

EL PERÚ RESPONDIENDO A LOS DESAFÍOS DE LA DÉCADA DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud



Programa de Apoyo a la Modernización del Sector Salud y su
Aplicación en una Región del Perú
Convenio PER/B7-310/IB/97/209



MINISTERIO DE SALUD

Dr. Carlos Vallejos Sologuren

Ministro

Sr. Diego Blas Fernández Espinoza

Viceministro

INSTITUTO DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

Dr. Luís Alberto Huarachi Quintanilla

Jefe Institucional

Dr. Pedro Díaz Urteaga

Sub-Jefe Institucional

Catalogación hecha por el
Centro de Documentación del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos - IDREH

Ministerio de Salud

EL PERÚ RESPONDIENDO A LOS DESAFÍOS DE LA DÉCADA DE
LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD. Perú - Ministerio de
Salud - IDREH - Observatorio Nacional de Recursos Humanos
en Salud.
1ª edición-2006, Serie de Recursos Humanos en Salud - N° 5.
75 pp.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2006-10370

© Ministerio de Salud, Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, 2006
Av. Jorge Basadre 990 - San Isidro, Lima - Perú.
Central Telefónica: 442-2010 / Fax: 440-5871

Producción gráfica: duArtes 2472788

Dr. Carlos Vallejos Sologuren
Ministro de Salud

Sr. Diego Blas Fernández Espinoza
Viceministro de Salud

Dr. Luís Alberto Huarachi Quintanilla
Jefe Institucional

Formulación:

Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud

Sistematización:

Dra. Betsy Moscoso Rojas
Directora General de la Oficina General de Información
Estratégica de Recursos Humanos
Observatorio Nacional de Recursos Humanos-IDREH

Apoyo técnico:

Dra. Mónica Padilla Díaz.
Asesora de la Region Andina de Recursos Humanos OPS/OMS
Lic. Gladys Zárate León
Consultora Nacional en Recursos Humanos OPS/OMS
Lic. María Casas Sulca
Consultora en Recursos Humanos-Proyecto AMARES
Lic. Socorro Millones
Representante de ESSALUD
Manuel Cruzate Saavedra
Representante de la Oficina de Estadística e Informática del MINSA
Lic. Blanca Carruitero Giove
Decana del Colegio de Enfermeros del Perú
Lic. Amanda Montoya Benavides
Lic. Ruth Seminario
Representantes de la Asociación de Facultades de Enfermería

Lic Rosa Villar Villegas
Teresa Mimbela
Graciela Ferrer Tagle
Representantes de la Asociación de Facultades de Obstetricia
Od. Teresa Virhuez Diaz
Dr. Manuel Nuñez Vergara
Representantes de Asociación de Facultades de Medicina
Tec.Med. Gloria Cruz
Representante del Colegio de Tecnólogos Médicos
Danitza Carpio Lepage
Representante de la Sanidad de la Fuerza Aérea Peruana
Wilbert Cossio Bolaños
Representante de la Dirección de Salud de la Marina

Procesamiento y análisis de la información estadística:

Oficina General de Información Estratégica de Recursos Humanos. IDREH
Lic. Estadístico Francisco de la Cruz Aramburú
Ing. Estadístico Ivan Romero Barboza

Coordinación técnica:

Proyecto AMARES

AGRADECIMIENTO

A todos los miembros
del Observatorio de Recursos Humanos,
instituciones y personas que contribuyeron con brindar
Información y asistencia técnica en la elaboración
este trabajo, nuestro sincero agradecimiento.

PRESENTACIÓN

A un año de la primera publicación del Observatorio de Recursos Humanos en el Perú, en la que se plantearon los desafíos críticos del campo de los recursos humanos en el país, podemos afirmar que fue un hito que ha contribuido a que las autoridades de salud y los actores ligados a este tema, consideren como prioritario el articular esfuerzos encaminados al abordaje de los tradicionales y nuevos problemas que afectan a los recursos humanos de salud en el Perú.

Desde ese entonces, han ocurrido hechos importantes en las Américas como el "Llamado a la Acción de Toronto", que resume el consenso de los países que integran la OPS, sobre las estrategias y líneas de acción cooperativas para superar los desafíos planteados para la década de los recursos humanos en la VII Reunión de Observatorios de Recursos Humanos, que a su vez dio lugar a que la OMS dedicara el Día Mundial de la Salud a los trabajadores de salud y propusiera la Década de los Recursos Humanos en Salud, del 2006 al 2015.

En conjunto, estos hechos han generado —entre otros—, la necesidad de profundizar el conocimiento de los problemas persistentes y caracterizar los problemas emergentes, para mejorar la comprensión del tema y tener elementos más claros que nos permitan dirigir con mayor precisión las intervenciones encaminadas al control o la solución de los problemas.

