

Desigualdad en la distribución de médicos en el Perú

Inequality in the Distribution of Doctors in Peru

Alfredo Enrique Oyola García^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-4560-7776>

¹Ministerio de Salud del Perú, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Lima, Perú.

*Autor para la correspondencia: aoyola@dge.gob.pe

RESUMEN

Introducción: Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, y el sistema sanitario es uno de ellos.

Objetivo: Determinar la desigualdad en la distribución de médicos destinados a la atención de afiliados al Seguro Integral de Salud en el Perú.

Métodos: Se realizó un estudio transversal analítico con datos de la Dirección General de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud y del Seguro Integral de Salud del año 2015. Ica fue usada como territorio referente por tener el menor porcentaje de población pobre en el Perú.

Resultados: La densidad de médicos en establecimientos del primer nivel de atención fue de 8,22 x 10 000 asegurados; en el cuartil superior se ubicaron Moquegua, Tacna, Arequipa, Ica, Madre de Dios, Apurímac y Huancavelica. En el segundo nivel de atención, el Perú registró 1,85 médicos especialistas x 10 000 asegurados; Ica ostentaba la tasa más alta (10,28).

Conclusiones: Existe desigualdad en la distribución de los médicos destinados a la atención de la población afiliada al Seguro Integral de Salud por lo que se deben rediseñar y reorientar políticas de recursos humanos que incentiven el aumento de la densidad de médicos en los territorios de mayor pobreza.

Palabras clave: distribución de médicos; recursos humanos; desigualdades en salud; sistemas de salud.

ABSTRACT

Introduction: The health social determinants explain most of the health inequities, and the health system is one of them.

Objective: To determine the inequality in the distribution of doctors assigned to the care of members of the Comprehensive Health Insurance in Peru.

Methods: An analytical cross-sectional study was carried out with data from the General Directorate of Human Resources Management and Development of the Ministry of Health and Comprehensive Health Insurance in 2015. Ica was used as a reference territory for having the lowest percentage of poor population in Peru.

Results: The density of physicians in first-level care facilities was 8.22 x 10 000 insured; Moquegua, Tacna, Arequipa, Ica, Madre de Dios, Apurímac and Huancavelica were located in the upper quartile. At the second level of care, Peru registered 1.85 specialist doctors x 10,000 insured; Ica had the highest rate (10.28). **Conclusions:** There is inequality in the distribution of doctors assigned to the care of the population affiliated with the Comprehensive Health Insurance, so it is necessary to redesign and redirect human resource policies that encourage an increase in the density of doctors in the poorest territories.

Keywords: distribution of doctors; human Resources; health inequalities; Systems of health.

Recibido: 04/04/2018

Aceptado: 11/10/2018

Introducción

Los determinantes sociales de la salud, entre los que se encuentran los sistemas sanitarios, explican la mayor parte de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.⁽¹⁾ El impacto de estos determinantes ocasiona que los pobres estén en peor situación que los menos pobres y, a su vez, los menos pobres están peor que los de ingresos medianos.⁽²⁾ Aunque los sistemas sanitarios deben ser concebidos y financiados de un modo tal que garanticen la cobertura universal y equitativa con suficientes recursos humanos, casi nunca cuentan con estos recursos y brindan servicios desiguales en todos los aspectos.⁽³⁾

El Perú es un país latinoamericano cuya economía ha adoptado el modelo social de mercado y, al amparo de la Constitución política, considera a la salud como un derecho social y económico. Significa que todos tienen derecho al acceso y goce de las prestaciones que les permitan la conservación y el restablecimiento de su estado de salud.

En el año 2013 se inició la reforma sanitaria en el Perú para mejorar la salud a través de la eliminación o disminución de las restricciones que le impiden ejercer plenamente su derecho, teniendo como premisa su reconocimiento y la garantía de su protección por parte del Estado. El financiamiento en salud se elevó un 75 % en el 2013 comparado con el año 2011 y el presupuesto del Seguro Integral de Salud (SIS) se triplicó de 570 a 1700 millones de soles, entre otras acciones. Además, la cobertura de aseguramiento en la población subió del 64 % al 73 % y la universalización se empezó a concretar a través de la afiliación al SIS.⁽⁴⁾

El SIS ofrece cobertura integral sin costo alguno a personas y familias vulnerables, entre ellas a pobres o pobres extremos, menores de 5 años, gestantes, personas en situación de abandono y otros de acuerdo a la ley. Aunque oferta seguros bajo al régimen semi-contributivo, el 99 % de su población asegurada pertenece al régimen subsidiado y es la que más demanda atención en los establecimientos de salud pública.⁽⁵⁾

