

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P DE MEDICINA HUMANA

**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

TESIS

para optar el título profesional de Médico Cirujano

AUTOR

Marco Aurelio Ramírez Huaranga

ASESOR

José Miguel Arca Gonzáles del Valle

Lima – Perú

2008

ASESOR:

DR. JOSÉ MIGUEL ARCA GONZÁLES DEL VALLE

COLABORADORES :

DR. ALBERTO ENRIQUE D'OTTAVIO

DR. EDUARDO ZARATE CARDENAS

DRA. TERESA WATANABE VARAS

DRA. ROSA LAZO VELARDE

DR. MARCOS SANCHEZ RAMIREZ

DR. MIGUEL GARAVITO FARRO

DR. CESAR AMARO

DR. CESAR GUTIÉRREZ VILLAFUERTE

Dedicatoria:

El fruto de esta investigación va dirigido a todos los Estudiantes de Medicina del Perú, para que reflexionen sobre las carencias en salud que afronta nuestro País debido a la mala distribución de los Recursos Humanos en Salud que se observa actualmente, y de este modo nos demos cuenta que estamos dejando de lado aquello que probablemente nos motivo a todos desde un principio a estudiar Medicina que es proporcionar Salud y una mejor Calidad de vida a los que más la necesitan.

Un agradecimiento especial a mi Enamorada y a mi familia por apoyarme en cada uno de mis proyectos y locuras, y un abrazo en el cielo a mi tío Javier, que seguro le hubiera gustado acompañarme en estos momentos de alegría...

INDICE

| | |
|--|-----------|
| I. .Resumen y Abstract | 5 |
| II. Introducción | |
| 2.1.- Actividad laboral del médico | 7 |
| 2.2.- La Formación Médica | 8 |
| 2.3.- La Medicina General y la Especialidad | 11 |
| 2.4.- La Atención Primaria de la Salud | 15 |
| 2.5.- Situación Actual de los Recursos Humanos en Salud | 17 |
| III. Hipótesis | 23 |
| IV. Objetivos | 23 |
| V. Material y métodos | 24 |
| VI. Aspectos Éticos | 27 |
| VII. Resultados | 27 |
| VIII. Discusión | 38 |
| IX. Conclusiones | 44 |
| X. Recomendaciones | 46 |
| XI. Referencias Bibliográficas | 48 |
| XII. Anexos | 56 |

I.- Resumen

Actualmente la disponibilidad de recursos humanos en salud está en los estándares internacionales pero su distribución es inequitativa e inversa en relación a los problemas centrales de salud. **Objetivo:** Conocer las 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 la Salud. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal, que se realizó en 207 Estudiantes de Medicina Humana que cursan el Internado en el año 2006 en 5 Hospitales Generales de Lima y Callao, mediante la aplicación de un cuestionario auto-administrado. **Resultados:** La especialización se mostró en un 84.5% como la opción de formación y de ejercicio profesional más valorada y de primera prioridad para los internos de medicina. Entre las especialidades las más anheladas eran las quirúrgicas en un 37% y posteriormente las medicas con un 30%. Asimismo, se puede observar que un marcado 30% de futuros médicos tienen pensado laborar en el extranjero. Finalmente se observó que 52(39.7%) de los Internos manifiestan que si se dedicarían a la APS. **Conclusiones:** El 84.5% de los internos de medicina de 5 hospitales generales de Lima y Callao tienen como primera prioridad realizar alguna especialidad luego de culminar sus estudios de pre-grado y únicamente el 25.1% refirieron que se dedicarían a la Atención primaria de la Salud, muchos de ellos sin tener un concepto claro acerca de esta estrategia

Palabras Claves: Especialización, Atención Primaria de la Salud, Recursos Humanos en salud.

Abstract

Nowadays, the availability of human resources in health is in international standards; however, its distribution is inequitable and has an inverse relation to main health problems. Objective: To know the expectations of Medical Interns of 5 General Hospitals from Lima and Callao about their Professional Practice and their preference for Primary Health Care. Methodology: Cross-sectional study, carried out in 207 Medical Students coursing their Internship at 5 General Hospitals from Lima and Callao during 2006, using a self-administered questionnaire. Results: *Specialization* was the first option of professional exercise in 84.5% for medical interns, 37% preferred surgical specialties and 30% clinical ones. Furthermore, 30% of future doctors have thought to work abroad. Finally, it was observed that 52 (39.7%) of Interns declared that they would be dedicated to Primary Health Care. Conclusions: 84.5% of medical interns of 5 general hospitals from Lima and Callao had as first option to carry out some specialty after culminate their undergraduate studies and just 25.1% declared that they would dedicate to Primary Health Care, many of them, without having a clear concept about this strategy.

Key Words: Specialties, Primary Health Care, Human Resources in Health.

II.- Introducción

2.1.- Actividad laboral del Médico

La actividad laboral del médico tiene su expresión en “El acto médico” que es producido por los profesionales médicos y encaminado a la conservación, fomento, restitución y rehabilitación física o psicosocial de la colectividad que incluye a la prevención, diagnóstico, tratamiento de las enfermedades, determinación de las causas de muerte, peritaje, asesoramiento médico-forense, así como la investigación y la docencia clínica en los seres humanos”.⁽¹⁾

La salud de la comunidad ha sido desde muchos años el objeto de la atención de los trabajadores de salud, cuyas acciones están dirigidas a la población en su contexto social y a satisfacer las necesidades de salud de los individuos que la forman y ayudar a la comunidad a alcanzar un nivel de salud cada vez mejor. El desarrollo de la tecnología llevó a los trabajadores de salud a proporcionar atención a problemas de salud agudos y a grupos de poblaciones bien definidos y concentradas en las grandes ciudades, olvidándose de las zonas menos pobladas y asentamientos rurales. Esto impulso al País a la búsqueda de nuevos enfoques y estrategias para acelerar la extensión de cobertura de atención de la salud a toda la población, así fue como se creó en 1974 el SECIGRA-Salud⁽²¹⁾.

El crecimiento y la dispersión de la población rural, la migración masiva del campo a la ciudad y la transición de enfermedades, principalmente infecciosas, a otras que tienen su origen en la violencia, el ambiente laboral y los procesos degenerativos del organismo, con secuelas de larga duración plantean la necesidad de servicios primarios de salud accesibles a todos y continuos en su proyección personal y comunitaria⁽²⁾.

En la mayoría de los países se viene notando una disminución sensible de los profesionales dedicados a la medicina general, médicos generalistas, de familia o como se prefiera denominarlos en cada ambiente. El deslumbramiento tecnológico, la sobrevaloración de la medicina, de la especialización, la generación de una fuente de demanda artificial, más las presiones reivindicativas de los sectores populares, han motivado una organización médica centrada en el establecimiento hospitalario como modelo óptimo de servicio de salud ⁽³⁾⁽⁴⁾.

Un hecho que no debe ir desligado del ejercicio profesional del médico es la Investigación en el campo de la salud. La necesidad por la investigación en medicina nunca ha sido tan alta, se sabe que las fuerzas que favorecen a que los médicos participen en investigación son rudimentarias. Los factores que influyen negativamente en esto son la disminución de los fondos institucionales dirigidos al apoyo de estudios piloto, el incremento de actividades médicas distintas a la investigación que acoge a la mayor cantidad de médicos y el inadecuado desarrollo y coordinación en los programas de preparación. Los factores que influyen positivamente son los cambios en las políticas nacionales, la naciente cultura de Investigación de las facultades de medicina en la actualidad, el dramático incremento de la presencia de las Industrias en las Investigaciones médicas y la motivación y/o impedimentos para participar en investigación percibidas por los médicos ⁽⁵⁾⁽⁶⁾.

2.2.- La Formación Médica

La educación médica es el proceso de producción de médicos basada en el aprendizaje de conocimiento científico y conductas éticas, sin embargo no es un proceso aislado, ya que se halla subordinada a la estructura económica predominante en la sociedad donde se desarrolla ⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾.

Ramírez Huaranga, Marco Aurelio

U.N.M.S.M-Facultad de Medicina

Para el profesional de la salud es fundamental la identificación de las características del contexto socio cultural en el que se desenvuelve su acción. Tiene que comprender los procesos sociales, económicos y culturales subyacentes a la vida de la población que determinan el estado de salud enfermedad, así como la interpretación que dan los miembros de la comunidad ⁽¹⁰⁾

Los programas de formación del médico general deben tener características propias en cada País y en cada región, en razón de las condiciones socioeconómicas locales ⁽¹¹⁾. Los nuevos programas exigen la formación de personal de salud de todos los niveles y categoría, acorde con la problemática de salud de cada País. La formación en salud al estar unida al propio desarrollo de la comunidad y contar con la participación activa de los pobladores, hace de cada estudiante un conocedor de si mismo y de su comunidad, permitiéndole una mejor asociación con ellas y creando condiciones para el desarrollo de acciones de participación mutua ⁽¹²⁾⁽¹³⁾.

Hasta finales de 1970, la enseñanza de ética y humanismo, no formaba parte de la curricula de las Facultades de Medicina. Desde entonces los educadores han estado innovando curricula que exponen a los estudiantes de medicina a temas relacionados a principios de ética, conductas y razonamiento moral y desarrollar actitudes humanistas. ⁽¹⁴⁾

La transformación de los programas clásicos de higiene en programas de medicina preventiva que se observó a principios de la década de 1950 puede ser considerada como parte de propuestas más amplias y de proyectos más ambiciosos que ocurrieron en el proceso de la educación medica. La 1era reunión del comité de la OPS / OMS para la enseñanza de la medicina preventiva y social, celebrada en 1968, señaló con bastante detalle los objetivos específicos de la enseñanza y el

contenido de las materias que comprendían los principales programas de medicina preventiva y social existentes en América Latina en aquel momento ⁽²⁴⁾.

Las innovaciones propuestas en el campo de la educación médica, la incorporación de la medicina comunitaria, con un nuevo enfoque que con lleva a un mismo tiempo “la integración de las acciones preventivas y curativas con un modelo docente para la formación profesional” no se aplica más en forma aislada o parcial a una disciplina sino que es enfocada en términos globales para toda la escuela y en estrecha relación con los servicios de salud ⁽¹⁵⁾. En los nuevos currículos, se da una importancia creciente a la medicina de familia y a la atención primaria. La atención primaria no solo es útil para los alumnos que desean ser médicos generales, también ha demostrado su utilidad para contribuir en la formación de otros especialistas médicos, así como en las otras profesiones sanitarias, como odontólogos o enfermeras. En los Estados Unidos de Norteamérica y Canadá una gran mayoría de las escuelas de medicina creadas desde 1960 están utilizando hospitales comunitarios en la formación de PRE-grado de los nuevos profesionales ⁽¹⁵⁾. Esta enseñanza basada en la comunidad tiene su mayor implantación en EEUU, Gran Bretaña y algunos países bajos como Holanda ⁽¹⁶⁾.

El estudiante de medicina, a lo largo de sus estudios, transita de uno a otro especialista, quienes le transmiten su particular ideología y , en algunas oportunidades, parcelada visión profesional. Es por eso que al futuro médico le sigue faltando una conceptualización y una experiencia totalizadora de la persona sana o enferma y una visión crítica de su oficio, dentro de los cuales pueda luego insertar los eventuales desarrollos de la especialización ^{(4) (22)}.

El acercamiento de la práctica general de estudiantes de medicina de PRE-grado en la comunidad es percibida como muy importante para la formación de los

estudiantes y a su vez los estudiantes percibieron la practica general como una forma diferente de la experiencia enseñada en el Hospital ⁽¹⁷⁾ ⁽¹⁸⁾.

En líneas generales se podría resumirse que la principal motivación de los estudiantes de medicina para convertirse en médicos y elegir una determinada especialidad sea la orientación personal, pero la gran demanda que existe en los estratos sociales altos por determinadas especialidades hace que dicha elección sea más que por una verdadera vocación por una mejor posición socio-económica. ⁽¹⁹⁾
⁽²⁰⁾.

Una etapa importante durante la formación médica la constituye el Internado, ya que viene a ser el periodo de educación médica durante el cual los estudiantes ejercen, supervisados, las actividades de un médico. Puede ser definido, también, como el periodo de transición entre la condición de estudiante y la de médico, además, es en este periodo donde muchos de los futuros médicos terminan de afianzar sus preferencias por determinadas especialidades, ⁽²³⁾.

2.3.- La Medicina General y La Especialidad

Los servicios sanitarios cuentan con niveles de atención, lo que optimiza sus resultados. Dentro de este esquema de atención se justifica la presencia del medico general con respecto al especialista y al hospital, con el médico general de filtro de la demanda que ha de consultar con el especialista ⁽²⁵⁾ ⁽²⁶⁾.

El médico general viene a ser el contacto entre la medicina y la comunidad y el garante del acceso permanente de sus adscritos a una atención con continuidad técnica y personal, elementos que son el sustrato para un servicio de calidad y que le confieran, a los ojos de la comunidad, una imagen positiva tanto en el orden de los valores técnicos como humanos ⁽²⁾.

