver a su patria (2) o Cuba, que considera una obligación nacional la producción excedentaria de médicos, inclusive destinando un cierto porcentaje para su «exportación» en el marco de la cooperación internacional (6).

Estudios internacionales

Revisando alguna literatura sobre el tema se encuentran cifras tales como los estudios de OPS (7) que fija en 8-10 médicos por 10.000 habitantes la meta a alcanzar como número óptimo.

Asimismo los estudios de EUA han evaluado las necesidades de atención primaria, situándola en 133 por cien mil habitantes (8).

Una de las evaluaciones más completas sobre este tema ha sido realizada por el Comité Asesor en Educación Médica de EUA (GMENAC en inglés) que revisó a comienzos de los años 80 las estadísticas de utilización de la población norteamericana, traduciendo a horas de labor y luego a número de personas con ocupación completa (5). De acuerdo a ese estudio las tasas óptimas de especialistas por cada 10.000 habitantes serían los que figuran en el cuadro I.

Se han excluido de esta tabla un conjunto de especialidades cuya definición y funciones puedan ser diferentes en

CUADRO II

Estructuras demográficas de E.U.A. y Montevideo

Grupos de edad	E.U.A. (i) %	Montevideo (ii) %
Menos de 19 años	31.2	31.2
19-64 años	57.9	56.6
65 años y más	10.9	12.2

(i) Tomado de Fischer, C: Differences by age groups in health care spendings. Health Care Financing Review. Spring 1980.

(ii) Tomado de: Dirección General de Estadísticas y Censos: Muestra de anticipación de resultados censales. Vol 1. Montevideo, octubre de 1987.

relación a la práctica habitual en nuestro país, tales como medicina familiar, osteopatía y algunas especialidades de la medicina interna.

Hemos agregado una columna calculando a las mismas tasas un número teórico de necesidad de recursos humanos para la población de Montevideo. Esta extrapolación debe ser tomada con precaución, como toda extrapolación, aunque en este caso las estructuras poblacionales de los dos grupos son relativamente similares, lo que habilita a concluir que las demandas asistenciales pueden ser de composiciones semejantes (Cuadro II).

La disponibilidad de esos mismos especialistas en Montevideo (**) su relación por 10.000 habitantes, y la comparación porcentual entre las tasas de Montevideo y de EUA se muestran en el cuadro III:

Conclusiones

Las diferencias de las tasas de disponibilidad de especialistas y del total de médicos entre Montevideo y un medio altamente desarrollado como el estudiado, exigen de mayores comentarios. Creemos que las discusiones sobre el número adecuado de médicos tienen sentido en contextos en que las relaciones entre oferta y demanda de recursos se encuentra dentro de parámetros promediales, pero no frente a las cifras presentadas que demuestran un desequilibrio en exceso con serias repercusiones sobre la prestación de servicios tanto por la inducción de utilización innecesaria como por los posibles deterioros asistenciales de los que hablamos al comienzo.

Résumé

Il est évident que l'estimation du nombre idéal de méde-

(**) El cálculo inicial de la disponibilidad para Montevideo se realizó sobre la base de la información estadística de la Escuela de Graduados por gentileza del Prof. Muzio Marella. Posteriormente accedimos a la base de datos del Sindicato Médico del Uruguay a noviembre de 1990, gracias a su Administrador General, Dr. Antonio Turmes. Hemos tomado estos últimos datos como definitivos. Si bien este procedimiento conlleva algún margen de error, creemos que las conclusiones serían similares descontando este factor.

CUADRO III
Médicos de algunas categorías residentes en Montevideo.
Número, tasa por 10.000 habitantes y comparación con las tasas de EUA
(EUA = 100).

Especialidad	Número Montevideo	x 10.000 Montevideo	x 10.000 EUA	Relación Mdeo/EUA
Siquiatras	395	2.94	1.58	+ 185
Dermatólogos	123	0.91	0.29	+ 317
Pediatras	689	5.41	1.49	+ 345
Urólogos	50	0.37	0.32	+ 116
Otorrinolaringólogos	93	0.69	0.33	+ 210
Oftalmólogos	120	0.90	0.48	+ 185
Ginecólogos—Obstetras	347	2.58	0.99	+ 262
Cirujanos Plásticos	78	0.58	0.11	+ 529
Cirujanos Generales	325	2.45	0.97	+ 250
Anestesiastas	203	1.51	0.86	+ 176
Otros	6711			
TOTAL	9134	68.16	19.14	+ 356

cins pour une population en particulier, fait toujours objet de désaccords, cependant, une comparaison avec d'autres réalités est toujours faisable. On a donc estimé, suivant les taux fixés par le GMENAC aux Etats Unis, le nombre de spécialistes et de généralistes à Montevideo. Il en résulte que Montevideo a trois fois et demie plus de médecins en proportion dans les différents domaines que les EE.UU. et même, dans certaines spécialisations, cinq fois plus. Ce déséquilibre peut probablement inciter à l'induction de l'offre et à la qualité de l'assistance.

Summary

Although the estimation of the optimal number of physicians for a particular population is always the subject of controversy, its comparison is possible through parameters utilized for other factors. The present report deals with the rates of specialists and physicians at large practicing in Montevideo, in comparison with the rates determined by GMENAC in the United States. It is derived therefrom that Montevideo has proportionally three and a half times more physicians than the needs stated for EVA and in some specialties even five times more. These figures demonstrate an excess unbalance that is contended to

influence the induction of supply and health care deterioration.

Bibliografía

1. **Ilich I.** *Némesis Médica.* Barcelona: Barral, 1975.
2. **Barer M, Gafni A, Lomas J.** Accomodating rapid growth in physician supply: lessons from Israel, warnings for Canada. *Int J Health Serv* 1989; 19(1): 95-115.
3. **Kindig D, Taylor C.** Growth in the international Physician supply. *JAMA* 1985; 253(21): 3129-32.
4. **Schroeder S.** Western European Responses to physician oversupply: Lessons for the United States. *JAMA* 1984; 252(3):373-84.
5. **Davis K.** Implications of an expanded supply of physicians Evidence from a Cross-Sectional Analysis. *John Hopkins Med J* 1982 (150): 55-64.
6. **Nogueira R, Britos P.** Recursos Humanos en Salud de las Américas. *Educ Méd Salud*, 1986; 20(3).
7. **OPS/OMS.** Recomendaciones y metas del Plan Decenal de Salud para las Américas 1971-1980. *Reseñas. Educ Med Salud* 1973; 7 (3-4).
8. **Schonfeld HK.** Number of phisicians required for primary medical care. *N Engl J Med* 1972; 286(3):571-6.