Sin embargo, en el último análisis de la situación de salud del Perú se observó que la pobreza explicaría en un 38 % la baja densidad de médicos en diferentes territorios de nuestro país; es decir, a medida que aumentaba el porcentaje de población pobre disminuía la densidad de médicos en los departamentos.⁽⁶⁾ Este hallazgo pone de manifiesto la influencia de la estratificación social en la oferta de servicios, mediada por la provisión de recursos humanos, en este caso médicos, que no permitiría el acceso de la población a las mismas prestaciones en función de sus necesidades y preferencias, por lo que el presente estudio busca determinar la desigualdad en la distribución de médicos destinados a la atención de afiliados al SIS en el Perú.

Métodos

Se realizó un estudio transversal analítico usando la base de datos proporcionada por la Dirección General de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos (DGGDRH) del Ministerio de Salud (MINSa) del Perú. Esta contenía 38 335 registros de profesionales de la salud que laboraban en los diferentes establecimientos de salud, públicos y privados del

Perú, en diciembre del año 2015, como parte de los insumos utilizados para la elaboración del análisis de situación de salud del Perú;⁽⁶⁾ y el reporte del número de afiliados al SIS en el año 2015 que residían en el Perú, actualizada el 07 de enero de 2016.⁽⁷⁾

Variables definidas

Se definieron para el estudio 6 variables y en algunas se incluyeron las especialidades registradas en la base de datos proporcionada por DGGDRH-MINSA:⁽⁶⁾

- Médicos en el primer nivel de atención: número de médicos generales o especialistas activos que laboraban en establecimientos del primer nivel de atención.
- Médicos especialistas en el segundo nivel de atención: número de médicos especialistas activos que laboraban en establecimientos del segundo nivel de atención.
- Médicos para la atención del trauma: incluyó las especialidades de anestesiología, cirugía cardiovascular, cirugía de cabeza y cuello, cirugía de tórax, cirugía general, cirugía general y oncológica, cirugía oncológica abdominal, cirugía pediátrica, cirugía plástica y reconstructiva, medicina de emergencias y desastres, medicina intensiva, medicina intensiva pediátrica, neurocirugía, oftalmología, ortopedia y traumatología, otorrinolaringología, urología, urología oncológica.
- Médicos para la atención del niño menor de cinco años: incluyó las especialidades cirugía pediátrica, endocrinología pediátrica, infectología pediátrica, medicina intensiva pediátrica, neonatología, oncología pediátrica y pediatría. Sólo se incluyeron los médicos de los establecimientos del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales y se excluyeron a los que laboraban en oficinas administrativas (dirección general de medicamentos, insumos y drogas; direcciones regionales de salud, direcciones de salud; gerencias regionales de salud, instituto nacional de salud; instituto de gestión de servicios de salud; sede central del MINSA; redes de salud de los gobiernos regionales y SIS).
- Población asegurada: número de asegurados al SIS en diciembre de 2015 y que fueran residentes en el Perú.
- Territorio: se definió como la demarcación territorial asignada a un Gobierno Regional. Incluyó a todos los departamentos del Perú; el departamento de Lima se

presentó como Lima (que incluye a todas sus provincias excepto Provincia Lima), Callao correspondió al territorio de la Provincia Constitucional del Callao. Por sus características geopolíticas la demarcación territorial de la provincia de Lima (capital del Perú) se consideró como un territorio individual y tomó la denominación Lima Metropolitana.

El análisis de las brechas de médicos se realizó sobre la base de la razón de la densidad de médicos. Primero, se calculó la densidad de médicos por territorio dividiendo el número profesionales médicos, según variable de agrupación seleccionada, entre el total de asegurados registrados en el SIS por 10 000. Luego, se obtuvo la razón de la densidad de médicos, es decir, el resultado de dividir la densidad de médicos del territorio seleccionado entre la densidad de médicos del departamento de Ica, según la variable de agrupación que se seleccionó. Se consideró al departamento de Ica, como valor referente, debido a que en el 2015 fue el único territorio con el menor nivel de pobreza monetaria.⁽⁸⁾ El intervalo de confianza se calculó al 95 %.

En cuanto a los aspectos éticos, ni las bases de datos, ni los datos estadísticos publicados contenían variables de identificación personal.

