



Revista Colombiana de Anestesiología

ISSN: 0120-3347

SCARE-Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación

Shiraishi Zapata, Carlos Javier

Shortcomings in the Peruvian public health system that impose hurdles on anesthesia care

Revista Colombiana de Anestesiología, vol. 46, no. 2, 2018, April-June, pp. 148-151

SCARE-Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación

DOI: 10.1097/CJ9.0000000000000027

Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195159712010>

- How to cite
- Complete issue
- More information about this article
- Journal's webpage in redalyc.org

UDEM  redalyc.org

Scientific Information System Redalyc

Network of Scientific Journals from Latin America and the Caribbean, Spain and Portugal

Project academic non-profit, developed under the open access initiative



Colombian Journal of Anesthesiology

Revista Colombiana de Anestesiología

www.revcolanest.com.co

OPEN

Wolters Kluwer

Falencias del sistema sanitario público peruano que dificultan la atención anestesiológica

Shortcomings in the Peruvian public health system that impose hurdles on anesthesia care

Carlos Javier Shiraishi Zapata

Servicio de Anestesiología, Hospital ESSALUD. Talara, Perú.

Palabras clave: Calidad de la Atención de la salud, Atención perioperatoria, Pautas de la práctica en Medicina, Derivación y Consulta, Anestésicos

Keywords: Quality of Health Care, Perioperative Care, Practice Patterns, Physicians, Referral and Consultation, Anesthetics

Resumen

Existen problemas en el sistema sanitario público peruano que afectan la atención de los pacientes llevada a cabo por los anestesiólogos peruanos. Algunas deficiencias del sistema público concernientes al tiempo de consulta médica, el proceso de referencia y la disponibilidad de medicamentos, son identificadas y comparadas con otros contextos de Latinoamérica dado que complican el manejo perioperatorio.

Abstract

Shortcomings in the Peruvian public healthcare system affect the care provided by Peruvian anesthesiologists. Shortcomings that have a negative impact on perioperative management, including time to medical consultation, the referral process, and drug availability, are identified and compared with other contexts in Latin America.

Introducción

En este artículo, se describen falencias del sistema sanitario público peruano concernientes a la duración de la consulta externa, tiempo para referencia hacia

establecimientos de mayor complejidad y disponibilidad de fármacos. Estos problemas causan dificultades a los anestesiólogos cuando atienden pacientes en la práctica diaria de la especialidad y hacen más complicado el manejo anestésico de un número significativo de pacientes afiliados a un seguro sanitario público que reciben atención quirúrgica. Asimismo, se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos (LILACS y PUBMED) y el buscador Google, para conocer la situación de esta problemática en el contexto nacional y de otros sistemas sanitarios latinoamericanos.

Duración de la consulta externa

En Perú, el tiempo para la atención de los pacientes que acuden a consultorio externo de las entidades públicas es de solamente 12 a 14 minutos en las distintas especialidades médicas incluyendo Anestesiología.^{1,2} En 2016, el tiempo promedio de duración de la consulta médica (entidades públicas y privadas) fue incluso menor, ya que alcanzó los 11.87 minutos.³ Los hospitales del Seguro Social de Salud del Perú (SSP) tienen un tiempo estándar de consulta externa de 4 a 5 pacientes por hora, aunque no se detallan los criterios utilizados para determinar esta cifra.⁴

Cómo citar este artículo: Shiraishi Zapata CJ. Falencias del sistema sanitario público peruano que dificultan la atención anestesiológica. Rev Colomb Anestesiol. 2018;46:155-159.

Read the English version of this article at: <http://links.lww.com/RCA/A82>

Copyright © 2018 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.). Published by Wolters Kluwer. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Correspondencia: Servicio de Centro Quirúrgico y Anestesiología Hospital ESSALUD Talara, Piura-Perú. Avenida Panamericana s/n. Talara, Piura, Perú. Correo electrónico: cshiraza7@alumnos.ub.edu

Rev Colomb Anestesiol (2018) 46:2

<http://dx.doi.org/10.1097/CJ9.0000000000000027>

Además, el tiempo de espera promedio para obtener una consulta externa se encuentra entre 12 y 22 días;¹ sin embargo, el mismo llega a extenderse de forma notable para algunas especialidades médicas en ciertas regiones del país hasta bordear los 100 días.⁵