En la consulta de medicina general, el médico debería resolver la amplísima mayoría de los problemas de salud de los pacientes por si mismo, ya que ofrece un recorrido diagnóstico más corto y con mayor variedad de alternativas diagnosticas y terapéuticas que el especialista. Si no puede resolver el problema, el médico general debería derivar con acierto, respecto al momento y destino adecuado. ⁽²⁷⁾

El trabajo concatenado del médico general y del especialista facilita que tome contacto con el segundo nivel un grupo seleccionado de pacientes cuya prevalencia de enfermedad es mucho mayor que en el grupo sin seleccionar que toma contacto con el médico general. Con ello se potencia el alto valor predictivo positivo que tiene el trabajo de los especialistas en su ámbito ^{(28) (29)}.

Si el especialista recibe un grupo altamente seleccionado y con enfermedades de su especialidad, se facilita el rendimiento y la adecuación de su estrategia diagnostica, ya que el “filtro del médico general” no es solo para aumentar la prevalencia en los pacientes derivado, sino seleccionar adecuadamente a los pacientes para que le sean beneficiosos los conocimientos y habilidades del tipo de especialidad seleccionada ⁽²⁷⁾.

La difusión de la especialización en la profesión médica obedece, en parte, a las necesidades surgidas de la ampliación del conocimiento en determinados campo de la medicina, y en parte al estímulo de la sociedad que premia con mayor prestigio a los ejecutores de los instrumentos tecnológicos más sofisticados. La valoración implícita en esta actitud del publico y de la profesión ante la especialización pueden esquematizarse como medicina más compleja es mejor medicina ⁽⁴⁾. Si bien los especialistas poseen un mayor conocimiento sobre el manejo de ciertas condiciones, también son más propensos a usar mayor cantidad de recursos como test

diagnostico, procedimientos y mas días de hospitalización, comparado con el medico general ⁽³⁰⁾.

La formación de especialidades comienza a fines del siglo X con la distinción entre medicina, cirugía y farmacia; y se liga estrechamente a los procesos de la secularización de la medicina, de la división del trabajo mental y manual, y de la institucionalización de la educación médica. La elevación del prestigio social de la medicina y de sus especialidades se produce en los siglos XVIII y XIX como consecuencia del progreso de las ciencias naturales y de la aplicación de estas al campo medico. Esto ha originado que un alto porcentaje de estudiantes de medicina desee ser especialista ⁽¹⁶⁾.

Los determinantes del aumento por la especialización pueden hallarse en el contexto socio-económico-histórico-político-cultural (globalización, neoliberalismo, postmodernismo) con su instalado paradigma de la economía de la salud que se traduce en la estructura anárquica, fragmentada y escotomizada de la atención de la enfermedad sin posibilidades de ser integrada en un sistema de complejidad creciente que contemple las diferentes problemáticas poblacionales. Esto fortalece las representaciones sociales que, acerca del ejercicio profesional, tienen los estudiantes, quienes buscan especialidades prometedoras de una mejor inserción laboral y de una mayor seguridad económica, muchas veces más supuestas que reales ⁽³¹⁾.

Los estudiantes de medicina suelen conferirle atributos a las diferentes especialidades médicas: gran prestigio a la Pediatría y Cirugía, buena relación médico paciente a la Psiquiatría y a las especialidades Clínicas, gran capacidad intelectual a las especialidades clínicas y a la Pediatría, mayor flexibilidad en los horarios de trabajo a la Salud publica y la Psiquiatría ⁽³²⁾.

La gran mayoría de los médicos jóvenes deciden seguir un programa de residencia en alguna especialidad médica. En Alemania el 56% de los médicos de sexo femenino y el 72% del sexo masculino, posee alguna especialidad médica.

Un estudio realizado en los estudiantes del último año de las facultades de medicina de Brasil encontró que más del 50% de los estudiantes tenían ya en mente una especialidad cuando comenzaron a estudiar medicina. Aproximadamente el 25% de esta opción prevaleció hasta el final de sus estudios ⁽³³⁾.

En la actualidad la elección de alguna determinada especialidad médica depende tanto del agrado particular del estudiante de medicina así como de las posibilidades de trabajo, los estudiantes buscan la mejor opción que les permita la mejor integración del bienestar interno y externo. En estos días, además de las especialidades médicas, quirúrgicas, pediátricas y Gineco-obstétricas, están comenzando aparecer otras posibilidades, producto de la creación de sub especialidades dentro de las ya tradicionales. Para entender este tema muchos factores deben ser considerados: información sociodemográfica, el momento de la elección, estabilidad de la elección, aspectos académicos, características personales y también la opinión y percepción acerca de determinadas especialidades. Los estudiantes opinan que las especialidades clínicas poseen una mejor relación médico-paciente, mejor actividad intelectual, oportunidad de involucrarse en aspectos psicológicos y sociales de la medicina, etc. Sobre las especialidades quirúrgicas opinan que concede oportunidad de desarrollar destrezas manuales y procedimientos, confiere mayor prestigio a los profesionales médicos, mejor remuneración y menor incertidumbre a la hora del diagnóstico ⁽³⁴⁾. La percepción por parte de los estudiantes de medicina acerca de que algunas determinadas especialidades poseen mayor control sobre sus estilos de vida, es decir mayor

libertad en cuanto a horarios de trabajo, tiempo para compartir con la familia y mayor tiempo disponible para realizar otras actividades, es otro factor importante para la toma de decisión ⁽³⁵⁾.

2.4.- La Atención Primaria de la Salud

En la Asamblea de la O. M. S. en 1977 se definió y aceptó una política de salud denominada “ Salud para todos en el año 2000. En 1978, en la reunión de Alma Ata quedó establecido que para llevar a cabo dicha política era necesaria una estrategia denominada como Atención Primaria de Salud. Esta representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria ⁽³⁶⁾.

Los conceptos de atención primaria y atención comunitaria han brotado desde hace muchas décadas en el Reino Unido ⁽³⁸⁾. Las características básicas de la atención primaria son la accesibilidad, la coordinación, la integralidad y la longitudinalidad. La accesibilidad es la provisión eficiente de servicios sanitarios en relación con las barreras organizacionales, económicas, culturales y emocionales. La coordinación es la suma de las acciones y de los esfuerzos de los servicios de atención primaria. La integralidad es la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida (en atención primaria es alrededor del 90%). La longitudinalidad es el seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por el mismo médico ⁽³⁷⁾.

El médico en la práctica de la Atención primaria de la salud está necesariamente ubicado en la puerta de entrada del sistema regionalizado de salud y actuará en la interfase entre las acciones de salud de la comunidad y los servicios organizados.

Ramírez Huaranga, Marco Aurelio

U.N.M.S.M-Facultad de Medicina

Su capacidad técnica deberá orientarse al manejo de la patología prevalente, con énfasis en el cuidado requerido por los grupos de la población de mayor riesgo. Pero, en especial, este médico actuará en el seno de la misma comunidad, estimulándola y aceptando su amplia participación en las decisiones y en la ejecución de los servicios ⁽¹⁵⁾(39).

Sin embargo, la atención primaria no ha afianzado una posición firme en el sistema de salud de muchos Países, desde la pérdida de investigaciones sólidas en atención primaria hasta la falta de institucionalización en la educación médica. A pesar de muchas políticas de reforma la atención primaria no cumple con sus funciones cardinales y no logra consolidar una posición firme para el futuro ⁽⁴⁰⁾.

La Atención Primaria de la Salud (APS) constituye una estrategia capaz de garantizar la salud para todos y el acceso universal y equitativo al sistema de prestación médica por lo que su implementación requiere de profesionales competentes a fin de desempeñarse con solvencia en cada uno de sus niveles de complejidad ⁽⁴¹⁾(42).

El ámbito de la atención primaria es un mundo cargado de incertidumbres, el mundo de la enfermedad que comienza, e incluso de la que aún no ha comenzado. Abordarlo implica navegar en el mar de lo incierto, de variadas e insatisfactorias hipótesis fisiopatológicas, diagnósticos y tratamientos, atender a la psicología íntima del enfermo, conocer los factores presentes en su medio familiar, laboral y social en general, ofrecer continuidad en la atención preventiva y terapéutica, poseer una cierta intuición que limpiase las limitación de la ciencia en uso ⁽⁴⁾.

Estudios sugieren que la relación médico paciente en la atención primaria es generalmente de mejor calidad y mayor duración que la que se puede apreciar en otras especialidades, además una fuerte y cálida relación con el paciente ha sido

relacionada con satisfacción tanto por el médico como por el paciente ⁽⁴³⁾. Por otro lado la percepción de la población sobre los factores más relevantes que influyen en ellos en la elección de un doctor de atención primaria son la gran calidad de atención y cuidado que reciben de ellos ^{(44) (45)}.

La atención primaria sigue jugando un rol importante en el cuidado de la salud, los pacientes quieren un doctor quien les proporcione un cuidado continuo a lo largo de todo el curso de sus vidas, es por ello que muchos estudiantes entran a las escuelas médicas con el deseo de llegar a convertirse en doctores y atender al paciente como un ser integral y no analizarlo individualmente por órganos, sin embargo muchos factores han contribuido a la disminución del interés por la atención primaria: la remuneración es más baja en comparación con las sub-especialidades, los campos clínicos requieren de procedimientos diagnósticos que involucran intervenciones más especializadas, etc. ⁽⁴⁶⁾.

La falta de material bibliográfico, el poco apoyo de las organizaciones de masas y consejos populares y las dificultades con los locales de consulta, que hacen referencia a la iluminación, ventilación y privacidad de estos, sumando a las escasas actividades de superación son las condiciones que generan mayor insatisfacción y disminuyen la motivación de los médicos de familia en su labor en la comunidad ⁽⁴⁷⁾.

2.5.- Situación Actual de los Recursos Humanos en Salud

Los Trabajadores de Salud, son una especie de ejercito que se encuentra en real desventaja frente a sus viejos y nuevos enemigos: el deterioro de la salud de las poblaciones, el pavor de las nuevas epidemias, la malnutrición y el desmedro creciente del medio ambiente. Muchos de ellos se notan estresados, sobrecargados de tareas, que no cuentan con el respaldo necesario y cuyo número es absolutamente insuficiente para enfrentar los drásticos retrocesos en la salud de

nuestros días. Muchos caen víctimas de tensión, otros por infecciones adquiridas en el ejercicio de sus tareas y demasiados migran hacia Naciones más ricas buscando mejores horizontes ⁽⁴⁸⁾.

La fuerza de trabajo, elemento clave de todos los sistemas de salud, es fundamental para hacer progresar la Salud. De manera global, todos los Países, sean pobres o ricos, sufren de desajustes y desequilibrios numéricos, geográficos y de especialidades en su fuerza laboral de salud; desequilibrios que pueden resumirse como déficit global, mala distribución (agravada por la migración no planificada), ambientes inadecuados de trabajo, etc. ⁽⁴⁹⁾.

En todo el mundo, los trabajadores de los sistemas sanitarios están sometidos a un estrés y una inseguridad cada vez mayores por lo que han de reaccionar a un complejo abanico de fuerzas relacionadas con las necesidades sanitarias, con los Sistemas de salud y con el contexto ⁽⁵⁰⁾.

En el campo de los recursos humanos en salud, la situación es compleja y conocida: dos décadas de “Reforma económica y sectorial” limitaron los gastos, congelaron los nombramientos y salarios, precarizaron el trabajo, restringieron los presupuestos del sector público y permitieron logros productivos sin desarrollo humano. Las características del campo de los RHUS son principalmente la desarticulación entre el mundo del trabajo y el de la formación en salud, revolución de las capacidades del personal de salud y su viraje a la educación continua y los postgrados, nuevo nivel de demanda efectiva en base a un mayor rendimiento y un cambio de régimen laboral, afectando el status de las profesiones de salud ⁽⁵¹⁾.

La disponibilidad de recursos humanos está en los estándares internacionales pero su distribución es inequitativa e inversa en relación a los problemas centrales de salud. Reportes de la Dirección de migraciones dan cuenta que los médicos

migrantes pasaron de 4,416 en 1992 a 14,130 en el 2004, esto es, un aumento de 220%. Sea cual fuere el destino, este salto en las cifras de migrantes expresa el desequilibrio entre la sobreoferta educativa y la demanda de los servicios en el País. Una franja educativa prepara profesionales de salud para el extranjero. Existe un aumento de recursos humanos y una distribución centralista e inequitativa ya que Lima concentra el 53.19% de médicos, así mismo se ha visto que la distribución de profesionales es inversa a los niveles de pobreza. Al no existir una política que regule el incremento de profesionales de salud y sus especialidades conforme a la demanda y necesidades, los incrementos producen resultados que no se compatibilizan con los requerimientos. Así se verifica un menor número relativo de médicos generales, con el consiguiente incremento de especialistas. En la formación de pregrado de los recursos humanos en salud se ha incrementado enormemente la oferta de Escuelas y Facultades de ciencias de la salud en el caso de las de Medicina, éstas pasaron de tres en 1960 a 28 en el 2002, el número de estudiantes de medicina ha aumentado considerablemente, de 11,400 en 1990 a 16,800 en el 2002, es decir 47.4%. ha aumentado la demanda por la especialización en las profesiones en salud, otro de los mecanismos protectores a los cuales se acogen los egresados para garantizar su empleabilidad y buena remuneración ⁽⁵²⁾. La precarización del empleo en salud con afectación de estatus de las carreras de salud: caracterizada por presupuesto sectorial bajo, salarios bajos y condiciones de trabajo precarias son consecuencia del desequilibrio entre la oferta educativa y el mercado laboral; esto hace que aparezcan modalidades de contratación que vulneran los derechos humanos del trabajador y favorecen la migración de profesionales a otros Países ⁽⁵³⁾.