Resultados

A nivel nacional se disponía de 8,22 médicos en establecimientos del primer nivel de atención por cada diez mil asegurados. Moquegua registró la densidad más alta (12,47) mientras que Loreto registró la más baja (2,48). En el cuartil superior estaban Moquegua, Tacna, Arequipa, Ica, Madre de Dios, Apurímac y Huancavelica; en el cuartil inferior Piura, Cajamarca, Ucayali, Lambayeque, La Libertad, San Marín y Loreto. Ica (8,27) fue superada por Moquegua, Tacna y Arequipa. Lima Metropolitana estuvo por debajo del valor nacional (4,94) (Tabla 1).

Tabla 1 - Disponibilidad de médicos en establecimientos del primer nivel de atención según territorio, Perú, 2015

Territorio	Médicos*	Población asegurada**	Densidad de médicos (x 10 000 asegurados)	Razón de la densidad de médicos (IC 95%)
Moquegua	89	71 354	12,47	1,507 (1,184-1,919)
Tacna	165	145 875	11,31	1,367 (1,123-1,663)
Arequipa	528	477 347	11,06	1,337 (1,150-1,553)
Ica	252	304 628	8,27	---
Madre de Dios	74	98 594	7,51	0,907 (0,700-1,175)
Apurímac	250	350 884	7,12	0,861 (0,723-1,025)
Huancavelica	232	328 259	7,07	0,854 (0,714-1,021)
Lima	368	535 519	6,87	0,830 (0,707-0,975)
Pasco	111	166 215	6,68	0,807 (0,645-1,009)
Callao	202	407 780	4,95	0,598 (0,497-0,720)
Lima Metropolitana	1527	3 090 503	4,94	0,597 (0,522-0,682)
Huánuco	293	625 143	4,69	0,566 (0,478-0,670)
Tumbes	70	151 702	4,61	0,557 (0,428-0,726)
Amazonas	160	370 158	4,32	0,522 (0,428-0,636)
Cusco	396	921 072	4,30	0,519 (0,443-0,608)
Ancash	309	753 213	4,10	0,495 (0,419-0,585)
Puno	323	816 815	3,95	0,478 (0,405-0,563)
Junín	285	741 468	3,84	0,464 (0,392-0,550)
Ayacucho	195	514 951	3,79	0,457 (0,379-0,551)
Piura	431	1 150 829	3,75	0,452 (0,387-0,528)
Cajamarca	402	1 170 067	3,44	0,415 (0,354-0,486)
Ucayali	136	397 512	3,42	0,413 (0,335-0,509)
Lambayeque	231	682 653	3,38	0,409 (0,342-0,488)
La Libertad	304	994 722	3,06	0,369 (0,312-0,436)
San Martín	194	684 266	2,84	0,342 (0,284-0,413)
Loreto	204	821 427	2,48	0,300 (0,249-0,361)
Perú	7731	16 772 956	4,61	---

*DGGDRH; ** SIS.

En el segundo nivel de atención el Perú registró 1,85 médicos especialistas por cada diez mil asegurados. Ica ostentaba la densidad más alta (10,28) mientras que el Cusco tenía la más baja (0,38). En el cuartil superior estuvieron Ica, Tacna, Moquegua, Lima, Tumbes, Callao y Madre de Dios; en el cuartil inferior se ubicaron La Libertad, Arequipa, Huancavelica, Junín, Huánuco, Loreto y Cusco. Lima Metropolitana estuvo por debajo del valor nacional (6,67) (Tabla 2).

Tabla 2 - Disponibilidad de médicos especialistas en establecimientos del segundo nivel de atención según territorio, Perú, 2015