En otros países latinoamericanos como Argentina, el tiempo asignado para clínica médica es de 15 minutos.⁶ En Colombia, la normativa establece que la duración de la consulta en medicina general no debe tener una duración menor a 20 minutos.⁷

Es importante señalar que realizar un acto médico en un período de tiempo menor a 20 minutos no permite ejecutarlo de forma adecuada⁶ y que la corta duración de la consulta pudiera ocasionar falta de tiempo necesario para transmitir información a los pacientes respecto sus patologías, tanto las que motivan la consulta como otras comorbilidades. Este problema quedó evidenciado por el hecho de que 92.61% de los pacientes peruanos atendidos en consulta externa manifestaron que el médico les explicó sobre la enfermedad, problema o estado de salud; pero sólo el 67.39% manifestaron entender todo lo que se les explicó.³ Asimismo, un período menor a 20 minutos estuvo asociado a una percepción de baja calidad de la atención en México.⁸

En el campo de nuestra especialidad, un período de tiempo inferior a 20 minutos pudiera ser insuficiente para completar una anamnesis y examen físico con énfasis en la evaluación de la vía aérea. También se debe tener en cuenta que durante la consulta se realizan una serie de medidas tales como: recomendaciones pertinentes a la cirugía sobre la medicación crónica, interconsultas a otras especialidades, solicitudes de exámenes auxiliares, elección de una técnica anestésica, obtención del consentimiento informado, respuestas a las preguntas de los pacientes respecto a las cirugías programadas y técnicas anestésicas seleccionadas y, en algunos casos, la digitación de la atención de los pacientes en el parte diario y lista de espera quirúrgica informatizados de la institución.

Tiempo de referencia hacia consulta externa de establecimientos de mayor complejidad

Se ha descrito que el tiempo de trámite para la referencia de pacientes cardiológicos peruanos referidos desde provincias hacia un centro especializado en la capital, ascendió a 1 mes para atención por consultorio externo y procedimientos diagnósticos.⁹ Sin embargo, en otros casos los pacientes referidos para atención especializada y procedimientos diagnósticos y terapéuticos deben esperar algunas semanas e incluso meses para obtener una cita médica en un hospital de referencia.¹⁰ Respecto a esta situación, el SSP ha reconocido que debe mejorar la velocidad para entregar citas médicas,¹¹ ya que, de acuerdo a la normativa de referencias institucional, los pacientes provenientes de regiones fuera de la capital deberían tener prioridad para recibir atención médica, la

cual debería ser llevada a cabo dentro de las 72 horas en los establecimientos de referencia. Por esta razón, el proceso para la referencia de pacientes debería ser revisado de acuerdo a la normativa institucional.¹²

En el contexto latinoamericano, los tiempos de espera para la atención por consulta externa y la realización de procedimientos diagnósticos también fueron prolongados con excepción de Colombia. Así, en Brasil, el acceso a consulta especializada en un área periférica requirió un tiempo de espera promedio para la primera consulta que ascendió a 244 días.¹³ En México, el tiempo de espera promedio para la realización de cuatro procedimientos diagnósticos en hospitales públicos mexicanos (Instituto Mexicano del Seguro social, Secretaría de Salud e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) fue de 11 semanas.¹⁴ En Chile se ha citado un tiempo de 141 días promedio de espera para consultas nuevas atendidas en varias especialidades médicas de un hospital público.¹⁵ Por el contrario en Colombia, el tiempo de asignación de citas para la consulta externa por Medicina General fue 3 días de espera para los pacientes en el período 2009–2014 y la consulta especializada que tuvo mayor tiempo de asignación fue Medicina Interna con 12.11 días.¹⁶

Disponibilidad de fármacos

El 67.2% de usuarios que compraron medicamentos con receta en farmacias privadas, fueron atendidos en establecimientos del Seguro Integral de Salud (SIS) perteneciente al Ministerio de Salud del Perú (MSP) y el 26.2% fue atendido en establecimientos del SSP. Asimismo, 39.9% de usuarios de farmacias privadas, manifestaron que no obtuvieron los medicamentos en el establecimiento donde fueron atendidos porque no había tales fármacos prescritos en la receta médica.³ De manera que, el tratamiento médico de distintas enfermedades crónicas pudiera ser afectado por la disponibilidad de medicamentos en las farmacias de las instituciones públicas peruanas ya que pudiera haber una demanda que supera la oferta de estos fármacos,