La organización Panamericana de la salud – OPS, continuando un proceso de consultas a actores significativos de 26 Países de la Región, identificó en el 2005 cinco desafíos críticos para la década: Definir políticas y planes de largo plazo para la adecuación de la fuerza de trabajo a las necesidades de salud, conseguir una distribución equitativa de los profesionales de salud, regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población, generar ambientes de trabajo saludables que permitan garantizar buenos servicios de salud para toda la población y desarrollar mecanismos que permitan adecuar la formación de los trabajadores de la salud para un modelo de atención Universal, equitativo y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población ⁽⁵⁴⁾.

En un Marco de iniciativas Nacionales e Internacionales, los esfuerzos que el País esta realizando para enfrentar los desafíos, tiene algunos resultados iniciales como en el tema de la formación, para mejorar la calidad educativa, se esta coordinando con las Universidades y el sector educación en los temas de acreditación de las carreras de salud; se ha creado el SINAPRES(Sistema Nacional del Pregrado) en un esfuerzo de regular la formación en el pregrado y en el que principalmente participaran las universidades. En la Gestión del trabajo, se ha desarrollado una metodología para la elaboración de perfiles ocupacionales para el primer nivel de atención, se ha mejorado la posición de las oficinas de recursos humanos a nivel Nacional y en las Regiones, a través de un cambio en la estructura y organización; actualmente los gestores de recursos humanos a nivel Nacional y Regional vienen siendo capacitados para asumir sus funciones en el contexto de la descentralización ⁽⁵⁴⁾.

Los Recursos Humanos son la base del sistema de salud: el desarrollo de los recursos humanos en salud conforma la base social y técnica de los sistemas de salud y de su mejoramiento. La contribución de los trabajadores de la salud es un factor esencial de la calidad del sistema de salud de asegurar el acceso equitativo a servicios de calidad a toda la población. Según el indicador “Densidad de Recursos Humanos en Salud” propuesto por la OMS y la Joint Learning Initiative, el Perú tiene 18.31 por cada 10 mil habitantes, es decir somos un País con una densidad baja de recursos humanos en salud. Luego de analizar la distribución de los médicos por departamento se encontró que un total de 19(79%) departamentos tienen déficit y solo 5(21%) departamentos tienen una razón superior a la de 10 por cada 10000 habitantes. En base a los resultados obtenidos en la aplicación del índice de Disimilitud en la distribución de RHUS por departamento en el Perú, podemos afirmar que para mejorar la distribución de los RHUS es necesario redistribuir 5,960 médicos ⁽⁵⁵⁾.

En un marco de limitaciones presupuestales del sector salud, surge la necesidad de definir prioridades de médicos especialistas para el País, aspecto que involucra importantes actores que tienen a su cargo el campo de la formación y el trabajo de recursos humanos en salud. Luego de analizar el perfil epidemiológico, demográfico y prioritario del Plan de Salud 2002 – 2012, la opinión de la Dirección General de Salud de las Personas y los resultados de la encuesta a las Direcciones Regionales sobre sus necesidades de Especialistas, se priorizaron 23 especialidades, siendo las 5 primeras: Pediatría, Medicina Familiar, Gineco-Obstetricia, Anestesiología y Medicina Interna ⁽⁵⁶⁾.

Uno de los fenómenos que han cobrado gran importancia en estos últimos años en los países en desarrollo es la migración interna y externa, originando cambios en la

estructura demográfica e imprimiendo importantes impactos en el ámbito económico y sociocultural del País. El problema de la migración de personal calificado en salud desde países pobres a países de mayor desarrollo se ha agudizado en la última década. Estamos muy lejos de proteger el capital humano formado con grandes inversiones nacionales, generalmente públicas. La pérdida de recursos humanos debida a la migración del personal sanitario profesional a países desarrollados, da lugar generalmente a una pérdida de capacidad de los sistemas de salud de los países en desarrollo para responder a la creciente demanda de servicios de salud. La insatisfacción por la remuneración y las condiciones de trabajo, son los principales factores determinantes. El porcentaje anual de emigrantes enfermeras se incrementó en 76% en el 2004 con respecto a 1994, mientras que el incremento en los médicos fue de 57% en el mismo periodo. El mayor porcentaje de profesionales médicos ha migrado principalmente a los EEUU con 33.2%, seguido de países fronterizos como Chile con un 12.2%, Bolivia 11.7%, Ecuador 7.5%, Argentina 7.7%, Brasil 6.7% y países europeos como España, Italia, Holanda, con 3.8%, 1% y 1.1% respectivamente ⁽⁵⁷⁾.

Las altas cifras de emigración de personal de salud desde países de bajo y mediano recursos hacia países desarrollados es una de las causas de la crisis de recursos humanos en salud que más agudamente está afectando a las zonas más pobres de los países de bajos recursos ⁽⁵⁸⁾. Los Estados Unidos, El Reino Unido, Canadá y Australia han sido los países beneficiarios de la escala de médicos inmigrantes en los últimos 50 años. El 23 a 28% de los Médicos que laboran en estos países provienen de otros, muchos de ellos en vías de desarrollo. De entre todos los países, India, Filipinas y Pakistán son los que mayor cantidad de médicos exporta a estos países. En cuanto a Centro América y América del Sur, Perú, Bolivia y

Guatemala son los países de donde provienen la mayor cantidad de médicos que llegan a trabajar a los Estados Unidos, El Reino Unido, Canadá o Australia. Aunque hay un indudable beneficio cuando los profesionales de salud migran hacia países de mayores recursos económico y mayor tecnología, puede haber también el cuestionamiento que este personal de salud genera también una pérdida en el sistema de salud de donde provienen. Yendo más allá, muchas escuelas de medicina de países de bajos recursos preparan a sus alumnos dentro de sus programas con una realidad que no se correlaciona con los patrones locales de enfermedad y niveles de tecnología. El resultado de esto es que los recién graduados pueden no estar satisfechos con las oportunidades en sus propios países. Esta inadecuada e inestable fuerza de trabajo médico en los países de bajos recursos es el mayor impedimento para la reducción de las enfermedades ⁽⁵⁹⁾ ⁽⁶⁰⁾.

III.- Hipótesis

Un gran porcentaje de Internos de medicina humana desea seguir alguna determinada especialidad luego de culminar sus estudios de PRE-grado y únicamente un reducido porcentaje de Internos de Medicina Humana presenta alguna inclinación por la atención primaria de salud.

IV.- Objetivos

Objetivos Generales:

- Conocer las 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 la Salud.

Objetivos Específicos:

- Determinar cuales son las especialidades médicas más anheladas por los Internos de Medicina.
- Determinar cuales son las especialidades de mayor prestigio económico y social según los Internos de Medicina.
- Determinar el lugar donde desearían realizar su ejercicio profesional los Internos de Medicina luego de terminar sus estudios de PRE-grado
- Determinar el porcentaje de Internos de Medicina que se dedicaría a la docencia y el porcentaje que se dedicaría a la investigación luego de culminar sus estudios de PRE-grado.
- Determinar cuales son los principales motivos para la elección de una especialidad.
- Determinar el porcentaje de Internos de Medicina que conocen la estrategia de la Atención primaria de la Salud.
- Determinar el porcentaje de Internos de Medicina que al terminar sus estudios de PRE-grado se dedicaría a la Atención Primaria de la Salud.
- Establecer la relación entre el tipo de universidad de procedencia y la inclinación por la Atención Primaria de la Salud.

V.- Material y Métodos

5.1. DISEÑO DEL ESTUDIO.

Estudio descriptivo, transversal.

5.2. UNIVERSO Y MUESTRA

5.2.1. Universo

Estudiantes de Medicina Humana que cursan el Internado en el año 2006 en los Hospitales Generales: Guillermo Almenara Irigoyen, Arzobispo Loayza, Daniel A. Carrión, Edgardo Rebagliati Martins y Dos de Mayo.

5.2.2. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión.

- Internos de Medicina provenientes de cualquier universidad.
- Internos que acepten participar del estudio y firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión.

- Otros trabajadores o estudiantes que no sean Internos de medicina.

5.2.3. Muestra y muestreo.

Tipo de Muestreo: Sistemático con arranque aleatorio

Unidad de Información: El Interno de Medicina.

Unidad de Análisis: El Interno de Medicina.

Unidad Primaria de Muestreo: El Interno de Medicina.

Tamaño de la población: 392 Internos de Medicina Humana

Tamaño de la muestra: 194 Internos (IC = 95%, $\alpha = 0.05$).

5.3. Variables y Operacionalización (Ver Anexo No1):

5.4. Procedimiento de recolección de datos

5.4.1. Instrumento de recolección de datos (ver Anexo no2)

El Autor, Marco A. Ramírez Huaranga, y el asesor, José M. Arca González del Valle, crearon el presente Cuestionario auto-administrado con preguntas cerradas y abiertas, especialmente diseñado para el propósito del estudio y previamente validado mediante un "Juicio de Expertos" que se realizó con la participación de 8 colaboradores, Médicos entendidos del tema de Salud

Ramírez Huaranga, Marco Aurelio

U.N.M.S.M-Facultad de Medicina

Publica, Gestión en salud y Recursos humanos en salud, quienes revisaron el Instrumento y su correlación con los objetivos que planteaba el Estudio. Además posteriormente se realizó una prueba piloto.

5.4.2. Estudio Piloto

El cuestionario elaborado se aplicó en un estudio piloto en el cual se evaluó la comprensión de las preguntas y el tiempo adecuado para su desarrollo. El estudio piloto fue realizado en 40 Internos del Hospital Sergio Bernales, debido a que este hospital cuenta con un buen número de internos de medicina que provienen de diversas universidades.

5.4.3. Reclutamiento de los participantes

Los hospitales: 2 de Mayo, Daniel A. Carrión, Arzobispo Loayza, Rebagliati y Almenara fueron los seleccionados para realizar el estudio debido a que cuentan con la mayor población de internos de medicina, que provienen de Lima y Provincias, así como también de diferentes Universidades.

Luego de solicitar el apoyo y los permisos correspondientes, se obtuvieron las listas de internos de los 5 Hospitales donde se realizó el estudio, con una población total de 392 Internos (HNAL: 108, HGAI: 34, HDAC: 75, HERM: 63 y HN2M: 112). Debido a que en el muestreo se planteó una frecuencia esperada del 50% y un nivel de confianza del 95%, se consiguió un total de 194 internos, los cuales se obtuvieron de forma proporcionada de cada hospital (HNAL: 53, HGAI: 17, HDAC: 37, HERM: 32 y HN2M: 55). Para que se mantenga la proporción entre los Internos provenientes de Universidades particulares y públicas, de cada lista de Internos de cada hospital se seleccionó el 50% de Internos provenientes de Universidades públicas y el 50% de internos provenientes de universidades particulares. Esta muestra de

internos se obtuvo luego de aplicar un muestreo sistemático con arranque aleatorio. Se agregó 20 (10% del total de la muestra) Internos a los 194 requeridos con el objetivo de no obtener menos de la cantidad necesaria. La aplicación del cuestionario se llevó a cabo el sábado 11 de noviembre del 2006, en forma simultánea para los internos de cada hospital.

5.4.4. Análisis Estadístico

Con los datos obtenidos se construyó una base electrónica y se procedió a realizar análisis univariado (distribución de frecuencias, medidas de resumen) y análisis bivariado (Chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher).

VI.- Aspectos Éticos

Solo se aplicó el cuestionario de estudio a los internos de medicina que dieron respuesta positiva al consentimiento informado. Este cuestionario, al ser aplicado a los Internos de medicina, no constituye ningún riesgo para los pacientes del hospital; Además, Para no interferir con las labores que realizan los Internos dentro del hospital se buscó la fecha y hora más apropiada para su realización. Este trabajo no presentó ningún tipo de riesgos para los sujetos de estudio.

Los resultados serán publicados en revistas nacionales para beneficio del Sistema Nacional de Salud.