Territorio	Número de provincias	Médicos*	Población asegurada**	Razón de médicos por provincia	Densidad de médicos (x 10 000 asegurados)	Razón de la densidad de médicos (IC 95%)
Ica	5	313	304 628	62,60	10,28	---
Tacna	4	90	145 875	22,50	6,17	0,600 (0,475 - 0,759)
Moquegua	3	37	71 354	12,33	5,10	0,504 (0,358 - 0,709)
Lima	9	272	535 519	30,22	5,08	0,494 (0,420 - 0,581)
Tumbes	3	60	151 702	20,00	3,96	0,384 (0,292 - 0,507)
Callao	1	157	407 780	157,00	3,85	0,374 (0,309 - 0,453)
Madre de Dios	3	31	98 594	10,33	3,14	0,306 (0,211 - 0,442)
Ancash	20	192	753 213	9,60	2,55	0,248 (0,207 - 0,296)
Ayacucho	11	124	514 951	11,27	2,41	0,234 (0,190 - 0,288)
Puno	13	193	816 815	14,85	2,36	0,229 (0,192 - 0,275)
Apurímac	7	79	350 884	11,29	2,25	0,219 (0,171 - 0,280)
Ucayali	4	81	397 512	20,25	2,04	0,198 (0,155 - 0,253)
Lambayeque	3	136	682 653	45,33	1,99	0,193 (0,158 - 0,237)
Pasco	3	31	166 215	10,33	1,87	0,181 (0,125 - 0,262)
Piura	8	203	1 150 829	25,38	1,76	0,171 (0,143 - 0,204)
Cajamarca	13	165	1 170 067	12,69	1,41	0,137 (0,113 - 0,165)
San Martín	10	96	684 266	9,60	1,40	0,136 (0,108 - 0,171)
Amazonas	7	49	370 158	7,00	1,32	0,128 (0,095 - 0,174)
Lima Metropolitana	1	371	3 090 503	371,00	1,20	0,116 (0,100 - 0,135)
La Libertad	12	111	994 722	9,25	1,12	0,108 (0,087 - 0,134)
Arequipa	8	53	477 347	6,63	1,11	0,108 (0,080 - 0,144)
Huancavelica	7	35	328 259	5,00	1,07	0,103 (0,073 - 0,147)
Junín	9	76	741 468	8,44	1,03	0,099 (0,077 - 0,128)
Huánuco	11	64	625 143	5,82	1,02	0,099 (0,076 - 0,130)
Loreto	8	48	821 427	6,00	0,58	0,056 (0,041 - 0,077)
Cusco	13	35	921 072	2,69	0,38	0,036 (0,026 - 0,052)
Perú	196	3102	16 772 956	15,83	1,85	---

*DGGDRH; **SIS.

En el segundo nivel de atención, el Perú disponía de 0,7 médicos especialistas para la atención del trauma por cada diez mil asegurados. Ica tuvo la densidad más alta (3,68) y Cusco la más baja (0,14). En el cuartil superior estuvieron Ica, Tacna, Moquegua, Lima, Tumbes, Callao y Madre de Dios; en el cuartil inferior estaban Huánuco, Junín, La Libertad, Huancavelica, Loreto y Cusco. Lima Metropolitana se ubicó por debajo del valor nacional (0,49) (Tabla 3).

Tabla 3 - Disponibilidad de médicos especialistas para atención del trauma en establecimientos del segundo nivel de atención según territorio, Perú, 2015

Territorio	Número de provincias	Médicos*	Población asegurada**	Razón de médicos por provincia	Densidad de médicos (x 10 000 asegurados)	Razón de la densidad de médicos (IC 95 %)
Ica	5	112	304 628	22,40	3,68	---
Tacna	4	34	145 875	8,50	2,33	0,633 (0,431-0,930)
Moquegua	3	14	71 354	4,67	1,96	0,533 (0,306-0,930)
Lima	9	97	535 519	10,78	1,81	0,492 (0,375-0,646)
Tumbes	3	23	151 702	7,67	1,52	0,412 (0,263-0,645)
Callao	1	57	407 780	57,00	1,40	0,380 (0,276-0,522)
Madre de Dios	3	13	98 594	4,33	1,32	0,358 (0,201-0,636)
Ancash	20	74	753 213	3,70	0,98	0,267 (0,199-0,358)
Ayacucho	7	47	514 951	4,57	0,91	0,248 (0,176-0,348)
Apurímac	11	32	816 815	4,27	0,91	0,248 (0,167-0,367)
Puno	13	71	350 884	5,46	0,87	0,236 (0,175-0,318)
Lambayeque	3	59	397 512	19,67	0,86	0,235 (0,171-0,322)
Ucayali	4	30	682 653	7,50	0,75	0,205 (0,137-0,307)
Pasco	3	11	166 215	3,67	0,66	0,180 (0,096-0,334)
Cajamarca	13	70	1 150 829	5,38	0,60	0,162 (0,120-0,219)
Piura	8	66	1 170 067	8,25	0,57	0,155 (0,115-0,211)
Amazonas	7	20	684 266	2,86	0,54	0,146 (0,091-0,236)
Arequipa	8	25	370 158	3,13	0,52	0,142 (0,092-0,219)
San Martín	10	35	3 090 503	3,50	0,51	0,139 (0,095-0,203)
Lima Metropolitana	1	150	994 722	150,00	0,49	0,132 (0,103-0,168)
Huánuco	11	29	477 347	2,64	0,46	0,126 (0,083-0,189)
Junín	9	34	328 259	3,78	0,46	0,124 (0,084-0,183)
La Libertad	12	38	741 468	3,17	0,38	0,103 (0,071-0,150)
Huancavelica	7	12	625 143	1,71	0,37	0,099 (0,054-0,180)
Loreto	8	15	821 427	1,88	0,18	0,049 (0,028-0,085)
Cusco	13	13	921 072	1,00	0,14	0,038 (0,021-0,068)
Perú	196	1181	16 772 956	6,03	0,70	---