En el caso de los fármacos utilizados en la atención anestésica peruana, se observa una ausencia total a nivel nacional de fármacos tales como Bupivacaína hipobárica e isobárica para uso espinal, Etomidato y Fenilefrina. Esta situación persiste desde hace un largo tiempo; y los mencionados fármacos no están dentro de los listados nacionales de medicamentos esenciales del SSP y MSP.^{17,18} Además, estos anestésicos no son fabricados en el país ni tampoco importados por las compañías farmacéuticas para su adquisición en farmacias privadas. Otros fármacos también ausentes de estos petitorios son la Levobupivacaína espinal, Remifentanilo y Cisatracurio, sin embargo, sí se expenden en farmacias privadas.

Otro punto importante es el concerniente a la disponibilidad y distribución de los fármacos dentro del SSP,

tales como analgésicos opioides a excepción de Tramadol (Morfina, Meperidina, Oxycodona y Codeína) y antieméticos (Ondansetrón), pues de acuerdo a experiencia del autor, estos fármacos están ausentes en los hospitales locales del SSP. Sin embargo, muchos pacientes necesitan analgesia epidural, intratecal o intravenosa para tratar el dolor postoperatorio severo y tratamiento de náuseas y vómitos postoperatorios (por ejemplo, durante el período postoperatorio de una histerectomía abdominal) o tratamiento médico a causa de dolor crónico (como en el caso de una neuropatía diabética). Lamentablemente, los medicamentos mencionados solamente son abastecidos en hospitales que poseen unidades de tratamiento del dolor (hospitales regionales y nacionales del SSP). A pesar de este contexto problemático, se espera que esta situación mejore mediante la puesta en marcha de la nueva normativa de tratamiento integral del dolor, la cual establece que todos los establecimientos del SSP, incluyendo los del primer nivel de atención, deben tener una unidad de tratamiento del dolor.¹⁹

Propuestas para la mejora de la problemática

Como consecuencia de los problemas previamente mencionados, la calidad de la atención médica llega a deteriorarse, lo cual da lugar a que se incremente la posibilidad de un evento de mala praxis.³ Asimismo, el arsenal de fármacos es limitado, lo cual es preocupante, porque los anestesiólogos encaramos una miríada de pacientes y escenarios intraoperatorios que requieren un esquema anestésico adaptado a cada paciente y situación.

Las principales instituciones sanitarias en el sistema público peruano son el SSP y MSP, las cuales atienden las necesidades sanitarias de la mayor parte de la población peruana ya que el SSP reportó una población asegurada de 10 754 665 habitantes en 2015 y el MSP tuvo una población adscrita de 11 610 000 en 2013.^{11,20} Al año 2016, el 67.9% de la población peruana estuvo afiliada a estas dos grandes redes sanitarias públicas.²¹

Entre las propuestas de solución para la problemática descrita previamente en el sistema sanitario peruano se encuentran las siguientes:

- Realizar una diferenciación en las consultas externas, de acuerdo al criterio de ser la primera atención por el médico o una consulta de control de una patología crónica. De esta forma a las primeras consultas se les pudiera otorgar una mayor duración con un mínimo de 20 minutos.
- Aumento de la oferta de citas en consultorio externo y procedimientos diagnósticos y terapéuticos a través de turnos de horas extras y mayor número de especialistas.
- Aumento del número de médicos en especialidades con alta demanda o que atiendan enfermedades con alta prevalencia en el país e identificadas como principales causas de mortalidad tales como procesos respiratorios,

cardíacos, accidentes cerebrovasculares, patología gastroenterológica, enfermedades renales y diabetes mellitus.²²

- Identificación de regiones del país con déficit de especialistas. Es importante señalar que existe una desigual distribución de médicos en el país ya que Lima y Callao tuvieron la mayor densidad del país con 24.5 y 18.3 médicos por 10000 habitantes respectivamente en 2015, en comparación con regiones fronterizas como Piura y Loreto, que tuvieron la menor densidad (6.6 y 5.1 respectivamente).²³
- Simplificación de trámites para las referencias de pacientes a hospitales de mayor complejidad y descongestionamiento de los servicios de emergencia a través de la consulta de atención inmediata (CAI) para los pacientes que acuden por urgencias.²⁴
- Implementación del acceso a los analgésicos opioides para centros sanitarios con servicios de Anestesiología para el adecuado control del dolor agudo postoperatorio y atención ambulatoria de pacientes en tratamiento de dolor crónico (para disminuir la fuerte demanda de citas en las unidades de referencia).
- Solicitar la inclusión en los petitorios nacionales de medicamentos de los anestésicos utilizados para bloqueos neuroaxiales no existentes en el país. De manera transitoria se pudiera solicitar la autorización de utilización a los Comités Farmacoterapéuticos de las unidades sanitarias públicas descentralizadas hasta la inclusión de los mencionados anestésicos en los petitorios.