La publicación que ahora presentamos: "El Perú respondiendo a los desafíos de los recursos humanos en salud", busca brindar más información y herramientas que contribuyan a la formulación de políticas y acciones dirigidas a enfrentar algunos de los desafíos que han sido planteados para el país, que son comunes a otros países de la región y están dentro del marco de los desafíos para la Década de los Recursos Humanos en Salud que plantea la OPS/OMS.

En el primer capítulo, se presentan los acontecimientos transcurridos en el campo de los recursos humanos desde la primera publicación, así como la actualización de información en relación a la disponibilidad y distribución de los recursos humanos en el país; en el segundo capítulo, el estudio de la desigualdad en la distribución de los recursos humanos de las 4 profesiones que más demanda tienen en el mercado laboral de la salud en el Perú, busca identificar con mayor precisión la desigualdad que afecta a los pobladores de las zonas más vulnerables del país; el tercer capítulo presenta una experiencia metodológica para identificar la necesidad de especialistas y priorizar su asignación en el grupo médico,

que puede ser utilizado para otras profesiones; finalmente en el último capítulo, actualizando y profundizando la información presentada en la publicación anterior sobre el tema de la migración, se muestra la magnitud del problema, las rutas de la emigración y se plantean algunas acciones en este sentido.

Esta publicación sistematiza el trabajo de los miembros del Observatorio Nacional de Recursos Humanos y del IDREH a través de su Oficina de Información Estratégica y tiene como finalidad contribuir a mejorar el conocimiento y la información para orientar las políticas, la planificación y la gestión de los recursos humanos en el Perú.

Dr. Luis Alberto Huarachi Quintanilla
Jefe Institucional del IDREH

ÍNDICE

CAPÍTULO 1	
ANTECEDENTES	13
1.1 Breve reseña de lo avanzado	15
1.2 Líneas de acción colectivas y colaborativas en la región de las Américas	17
1.3 Acciones en los países	18
1.4 Los retos para el país	19
CAPÍTULO 2	
DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS HUMANOS: UN DESAFÍO PARA LA EQUIDAD EN SALUD EN EL PERÚ	21
2.1 Recursos humanos en salud: su contribución a los sistemas de salud	23
2.2 Análisis de las desigualdades en la distribución de recursos humanos en salud	26
2.3 Potencial de redistribución de recursos humanos para alcanzar la igualdad en el país	35
Conclusiones	38
Recomendaciones	39
CAPÍTULO 3	
UNA EXPERIENCIA METODOLÓGICA PARA LA DEFINICIÓN DE LAS PRIORIDADES DE MÉDICOS ESPECIALISTAS	41
3.1 Introducción	43
3.2 Material y métodos	43
3.3 Resultados	46
Conclusiones y recomendaciones	57
CAPÍTULO 4	
EVOLUCIÓN DEL MOVIMIENTO MIGRATORIO DE PROFESIONALES EN SALUD, PERÚ 1994 - 2005	59
4.1 Introducción	61
4.2 Contexto del movimiento migratorio general	61
4.3 Migración de profesionales del sector salud	64
4.4 Migración de profesionales del sector salud en el Perú	65
Conclusiones y recomendaciones	74

Capítulo 1

ANTECEDENTES

1.1 Breve reseña de lo avanzado

En la primera publicación “Informe al país: situación y desafíos de los recursos humanos en el Perú”, el diagnóstico inicial identificó cinco grandes desplazamientos en el campo de los recursos humanos:

- A) La desarticulación entre la formación y trabajo en las carreras de salud: caracterizada por la masificación y disminución de la calidad de la formación, y el desequilibrio entre la oferta educativa y el mercado laboral.
- B) Ausencia de rectoría y gobernabilidad en el campo de los recursos humanos: caracterizada por falta de regulación y ausencia de planificación en la formación y el trabajo.
- C) Precarización del empleo en salud con afectación del estatus de las carreras de salud: caracterizada por presupuesto sectorial bajo, salarios bajos y condiciones de trabajo precarias. Como consecuencia del desequilibrio entre la oferta educativa y el mercado laboral, aparecieron modalidades de contratación que vulneran los derechos humanos del trabajador y favorecen la emigración de profesionales a otros países.
- D) Mayor desempeño, sin desarrollo humano: intervenciones sanitarias que exigieron mayor desempeño y productividad del trabajador, sin un incremento de los recursos humanos y la inversión en su desarrollo.
- E) La revolución de capacidades y su viraje a la educación continua y los postgrados: mayor interés del personal a capacitarse y perfeccionarse con sus propios recursos, generando demandas de educación continua y postgrados sobre el mercado educativo, el cual respondió masificando la oferta, con deterioro de la calidad.

