

Demanda futura de médicos

*Aldemar Gómez Aguirre, M. D. M. S. P. **

La necesidad de personal médico está directamente relacionada con la demanda de servicios de salud por parte de la población y con la cantidad de servicios que en un momento dado el sistema pueda ofrecer. Tanto la demanda de servicios como el suministro de médicos cambian a través del tiempo por razones tales como el cambio de las alteraciones de la salud, las características socio-económicas de la población, avances de la investigación y de la medicina, institución de nuevos servicios de salud, financiación de nuevos programas y organización de nuevos patrones de servicios.(1)

DEMANDA DE SERVICIOS

“En general, el estimativo de la demanda de servicios de salud se ha venido haciendo en base de una serie de

relaciones tales como médicos y población, personal paramédico y población, camas hospitalarias y población, o personal de salud y camas hospitalarias. Estas relaciones se han llegado a reconocer como normas, más a través de posibilidades de desarrollo accidentales, que como consecuencia de un plan deliberado” (1). Sea la oportunidad de manifestar que datos que tienen los países industrializados tales como de 9.4 camas X 1.000 habitantes en la Unión Soviética, 8.9 en E E. UU. y de disponibilidad de médicos de 1 X 450 habitantes y 1 X 1.700 respectivamente (2), no pueden ser en ningún momento metas para países con problemas de salud y recursos diferentes como es el caso de Colombia; dichas cifras solo deben tomarse como punto de comparación y de referencia.

Pero debido a la gran distancia existente entre los problemas de salud y demanda de servicios, por un lado, y los recursos para solucionarlos adecuadamente, por el otro, que solamente permiten satisfacer aquellos en número limitado, se ha

* *Subdirector del estudio experimental de Servicios de Salud en Colombia. División de Medicina Social. ASCOFAME.*

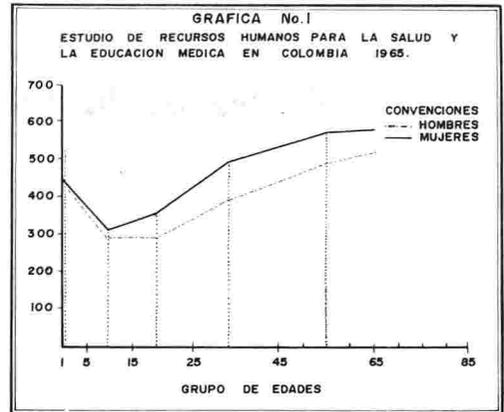
determinado la necesidad de establecer prioridades, tal como se ha hecho en el país cuando se ha dado más énfasis en la protección de la madre y del niño.

No se pretende en este documento hacer un análisis completo de la demanda de servicios de salud como factor determinante de la necesidad futura de médicos, sino enunciar algunos factores que es preciso tener en cuenta cuando se quiere tener una idea, así sea muy aproximada, de los dos aspectos mencionados.

Dos tipos de demanda de servicios serán mencionados: **demanda potencial** y **demanda real**. La demanda potencial es aquella que está dada por la enfermedad sentida por la población y por los servicios que quisiera tener y se obtiene por entrevista interrogándola por sus problemas de salud. Sobre este tipo de demanda el Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica realizado en Colombia mostró que de 1.000 personas, 387 expresaron "enfermedad", en un período de dos semanas (3). (Ver gráficas N° 1 y 2).

Si estimamos la población total para el año de 1980 en 29'166.000 habitantes tendríamos que, aplicando los resultados de la encuesta, 11'287.342 personas se sentirían enfermas en un período igual. Esta última cifra indica la "demanda potencial" por enfermedad de servicios de atención médica. Se puede argumentar que la demanda así estimada podría tener oscilaciones en más o en menos ya que quedan incluidos casos leves que necesariamente no ameritarían atención médica; sin embargo debe anotarse que si lo anterior puede ocurrir, tampoco es menos cierto que, posiblemente, quedan excluidos casos de enfermedad que no son referidos por la población debido a factores tales como no presencia de síntomas

al momento de la entrevista, acostumbramiento a la enfermedad como en el caso de algunas enfermedades crónicas.