VII.- Resultados

Datos Demográficos

Luego de realizar la aplicación del instrumento a la muestra seleccionada se obtuvo la distribución de Internos, según hospital de procedencia, que se puede apreciar en la Tabla No1:

Tabla No 1: Distribución de internos según Hospital de procedencia

| Hospital de Procedencia | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|
| Almenara | 20 | 9.7 |
| 2 de mayo | 59 | 28.5 |
| Loayza | 61 | 29.5 |
| Carrión | 33 | 15.9 |
| Rebagliati | 34 | 16.4 |
| Total | 207 | 100 |

La población encuestada estuvo conformada por 207 Internos, 96 (46.4%) del sexo femenino y 111(53.6%) del sexo masculino. La edad promedio de los Internos encuestados fue de 25 años, con un rango que va desde 22 a 36 años.

Del total de encuestados, 135 (65.2%) Internos procedían de Universidades Públicas y 72 (34.8%) Internos procedían de Universidades privadas.

La distribución de los Internos según Universidad de procedencia se muestra en la Tabla No2:

Tabla No2: Distribución de Internos según Universidad de procedencia

| Universidad de Procedencia | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|-----------------------------------|-------------------|-----------------------|
| U.N.M.S.M | 77 | 37.2 |
| Cayetano Heredia | 4 | 1.9 |
| Universidad Villarreal | 24 | 11.6 |
| San Martín | 36 | 17.4 |
| Ricardo Palma | 12 | 5.8 |
| UPSJB | 8 | 3.9 |
| Científica del Sur | 4 | 1.9 |
| Particulares de Provincia | 9 | 4.3 |

Ramírez Huaranga, Marco Aurelio

| | | |
|-----------------------|------------|------------|
| Publicas de Provincia | 27 | 13.0 |
| En Blanco | 6 | 2.9 |
| Total | 207 | 100 |

Entre las Universidades Publicas de provincia estaban la Universidad Nacional del centro de Huancayo, la Universidad Nacional de Trujillo, la Universidad San Luis Gonzaga de Ica entre otras. Entre las Universidades Privadas de provincia estaban la Universidad Privada de Tacna y la Universidad Peruana Los Andes.

Resultados Descriptivos

Al preguntar a los Internos sobre cual o cuales serian los lugares donde les gustaría realizar su ejercicio profesional luego del SERUM, el 59.9% (124) de los internos desea trabajar en un hospital general, el 34.3% (71) desea trabajar en un Instituto Especializado, el 27.5% (57) desea trabajar en una Clínica Privada, el 11.1% (23) desea trabajar en un Puesto o Centro de salud, otro 11.1% (23) desea trabajar en un Consultorio Particular y el 1.4% (3) desea trabajar en otros lugares como ONG por ejemplo.

La distribución del área geográfica donde los Internos desean realizar su ejercicio profesional se muestra en la Tabla No3.

Tabla No3: Expectativas sobre el lugar de trabajo

| Lugar de Trabajo | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|---------------------|------------|----------------|
| La Capital del País | 95 | 45.9 |
| Alguna Provincia | 31 | 15.0 |
| Extranjero | 62 | 30.0 |
| Todavía No Sabe | 19 | 9.2 |
| Total | 207 | 100 |

Entre las Provincias más solicitadas donde los Internos desean realizar su ejercicio profesional están Trujillo, Arequipa y Ancash. En cuanto a los Internos que desean

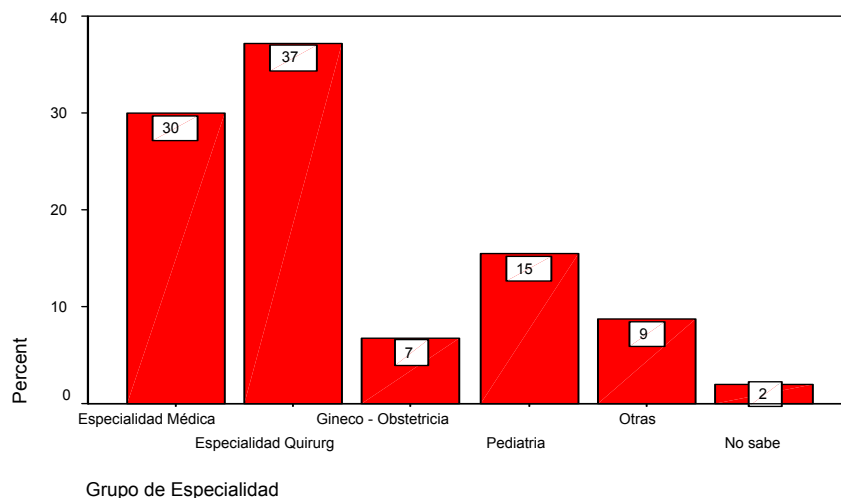
Ramirez Huaranga, Marco Aurelio

trabajar en el extranjero, el País más anhelado fue España, luego le siguieron en orden descendente Estados Unidos, Brasil y Canadá.

Al investigar sobre cuales son las actividades que desearían seguir dentro de su ejercicio profesional, los Internos consideraron como Primera Prioridad en un 84.5% (175) seguir alguna especialidad, un 9.7% (20) desea quedarse como médico general, un 3.4% (7) desea dedicarse a la Investigación, un 1.9% (4) desea introducirse en el campo de la Salud pública y un 0.5%(1) desea dedicarse a la docencia. Los Internos consideran como segunda prioridad la Medicina general en un 31.4%, como tercera prioridad la Investigación en un 32.4% y como cuarta prioridad la Salud pública en un 29%.

En cuanto el estudio de las especialidades más anheladas por los Internos de medicina, se obtuvo que de entre las 39 especialidades que refirieron los Internos, las más ambicionadas estaban Cirugía General con un 13.5%(28), Pediatría con un 11.1%(23), Gastroenterología con un 6.8%(14), Gineco-Obstetricia con un 6.3%(13), Cardiología con un 5.3%(11), Cirugía Plástica con un 4.8%(10) y Cirugía Cardiovascular con otro 4.8%(10). La distribución de las especialidades anheladas por los Internos según Área se muestra en la Grafica No1:

Grafica No1: Especialidades anheladas según Área



Kumiriz, Guurungu, Marco Aurelio

Al indagar sobre cuales serian las principales razones que los motivarían a elegir una determinada especialidad se obtuvo que a un 87.4% (181) los motivaba el agrado particular, a un 22.2%(46) la seguridad económico-laboral y a un 12.1%(25) la influencia de algún docente. Los Internos manifestaron que entre otros posibles motivos estarían el grado de exigencia académica de una determinada especialidad, la existencia de un negocio particular y la disponibilidad de tiempo libre para realizar otra actividad.

A la pregunta acerca de donde han pensado realizar los Interno de Medicina sus estudios de especialización se obtuvo la Tabla No4:

Tabla No4: Lugar donde han pensado realizar su Especialización

| Lugar de Especialización | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|---------------------------------|-------------------|-----------------------|
| Dentro del País | 96 | 46.4 |
| En El Extranjero | 77 | 37.2 |
| Todavía no sabe | 34 | 16.4 |
| Total | 207 | 100 |

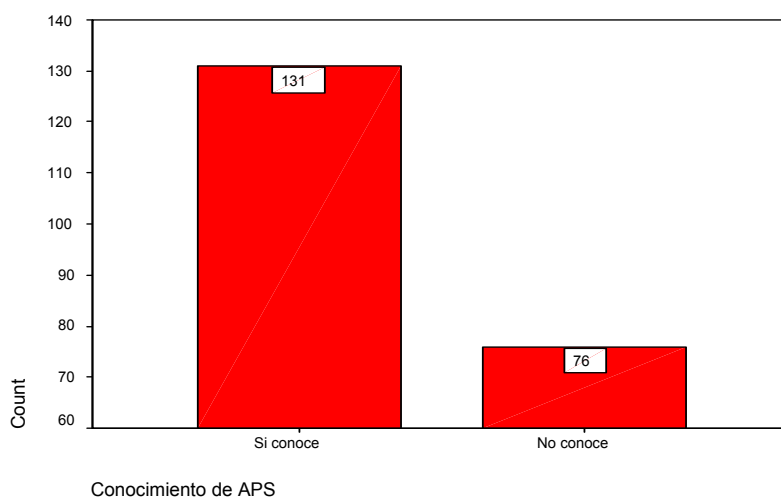
Un buen número de los Internos que desea realizar sus estudios de especialización dentro del País lo quiere realizar en la U.N.M.S.M. La UPCH y la UNFV son otras de las opciones anheladas por los Internos. En cuanto a los que desean realizar su especialización en el extranjero la mayoría tiene como principales opciones realizarla en España, Estados Unidos y Brasil.

Entre las especialidades médicas que los Internos consideran que tienen mayor prestigio socio-económico se encuentran las que están dentro del Área de especialidades Quirúrgicas. Como Primera especialidad de prestigio está la Cirugía Plástica con un 46.8%(97), como segunda especialidad de prestigio está la Cirugía

de tórax y Cardiovascular con un 41.5%(86) y como tercera especialidad de prestigio está la Neurocirugía con un 24.7%(72).

A la pregunta: ¿Conoce Ud. qué comprende la estrategia de la Atención Primaria de la Salud? se obtuvo la Grafica No2:

Grafica No2: Conocimiento sobre Atención Primaria de la Salud



Al analizar las respuestas de los 131 Internos que contestaron que si conocen el concepto de Atención Primaria de la Salud (APS), se obtuvo que 78.6%(103) poseía un conocimiento inadecuado, 16.8%(22) poseía un conocimiento adecuado y 4.6%(6) dejaron la pregunta en blanco.

De los 131 el 93.9%(123) de los Internos afirma que el conocimiento sobre APS lo obtuvieron dentro de las actividades curriculares de PRE-grado como Salud Comunitaria, Salud Publica y Gerencia en Salud y el 6.1%(8) dentro de las actividades extracurriculares.

Al preguntar a los 131 Internos sobre la Importancia que le asignan a la APS en la formación y practica medica en nuestro País, se obtuvo que el 64.8%(85) piensa que es muy importante *“porque de esa manera se daría un adecuada atención básica y disminuiría la afluencia a hospitales generales”, “porque es necesario en un País sub desarrollado como el nuestro con pocos recursos”, “porque desde un nivel primario*

Ramírez Huaranga, Marco Aurelio

se pueden evitar muchas patologías y mejoraría la política de salud”; el 31.3%(41) piensa que es importante “porque contribuye a la reducción de la morbimortalidad”, “porque constituye el 1er nexo entre la población general y los servicios de salud”, “porque la atención podría llegar a mas lugares donde no tiene acceso a especialidades”; el 2.3%(3) piensa que es medianamente importante y el 1.6%(2) piensa que es poco importante.

A la pregunta ¿se dedicaría Ud. a la Atención Primaria de la Salud luego de realizar su SERUM?, los 131 Internos dieron las respuestas que se muestran en la Tabla No5:

Tabla No5: Inclinación por la APS

| Inclinación por la APS | Frecuencia | Porcentaje(%) |
|-------------------------------|-------------------|----------------------|
| Si se Dedicaría a la APS | 52 | 39.7% |
| No se Dedicaría a la APS | 38 | 29.0% |
| No sabe / No opina | 41 | 31.3% |
| Total | 131 | 100 |

Estos 52(39.7%) Internos que refirieron que si se dedicarían a la APS representan realmente el 25.1% del total de Internos encuestados. Entre los principales motivos que manifiestan los Internos por los cuales se dedicarían a la APS luego de culminar con sus estudios de PRE-grado están “porque en un País como el nuestro deberían poner en practica la prevención de enfermedades en la población”, “porque es la mejor manera de mantener a la población en buen estado de salud y se disminuyen los costos”, “necesidad por cambiar el perfil de la atención asistencial por una preventiva promocional” y “porque a ese nivel es donde se necesitan profesionales de calidad para mejorar el nivel preventivo promocional”. Los Internos que no piensan dedicarse a la APS refieren como principales motivos “Debo realizar alguna especialización”, “Muy mala remuneración económica”, “No es adecuadamente

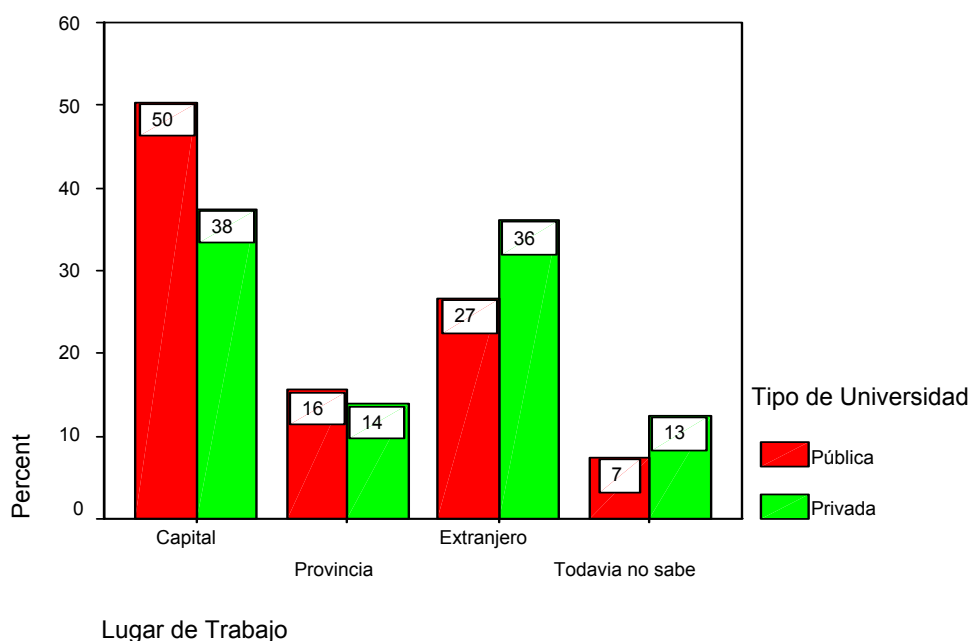
Ramírez Huaranga, Marco Aurelio

valorada ni recompensada es este País”, “Las condiciones laborales en el 1er nivel no cubren expectativas. Hay mucho déficit”, “No es un área interesante”, “No es rentable, no hay mucho apoyo de parte del ministerio al medico en este sector”.