Los problemas identificados plantearon desafíos a enfrentar como país, llamando la atención de los actores que tienen mayor relevancia en el campo de la educación y el trabajo en salud; a partir de ello vienen desarrollándose esfuerzos para recuperar la gobernabilidad de un campo tan complejo como el de los recursos humanos en salud.

En el contexto internacional, en la VII Reunión Regional de Observatorios de Recursos Humanos en Toronto, Canadá, que contó con la participación de 118 representantes de 29 países, 11 agencias de cooperación internacional, 8 asociaciones profesionales regionales y globales, diversas agencias de los gobiernos federales y provinciales de Canadá, además de representantes de la sede central de la Organización Mundial de la Salud, surge el

“Llamado a la Acción de Toronto”, el cual se plasma en un conjunto de orientaciones estratégicas que guiarán lo que se ha denominado la “Década de Recursos Humanos en Salud” que busca movilizar a los actores nacionales e internacionales del sector salud, de otros sectores relevantes y de la sociedad civil, con la finalidad de construir colectivamente políticas e intervenciones para el desarrollo de recursos humanos en salud, que ayuden al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, a las prioridades nacionales de salud y al acceso a servicios de salud de calidad para todos los pueblos de las Américas para el 2015. 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 década¹ :

1. Definir políticas y planes de largo plazo para la adecuación de la fuerza de trabajo a las necesidades de salud, a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente.
2. Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, consiguiendo una distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con diferentes necesidades de salud de la población.
3. Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población.
4. Generar relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones de salud que promuevan ambientes de trabajo saludables y permitan el compromiso con la misión institucional de garantizar buenos servicios de salud para toda la población.
5. Desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación (universidades, escuelas) y los servicios de salud 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.

La Organización Mundial de la Salud para el 2006 ha dedicado el Día Mundial de la Salud y el Informe sobre la Salud en el Mundo, al tema de los trabajadores de salud con la finalidad de resaltar su importancia central para el desempeño deseado de los sistemas de salud. La Organización Panamericana de la Salud ha propuesto considerar del 2006 al 2015 la Década de Recursos Humanos en Salud, que representa para nuestros países una oportunidad para relevar el rol esencial de los recursos humanos en el logro de objetivos sanitarios y para sensibilizar a la población y a los tomadores de decisión, en la necesidad de invertir en su desarrollo.

En este marco de iniciativas nacionales e internacionales, los esfuerzos que el país está realizando para enfrentar los desafíos tiene algunos resultados iniciales:

¹ LLAMADO A LA ACCIÓN DE TORONTO - 2006-2015: Una Década de Recursos Humanos en Salud para las Américas.

- a) En el tema de rectoría y gobernabilidad, a través de un proceso de construcción social y de manera consensuada con los actores del campo de los RHUS, se han formulado 8 políticas de desarrollo de recursos humanos, que están en proceso de implementación.
- b) En el tema de planificación de recursos humanos se está mejorando la disponibilidad y la calidad de las fuentes de información de recursos humanos en salud y se están desarrollando metodologías para la identificación de la necesidad de recursos humanos en salud, así como criterios para la priorización de la dotación para el sector. Esta metodología ya se está aplicando en la definición de las plazas que financiará el Ministerio de Salud, para el Residentado Médico.
- c) En el tema de la formación, para mejorar la calidad educativa, se está coordinando con la 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 participan las universidades.
- d) 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 la 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.
- e) En el tema de precarización del empleo, el MINSA ha iniciado con el grupo médico el proceso de estabilizar la situación laboral de trabajadores que venían laborando bajo la modalidad de contratación SNP (servicios no personales), que carecían de los derechos fundamentales de un trabajador, nombrándose en este proceso, alrededor de 7000 médicos. Por medidas de austeridad el proceso ha sido detenido.
- f) En el tema de desarrollo de capacidades y educación continua, se viene implementando un plan nacional de capacitación que se ha iniciado en el nivel estratégico y que continuará con los otros niveles, en el contexto de la descentralización. Asimismo en los departamentos del trapecio andino, se viene aplicando la estrategia de Educación Permanente en Salud.

1.2 Líneas de acción colectivas y colaborativas en la región de las Américas

El Llamado a la Acción planteado en Toronto, sugiere un conjunto de líneas de acción a nivel de los países, debiéndose señalar que estas actividades deben ser objeto de la cooperación internacional hacia y entre los países. Estas acciones están dirigidas a lograr que a finales de 2015, cada uno de los países haya avanzado significativamente en alcanzar sus objetivos en salud a través del desarrollo de sus recursos humanos.

1.3 Acciones en los países:

1. Fortalecer la institucionalidad para el desarrollo de los recursos humanos en salud:

- Creación y/o fortalecimiento de las direcciones nacionales de recursos humanos.
- Fortalecimiento de los Observatorios de Recursos Humanos y su operación en red.
- Fortalecer las instancias estables y participativas de concertación y negociación.