La **demanda real** esta dada por la demanda satisfecha o efectiva y por la demanda insatisfecha. La **demanda médica satisfecha** se obtiene a través de los registros de diagnóstico de consulta externa, de enfermedades comunicables, egresos hospitalarios y de encuestas a la población sobre solicitud de servicios en un período dado. La **demanda médica insatisfecha** está constituida por las personas que consultan a personal no médico, los que consultan y no son atendidos y los que no consultan teniendo necesidad de hacerlo.

La Investigación Nacional de Morbilidad del Estudio de Recursos Humanos, por medio de encuesta a la población, señaló que de cada 1.000 habitantes 88,2 consultaron por enfermedad y otras condiciones relacionadas con su salud durante un período de dos semanas. De estos solo 63,2 consultaron al médico y 25 lo hicieron a personal no médico (Gráfica N°2). La tasa de consultantes al médico tuvo variaciones cuando se le consideró por: **SEXO**, mayor en las mujeres (70,0 por mil) que en los hombres (56,0 por mil); **edad**, máxima en los menores de un año, mínima entre los 5 y 14 años, intermedia a partir

de los 15 (Gráfica Nº 3); **zona**, máxima en las grandes ciudades (99.9 por mil), un poco menor en las localidades intermedias y muy baja en la zona rural, lo cual indica más recurso en la zona urbana (Gráfica Nº 4); **ingreso económico anual**, aumenta la tasa de consultantes a medida que aumenta el ingreso familiar desde 38.6 por mil personas con ingresos menores de \$ 3.600 hasta 107.0 por mil personas con ingresos de más de \$ 12.000 **nivel de instrucción**, que indicó que la tasa de consultantes al médico está en razón directa con la elevación del nivel de instrucción (3).

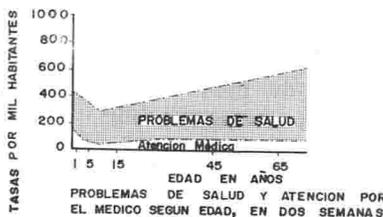
cas. (Gráfica Nº 5). El total de consultas atendidas por médicos en un año arroja una cifra de 40'670.000 con un promedio de 2.3 consultas por habitante y de 6.1 por consultante ya que solo un 38% del total de la población consultó. Con respecto al personal no médico, este efectuó 18'260.000 consultas en un año, con un promedio de 1 consulta por habitante (2).

GRAFICA No 2
ESTUDIO DE RECURSOS HUMANOS INVESTIGACION NAL. DE MORBILIDAD. COLOMBIA 1965 - 1966



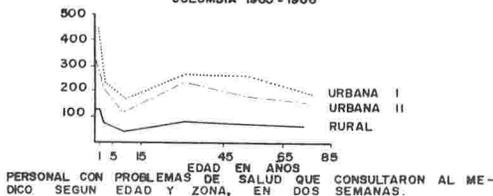
ATENCIÓN MÉDICA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD, EN DOS SEMANAS

GRAFICA No 3
ESTUDIO DE RECURSOS HUMANOS INVESTIGACION NAL. DE MORBILIDAD. COLOMBIA 1965 - 1966



PROBLEMAS DE SALUD Y ATENCIÓN POR EL MÉDICO SEGUN EDAD, EN DOS SEMANAS

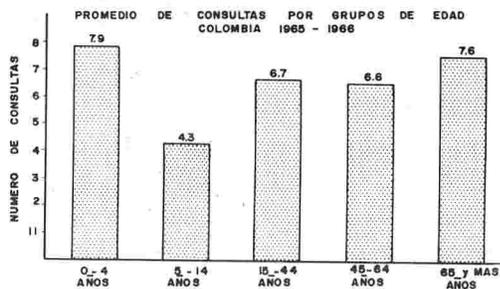
GRAFICA No 4
ESTUDIO DE REC. HUMANOS INVESTIGACION NAL DE MORBIL. COLOMBIA 1965 - 1966



PERSONAL CON PROBLEMAS DE SALUD QUE CONSULTARON AL MÉDICO SEGUN EDAD Y ZONA, EN DOS SEMANAS.

Las anteriores variaciones se hacen más notorias cuando son analizadas en conjunto con el número de consultas médicas por consultante, lo cual indica que los grupos de población que tienen una mayor cobertura de servicios reciben a su vez un mayor promedio de consultas médi-

GRAFICA No 5



VARIABLES QUE INTERVIENEN EN LA DEMANDA DE SERVICIOS

Entre las diferentes variables que inciden en la demanda de servicios de salud podemos señalar, entre otras, las siguientes: demográficas, accesibilidad de la población, actitudes de la misma, estructuración de los servicios, nuevas modalidades de atención médica y oferta de servicios.