Resultados Asociativos

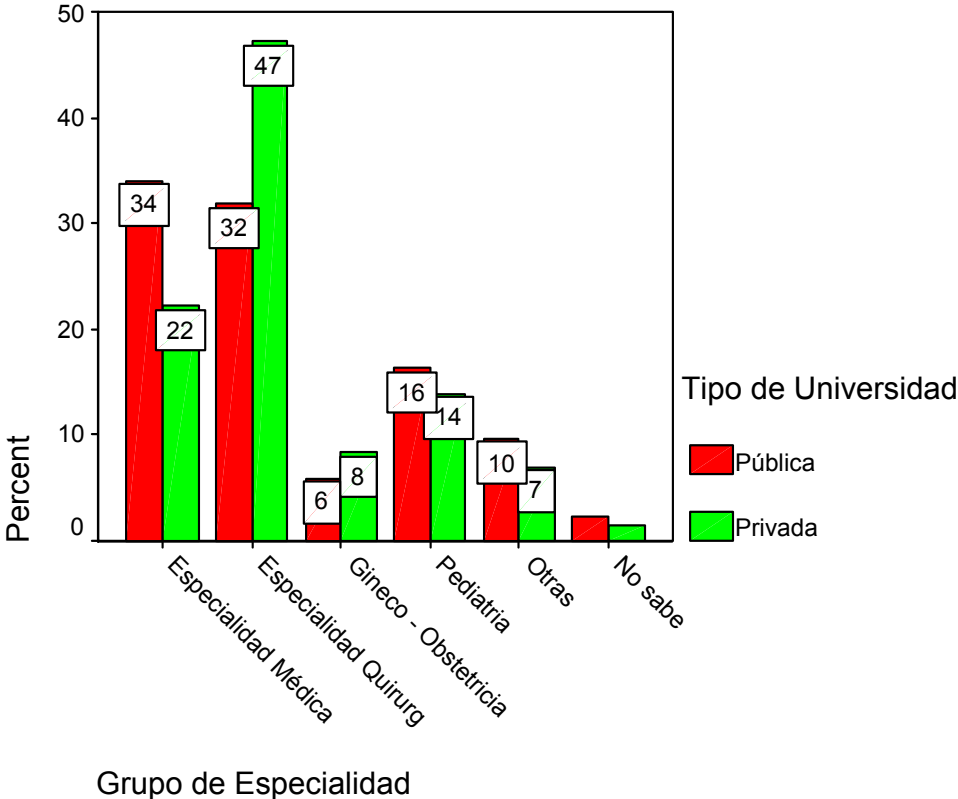
Al relacionar el tipo de Universidad y el lugar donde les gustaría trabajar a los Internos de medicina luego de culminar sus estudios de PRE-grado y el SERUM, se obtuvo que el 50.3% (68) de los Internos de Universidades publicas y el 37.5%(27) de Universidades privadas desean trabajar en la Capital, mientras que el 36.1%(26) de los Internos de Universidades privadas desean trabajar en el extranjero. Si bien se encontró que trabajar en la capital es más anhelado por los Internos de Universidades publicas y trabajar en el extranjero es más anhelado por los Internos de Universidades privadas, al analizar estos resultados con la prueba de Chi-cuadrado no se observó asociación estadísticamente significativa ($p=0.276$).Ver Grafico No3:

Grafico No3: Lugar de trabajo según universidad



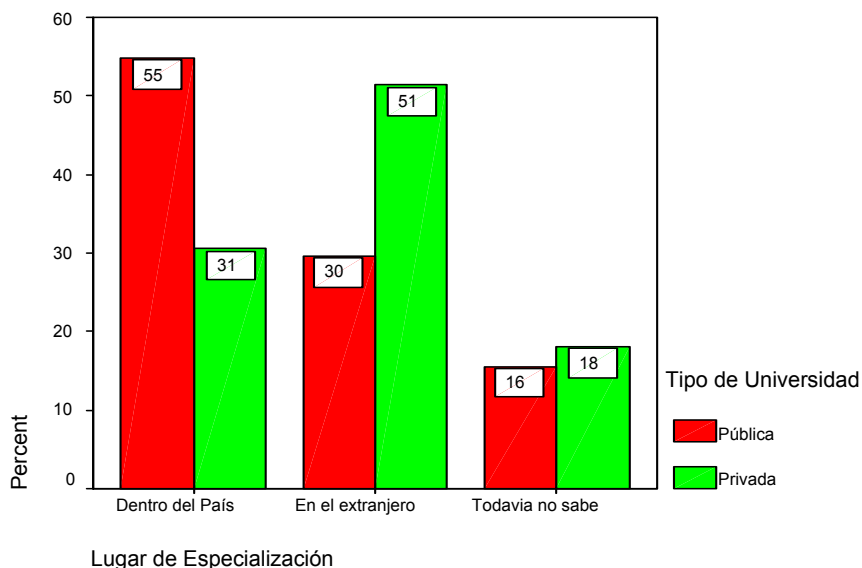
Al asociar los grupos de especialidades que desearían seguir los Internos de medicina según el tipo de Universidad de procedencia se obtuvo que el 34%(46) de los Internos de universidades publicas desea más seguir alguna especialidad médica y el 31.8%(43) alguna especialidad quirúrgica, mientras que los Internos de Universidades privadas desea seguir en su mayoría alguna especialidad quirúrgica(47.2%). (p=0.276). Ver grafico No 4:

Grafico No4: Grupo de especialidades anheladas según universidad



Al analizar los resultados obtenidos con respecto al lugar donde los Internos desean realizar su especialización se encontró un asociación significativa (p=0.002) entre estas variables, ya que el mayor porcentaje de Internos de Universidades publicas (54.8%) desea realizar sus estudios de especialización dentro del País, mientras que la mayoría de internos de universidades privadas (51.3%) lo desea realizar en el extranjero. Ver Grafica No5:

Grafica No5: Lugar de especialización según Universidad



Con respecto al lugar donde deseaban realizar su desempeño profesional se observó que el 50% de los internos de Universidades públicas y el 38% de Universidades privadas desean realizarlo en la Capital, mientras que el 38% y el 36%, respectivamente, desean realizarlo en el extranjero ($p = 0.212$)

Al relacionar las especialidades más anheladas según género del Interno de medicina se encontró que las más anheladas por el sexo femenino fueron pediatría con un 15.6%(15), cirugía general con un 11.4%(11) y gineco-obstetricia con un 8.3%(8), mientras que las más anheladas por el sexo masculino fueron cirugía general con un 15.3%(17) y cirugía cardiovascular, gastroenterología y pediatría con un 7.2%(8). ($p=0.164$).

Al correlacionar la especialidad que consideran de mayor prestigio los Internos de medicina y el grupo de especialidad al cual desearían dedicarse se obtuvo que el

27.8%(56) de los Internos consideran de mayor prestigio socio-económico y a su vez desea dedicarse al área de las especialidades quirúrgicas, así mismo se observó que si bien los Internos desean seguir otras especialidades estos consideran de mayor prestigio al grupo de las especialidades quirúrgicas. Luego de aplicar la prueba de Spearman no se encontró una correlación significativa (P=0.473). Ver Tabla No6:

Tabla No6: especialidad de prestigio según especialidad anhelada

| Grupo de especialidades | Primera especialidad de prestigio | | | | | Total |
|----------------------------|-----------------------------------|-------------------------|--------------------|-----------|-----------|------------|
| | Especialidad Médica | Especialidad Quirúrgica | Gineco-obstetricia | Pediatría | Otras | |
| Especialidades Médicas | 16 | 35 | 2 | 4 | 4 | 61 |
| Especialidades Quirúrgicas | 9 | 56 | 2 | 3 | 4 | 74 |
| Gineco-Obstetricia | 2 | 9 | 1 | | 2 | 14 |
| Pediatría | 3 | 21 | 2 | 3 | 2 | 31 |
| Otras | 5 | 9 | 1 | 1 | 1 | 17 |
| No sabe | 3 | | | | 1 | 4 |
| Total | 38 | 130 | 8 | 11 | 14 | 201 |

Al analizar la asociación entre el tipo de Universidad y la Inclinación que tienen los Internos de medicina por la APS se obtuvo que el 38% (35) de los Internos de Universidades publicas y el 43.6%(17) de los Internos de Universidad privada tiene una inclinación por la APS, (p=0.657). Ver tabla No7.

Tabla No7: Inclinación por la APS según Universidad

| Tipo de Universidad | Inclinación por la APS | | | Total |
|---------------------|------------------------|-----------|-----------|------------|
| | Si | No | NS/NO | |
| Publica | 35 | 26 | 31 | 92 |
| Privada | 17 | 12 | 10 | 39 |
| Total | 52 | 38 | 41 | 131 |

Ramírez Huaranga, Marco Aurelio

U.N.M.S.M-Facultad de Medicina

Al relacionar la inclinación que de los internos de medicina según el tipo de conocimiento que tienen ellos sobre la Atención primaria de la salud se observó que el 15.3%(8) de los que refirieron que se inclinarían por la APS tienen un conocimiento adecuado, mientras que el 84.6%(44) posee un conocimiento inadecuado o no contestaron.

VIII.- Discusión

Sobre el Ejercicio Profesional

En el presente trabajo se encontró que la gran mayoría de los Internos de Medicina desean desempeñar su labor asistencial en el 3er o 4to nivel de atención y solo un reducido 11.1% muestra alguna inclinación por el primer nivel de atención. Asimismo, se puede observar que un marcado 30% de futuros médicos tienen pensado aplicar sus conocimientos, formados en las Escuelas de Medicina del Perú, en el extranjero. Esto va muy de la mano con lo que se puede apreciar actualmente con respecto al fenómeno de migración de los profesionales de la salud, reportes de la Dirección de Migraciones dan cuenta que los médicos migrantes pasaron de 4416 en 1992 a 14130 en el 2004, esto es un aumento de 220% ⁽⁵²⁾. España y Estados Unidos son los principales países que tienen en mente los Internos de medicina para ejercer su profesión, esto se correlaciona con los principales destinos donde ha migrado los profesionales médicos desde hace 10 años: EEUU 33.2%, Chile 12.2%, Bolivia 11.7%, Ecuador 7.5%, Argentina 7.7%, Brasil 6.7% y España 3.9% ⁽⁵⁷⁾. Este deseo de emigrar obedece a una realidad a nivel mundial donde el Personal de Salud proveniente de Países de bajo y mediano recursos, buscan en los países desarrollados como Estados Unidos, Inglaterra, Canadá, entre otros, mejores oportunidades y una mejor situación socio-económica ⁽⁵⁸⁾⁽⁵⁹⁾. Mientras que en dichos Países desarrollados, como Inglaterra, solo un 10.3% probablemente no se quedará

Ramírez Huaranga, Marco Aurelio

a ejercer la Medicina en su País⁽⁶²⁾, pero el 77.6% desea definitivamente trabajar ahí⁽³⁾. Por otra parte el 45.9% de los Internos de medicina desea laborar en la Capital del País y solo un 15% ha pensado en alguna provincia como posibilidad, entre ellas Trujillo, Arequipa y Ancash. Como se puede apreciar persiste el afán de seguir concentrando mayor número de médicos en la Capital dejando descuidada nuestras provincias donde más atención en salud se necesita, esta desigualdad en la distribución de recursos humanos en salud ha hecho que actualmente halla un total de 19 departamentos (79%) tienen déficit de médicos y solo 5 departamentos (21%) del País tienen una razón superior a la de 10 por 10000 habitantes, concentrando Lima el 53.19% de médicos ^{(52) (55)}.