2. Defensa y promoción acerca de la importancia de los trabajadores de salud:

- Producción de información para desarrollo de argumentos políticos sobre la importancia de los recursos humanos en salud.
- Sensibilización y compromiso de los niveles políticos, utilizando en especial las actividades relacionadas con el Día Mundial de la Salud.
- Publicaciones y difusión de información, noticias y experiencias.

3. Financiamiento para el desarrollo del personal de salud

- Abogar para que el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud se vea como una inversión social indispensable.
- Argumentación y negociación con el Ministerio de Economía y Finanzas para la ampliación del espacio fiscal dedicado a servicios de salud.
- Alineamiento, armonización y coordinación de la cooperación internacional para incrementar el financiamiento, en base a prioridades nacionales.

4. Mejorar la capacidad técnica para la gestión y formación de recursos humanos:

- Consolidación de la capacidad técnica de los equipos responsables de la política y gestión de recursos humanos, desarrollando un lenguaje común y una visión integral del desarrollo de liderazgo.
- Acercar a los servicios de salud y las universidades y escuelas de Salud Pública para trabajar conjuntamente en la planificación de recursos humanos y desarrollar programas de gestión de recursos humanos como componentes de las currículas de salud pública y gerencia.
- Desarrollar la capacidad de enfrentar los paradigmas emergentes, especialmente los relacionados con la necesidad de educación interprofesional y los nuevos enfoques de capacidades en los equipos de atención primaria en salud.

5. Ampliación de la base de información y evidencias en Recursos Humanos:

- Generación / fortalecimiento de sistemas de información que permita monitorear la formación, existencia y movilidad de la fuerza de trabajo en salud a través de la expansión de los Observatorios y estrategias similares.
- Desarrollo de las capacidades de manejo de datos de forma tal que la información recogida pueda ser utilizada efectivamente para guiar decisiones para planes y políticas de recursos humanos.
- Estudio e identificación de indicadores de recursos humanos en salud para comprender mejor los impactos de recursos humanos en la salud y los servicios.
- Promoción de políticas de investigación de los aspectos del personal de salud, que permitan basar decisiones políticas a partir de evidencias.
- Difusión del conocimiento en relación a características y condiciones de los trabajadores de salud, con el fin de que este conocimiento sea utilizado por quienes toman decisiones.

1.4 Los retos para el país

En la línea de lo que nos plantea la Década de los Recursos Humanos, a través de un proceso de construcción social se ha elaborado el Plan de desarrollo de Recursos Humanos 2006-2015, en el que se plasman las líneas estratégicas que conducirán el desarrollo de los Recursos Humanos del sector Salud en los próximos 10 años y definirá las estrategias de implementación de las políticas de Recursos Humanos.

Si bien los desafíos que plantea la Década de los Recursos Humanos significan un gran reto para el país, es también una oportunidad para relevar la centralidad de los trabajadores de salud como el eje y motor de los cambios que el sector requiere para mejorar su desempeño y lograr los resultados como sistema de salud.

Ha transcurrido poco más de un año del diagnóstico incluido en la publicación anterior y si bien el panorama general no ha cambiado sustancialmente, el análisis de la información se ha profundizado en respuesta a la necesidad de planificar los recursos humanos de acuerdo a las necesidades del país. En esta línea se ha analizado con mayor profundidad la composición y distribución de los recursos humanos del sector, las inequidades en la distribución de médicos, enfermeras, odontólogos y obstetras; se ha desarrollado una metodología para la identificación de necesidades de médicos especialistas y criterios para la priorización de la dotación.

En los siguientes capítulos se presentan estos temas, que usan algunas herramientas disponibles para el análisis y que intentan convertirse en un método que teniendo como base las necesidades, remplace a la intuición en la toma de decisiones, que es la manera como tradicionalmente se toman las decisiones cuando no se cuenta con información disponible.

Capítulo 2

DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS HUMANOS: un desafío para la equidad en salud en el Perú

2.1 RECURSOS HUMANOS EN SALUD: su contribución a los sistemas de salud

El recurso humano constituye un elemento fundamental en la producción de servicios de salud tanto en la dimensión subjetiva relativa a la intencionalidad humana como en la dimensión objetiva de la ejecución de competencias profesionales específicas. Su contribución a la ejecución efectiva de políticas de salud y a la estructuración de sistemas de salud y de servicios adecuados es ampliamente reconocida como esencial². Por lo tanto 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 capacidad del sistema de salud de asegurar el acceso equitativo a servicios de calidad a toda la población. En la tabla 1 se indica, por regiones de la OMS³, la cantidad de personal sanitario (Medicina, Enfermería y Partería) disponible por cada 100 000 habitantes, y se pone de relieve la difícil situación de muchos países de África, donde la escasez es tan grave que resulta imposible mantener incluso la prestación de servicios básicos de salud. También se indica la relación que existe entre la mortalidad materna y el número de agentes de salud cualificados. Las investigaciones confirman que existe una estrecha relación entre la disponibilidad de mano de obra sanitaria y la salud de la población. Pocos países logran una cobertura del 80% en la vacunación contra el sarampión si no disponen de un mínimo de 1,5 agentes de salud por 1000 habitantes.