*DGGDRH; **SIS.

En el segundo nivel de atención el Perú registró 2,24 médicos especialistas para la atención del menor de cinco años por cada diez mil asegurados. Ica tuvo la densidad más alta (14,86) y Cusco la más baja (0,14). En el cuartil superior se ubicaron Ica, Moquegua, Tacna, Tumbes, Ancash, Puno y Apurímac; en el cuartil inferior estaban Lima Metropolitana, Junín, Loreto, Arequipa, Madre de Dios y Cusco. Lima Metropolitana estuvo por debajo del valor nacional (1,20) (Tabla 4).

Tabla 4 - Disponibilidad de médicos pediatras para la atención del menor de cinco años en establecimientos del segundo nivel de atención según territorio, Perú, 2015

Territorio	Número de provincias	Médicos*	Población asegurada**	Razón de médicos por provincia	Densidad de médicos (x 10 000 menores de cinco años asegurados)	Razón de la densidad de médicos (IC 95%)
Ica	5	60	40 389	12,00	14,86	---
Moquegua	3	7	7 729	2,33	9,06	0,609 (0,278-1,333)
Tacna	4	13	17 039	3,25	7,63	0,513 (0,282-0,935)
Tumbes	3	12	18 391	4,00	6,52	0,439 (0,236-0,816)
Ancash	20	35	77 468	1,75	4,52	0,304 (0,200-0,461)
Puno	13	34	83 087	2,62	4,09	0,275 (0,180-0,419)
Apurímac	7	13	35 314	1,86	3,68	0,247 (0,136-0,451)
Callao	1	17	48 384	17,00	3,51	0,236 (0,138-0,405)
Pasco	3	6	18 238	2,00	3,29	0,221 (0,095-0,512)
Ayacucho	11	17	55 504	1,55	3,06	0,206 (0,120-0,353)
Lambayeque	3	24	83 597	8,00	2,87	0,193 (0,120-0,310)
Piura	8	36	138 761	4,50	2,59	0,174 (0,115-0,263)
Ucayali	4	12	51 874	3,00	2,31	0,155 (0,083-0,289)
Cajamarca	13	25	128 727	1,92	1,94	0,130 (0,081-0,208)
San Martín	10	14	78 190	1,40	1,79	0,120 (0,067-0,215)
Lima	9	44	258 864	4,89	1,70	0,114 (0,077-0,168)
Huancavelica	7	5	34 113	0,71	1,47	0,098 (0,039-0,245)
Huánuco	11	9	62 769	0,82	1,43	0,096 (0,047-0,194)
Amazonas	7	6	43 779	0,86	1,37	0,092 (0,039-0,213)
La libertad	12	15	109 854	1,25	1,37	0,091 (0,052-0,161)
Lima Metropolitana	1	51	426 246	51,00	1,20	0,080 (0,055-0,116)
Junín	9	9	78 570	1,00	1,15	0,077 (0,038-0,155)
Loreto	8	11	102 123	1,38	1,08	0,072 (0,038-0,137)
Arequipa	8	6	59 102	0,75	1,02	0,068 (0,029-0,158)
Madre de Dios	3	1	13 291	0,33	0,75	0,050 (0,007-0,365)
Cusco	13	4	97 930	0,31	0,41	0,027 (0,009-0,075)
Perú	196	486	2 169 333	2,48	2,24	---

*DGGDRH; **SIS.