Con respecto al tema de la especialización, esta se mostró en un 84.5% como la opción de formación y de ejercicio profesional más valorada y de primera prioridad para los internos de medicina, como segunda prioridad un 31.4% colocaba a la medicina general. Entre las especialidades las más anheladas eran las quirúrgicas en un 37% y posteriormente las médicas con un 30%. Este gran porcentaje de alumnos que desean seguir una especialidad se refleja en varios estudios en diferentes partes del Mundo, así en un estudio Suizo realizado en 3 universidades el 56.6% ya ha decidido que especialidad seguir ⁽⁶⁵⁾. En un estudio Ingles realizado en los médicos jóvenes graduados en 1993 al año y a los 3 años de culminar sus estudios mostró que un 68.9% deseaba continuar alguna especialidad (21.5% médicas y 16.9% quirúrgicas) y un 25.8% deseaba la medicina general; estos datos variaron un poco a los 3 años, un 66% deseaba un especialidad (18.4% médicas y 13.6% quirúrgicas) y el porcentaje de los que deseaban medicina general se incremento a 29.1% ⁽³⁾. En otro estudio ingles realizado en los graduados de de las escuelas de medicina los años 1996 y 1999 reveló que un 76% deseaba alguna

especialidad (Especialidad médica un 22% y quirúrgica un 20%) mientras que un 23% deseaba continuar como medico general ⁽²²⁾. Otro estudio más recientes realizado en una población de 2778 médicos graduados del 2002 en Inglaterra, que buscaba determinar cuales eran las elecciones de especialidad medicas, encontró que un 22.7% (28.1% de hombres y 14.5% de mujeres) deseaba continuar como medico general, 31.1% de los hombres y un 11.9% de las mujeres prefería una especialidad quirúrgica, un 0.7% de hombres y un 3.4% de mujeres elegía Gineco-obstetricia y finalmente un 3.4% de hombres y un 7.9% de mujeres optaba por pediatria ⁽⁶¹⁾. Finalmente un estudio encontró que la elección por la medicina general había incrementado (14.2% a 21.8%) mientras que la elección por las especialidades quirúrgicas había disminuido (22.2% a 10%), mientras que no hubo cambios significativos en las especialidades pediátricas, medicas y gineco-obstetricia ⁽⁶²⁾. A nivel de Latinoamérica se han realizado pocos estudios al respecto, en los años 60 el médico Argentino Juan Cesar García analizó el proceso de especialización en 6 Escuelas de Medicina de América Latina encontró que al inicio de los estudios de medicina ya un 52% de los estudiantes tenían en mente una determinada Especialidad mientras que al final de sus estudios esta decisión llego al 66%. Un estudio más reciente realizado en Argentina en el año 2001 halló que los jóvenes que se decidieron por Medicina expresaban su intención por especializarse desde su ingreso a la carrera (74%) hasta fines de ella (100%), siendo las especialidades quirúrgicas las mas anheladas ⁽³¹⁾. La información obtenida en el presente estudio obedece a la realidad de cómo están distribuidos los Recursos Humanos en Salud por Especialidad, los médicos especialistas presentaron un aumento en los últimos 15 años, para el año 2004 el Colegio Medico del Perú registró 19 479 especialistas. La mayor cantidad de especialistas registrados

corresponde a las denominadas especialidades básicas: Gineco-Obstetricia (2008), Pediatría (1841), Cirugía General (1429), Medicina Interna (1349), Anestesiología (874) y Oftalmología (666) ⁽⁶³⁾.

Entre los principales motivos de la elección de un Especialidad figuraron el agrado particular en un 87.4% y la seguridad económico-laboral en un 22.2%, Los Internos manifestaron que entre otros posibles motivos estarían el grado de exigencia académica de una determinada especialidad, la existencia de un negocio particular y la disponibilidad de tiempo libre para realizar otra actividad. Existen muchos otros motivos los cuales determinarían la elección por una especialidad, como lo demuestra un estudio brasileño realizado en 60 residentes de 1er y 2do año donde hubo diferencia significativa entre los motivos para la elección ($p=0.001$). Las principales razones para dedicarse a una especialidad medica fueron: contacto con el paciente (50%), actividad intelectual (30%) y conocimiento del campo clínico (27%). Las razones para dedicarse a las especialidades quirúrgicas fueron: aspectos prácticos de las intervenciones (43%), actividades manuales (43%) y calidad de los resultados obtenidos (40%). Los residentes de medicina opinan que *“ser clínico es ser un verdadero medico, la medicina misma”*, mientras que los residentes de cirugía que *“ser Cirujano es ser un medico completo”* ⁽⁶⁴⁾.

Al analizar las especialidades más anheladas según genero se encontró que para el sexo femenino fueron pediatría con un 15.6%(15), cirugía general con un 11.4%(11) y gineco-obstetricia con un 8.3%(8), mientras que las más anheladas por el sexo masculino fueron cirugía general con un 15.3%(17) y cirugía cardiovascular, gastroenterología y pediatría con un 7.2%(8). En un estudio Suizo en 719 estudiantes de medicina (52.4% de mujeres y 47.1% de hombres) de las Universidades de Basel, Berne y Zurcú, las mujeres prefirieron en orden decreciente

las siguientes especialidades: medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, atención primaria y cirugía; mientras que los hombres prefirieron cirugía, medicina Interna, atención primaria, anestesiología y pediatría ⁽⁶⁵⁾. La elección de especialidades clínicas por las mujeres esta influenciada por el interés de trabajar muy cerca del paciente, facilidad para la práctica privada y otras condiciones que hacen compatible la profesión con las responsabilidades familiares ⁽⁶⁶⁾.

Con respecto a otras actividades a las cuales se dedicarían los futuros médicos refirieron que como tercera prioridad estaría la investigación con un 32.4% y la salud publica con un 29%, mientras que la docencia no estaría muy tomada en cuenta. En relación a la decisión de dedicarse a la Investigación luego de culminar sus estudios esta muy relacionado a diversos factores como lo muestran varios estudios, en uno de ellos los médicos que no participan en Investigación dieron los siguientes motivos: económico(81%), Familiar/social(76%), agrado particular(89%), entre otras. Además se encontró una asociación significativa entre la especialidad a la que se dedican y su participación en la investigación en este orden: especialidad medica, especialidad quirúrgica, otras especialidades y atención primaria ($p=0.0002$). Los factores que influenciaron a estos doctores para que en la actualidad se dediquen a la investigación fueron el hecho de haber investigado en el PRE-grado, el tipo de especialidad asociada y la posibilidad de desarrollar estudio clínicos ($p = 0.0001$) ⁽⁵⁾. Un estudio realizado hace aproximadamente 10 años atrás en las universidades de Connecticut y Massachusetts se observó que los médicos que estuvieron envueltos en el campo de la investigación médica tuvieron algún grado de experiencia en la investigación durante el PRE-grado ⁽⁶⁾.

Sobre la Atención Primaria de la Salud

De todos los Internos de medicina que participaron en el estudio 131(63.2%) contestaron que si conocen en que consiste la Estrategia de la Atención Primaria de la Salud, sin Embargo de ellos solo el 16.8% (22) poseía un conocimiento adecuado al respecto, para ello se tomo como criterio que dentro de su definición colocaran 3 o más de los punto básicos en el concepto de APS. Partiendo de que la gran mayoría de los Internos no tienen claro en que consiste la APS vemos que 52(39.7%) de los Internos manifiestan que si se dedicarían a la APS. El 15.3%(8) de los que refirieron que se inclinarían por la APS tienen un conocimiento adecuado, mientras que el 84.6%(44) posee un conocimiento inadecuado o no contestaron. Estos datos son similares con los hallados por un estudio Argentino donde la mayoría de los ingresantes a las escuelas de Medicina ignoraban el significado de la APS y solo el 0.5% de los estudiantes del ultimo año presentaban alguna inclinación hacia ella ⁽³¹⁾. El bajo conocimiento y la poca motivación por la Atención Primaria de la Salud obedece a los grandes problemas y desafíos que desde sus inicios tuvo la APS, en un documento de la OPS/OMS sobre Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas refiere que los desafíos actuales son: los trabajadores de salud calificados son insuficientes para proveer cobertura universal, los profesionales calificados prefieren trabajar en hospitales y ciudades, carencia de apoyo y supervisión adecuada, no hay desarrollo ni estímulos suficientes, el entrenamiento en pre-grado y pos-grado del personal de salud no es coherente con los requerimientos de la practica de la APS, dificultades inherentes a la transformación del sector salud desde los enfoques curativos, basados en los hospitales, a los preventivos, basados en las comunidades ⁽⁶⁷⁾. Estos problemas han sido observados por los estudiantes de medicina, de repente no directamente pero transmitido de forma indirecta en las escuelas de medicina, por lo que ellos

manifiestan que no se dedicarían a la APS debido a *“posee muy mala remuneración económica”, “No es adecuadamente valorada ni recompensada es este País”, “Las condiciones laborales en el 1er nivel no cubren expectativas. Hay mucho déficit”, “No es un área interesante”, “No es rentable, no hay mucho apoyo de parte del ministerio al medico en este sector”*.

IX.- Conclusiones

En la realización del presente estudio se pudo contar con la muestra deseada y seleccionada por aleatorización. El Instrumento elaborado fue revisado, modificado y sometido a prueba en una población similar a la del estudio y de esta forma se garantizó su utilidad para obtener la información deseada según los objetivos del estudio, así como también se corroboró el entendimiento de cada pregunta por parte de la muestra.

El 84.5% de los internos de medicina de 5 hospitales generales de Lima y Callao tienen como primera prioridad realizar alguna especialidad luego de culminar sus estudios de pre-grado y únicamente el 25.1% refirieron que se dedicarían a la Atención primaria de la Salud, muchos de ellos sin tener un concepto claro acerca de esta estrategia.

Los resultados obtenidos con respecto al proceso de elección de una especialidad médica corroboran lo encontrado en otros estudios, elegir seguir una especialidad médica o quirúrgica es un proceso con muchas preguntas, decisiones, expectativas y necesidades en diferentes partes del mundo y esta relacionado al contexto sociocultural y educativo de los estudiantes de medicina. Los hallazgos indican que la transición desde las escuelas de medicina hasta la residencia, no solo es el

género o las habilidades profesionales, si no también la motivación interior y exterior, lo que contribuye al éxito académico y profesional.

Un dato interesante que se encontró fue la diferencia significativa en cuanto al lugar donde realizar sus especialización, mientras que los estudiantes provenientes de universidades particulares deseaba realizarla en el extranjero, la mayoría de los internos de Universidades públicas desea realizarla en el País. Esto obedece, además de las posibilidades económicas de cada estudiante, a la realidad que se vive actualmente en el País, desarticulación entre el mundo del trabajo y el de la formación en salud lo que da origen a una sobre oferta de egresados, con esto el sub empleo y desempleo en salud y la búsqueda de nuevas soluciones, entre ellas la migración de profesionales en salud, algunas veces solo para realizar la especialización y muchas otras para finalmente quedarse a ejercer y formar parte de la fuerza de trabajo en salud de otros Países.

Como se puede apreciar este problema es complejo, el tema de las migraciones y de la independencia cada vez mayor de los aparatos formadores respecto a los proveedores de servicios, obligan a trabajar en el nivel de las políticas publicas, yendo más allá de las políticas sectoriales e institucionales. La inequidad en la distribución de los recursos humanos tiene consecuencias en la disminución en el acceso a la salud, aumento en el riesgo de enfermar y morir por enfermedades y los daños prevenibles por la intervención de estos, lo cual contribuye en la disminución de sus expectativas de vida, así como limita sus posibilidades de desarrollo económico y social.

La precarización del empleo, como consecuencia de la sobreoferta educativa en el País y el desequilibrio entre la oferta de profesionales de salud y el mercado laboral,

favorecerá las causas de la migración hacia países con mejores condiciones de vida y desarrollo.

X.- Recomendaciones

En las Escuelas de Medicina no se debe buscar solo cumplir con los estándares Internacionales de enseñanza sino se debe buscar una formación de recursos humanos en salud basado en el modelo de atención integral de salud, el perfil demográfico, el socio cultural y epidemiológico de la población, tomando en cuenta las particularidades regionales y locales. Valorando la labor de los trabajadores de salud en la comunidad como recursos humanos relevantes del sistema de salud, así como la apreciación de su contribución a la salud y desarrollo, tanto en el ámbito local y nacional.

Mejorar los sistemas de información de recursos humanos en las instituciones que tienen que ver con la educación y el trabajo de los recursos RHUS, de manera que incorporen información que permita estimar las tendencias de la formación y el mercado de trabajo, de tal forma que no lleguemos a la sobrepoblación de médicos lo que da origen al sub empleo y a la migración de talentos al exterior. Asimismo la oferta de especialidades debe hacerse en relación a las necesidades del País.