En otros países como México, se ha estudiado la relación entre la mortalidad infantil y el número de médicos por 1000 habitantes, encontrándose una relación inversa, a menor número de médicos por 1000 habitantes, mayor mortalidad infantil⁴.

*“La mala salud es una consecuencia habitual de la pobreza
y la pobreza puede ser una consecuencia de la mala salud.
Este círculo vicioso se cobra un precio inexorable”⁵.*

² Recursos humanos para la salud: superemos la crisis, Harvard University Press, 2004.

³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, CONSEJO EJECUTIVO, 114ª reunión, 29 de abril de 2004.

⁴ *Análisis espacial de mortalidad infantil y servicios de salud en municipios indígenas de Yucatán, México, 1990-2000.* Rev Biomed 2006; 17:108-117. Rosa M. Méndez-González, María D. Cervera-Montejano.

⁵ Editorial publicado en inglés en el Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78 (1): 1-2.

TABLA 1
CATEGORÍAS SELECCIONADAS DE AGENTES DE SALUD
POR 100 000 HABITANTES Y POR REGIÓN^a

Región	Médicos	Personal de Enfermería	Personal de Partería	Porcentaje de países donde la vacunación contra el sarampión alcanza el 80% (2001 ^b)	Mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos, 2000 ^c	
					Promedio	Margen de incertidumbre
África	17	71	20	19	910	390-1500
Las Américas	212	414	ND*	69	140	82-210
Asia Sudoriental	45	59	3	40	460	340-590
Europa	327	663	42	88	39	19-61
Mediterráneo Oriental	96	159	ND*	69	460	130-830
Pacífico Occidental	157	186	13	52	81	39-140

^a Fuente: <http://www.who.int/hrh/documents>.

^b Fuente: <http://www.who.int/vaccines/globalsummary/timeseries/tswucoveragemcv.htm>

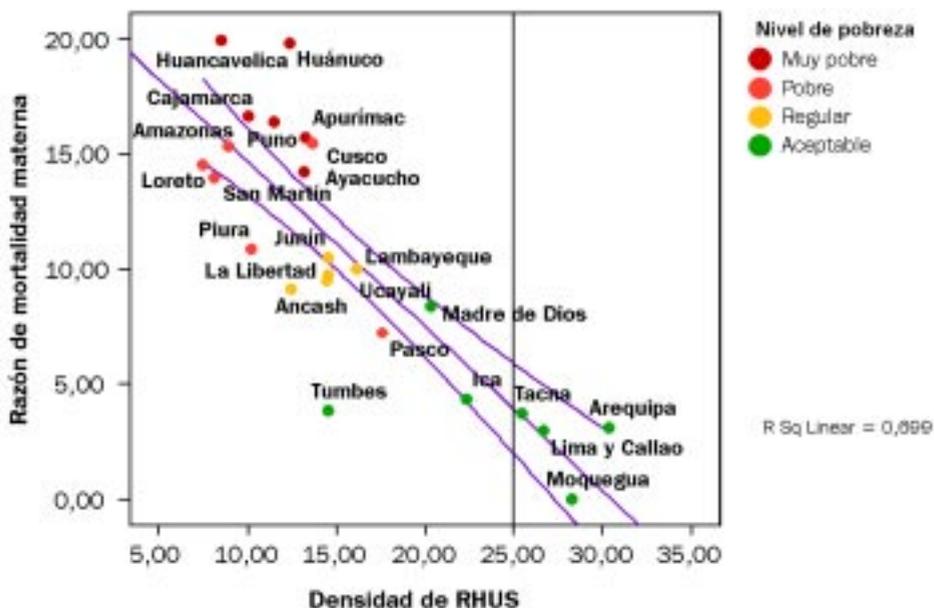
^c Fuente: OMS, UNICEF y FNUAP. http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2000/maternal_mortality_2000.pdf.

* ND: no se dispone de datos.