Variables demográficas.

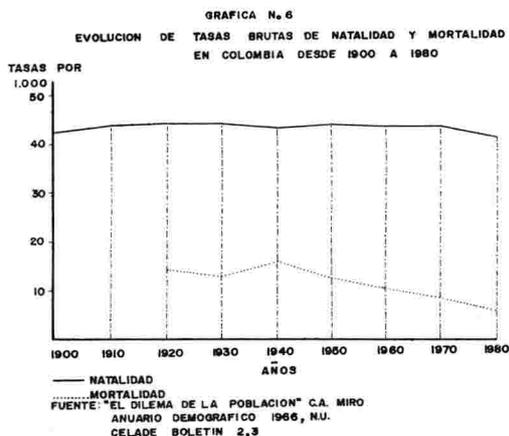
El conocimiento y las proyecciones de las variables demográficas toman un gran valor debido, entre otras razones, a que las últimas daran valores muy confiables y a que las variaciones de la mortalidad, de la fecundidad y de las migraciones, posiblemente no serán de gran magnitud en plazos relativamente cortos.

Dado que la protección de la salud de

la población es la razón de la existencia de los servicios de salud, es necesario conocerla muy bien, ya que es la que recibe los beneficios. Contrario a lo que pudiera creerse, no es suficiente conocer la cantidad total de la población o su incremento en períodos de tiempo, sino también su distribución por sexo, edad, nivel de instrucción, ingreso económico, zonas urbana y rural, etc. Ya vimos en líneas anteriores la importancia que tienen los últimos factores mencionados en la cobertura de población y en la distribución de los servicios demandados.

La fecundidad, la mortalidad y la migración son tres variables demográficas fundamentales cuyas variaciones tienen bastante influencia en la composición de la población. La mortalidad inició su rápido descenso desde el año de 1940 hasta alcanzar, de acuerdo con proyecciones, niveles tan bajos como 6,3 X mil en el año de 1980 (4). Por otra parte, el descenso de los niveles de la mortalidad no se ha distribuido en forma uniforme en todos los grupos de edades y es evidente que los grandes logros en su contra se han alcanzado en las edades menores. El descenso rápido de la mortalidad, sin ser acompañada por la disminución de la fecundidad, explica el crecimiento acelerado de la población y que esta se haga cada día más joven. En cuanto a la fecundidad ya se empieza a considerar una disminución de la tasa a partir del año 70. La reducción de los niveles de la fecundidad trae como consecuencia el envejecimiento de la población (Gráfica N° 6).

En relación con las migraciones juegan papel importante las que establecen una corriente rural-urbana, lo que implica que una buena cantidad de población rural pasa a beneficiarse de los servicios situados, en su mayor proporción, en las zonas urbanas y por tanto aumenta la de-

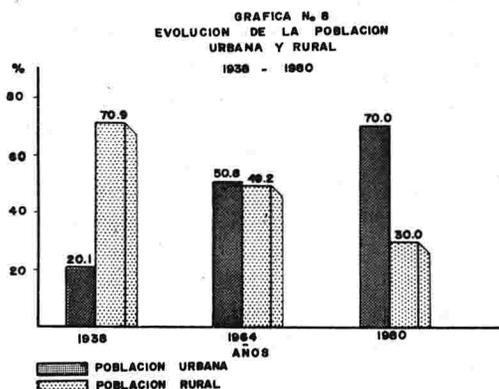
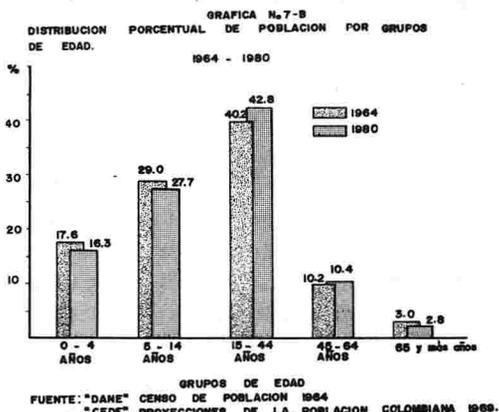


manda en dichas zonas: la población rural se ha reducido y pasó del 70.9% en 1938 al 49.2% en 1964. De continuar estas tendencias entre 1975 y 1989, la mitad de la población del país viviría en las ciudades de 100.000 y más habitantes, en tanto que la población rural sería de menos de 30% del total (5).