Redireccionar los procesos de captación y contratación de recursos humanos de todos los programas que incluyan este componente hacia los departamentos con mayor déficit de recursos humanos en salud. Las plazas de nombramiento y contratos con inversión del Estado, deben programarse sólo en lugares con déficit

Ramírez Huaranga, Marco Aurelio

U.N.M.S.M-Facultad de Medicina

de RHUS y en función de la magnitud del déficit y de esta forma se evitará la concentración en la Capital y algunas pocas provincias.

La participación del Estado es indispensable para poder diseñar programas de incentivos dirigidos a las zonas geográficas más críticas, que estimulen a los profesionales a trabajar en estas zonas y tener una alternativa atractiva que limite sus deseos de emigrar del País en búsqueda de mejores condiciones de empleo. Además debe regular los desplazamientos internos de los trabajadores de salud, de manera que permita garantizar la atención a la salud en las poblaciones más excluidas. A través de la identificación de las tendencias de los desplazamiento y migraciones de profesionales de salud entre las regiones y la creación de incentivos focalizados por regiones, que permita cubrir con profesionales, las zonas más necesitadas.

Finalmente, debido a la diversidad de opciones que poseen los estudiantes de medicina con respecto a su futuro profesional sería necesario trabajar sobre un población mayor, para poder obtener resultados con mayor significado estadístico. Asimismo sería recomendable complementar los datos recogidos por el cuestionario, con la elaboración de grupos focales de trabajo para obtener mayor información cualitativa y enriquecer más los resultados de este trabajo.

XI.- Referencias Bibliográficas

1. Dr. Alberto Perales Cabrera. El Acto Médico: Criterios, Definición y límites. Diagnostico. Volumen 40; Numero 1, enero – febrero 2001.
2. Dr. Tomas Engler. El Médico general y los servicios médicos a la comunidad. Educación Médica y Salud, Volumen 15 No2 (OPS 1981). Pág. 115 – 123.
3. Michael F Goldacre and Trevor W Lambert. Stability and change in career choice of junior doctor: postal questionnaire of the Unites kingdom qualifiers of 1993. Medical Education 2000;34:700 – 707.
4. Dr. Aldo C. Neri. La medicina en el mundo contemporáneo. Educación Médica y Salud. Volumen 13, No2 (OPS 1979) Pág. 113 – 133.
5. Tom lloyd, Brenda R Phillips and Robert C Aber. Factors that influence doctors' participation in clinical research. Medical Education 2004; 38: 848 – 851.
6. Segal S., Lloyd T., Houts PS:, Stillman PI., Jungas RI., Greer RB III. The association between students research involvement in medical schools and their postgraduate medical activities. Acad Med 1990; 65: 530 – 533.
7. Dr. Edward M. Bridge. Pedagogía Médica. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica No 122, Diciembre 1965.
8. Dr. Juan Cesar García. La Educación Médica en América Latina. Capitulo I: Análisis de la Educación Médica en América Latina. Organización Panamericana de la Salud (1972). Publicación Científica No 255. Pag 1 – 10.
9. Oswaldo Salaverry. Una Visión Histórica De La Educación Médica. Copyright © 2004 Colegio Médico Del Perú.

10. Kroeger, Axel y Luna, Ronaldo. Atención Primaria de Salud: Capítulo II :Contexto Sociocultural. Organización Panamericana de la Salud (1992). 2da Edición. Pag 21 – 23.
11. Dr. Clementino Fraga Filho, Dra. Alice Rosa. Formação e treinamento do médico geral. Educación médica y salud. Volumen 13, No2 (OPS 1979) Pag 149 – 163.
12. OPS / OMS. Enseñanza de las ciencias de la salud en América Latina. Dr. Carlos A. Vidal. Consideraciones sobre la formación de recursos humanos de salud y programa de libros de texto de la OPS. (1990). Pág. IX – XII.
13. David T. Stern, M.D., Ph.D., and Maxine Papadakis, M.D. The Developing Physician —Becoming a Professional. N Engl J Med 2006; 355:1794-9.
14. Dr. Juan Cesar García. La Educación Médica en América Latina. Capítulo III: Enseñanza de la medicina preventiva y social. Organización Panamericana de la Salud (1972). Publicación Científica No 255. Pág. 156 – 161.
15. Dr. José Roberto Ferreira. La necesidad de colaboración efectiva entre la educación médica y el servicio de salud. Educación médica y salud. Volumen 15 No2 (OPS 1981). Pág. 154 – 168.
16. A. de Lorenzo Cáceres, E. Calvo Corbella. ¿hay alguna razón para cambiar la formación médica en la Universidad Española? Aportaciones de la Atención Primaria. MEDIFAM 2001; Volumen 11, Numero 5. Pag 275 – 288.
17. James Grant, Anne Ramsay and John Bain. Community hospital and general practice: extended attachments for medical students. Medical Education 1997, 31, 364 – 368.

- 18.V. Wade, C. Silargy and S. Mahoney. A prospective randomized trial of a urban general practice attachment for medical students. *Medical Education* 1998, 32, 289 – 293.
- 19.Vaglun, P.; Wiers-Jennsen, J.; Ekeberg, O. Motivation for medical school: The relationship to gender and speciality preferences in a nationwide sample. *Medical Education* 1999. 33: 236-242.
- 20.Kassebaum, D G; Szenas, P L. Factors influencing the specialty choices of 1993 medical school graduates. *Academic Medicine*. February 1994; 69(2):163-70.
- 21.Flor de Maria Peña Campos y Antonia Puente Iriarte. Formación del personal de enfermería para la atención de salud a la comunidad. *Educación Médica y Salud*. Volumen 14, No1 (OPS 1980) Pág. 41 – 54.
- 22.Trevor W Lambert, Jean M Davidson, Julie Evans and Michael F Goldacre. Doctors´ reasons for rejecting initial choice of specialities as long-term careers. *Medical education* 2003; 37: 312 – 318.
- 23.Dr. Juan Cesar García. La Educación Médica en América Latina. Capítulo II: Actividad de enseñanza, el plan de estudios. Organización Panamericana de la Salud (1972). *Publicación Científica* No 255. Pág. 36 – 37.
- 24.OPS / OMS. Enseñanza de las ciencias de la salud en América Latina. Enseñanza de la medicina preventiva y social.(1990). Pág. 59 – 69.
- 25.Ortún V, Gérvas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clín (Barc)* 1996; 106: 97-102.
- 26.Knottnerus JA. Medical decision making by general practitioners and specialists. *Fam Pract* 1991; 8: 305-7.

27. Juan Gérvas y Mercedes Pérez Fernández. El fundamento científico de la función de filtro del médico General. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2005; 8(2): 205-18.
28. Edwards MW, Forman WM, Walton J. Audit of abdominal pain in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1985; 35: 235-8.
29. Sox HC, Hickam DH, Marton KI, Moses L, Skeff KM et al. Using the patient's history to estimate the probability of coronary artery disease: a comparison of primary care and referral practices. *Am J Med* 1990; 89: 7-14.
30. Leslie R. Harrold, MD, Terry S. Field, DSc, Jerry H. Gurwitz MD. Knowledge, Patterns of care, and Outcomes of care for Generalist and Specialists. *J GEN INTERN MED* 1999; 14: 499 – 511.
31. Larisa Ivón Carrera, Graciela Teresita Enría, Alberto Enrique D'Ottavio. La atención primaria de la salud y la especialización médica: ¿Categorías opuestas o complementarias?. *Educación Médica* 2004; 7(4): 132-139.
32. Nunes ED. A medicina como profissão - contribuição ao estudo da escolha ocupacional entre estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 1979;3(2):47-60.
33. Cruz E. A escolha da especialidade em medicina. [thesis] Campinas (São Paulo): Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1976.
34. Batenburg V, Smal JA, Lodder A, de Melker RA. Are professional attitudes related to gender and medical specialty? *Med Educ*. 1999;33(7):489-92.
35. E. Ray Dorsey, MD et al. Influence of Controllable Lifestyle on Recent Trends in Specialty Choice by US Medical Students. *JAMA*, september 3, 2003 – vol 290, No9. pag 1173 – 1178.

36. Kroeger, Axel y Luna, Ronaldo. Atención Primaria de Salud. Capítulo I: Aspectos programáticas de la atención primaria de salud a nivel nacional e internacional. Organización Panamericana de la Salud (1992). 2da Edición. Pag 5 – 20.
37. Starfield B. Is primary care essential? Lancet 1994; 344: 1129 – 1133.
38. Jane Lewis. The concepts of community care and primary care in the UK: the 1960s to the 1990s. Health and Social Care in the Community 1999, 7 (5), 333–341.
39. Hampshire A. J. What is the action research and can it promote change in primary care. Journal of evaluation in clinical practice 2000,6 , 4 , 337- 343.
40. Barbara Starfield MD MPH and Thomas Oliver PhD. Primary care in the United States and its precarious future. Health and Social Care in the Community 1999,7 (5), 315–323.
41. Enria, G. Staffolani C: Participación Comunitaria en Salud ¿Utopía o Compromiso Político? Anuario Fundación Dr. J. R. Villavicencio: 28-34, 2001.
42. Enria, G. Staffolani C: Atención Primaria de la Salud: Obstáculos para su concreción. III Congreso Internacional de Medicina General XI Congreso del equipo de Salud, Santa Fe (Argentina), 2001.
43. Paul S Clechanowski, Joan E Russo, Wayne J Katón and Edward A Walker. Attachment theory in health care: the influence of relationship style on medical student's specialty choice. Medical Education 2004:38:22 – 270.
44. Bornstein, Brian.; Marcus, David.; Cassidy, William. Choosing a doctor: an exploratory study of factors influencing patients' choice of a primary care doctor. Journal of evaluation in clinical practice 2000, 6, 3, 255-262.

45. Billingham B. And Whitfield M. (1993). Why do patients change their general practitioner? A postal questionnaire study of patients in Avon. *British Journal of General Practice* 43, 336 – 338.
46. Ruth-Marie E. Fincher, M.D. The Road Less Traveled — Attracting Students to Primary Care. *New England Journal of Medicine* 351;7. August 12, 2004.
47. Dr. Jorge Luis Orihuela de la Cal, Dra. Anelys del Sol Orta, Dr. Miguel Gómez Vital y Dra. María Elena Orihuela de la Cal. *Apreciación Del Grado De Motivación De Médicos De La Familia En Matanzas. Revista Cubana de Medicina General Integral* 1998; 14(6):601-5.
48. IDREH. *Situación de los Recursos Humanos y Plan de una Década para su Desarrollo (Documento de Síntesis). Capítulo I: Introducción.* Ministerio de Salud, Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, 2006. Pág. 5 – 7.
49. IDREH. *Situación de los Recursos Humanos y Plan de una Década para su Desarrollo (Documento de Síntesis). Capítulo II: La Fuerza Laboral y su Rol Central en Salud.* Ministerio de Salud, Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, 2006. Pág. 7 – 8.
50. IDREH. *Situación de los Recursos Humanos y Plan de una Década para su Desarrollo (Documento de Síntesis). Capítulo III: Determinantes de la Fuerza Laboral.* Ministerio de Salud, Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, 2006. Pág. 8 – 9.
51. IDREH. *Situación de los Recursos Humanos y Plan de una Década para su Desarrollo (Documento de Síntesis). Capítulo IV: Panorama del campo de los RHUS en el Perú.* Ministerio de Salud, Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, 2006. Pág. 9 – 10.

52. IDREH. Situación de los Recursos Humanos y Plan de una Década para su Desarrollo (Documento de Síntesis). Capítulo V: El Estado de Situación: Agenda de problemas en el Perú. Ministerio de Salud, Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, 2006. Pág. 10 – 19.
53. IDREH. El Perú respondiendo a los desafíos de la Década de los Recursos Humanos en Salud. Capítulo I: Antecedentes. Ministerio de Salud, Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, 2006. Pág. 13 – 19.
54. OPS. Llamado a la Acción de Toronto – 2006 – 2015: Un Década de Recursos humanos en salud para las Américas. Organización Panamericana de la Salud 2005.
55. IDREH. El Perú respondiendo a los desafíos de la Década de los Recursos Humanos en Salud. Capítulo II: Distribución de los Recursos humanos, un desafío para la equidad en Salud en el Perú. Ministerio de Salud, Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, 2006. Pág. 21 – 40.
56. IDREH. El Perú respondiendo a los desafíos de la Década de los Recursos Humanos en Salud. Capítulo III: Una experiencia Metodológica para la definición de las Prioridades de Médicos especialistas. Ministerio de Salud, Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, 2006. Pág. 41 – 58.
57. IDREH. El Perú respondiendo a los desafíos de la Década de los Recursos Humanos en Salud. Capítulo IV: Evaluación del Movimiento migratorio de Profesionales en salud, Perú 1994 – 2005. Ministerio de Salud, Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, 2006. Pág. 59 – 75.
58. Bob Pond, Barbara McPake. The health migration crisis: the role of four Organisations for Economic Cooperation and Development countries. Lancet 2006; 367: 1448 – 55.