Se ha demostrado que los altos niveles de desigualdad contribuyen a altos niveles de pobreza de diversos modos. Uno de los aspectos más estudiados en la desigualdad social trata sobre la salud inequitativa entre pobres y ricos. Al realizar un análisis de la desigualdad en la distribución incluyendo los niveles de pobreza, se habla de un análisis de injusticia o inequidad. En ese sentido, la literatura muestra una asociación inversa entre el estado de salud de una región y sus niveles de pobreza; si entendemos la disposición u oferta de RHUS, especialmente de los profesionales, como un componente o determinante de la buena salud, esta relación inversa es muy notoria en el país. Es decir, a menor disponibilidad de RHUS se evidencia un mal estado de la salud, el cual se ve reflejado en los principales indicadores, por ejemplo la razón de mortalidad materna (considerando como denominador a la población total). Cabe agregar que dentro de los 8 objetivos de desarrollo del milenio de la ONU, este indicador juega un papel trascendental como indicador asociado a la pobreza.

GRÁFICO 1

Relación entre la razón de mortalidad materna y la densidad de RHUS por departamento y nivel de pobreza, Perú-2005



Fuente:

Elaboración propia. Datos de Análisis de la Situación de Salud 2005, CENSO 2005-INEI.

Como se aprecia en el gráfico, el grado de asociación entre la razón de mortalidad materna y la densidad de RHUS por departamentos, presenta una relación inversa, es decir a mayores niveles de densidad de RHUS la razón de mortalidad materna es menor, y en aquellos departamentos que presentan niveles menores en el indicador, el mapa de pobreza los califica como muy pobres. Por el contrario, departamentos calificados como de un nivel aceptable, tienen una alta densidad de RHUS y una baja razón de mortalidad materna; cabe agregar que de este grupo con estas características, sólo cuatro departamentos superan el límite mínimo de densidad de RHUS (25 por diez mil habitantes).

Si bien la densidad de mano de obra es importante, algunos países logran mejores resultados que otros a pesar de disponer de pocos agentes de salud. Aunque no se conocen bien las razones por las que distintas cantidades y combinaciones de profesionales de la salud producen resultados diferentes, es indudable que en algunos países existen posibilidades de mejorar la productividad de la mano de obra sanitaria⁶.

El número de recursos humanos por sí solo, no es suficiente para garantizar la atención y los resultados sanitarios, otros factores que van unidos a su desempeño son la infraestructura y el equipamiento que éstos requieren para realizar las acciones de salud, el clima laboral

⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, CONSEJO EJECUTIVO, 114ª reunión, 29 de abril de 2004.

y la salud ocupacional entre otros. Es difícil que un profesional que no cuenta con los equipos y la tecnología básica para realizar su trabajo, así como satisfacción con su entorno laboral, pueda atender adecuadamente a su paciente, por lo tanto su eficiencia se verá limitada. Del mismo modo la organización de los servicios de salud, como por ejemplo la cobertura de los seguros de salud, influirá en la eficacia de la atención que brinda el personal de salud.

2.2 Análisis de las desigualdades en la distribución de recursos humanos en salud

Uno de los cinco desafíos críticos para la Década de los Recursos Humanos es “Colocar a las personas adecuadas en los lugares adecuados, consiguiendo una distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con diferentes necesidades de salud de la población”, reto que el país ha asumido en una de sus 8 políticas de recursos humanos⁷ y que plantea implementar en el transcurso de la década de los RHUS. Para lograr este fin, es necesario conocer la disponibilidad de recursos humanos en el sector e identificar si esta distribución es equitativa y refleja las necesidades de la población.

Uno de los principales activos del sistema de salud son sus profesionales sanitarios, tanto su formación como su posterior actividad profesional usualmente son reguladas por el sector público, que fija las restricciones de entrada al sistema educativo, provee la formación y proporciona empleo a los profesionales. La actividad reguladora⁸ en este ámbito, se caracteriza por el largo alcance temporal de sus efectos —una nueva vacante en medicina hoy, tarda como mínimo diez años en materializarse en un médico en ejercicio, que a su vez puede estar trabajando en el sistema de salud durante cuarenta años—. La planificación educativa habría de tener, pues, horizonte de muy largo plazo y debería estar en consonancia con los planes y expectativas de crecimiento del componente asistencial y con la evolución previsible de otras fuentes y perfiles de empleo futuro que pudieran surgir de los cambios organizativos y tecnológicos. Desafortunadamente, la situación actual presenta desajustes y desequilibrios, que en lo referente al campo educativo, fue materia de estudio en la primera y cuarta publicación de esta serie; en este informe profundizaremos el análisis de dotación de los profesionales de salud, con un enfoque orientado a identificar las desigualdades por área geográfica y su relación con las necesidades de la población.

Para establecer si los recursos humanos son muchos o son pocos, es necesario tener un referente, tradicionalmente el indicador utilizado entre países para compararse, es la razón de recursos humanos por 10.000 habitantes y aunque no existe un estándar universalmente aceptado, los países suelen compararse con otros dentro de la región o continente.