Discusión

El crecimiento económico aumenta los ingresos en muchos países, pero si sus beneficios no se distribuyen equitativamente pueden agravarse las inequidades,⁽²⁾ entre ellas las sanitarias, debido a que no se garantiza que los más pobres sean los más beneficiados.⁽⁸⁾ Estas inequidades están vinculadas a diversos factores culturales y socioeconómicos como los ingresos, el grupo étnico, el género, el hábitat rural o urbano y el sistema sanitario que también influye.⁽³⁾

Carrasco y otros,⁽⁹⁾ en un estudio realizado hace 10 años, señalan que el incremento considerable del número de facultades de medicina en el Perú ocasionaría una sobreoferta de médicos para la atención del paciente. Si esto hubiera ocurrido, la sobreoferta no habría sido canalizada adecuadamente para atender la demanda de la población más vulnerable. Lo que se puede afirmar porque los resultados indican que el gradiente social influye decisivamente sobre la disponibilidad de médicos en los establecimientos del primer y segundo nivel de atención destinados a la población más vulnerable.

Ica, Moquegua, Tacna y Tumbes, todos ubicados en la costa peruana, ostentan los mejores indicadores en relación a la pobreza monetaria⁽¹⁰⁾ y de disponibilidad de médicos en el primer nivel de atención. Lo que no ocurre con Piura, Junín, La Libertad, Cajamarca, Cusco, San Martín y Loreto, que la mayoría están ubicados en la sierra y la selva del Perú, donde uno de cada cuatro habitantes es pobre⁽¹⁰⁾. Asimismo, a pesar que más de la mitad de los médicos laboran en el departamento de Lima,^(6,9) principalmente en Lima Metropolitana, esta provincia tiene una disponibilidad de médicos significativamente inferior a la reportada en Ica. En ella, la población pobre duplica la tasa de la población pobre registrada en Ica.⁽¹⁰⁾

Aunque no existe consenso sobre el número ideal de médicos que se necesitan para atender la demanda sanitaria en una población, por mucho tiempo se ha usado el parámetro de 10 médicos por cada 10 000 habitantes, el que ha sido observado en su aplicación práctica y en la calidad de los resultados. Otra propuesta de evaluación asocia el número de médicos con el número de enfermeras y obstetras para obtener la densidad de recursos humanos en salud, la que no debe ser inferior a 25 recursos humanos por 10 000 habitantes.^(9,11)

En este sentido, en el primer nivel de atención, un equipo de salud básico debe estar conformado por tres profesionales, entre ellos un médico; lo que significa que se necesitarían 8 médicos para una población de 10 000 habitantes. Teniendo en cuenta esta premisa, solo Ica, Arequipa, Tacna y Moquegua, ubicados en la costa peruana, cuentan con ocho o más

médicos para la atención de asegurados en el primer nivel de atención. A este hallazgo se le debe añadir, que 293 distritos (15,94 % del total) no tienen médico en establecimientos de salud del primer nivel de atención.⁽⁶⁾

En el segundo nivel de se observa que ninguno supera la disponibilidad de médicos especialistas, médicos para la atención del trauma o médicos para la atención de niños menores de cinco años que tiene Ica. Incluso, Lima Metropolitana cuenta con un médico especialista por cada 10 000 asegurados, mientras que Ica dispone de 10 para una demanda similar, lo que refleja que la riqueza del territorio influye en la mayor presencia de médicos por habitante en vez del centralismo. También hay que tener en cuenta que 86 (43,87 %) provincias no cuentan con establecimientos de salud categorizados para ofertar servicios en el segundo nivel de atención.⁽¹²⁾

El crecimiento económico peruano se inició en los años 90 y continuó en ascenso en los siguientes años,^(13,14,15) sin embargo, la población peruana no recibe sus beneficios. Esto acentúa las inequidades en materia de salud, principalmente en la población que vive en las zonas rurales de la sierra y de la selva y en aquellos pueblos que tienen como lengua aprendida en su niñez una lengua nativa (quechua, aymara o lenguas amazónicas), debido a que son los que reciben el impacto mayor de la pobreza.^(8,16)

Esta situación podría generar insatisfacción y desconfianza de la población para el uso de los servicios del primer y segundo nivel de atención e incumplimiento de las coberturas sanitarias, a pesar de las diversas estrategias que el Estado ha implementado para mejorar la atención y extender la cobertura en zonas de escaso desarrollo socioeconómico,⁽¹⁷⁾ por lo que podrían estar implicados otros determinantes en esta situación de desventaja, entre ellas las preferencias y motivaciones laborales de los recursos humanos.