Es crucial reconocer que la necesidad urgente del incremento en la oferta de recursos humanos (médicos especialistas) y fármacos en el sistema sanitario público requerirá un aumento de la inversión en el presupuesto destinado a la atención sanitaria del país, lo cual ya ha sido descrito en investigaciones previas. Una de ellas reconoció los problemas sanitarios en la atención quirúrgica de los países de ingresos bajos y medios (donde se incluyen la mayoría de países de Latinoamérica), entre los que se encontraban: la existencia de un segmento de la población sin acceso a cirugía segura ni atención anestésica y tampoco un aseguramiento para proteger a los ciudadanos del gasto catastrófico causado por la atención quirúrgica. Otros problemas reconocidos fueron la necesidad de cirugías adicionales para salvar vidas y evitar la discapacidad, y la necesidad de invertir en el aumento de la oferta quirúrgica.²⁵ En adición, hay que reconocer que existe una tendencia creciente de aumento de población peruana, por lo tanto, una afiliación creciente de pacientes a las redes públicas de atención sanitaria.

Otro estudio concluyó en que era necesario un incremento en la oferta de la atención quirúrgica para solucionar la mencionada problemática, además, pudo identificar que este proceso requeriría una importante inversión gubernamental estimada en 4-8% del gasto

sanitario total anual de los países.²⁶ En este sentido, el gasto sanitario per cápita peruano ha tenido una tendencia creciente (de \$int 371 en 2007 a 626 en 2013), al igual que el porcentaje de población asegurada que se elevó de 42.1 a 65.5% en el mismo período.^{27,28} No obstante, el gasto sanitario total como porcentaje del producto bruto interno fue solo de 5.47 en 2014, y el gasto sanitario público alcanzó 3.32 en 2014, el cual fue uno de los presupuestos sanitarios gubernamentales más pequeños en Sudamérica.²⁹

En conclusión, si el gobierno peruano destina los recursos económicos adicionales que son necesarios para mejorar los resultados del sistema público sanitario obtendrá que la mayoría de habitantes reciban una mejor atención sanitaria, incluyendo atención quirúrgica y anestésica, además de protección contra los gastos catastróficos y empobrecedores de la cirugía. Esta mejora logrará un incremento del bienestar y la productividad económica y contribuirá con el objetivo, común con otros países de ingresos medios, de alcanzar el desarrollo.

Agradecimientos

El autor desea expresar su agradecimiento a Andrea Lozada Zapata, Médica Cirujana, por sus aportes y sugerencias en el apartado de propuestas para la mejora de la problemática.