⁷ Los Lineamientos de Política Nacional Para el Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud. Estrategia para el abordaje de los nuevos desafíos del campo de los RHUS en salud. Perú-MINSA-IDREH. 1ra Ed.-2005, Serie de Recursos Humanos en Salud-Nº 2, 68 p.

⁸ B. González López-Valcárcel.— Formación y empleo de profesionales sanitarios en España.

Los valores más altos de esta razón en el país, se observan en médicos y enfermeras, que comparados con los países de la región de las Américas ⁹ (19.8 y 34.1 en médicos y enfermeras respectivamente) resultan bajos.

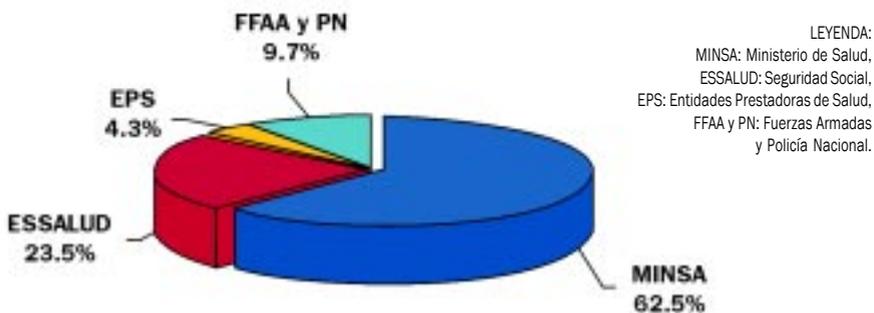
Otro indicador de utilidad es la razón de médico por enfermeras. Un estudio realizado por el Banco Mundial (*Investing in Health:1993*) sugiere que, para países en desarrollo, la razón de enfermeras por médico debe ser como mínimo 4, y en países desarrollados en un intervalo de 2 a 4.

Debido a la diversificación en el cálculo de los indicadores, la OMS y la *Joint Learning Initiative* han propuesto utilizar una medida llamada “Densidad de Recursos Humanos en Salud” conformada por la suma de médicos y enfermeras por 10 mil habitantes. La medición de densidad a través de este método es imperfecta ya que no toma en consideración a los demás trabajadores de la salud, pero es la única viable para efectuar comparaciones globales. La densidad promedio de los recursos humanos por población se puede agrupar en países de alta, media y baja disponibilidad: aquéllos con una razón superior a 50 por 10.000, aquéllos con una razón de 25 a 50 y los que tienen un razón inferior a 25, respectivamente. En el Perú este indicador es 18.31 por cada 10 mil habitantes, es decir somos un país con una densidad baja de recursos humanos en salud.

Los recursos humanos en el Perú están distribuidos en subsectores. En el gráfico adjunto podemos ver la proporción que corresponde a cada uno.

GRÁFICO 2

Distribución porcentual de los recursos humanos por subsector, Perú 2005



Fuente: Oficina de Estadística - Minsa 2005. ESSALUD: Gerencia Central de Recursos Humanos. Gerencia de Administración de Personal. Sub-Gerencia de Compensaciones de ESSALUD 2005, EPS 2004, FFAA y PN, 2005.

En la tabla 2, por cada subsector y grupo ocupacional, se muestra el número de recursos humanos.

⁹ Indicadores básicos de salud de las Américas. OPS 2005-Folleto.

TABLA 2
TOTAL DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD SEGÚN SUB-SECTOR
Y GRUPO OCUPACIONAL – PERÚ, 2005

Profesión	MINSA	ESSALUD	EPS(priv)	PNP y FFAA	Total	Razón* x 10000
Médico	13478	7686	3239	1786	26189	10.01
Enfermera	12691	7135	1506	2316	23648	9.04
Obstetriz	6951	918	198	242	8309	3.17
Odontólogo	1977	536	1099	688	4300	1.64
Biólogo	266	92	ND	79	437	0.17
Nutricionista	384	237	SD	51	672	0.26
Ingeniero Sanitario	141	0	SD	0	141	0.05
Psicólogo	351	239	SD	307	897	0.34
Químico Farmacéutico	398	251	SD	228	877	0.33
Medico Veterinario	94	1	SD	65	160	0.06
Tecnólogo Médico	522	1018	SD	191	1731	0.66
Asistente Social	716	404	SD	165	1285	0.49
Otros profesionales asistenciales	35	483	405	637	1560	0.6
Funcionario	1092	1714	SD	0	2806	1.07
Prof. administrativo	810	1286	SD		2096	0.8
Tec. administrativo	9535	3986	SD	0	13521	5.17
Tec. asistencial	19966	5175	27	1520	26688	10.2
Aux. administrativo	505	463	SD	0	968	0.37
Aux. asistencial	3863	3103	SD	6312	13278	5.08
Serv. generales	7451	428	SD	0	7879	3.01

Fuente: Instituciones del subsector y el Observatorio Nacional de RHUS.

