

**Conflictos de interés:** los autores declaran no tener conflictos de interés.

**Fuente de financiamiento:** autofinanciado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Woolcok M, Narayan D. *Capital social: implicaciones para la teoría, la investigación y las políticas sobre desarrollo*. Washington DC: Banco Mundial; 2001.
2. Granda A. *Doctorados garantía para el desarrollo sostenible del Perú: Documento de trabajo*. Lima: Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica; 2013.
3. Sisler J. *Crowdfunding for medical expenses*. CMAJ. 2012 Feb 7;184(2):E123-4. doi: 10.1503/cmaj.109-4084.
4. Cameron P, Corne DW, Mason CE, Rosenfeld J. *Crowdfunding genomics and bioinformatics*. Genome Biol. 2013;14(9):134.
5. Siva N. *Crowdfunding for medical research picks up pace*. Lancet. 2014 Sep 20;384(9948):1085-6.

**Correspondencia:** Carlos A. Huayanay-Espinoza  
 Dirección: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Av. Honorio Delgado 430, Lima 31, Perú.  
 Teléfono: (511) 997915901  
 Correo electrónico: carlos.huayanay@upch.pe

## SOBRE EL IMPACTO REDISTRIBUTIVO DEL SERUMS EN LA DISPONIBILIDAD DE MÉDICOS EN PERÚ

ABOUT THE REDISTRIBUTIVE IMPACT OF THE SERUMS PROGRAM (RURAL AND URBAN MARGIN HEALTH CARE SERVICE) ON THE AVAILABILITY OF PHYSICIANS IN PERU

Oscar J. Mujica<sup>1,a,b,c</sup>, César Johan Pereira-Victorio<sup>2,a,c,d</sup>, César V. Munayco<sup>3,a,b,c</sup>

**Sr. Editor.** Citando al Informe sobre la Salud en el Mundo 2006 de la OMS, Mayta-Tristán *et al.*, en su artículo sobre la inconstitucionalidad del Servicio Rural

<sup>1</sup> Programa Especial sobre Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Washington DC, EE. UU.

<sup>2</sup> Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, España.

<sup>3</sup> Department of Preventive Medicine and Biometrics, Uniformed Services University of the Health Sciences, Bethesda MD, EE. UU.

<sup>a</sup> Médico cirujano; <sup>b</sup> especialista en epidemiología; <sup>c</sup> maestro en salud pública; <sup>d</sup> maestro en administración y dirección de servicios sanitarios. Recibido: 18-01-15 Aprobado: 28-01-15

Citar como: Mujica OJ, Pereira-Victorio CJ, Munayco CV. Sobre el impacto redistributivo del SERUMS en la disponibilidad de médicos en Perú [carta]. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2015;32(1):193-4

y Urbano Marginal de Salud (SERUMS), señalan acertadamente que: *Uno de los retos más importantes para los sistemas de salud en el mundo es lograr una adecuada distribución de recursos humanos en salud* <sup>(1)</sup>. En efecto, se reconoce mundialmente que la desigualdad distributiva atenta no solo contra el principio de equidad sino también contra el derecho a la salud, amparado constitucionalmente.

En el citado artículo se invoca, empero, la “ausencia de evidencia científica que sustente la utilidad y efectividad” del SERUMS. Consideramos que, en el contexto del tema central, tal argumento introduce inadvertidamente una doble falacia. Por un lado, la (in)efectividad o (in)utilidad de un programa social no lo hace necesariamente (in) constitucional (i.e., falacia *non sequitur*). Por otro lado, la esterilidad de la búsqueda bibliográfica reportada tampoco constituye prueba de la falta de utilidad y/o efectividad del SERUMS; se ha incurrido en equiparar *ausencia de evidencia* como *evidencia de ausencia*.

Nuestro comentario apunta a la evidencia de efectividad y no necesariamente se contrapone al argumento de inconstitucionalidad del SERUMS. Al respecto, exploramos el patrón de cambio distribucional en la disponibilidad de médicos por departamentos antes y después de consolidado el SERUMS, concretamente en 1964 <sup>(2)</sup> y 2012 <sup>(3)</sup>, aprovechando la muy escasa información comparable publicada. En ambos periodos analizamos la desigualdad total en la distribución de médicos mediante el cálculo de métricas estándar de brecha y gradiente <sup>(4)</sup>. En particular, calculamos la brecha absoluta entre quintiles departamentales con la más baja y más alta disponibilidad de médicos por habitante (i.e., el índice tipo Kuznets), así como el índice pseudo-Gini para estimar concentración relativa de médicos a lo largo del gradiente poblacional definido por este indicador de recursos.

Nuestros hallazgos indican que la disponibilidad de médicos por 10000 habitantes aumentó significativamente en el país, pasando de 4,9 (IC 95%: 4,8-5,0) en 1964 a 9,3 (IC 95%: 9,2-9,4) en 2012, concomitantemente con una reducción significativa de la desigualdad —absoluta y relativa. Entre 1964 y 2012 el índice tipo Kuznets se redujo de -11,9 (IC 95%: -12,3; -11,4] a -8,9 (IC 95%: -9,2; -8,5) médicos por 10 000 habitantes y el índice pseudo-Gini bajó de 0,59 (IC 95%: 0,50-0,68) a 0,25 (IC 95%: 0,12-0,38). Mientras que en 1964 la mitad de la población peruana viviendo en departamentos con menor disponibilidad de médicos por habitante concentraba 11% del total de médicos, en 2012 esa proporción aumentó a 33%. La reducción de la desigualdad entre 1964 y 2012 es monotónica y marcada (Figura 1).