A manera de ejemplos se dan algunas características de la población de acuerdo con el censo de 1964 y la proyectada a 1980 (Gráficas N° 7-a, 7-b y 8).



Téngase en cuenta que se utiliza una proyección de población que se asemeja a la alternativa intermedia calculada por varios autores que suponen variaciones moderadas de los niveles de las principales variables demográficas, en cuanto a la población de Colombia se refiere. En este sentido Zschock (5) realizó una hipótesis sobre una fecundidad estable y una morta-



lidad baja obteniendo un cálculo de 30' 180.000 habitantes. Por otra parte el mismo autor bajo la hipótesis de una fecundidad y mortalidad bajas obtiene una estimación de 26' 833.000.

Si suponemos que en el año de 1980 el porcentaje de población rural es de 30%, tendríamos la siguiente distribución por tal característica. (véase gráfica Nº 8).

Accesibilidad de la población a los servicios.

Grandes grupos de población colombiana tienen una limitada accesibilidad a los recursos de salud existentes para solucionar sus problemas. Los factores

que inciden en esta situación son de tipo geográfico, económico y cultural. Sectores de la población rural tienen que recorrer grandes distancias por terrenos escarpados, fatigosos y utilizando como medios de locomoción sus propios pies en procura de servicios médicos. Es un supuesto que quizá no necesita comprobación, que la apertura de una carretera en una zona rural debe influir en la mayor demanda de servicios. También en las grandes ciudades el factor limitante de la accesibilidad está presente, en aquellos casos donde los recursos institucionales de salud se encuentran ubicados en lugares que, por la extensión de las ciudades, han quedado distantes de diferentes sectores de las mismas. Lo anterior indica que deben extenderse los servicios a las zonas rurales y realizar una reubicación de los mismos en las zonas urbanas. De otro lado el bajo ingreso económico de grandes grupos de población los incapacita para comprar los servicios necesarios, a lo cual se agrega la limitación determinada por el nivel de instrucción, ya que estos dos factores se combinan casi siempre.

Los factores atrás enunciados no solamente afectan la accesibilidad a los servicios sino que contribuyen a mantener la demanda hacia el personal no médico, principalmente el tegua en las zonas rurales y el farmacéutico en las urbanas. Puede agregarse a estos factores la falta de conocimiento por parte de la población de las instituciones de salud, los servicios que prestan y otros aspectos administrativos.

Actitudes, creencias y practicas de la población.

La conducta de las personas está influida por las ideas, creencias, valores y sistemas normativos de cada grupo social.

Existen a nivel de los grupos de bajas condiciones socioeconómicas y aún en grupos de niveles superiores, ciertas actitudes, creencias y prácticas con relación a su salud que inciden en la demanda de servicios médicos científicos. Entre ellas podemos mencionar las de tipo religioso, mágico y las que se deducen del concepto generalizado que tiene la población de consultar al médico solo cuando su padecimiento es severo. La primera se refleja en la expresión de que la "Enfermedad es un medio para que Dios mantenga a la criatura bajo su control". Por otra parte existen actitudes del personal de salud que en alguna forma influyen sobre la demanda de servicios, especialmente aquellas que afectan la relación médico - paciente.

Estructuración de los servicios

Es un hecho bastante conocido que existe una utilización deficiente de los recursos, que se expresa en la dispersión del esfuerzo entre numerosas entidades mal coordinadas y en la falta de un sistema funcional de organización de los servicios de salud. Si en un futuro se estableciera en forma la regionalización de los servicios de salud, naturalmente tendría gran influencia en la demanda de servicios y en la cobertura alcanzada por los mismos, ya que tal sistema ofrece una serie de beneficios para la población y es base de los programas de incentivos para el personal de salud. Si dicho sistema contara con unos niveles de atención médica bien definidos, delimitación de las funciones de cada miembro del equipo, los recursos necesarios para el desempeño de sus funciones, medios de comunicación y transporte, sistemas de supervisión constante y de referencia de pacientes, los servicios de atención médica mejorarían no solamente en su mayor disponibilidad sino también en calidad.

Modalidades de atención médica.