59. Fitzhugh Mullan. The Metrics of the physician Brain Drain. The new England journal of Medicine 2005; 353: 1810 – 1818.
60. Bundred PF. Levit C. Medical migration: who are the real losers? Lancet 2000; 356: 245 – 46
61. Trevor W. Lambert, Michael J. Goldacre and Gill Turner. Career choices of United Kingdom medical graduates of 2002: questionnaire survey. Medical Education. Volume 40 Issue 6. Page 514 - June 2006.
62. Trevor W Lambert, Michael J Goldacre, Gill Turner. Career choices of United Kingdom medical graduates of 1999 and 2000: questionnaire surveys. BMJ VOLUME 326. 25 JANUARY 2003: 193 – 195.
63. IDREH. Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y desempeño con desarrollo humano. Capítulo 2: Información Básica sobre Recursos Humanos en salud. Ministerio de Salud. Instituto de recursos Humanos en Salud, 2005. Pag 43 – 72.
64. Patrícia Lacerda Bellodi. Surgery or General Medicine –a study of the reasons underlying the choice of medical specialty. São Paulo Medical Journal. 2004; 122(3):81-6.
65. Barbara Buddeberg-Fischera, Richard Klaghofer, Thomas Abelb, Claus Buddeberga. The influence of gender and personality traits on the career planning of Swiss medical students. SWISS MED WKLY 2003;133:535–540.
66. Reed V, Buddeberg-Fischer B. Career obstacles for women in medicine: an overview. Med Educ 2001;35:139–47.
67. OPS/OMS. Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Documento de posición de la OPS/OMS. Capítulo III: El Camino a seguir. OPS/OMS 2005. Pag 17 – 23.

XII.- Anexos

Anexo No1 : Variables y Operacionalización

| Variable | Componentes de la Variable | Definición Operacional | Indicadores | Tipo | Escala de Medición | Categorías | Instrumento |
|--|----------------------------|--|--|--------------|--------------------|--|-----------------------------|
| Edad del Interno de medicina | - | Años cumplidos | Lo que muestre su DNI | Cuantitativa | De Razón | En años | Cuestionario |
| Sexo del Interno de medicina | - | Genero al que pertenece el Interno de Medicina | Como se identifique el interno de medicina al llenar el cuestionario | Cualitativa | Nominal | Masculino Femenino | Cuestionario |
| Tipo de Universidad de Procedencia | - | Fondo de donde proviene el financiamiento de la Universidad | Lo que marque el interno en el cuestionario | Cualitativa | Nominal | Publica Privada | Cuestionario |
| Especialidades Medicas con mayor prestigio | - | Especialidades que el interno considera que poseen mayor aprecio por la sociedad y a su vez poseen mayor solvencia económica | 3 especialidades que los internos escojan y las enumeren según tengan mayor prestigio social y económico | Cualitativa | Nominal | 3 de las 45 alternativas | Cuestionario (Pregunta No7) |
| Expectativas a futuro acerca de su ejercicio profesional | Lugar de Trabajo | lugar donde desearía desempeñar su ejercicio profesional luego de culminar sus estudios de PRE-grado | Alternativas que el interno tenga en mente como lugares donde ejercer profesionalmente | Cualitativa | Nominal | Opciones : 1, 2, 3, 4, 5 y 6 | Cuestionario (Pregunta No1) |
| | Territorio | Territorio geográfico donde realizaría su ejercicio profesional luego de culminar sus estudios de PRE-grado | ¿Dónde ha pensado realizar su ejercicio profesional? | Cualitativo | Nominal | 1.-En la Lima metropolitana 2.-En alguna provincia del País 3.- En el Extranjero 4.-Otros 5.-Todavía no sabe | Cuestionario (Pregunta No2) |

Ramírez Huaranga, Marco Aurelio

U.N.M.S.M-Facultad de Medicina

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------|---------|--|-------------------------------|
| | Futuro Profesional | Actividades a las cuales desearía dedicarse dentro de su futuro ejercicio profesional | El interno debe ordenar según orden de prioridad para él ,las actividades que tiene en mente para su futuro | Cualitativa | Nominal | 1.Medicina general 2.Especialidad 3.Investigación 4.Docencia 5.Salud pública | Cuestionario (Pregunta No3) |
| | Motivos de la elección de una especialidad | Motivos que llevaron al interno de medicina tener predilección por seguir una determinada especialidad | El interno debe marcar las mejores opciones que identifiquen el motivo de elección de la especialidad que ha pensado seguir. | Cualitativa | Nominal | Opciones : 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 | Cuestionario (Pregunta No5) |
| | Lugar de especialización | Lugar donde realizaría sus estudios de especialización | El interno debe completar la pregunta según halla pensado en seguir una especialidad en el País o en el Extranjero. | Cualitativa | Nominal | 1.-Dentro del País 2.- En el Extranjero 3.- Todavía no sabe lugar | Cuestionario (Pregunta No6) |
| Inclinación por la Atención Primaria de la Salud | Conocimiento Previo | Conocimiento adquirido por parte de los Internos de medicina, a lo largo de la carrera, sobre la Atención primaria de la Salud | Los internos debe manifestar si conocen lo que implica la Atención Primaria de la Salud | Cualitativa | Nominal | 1.- Si 2.- No | Cuestionario (Pregunta No8) |
| | Calidad de Conocimiento | Tipo de conocimiento que manejan los internos de medicina sobre APS | Los Internos deben escribir el concepto que tienen sobre APS | Cualitativa | Nominal | Adecuado: 3 o más de los criterios del concepto de APS Inadecuado: 2 o menos de los criterios del concepto de APS | Cuestionario (Pregunta No9) |
| | Lugar de Aprendizaje | Lugar donde adquirió los conocimiento sobre atención primaria de la Salud | El interno debe manifestar en que punto de su preparación del PRE – grado adquirió ese conocimiento | Cualitativa | nominal | Opciones No 1, 2 y 3 | Cuestionario (Pregunta No 10) |

| | | | | | | | |
|--|--|--|---|-------------|---------|--|------------------------------|
| | Importancia de la Atención Primaria de la Salud | Jerarquía que le confieren los internos de medicina a la Atención primaria para nuestro País | Los internos deben responder a la pregunta: Considera Ud. Que es importante la Atención Primaria de la Salud | Cualitativa | Nominal | 1.Muy importante 2.Importante 3.Medianamente importante 4.Poco Importante 5.No sabe / no opina | Cuestionario (Pregunta No11) |
| | Inclinación propiamente dicha por la Atención Primaria de la Salud | Es la actitud favorable de los Internos de Medicina a dedicarse a la Atención Primaria de la Salud luego de terminar sus estudios de PRE-Grado | Los internos deben responder si luego de culminar sus estudios de PRE-grado existe la posibilidad de dedicarse a la Atención Primaria de la Salud | Cualitativa | Nominal | 1.- SI 2.- No 3.- No sabe/ no opina | Cuestionario (Pregunta No12) |

Anexo No 2: Cuestionario Auto Desarrollado

INSTRUCCIONES

- El presente cuestionario es el instrumento de un estudio que tiene por objetivo investigar “*Cuales son las expectativas de los Internos de medicina humana de 5 hospitales generales de Lima y Callao acerca de su ejercicio profesional*”
- Proceda a completar las **12 preguntas** del cuestionario si decide participar de él en forma voluntaria.
- Cualquier duda o inquietud preguntar al respectivo encuestador.
- Para lograr nuestros objetivos, necesitamos de tu sincera colaboración.
- **NOTA: El término “ejercicio profesional” hace referencia al desempeño laboral que realizará Ud. luego de hacer el SERUMS, si fuera a realizarlo.**

Edad: Hospital donde realiza su Internado:.....

Sexo: Masculino () Femenino ()

Universidad: Publica () Privada () Especifique cuál:.....

1) Si tuviera que elegir el lugar donde realizar su ejercicio profesional después de hacer el SERUMS, si fuera a realizarlo. ¿Cuál elegiría?:(puede marcar más de una)

- 1.-Puesto o Centro de salud
- 2.-Hospital General
- 3.- Instituto Especializado
- 4.- Clínica Privada
- 5.- Consultorio particular
- 6.- Otros. (Especifique:.....)

2) ¿Dónde ha pensado realizar su ejercicio profesional? (marque únicamente su primera opción)

- 1.-Lima-Metropolitana
- 2.- En alguna provincia del País (especificar cuál:.....)
- 3.- En el Extranjero (donde.....)
- 4.- Otros. (Especifique:.....)
- 5.- Todavía no sabe

3) ¿Cuál es la actividad que desearía seguir dentro de su ejercicio profesional? ORDENELAS DEL 1 AL 5 SEGÚN SU PRIORIDAD, siendo 1 la de mayor prioridad para Ud.:

- 1.-Medicina General ()
- 2.-Especialidad médica ()
- 3.-Investigación ()
- 4.-Docencia ()
- 5.- Salud Pública ()

4) ¿Cuál es la especialidad que han pensado realizar?

.....

5) Marque la alternativa que mejor identifique el motivo por el que se inclinaría por la especialidad médica que eligió o elegiría (puede marcar más de una)

- 1.- Especialidad de agrado particular
- 2.- Seguridad económico-laboral
- 3.- Influencia de algún docente con determinada especialidad
- 4.- Influencia de algún familiar con determinada especialidad
- 5.- Especialidad De Demanda En El extranjero
- 6.- Especialidad De Demanda En El País
- 7.-Otros motivos (especifique cual.....)

6) ¿Dónde ha pensado realizar sus estudios de especialización?

- 1.- Dentro del País (En qué Universidad?.....)
- 2.- En el Extranjero (En que País?.....)
- 3.- Todavía no sabe

Ramírez Huaranga, Marco Aurelio

U.N.M.S.M-Facultad de Medicina

7) De la siguiente lista de Especialidades médicas, **ESCOJA 3** que a su juicio poseen **mayor prestigio social y económico** y enumérelas del 1 al 3, siendo 1 la de mayor prestigio para Ud.:

| Especialidad Médica | Prestigio Social y económico | Especialidad Médica | Prestigio Social y económico |
|--|-------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| 1.-Anatomía patología | | 24.-Medicina Intensiva | |
| 2.-Anestesiología | | 25.-Medicina Intensiva Pediátrica | |
| 3.-Cardiología | | 26.-Medicina Interna | |
| 4.-Cardiología pediátrica | | 27.-Medicina Legal | |
| 5.-Cirugía de cabeza y cuello | | 28.-Medicina de rehabilitación | |
| 6.-Cirugía General | | 29.-Nefrología | |
| 7.-Cirugía Ortopédica y traumatología | | 30.-Neonatología | |
| 8.-Cirugía Pediátrica | | 31.-Neumología | |
| 9.-Cirugía Plástica | | 32.-Neurocirugía | |
| 10.-Cirugía tórax y cardiovascular | | 33.-Neurocirugía Pediátrica | |
| 11.-Dermatología | | 34.-Neurología | |
| 12.-Endocrinología | | 35.-Oftalmología | |
| 13.-Gastroenterología | | 36.-Oncología Médica | |
| 14.-Gastroenterología pediátrica | | 37.-Otorrinolaringología | |
| 15.-Genética medica | | 38.-Patología Clínica | |
| 16.-Geriatría | | 39.-Pediatria | |
| 17.-Gineco - Obstetricia | | 40.-Psiquiatría | |
| 18.-Hematología | | 41.-Radiología | |
| 19.-Inmunología Clínica y Alergología | | 42.-Reumatología | |
| 20.-Medicina Emergencias y desastres | | 43.-Urología | |
| 21.-Medicina Enf. Infecciosas y tropicales | | 44.-Urología Pediátrica | |
| 22.-Medicina Familiar y comunitaria | | 45.-Otras Especialidades | |
| | 23.-Medicina Gestión de Salud | | |

8) ¿Conoce Ud. qué comprende la estrategia de la Atención Primaria de la Salud:

- 1.- Si (Pasar a las preguntas 9 a 12)
- 2.- No (Finalización del cuestionario)

9) Diga que es para Ud. la Atención Primaria de la Salud? (Por favor, en letra legible)

.....

10) ¿Dónde recibió la información sobre la Atención Primaria de la Salud?: (puede marcar más de una opción)

- 1.- Dentro de la actividad curricular del PRE-grado de la Universidad (Especifique algún curso en particular :.....)
- 2.- Dentro de actividades extra-curriculares (trabajos de campo, campañas de salud, etc.)
- 3.- Otra fuente (Especifíquelas:.....)

11) Asigne el grado de relevancia que tiene para Ud. La Atención Primaria de la Salud en la formación y la práctica médica en nuestro País:

- 1.- Muy importante
- 2.- Importante
- 3.- Medianamente importante
- 4.-Poco Importante
- 5.-No sabe / no opina

Por qué?.....

12) Luego de culminar sus estudios de PRE-grado, ¿se dedicaría Ud. a la Atención Primaria de la Salud?:

- 1.- Si
- 2.- No
- 3.- No sabe / No opina

Por qué?.....