En un estudio realizado en Chile⁽¹⁸⁾ se observó que los estudiantes de universidades públicas de séptimo año tenían mayor interés por trabajar en la salud pública primaria que aquellos que estudiaban en universidades privadas, a pesar que la motivación principal para ingresar a la carrera fue el interés social. Chile, a pesar de contar con un relación médico/habitante propia de países desarrollados también soporta la centralización de los médicos en el área privada.^(18,19) Esta situación puede ser similar en el Perú.

Estudios realizados por *Ramírez*⁽²⁰⁾ en el 2006 y por *Portal*⁽²¹⁾ en el 2015 encontraron que dos de cada cinco internos de medicina pensaba laborar en la capital (Lima), un tercio en el extranjero y solo uno o dos de cada diez quería laborar fuera de Lima. Entre un tercio o la

mitad de los estudiantes de los últimos años no desea trabajar en establecimientos de salud del primer nivel de atención,^(20,21) hecho que se agudiza cuando se refiere a universidades privadas.⁽²²⁾ *Montenegro*⁽²³⁾ también observó que un grupo de estudiantes de diferentes universidades del país, que fueron consultados para conocer sobre sus expectativas a los 10 años de culminada la formación profesional, esperaban que su principal centro de trabajo al graduarse fuera un hospital, una clínica o un instituto especializado y solo dos de cada 10 estudiantes de quinto año pensaba ejercer en provincias.

Esto se debe a que los estudiantes consideran que el médico de atención primaria tiene menor preparación, menor prestigio o ninguna opción adicional⁽²²⁾ y que tienen menor ingreso económico, cuando lo comparan con un médico que labora en un hospital. Además, consideran que la infraestructura de los establecimientos del primer nivel de atención limita el desarrollo profesional médico, a pesar de que reconocen que el país necesita más médicos en los centros de salud del primer nivel de atención que en los hospitales. También piensan que la formación académica recibida en la universidad está orientada más a un trabajo hospitalario que a la atención en establecimientos del primer nivel.⁽²¹⁾

Una de las limitantes del presente estudio es no poder contar con un valor referencial para comparar la disponibilidad de médicos especialistas en el segundo nivel de atención. Igualmente, la agrupación de especialistas no permite diferenciar la presencia de especialidades básicas de las subespecialidades en el análisis de los territorios evaluados; tampoco se pudo determinar la categoría del establecimiento en el cual laboraba el profesional de salud, por lo que podrían estar laborando en establecimientos referenciales con mayor complejidad que en los provinciales. Esto sucede en las provincias capitales de departamento, en los que se asientan los establecimientos referenciales de mayor complejidad.

Asimismo, en la atención del trauma, no se pudo diferenciar la disponibilidad de especialistas para la atención directa y específica del paciente que permita reducir el riesgo de muerte en las situaciones de emergencia.

Se concluye que existe desigualdad en la distribución de los médicos destinados a la atención de la población afiliada al Seguro Integral de Salud por lo que se deben rediseñar y reorientar políticas de recursos humanos que incentiven el aumento de la densidad de médicos en los territorios de mayor pobreza.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS; 2018 [acceso 20/02/2017]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/
2. Organización Mundial de la Salud. Las inequidades provocan una enorme mortandad, según el informe de una Comisión de la OMS. Ginebra: OMS; 2008 [acceso 20/02/2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr29/es/>
3. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsana las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS; 2009 [acceso 20/02/2017]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
4. Velásquez A, Suarez D, Nepo-Linares E. Reforma del sector salud en el Perú: Derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016 [acceso 20/02/2017];33(3):546-55. Disponible en: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1726-46342016000300546&script=sci_arttext&tlng=p
5. Unidad Funcional de Estadística del Seguro Integral de Salud. Estadísticas Globales. Boletín Estadístico del Seguro Integral de Salud; 2017 [acceso 20/02/2017];1:2-19. Disponible en: http://www.sis.gob.pe/portal/estadisticas/archivos/boletines/ResumenEjecutivo_2017_01_AL_06.pdf
6. Valdez W, Berto M, Oyola A, Vidal L, Vilchez A, Ormaeche M. Análisis de situación de salud del Perú. Lima: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades: MINSA; 2016 [acceso 20/02/2017]. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=255&Itemid=105
7. Seguro Integral de Salud. Número de Asegurados al SIS al mes de Diciembre 2015, por grupo de edad y por distrito de residencia. Lima: Seguro Integral de Salud; 2016 [actualización 07/01/2016; acceso 20/02/2017]. Disponible en: <http://www.sis.gob.pe/Portal/estadisticas/index.html>
8. Jiménez F. Crecimiento económico: Enfoques y modelos. 1era edición. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú; 2011 [acceso 20/02/2017]. Disponible en: <http://files.pucp.edu.pe/departamento/economia/LDE-2011-01.pdf>