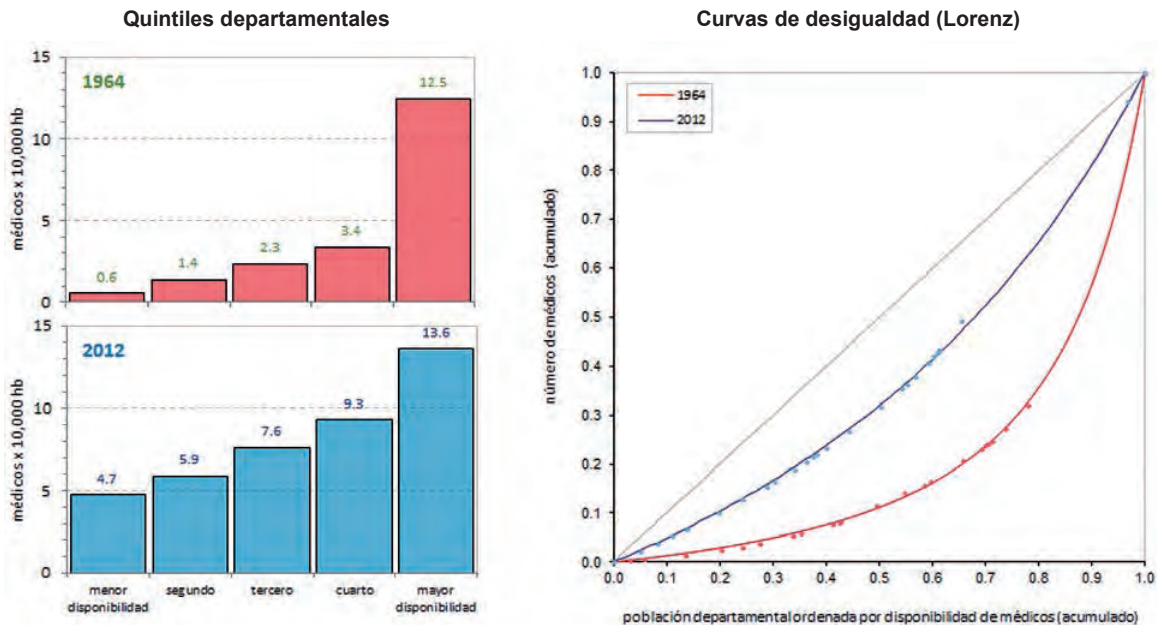


Figura 1. Desigualdad total en la disponibilidad de médicos. Perú; 1964 y 2012

Aunque esta evidencia ecológica es insuficiente para sostener atribución causal, creemos que no puede soslayarse al examinar críticamente la utilidad, eficacia e instrumentalidad de un programa social como el SERUMS, sobre todo en un escenario histórico nacional marcado por dramáticos cambios sanitarios como, por ejemplo, el descenso de la mortalidad infantil de 141,1 por 1000 nacidos vivos en 1960 a 17,0 en 2012<sup>(5,6)</sup>. Evidencia reciente de otras latitudes no solo concuerda con lo presentado sino que, además, sugiere que cuando la distribución de médicos se deja a las fuerzas del mercado, la inequidad se acentúa<sup>(7)</sup>. Es por ello imperativo anticipar el impacto regresivo de cualquier política de salud pública sobre la equidad en el camino por la universalidad y el pleno ejercicio del derecho a la salud.

**Conflictos de interés:** los autores no declaran tener conflictos de interés, excepto haber prestado el SERUMS en el pasado (OJM, CJPV y CVM).

**Fuente de financiamiento:** autofinanciado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Mayta-Tristán P, Poterico JA, Galán-Rodas E, Raa-Ortiz D. El requisito obligatorio del servicio social en salud del Perú: discriminatorio e inconstitucional. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014;31(4):781-7.
- Sotelo-Baselli A. Algunas consideraciones sobre la formación de médicos en el Perú. An Fac Med (Lima). 1967;50(2).
- Perú, Ministerio de Salud. Situación de salud del Perú: indicadores básicos 2013 [Internet]. Lima: MINSA; 2015 [citado el 04 de diciembre del 2014]. Disponible en: [http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=528](http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=528)
- Schneider MC, Castillo C, Bacallao J, Loyola E, Mujica O, Vidaurre M, et al. Métodos de medición de las desigualdades de salud. Rev Panam Salud Pública. 2002;12(6):398-415.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. La mortalidad en el primer año de vida. En: Proyecciones de la población del Perú: 1995-2025 [Internet]. Lima: INEI; 1995 [citado el 08 de enero del 2015]. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0006/N00.htm>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012: Nacional y Departamental. Lima: INEI; 2013.
- Ünal E. How the government intervention affects the distribution of physicians in Turkey between 1965 and 2000. Int J Equity Health. 2015 Jan 8;14(1):1.

**Correspondencia:** Oscar J. Mujica  
 Dirección: Pan American Health Organization, PAHO/WHO  
 525 23rd St. N.W. Washington DC 20037, USA.  
 Teléfono: (+1202) 9743974  
 Correo electrónico: [mujicaos@paho.org](mailto:mujicaos@paho.org)