La demanda de servicios de salud y las necesidades de atención médica sumadas a la capacidad actual limitada del país para aumentar la producción de profesionales médicos y a la casi inexistencia de personal con adiestramiento definido en el nivel intermedio, hacen necesaria la introducción, así sea temporal, de nuevas modalidades de atención médica. Entre ellas se hace referencia a una que en este momento se desarrolla en forma experimental en tres áreas del país y que realiza conjuntamente la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina y el Ministerio de Salud Pública.

Consiste esta investigación en experimentar la utilización del personal auxiliar en el cumplimiento de funciones de cuidado médico mínimo, delegadas y controladas por el personal profesional, y dentro de un sistema regionalizado de servicios de salud. Su objetivo a corto plazo es, precisamente, incrementar la cobertura de población rural sin desmejorar la calidad de la atención médica proporcionada. Este estudio contempla como parte importante la definición de parámetros en la evaluación del aprendizaje de conocimientos y desarrollo de habilidades por parte del personal auxiliar, y de la productividad del sistema en cuanto a cobertura alcanzada, calidad de los servicios proporcionados y gastos de los mismos.

Se espera que este experimento contribuya a ofrecer más servicios a la población rural, estimular la demanda por medio de promotoras de salud y líderes de la comunidad y por supuesto tratar de disminuir el peso de algunos factores que limitan la accesibilidad a los servicios.

PROYECCION DE LA DEMANDA DE SERVICIOS Y NUMERO DE MEDICOS

Demanda potencial.

En el supuesto de que para el año de 1980 se conserve la misma demanda potencial observada en 2 semanas, 387 X 1.000, y el rendimiento de los médicos permanezca igual al encontrado por el Estudio de Recursos Humanos, 13.1 pacientes por médico por día (6) el país necesitaría 61.477 médicos para satisfacer la demanda potencial de 11'287.342 personas en dicho período. Para el mismo año se estima que habrá 14.336 médicos (6) los cuales podrán atender, con el mismo rendimiento, apenas un 23% (2'632.090 personas) quedando una demanda insatisfecha de 77% (8'655.155 personas). Parece obvio que si se incrementara el rendimiento de los médicos nunca podría llegar a cubrir cifra tan elevada.

Demanda real.

El mismo Estudio de Recursos Humanos demostró que en un año consultan al médico el 38% de la población y que las personas que lo hacen reciben un promedio de 6.1 consultas c/u. Si se conserva para 1980 las mismas tasas de consultantes, promedio de consultas por persona y el rendimiento médico, se tendría que atender 11'083.080 personas a las cuales sería necesario realizar 69'823.404 consultas. Este número de consultas demandarían 14.604 médicos para su atención.

Si para el mismo año se quisiera cubrir con profesionales médicos los 29'924.316 consultas que la población recibiría del personal empírico, se necesitarían 6.258 médicos adicionales, o sea, que para atender la demanda satisfecha total (médica + empírica) serían necesarios 20.862 médicos.

BIBLIOGRAFIA

1. TAYLOR C. E; DIRICAN R., DEUSHE K. W. *Health Manpower Planning in Turkey*, The Johns Hopkins Pres, Baltimore, Maryland 1968.
2. RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD Y LA EDUCACION MEDICA EN COLOMBIA. BOLETIN N° 2 DE LA DIVISION DE EDUCACION, PLANEACION Y DESARROLLO—Asociación Colombiana de Facultades de Medicina—Bogotá 1968.
3. AGUALIMPIA M. CARLOS; PABON R. AURELIO; GALAN M. RICARDO; GOMEZ S. LUIS C.—Atención Médica—Investigación Nacional de Morbilidad—Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica en Colombia—Bogotá—Agosto 1968.
4. GARCIA, SILVA JORGE. —Influencia de los Problemas Demográficos sobre el desarrollo y Funcionamiento de la Seguridad Social. Aspectos Médicos Conferencia en II Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social Bogotá Colombia, Junio 21-27 de 1970.
5. ESTUDIO DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD Y EDUCACION MEDICA EN COLOMBIA—TOMO II RESULTADOS PRELIMINARES—Conferencia Internacional Maracay, Venezuela 19-23 de Junio de 1967—Ministerio de Salud Pública y Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.
6. PAREDES M. RAUL.—La Profesión Médica—Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica en Colombia—Asociación Colombiana de Facultades de Medicina—(Bogotá 1968) Ediciones Tercer Mundo.