9. Carrasco V, Lozano E, Velásquez E. Análisis actual y prospectivo de la oferta y demanda de médicos en el Perú 2005-2011. Acta Med Per. 2008 [acceso 20/02/2017]; 25(1):22-9. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v25n1/a05v25n1.pdf>
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe Técnico: Evolución de la Pobreza Monetaria 2009-2015. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2016 [acceso 20/02/2017]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1347/libro.pdf
11. Moscoso B, Huamán L, Núñez M, Llamosas E, Perez W. Inequidad en la distribución de recursos humanos en los establecimientos del Ministerio de Salud de cuatro regiones del Perú. An Fac Med; 2015 [acceso 20/02/2017];76:35-40. <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v76nspe/a04v76nspe.pdf>
12. Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Salud - RENIPRESS. Listado de establecimientos registrados en el RENIPRESS. Lima: Superintendencia Nacional de Salud; 2015 [acceso 24/10/2016]. Disponible en: <http://app20.susalud.gob.pe:8080/registro-renipress-webapp/listadoEstablecimientosRegistrados.htm?action=mostrarBuscar#no-back-button>
13. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento. Perú en el umbral de la nueva era: Lecciones y desafíos para consolidar el crecimiento económico y un desarrollo más incluyente. En: Jaramillo CF, Silva-Jáuregui C, ed. Notas de política. Volumen I. Washington, DC: Banco Mundial; 2011 [acceso 20/02/2017]. Disponible en: http://siteresources.worldbank.org/INTPERUINSPANISH/Resources/Peru_en_el_Umbral_de_una_nueva_era_version_final.pdf
14. Loayza NV. El crecimiento económico en el Perú. Economía. 2008 [acceso 20/02/2017];31(61):9-25. Disponible en: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/economia/article/view/477/468>
15. Shack N. Reformas de gasto público y crecimiento económico: El caso de las Asociaciones Público-Privadas en el Perú y la inversión “impulsada”. Santiago: CEPAL; 2016 [acceso 20/02/2017]. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39901/S1501197_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

16. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe Técnico: Evolución de la Pobreza Monetaria 2007-2016. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2017. [acceso 20/02/2017]. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1425/index.html
17. García HE, Díaz P, Ávila D, Cuzco MZ. La Reforma del Sector Salud y los recursos humanos en salud. An Fac Med. 2015 [acceso 20/02/2017];76:7-26. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v76nspe/a02v76nspe.pdf>
18. Toso A, Ayala MJ, Brunner V, Rodríguez J, Hernández MI, Urquidí C, *et al.* Intereses y perspectiva sobre la carrera de medicina: un contraste entre estudiantes de medicina de primero y séptimo año. Rev Med Chile. 2012 [acceso 20/02/2017];140:609-15. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v140n5/art08.pdf>
19. Salazar C, Cardemil F, Peña J. Estado actual e implicancias de la acreditación de Escuelas de Medicina en Chile. Rev Med Chile. 2009; 137(8): 126-7.
20. Ramírez MA. Expectativas de los internos de medicina humana de 5 hospitales generales de Lima y Callao acerca de su ejercicio profesional y su inclinación por la atención primaria de salud: Lima-2006. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008 [acceso 20/02/2017]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3048/Ramirez_hm.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. Portal KA. Expectativas del ejercicio medico profesional en los internos de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2015 (internet). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015 [acceso 20/02/2017]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4134/Portal_ck.pdf?sequence=1&isAllowed=y
22. Inga F. Asociación entre las expectativas de trabajo en atención primaria en salud y la intención de migración externa en estudiantes de medicina de la Universidad de San Martín de Porres. 2013. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2013 [acceso 20/02/2017]. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1373/3/Inga_f.pdf

23. Montenegro JJ. Expectativas económico profesionales en estudiantes de medicina humana de primer y quinto año, Perú 2011. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014 [acceso 20/02/2017]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3519/Montenegro_jj.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Conflicto de intereses

El autor declara que no tiene conflicto de intereses. Lo expresado en esta publicación no necesariamente reflejan los puntos de vista del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud del Perú.