Financiamiento

El autor no recibió ningún tipo de patrocinio para la creación del artículo.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud 2014. [consultado 01 May 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/yBdcQm>.
2. Seguro Social de Salud Del Perú-ESSALUD. Gerencia Central de Prestaciones de Salud. Lineamientos de Programación de Prestaciones de Salud 2014. [consultado 01 May 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/Xsi2Kc>.
3. Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD). Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud (ENSUSALUD 2016). [consultado 19 Set 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/yPCjkN>.
4. Seguro Social de Salud Del Perú-ESSALUD. Directiva de Gerencia General N° 012-GG-ESSALUD-2015: "Normas de los Procesos de Admisión, Consulta externa y Atención ambulatoria en las IPRESS del Seguro Social de Salud-ESSALUD". Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud, Gerencia Central de Prestaciones de Salud, Lima:2016.
5. EsSalud espera bajar a menos de 45 días de tiempo de espera. Diario El Pueblo, 25 de mayo de 2017. [consultado 22 Set 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/TAqC2b>.
6. Outomuro D, Actis AM. Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. Rev Med Chile 2013; 141:361-366.
7. Ministerio de Salud. Resolución Número 5261 de 1994. [consultado 20 Set 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/yi1i7m>.
8. Saucedo-Valenzuela AL, Wirtz VJ, Santa-Ana-Téllez Y, de la Luz Kageyama-Escobar M. Ambulatory health service users' experience of waiting time and expenditure and factors associated with the perception of low quality of care in Mexico. BMC Health Serv Res 2010; 10:178.
9. Fernández Coronado RO. Calidad de la atención y grado de satisfacción del paciente cardíaco transferido de provincia a la consulta externa de Cardiología del INCOR 2009. [tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [consultado 20 Set 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/U8QuGD>.
10. Malpartida Tabuchi, J. La larga espera de los pacientes de EsSalud. Diario "Sin Fronteras", 09 de julio de 2016. [consultado 22 Set 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/69VD9n>.
11. Seguro Social de Salud del Perú-ESSALUD. Lima: Oficina de Relaciones Institucionales; 2001. Estadística Institucional: Memoria Anual 2015 del Seguro Social de Salud-ESSALUD. [consultado 03 Nov 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/kBqw4s>.
12. Seguro Social de Salud Del Perú-ESSALUD. Directiva de Gerencia General N° 014-GG-ESSALUD-2015: "Normas para el Proceso de Referencia y Contrarreferencia en ESSALUD". Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud, Gerencia Central de Prestaciones de Salud, Lima:2016.
13. Rodrigues Vieira EW, Nascimento Lima TM, Gazzinelli A. Tempo de espera por consulta médica especializada em um município de pequeno porte de Minas Gerais, Brasil. Rev Min Enferm 2015; 19 1:65-71.
14. Contreras-Loya D, Gómez-Dantés O, Puentes E, Garrido Latorre F, Castro Tinoco M, Fajardo-Dolci G. Waiting times for surgical and diagnostic procedures in public hospitals in Mexico. Salud Pública de México 2015; 1:29-37.
15. Letelier A, Cifuentes Rivas G. Waiting lists in a public health facility in Santiago, Chile. Medwave 2014; 14 6:e6000.
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud 2015. [consultado 20 Set 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/ktK6Ya>.
17. Ministerio de Salud del Perú. Dirección General para los medicamentos, Insumos y Drogas. Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud. [consultado 21 Set 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/3jRC1Y>.
18. Seguro Social de Salud Del Perú-ESSALUD. Gerencia Central de Prestaciones de Salud. Oficina de Recursos Médicos. Petitorio Farmacológico 2011. Oficina de Medicamentos, Lima: 2011.
19. Seguro Social de Salud del Perú-ESSALUD. Directiva de Gerencia General N°13-GG-ESSALUD-2016: "Organización del Manejo Integral del Dolor en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) en el Seguro Social de Salud-ESSALUD". Gerencia Central de Prestaciones de Salud, Lima:2016.
20. Ministerio de Salud del Perú. Avances de la Reforma de la Salud. Reporte Informativo 2013-2014. Oficina General de Comunicaciones MINSA. Enero 2015. [consultado 05 Nov 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/qv4HA5>.
21. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú. Síntesis Estadística 2016. Lima, noviembre 2016. [consultado 22 Set 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/c6xtGC>.
22. World Health Organization. Peru: WHO Statistical profile. [consultado 22 Set 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/kkAL23>.
23. Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Información de Recursos Humanos en Salud: Perú 2015. Lima 2015. [consultado 22 Set 2017] Disponible en: <https://goo.gl/D17WBB>.
24. Seguro Social de Salud Essalud. Noticias: Essalud implementó módulos CAI para descongestionar atenciones en urgencias. 17 de mayo de 2016. [consultado 22 Set 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/tNWWu7>.
25. Meara JG, Leather AJ, Hagander L, Alkire BC, Alonso N, Ameh EA, et al. Global Surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. Lancet 2015; 386:569-624.
26. Verguet S, Alkire BC, Bickler SW, Lauer JA, Uribe-Leitz T, Molina G, et al. Timing and cost of scaling up surgical services in low-income

- and middleincome countries from 2012 to 2030: a modelling study. *Lancet Glob Health* 2015; 3 (Suppl 2):S28–37.
27. World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository. "Health Expenditure per capita, by country, 1995–2013. Peru. [consultado 25 May 2016] Disponible en: <https://goo.gl/vUh8ev>.
28. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estadísticas Sociales. [consultado 31 May 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/ayi45X>.
29. World Health Organization. Global Health Expenditure Database. [consultado 31 May 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/Tvw39w>.