*Se utilizó los resultados de población del CENSO 2005 del INEI.

SD: Sin dato.

Para analizar la distribución de profesionales de salud en el interior del país, por la disponibilidad de la información a nivel de departamento y como referente para las otras carreras, estamos tomando las 4 profesiones más demandadas; con fines comparativos estamos asumiendo como valor mínimo aceptable, 10 profesionales por 10 mil habitantes, es decir 1 por cada 1000 habitantes, en base a lo cual hemos calculado la brecha entre lo que existe y el valor mínimo esperado para médicos, enfermeras y odontólogos, lo cual mostramos en las tablas 3 , 4 y 6; para las obstetrices se ha tomado en cuenta la población de mujeres en edad fértil y el valor de 10/10,000 MEF. La información disponible por departamento, corresponde a las 3 instituciones empleadoras más importantes, el MINSA, ESSALUD y las EPS que en conjunto tienen a su cargo el 96% de la población.

Médicos

Los datos de la tabla 3 muestran un serio desequilibrio en la distribución de médicos en el interior del país entre los departamentos, con brechas que van del -4.0% en Madre de Dios a -170.3% en Cajamarca, en relación al valor mínimo esperado.

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.

TABLA 3
REQUERIMIENTO DE MÉDICOS EN EL SECTOR SALUD SEGÚN RAZÓN
POR 10 MIL HABITANTES Y DEPARTAMENTO
ORDENADO POR BRECHA - PERÚ - 2005

Departamento	Población objetivo* (A)	N° médicos existentes (B)	Razón de médicos x 10 mil hab (B/a* x 10000) (C)	N° de médicos para una razón de 10 x 10000 hab(D)	Brecha	
					Absoluta (D-B)	%
CAJAMARCA	1.305.436	483	3,7	1305	-822	-170,3%
AMAZONAS	374.112	141	3,8	374	-233	-165,3%
HUANCAVELICA	428.840	177	4,1	429	-252	-142,3%
LORETO	848.778	362	4,3	849	-487	-134,5%
SAN MARTÍN	643.174	278	4,3	643	-365	-131,4%
HUÁNUCO	701.839	313	4,5	702	-389	-124,2%
PUNO	1.195.659	543	4,5	1196	-653	-120,2%
AYACUCHO	594.741	278	4,7	595	-317	-113,9%
APURÍMAC	402.084	207	5,1	402	-195	-94,2%
CUSCO	1.124.643	617	5,5	1125	-508	-82,3%
UCAVALI	386.347	212	5,5	386	-174	-82,2%

Departamento	Población objetivo* (A)	N° médicos existentes (B)	Razón de médicos x 10 mil hab (B/a* x 10000) (C)	N° de médicos para una razón de 10 x 10000 hab(D)	Brecha	
					Absoluta (D-B)	%
JUNÍN	1.047.954	585	5,6	1048	-463	-79,1%
PIURA	1.565.438	919	5,9	1565	-646	-70,3%
ANCASH	997.882	684	6,9	998	-314	-45,9%
TUMBES	184.044	131	7,1	184	-53	-40,5%
PASCO	255.891	195	7,6	256	-61	-31,2%
LA LIBERTAD	1.478.554	1163	7,9	1479	-316	-27,1%
LAMBAYEQUE	1.046.832	926	8,8	1047	-121	-13,0%
MADRE DE DIOS	88.365	85	9,6	88	-3	-4,0%
MOQUEGUA	153.556	183	11,9	154	29	16,1%
ICA	639.124	766	12,0	639	127	16,6%
TACNA	263.473	329	12,5	263	66	19,9%
AREQUIPA	1.094.605	1688	15,4	1095	593	35,2%
LIMA Y CALLAO	8.284.804	13138	15,9	8285	4853	36,9%
NACIONAL	25.106.174	24403	9,7	25106	-703	-2,9%

Elaboración: IDREH.

Fuentes: Oficina de Estadística - MINSA 2005. ESSALUD: Gerencia Central de Recursos Humanos. Gerencia de Administración de Personal. Sub-Gerencia de Compensaciones de ESSALUD 2005. EPS 2005.

* Población que corresponde a las 3 instituciones (96% de la población según censo 2005).

Enfermeras

La razón en enfermeras en las Américas¹⁰ va de 1.1 en Haití a 97.2 en Estados Unidos y un estudio realizado por el Banco Mundial (*Investing in Health:1993*) sugiere que, para países en vías de desarrollo se deben tener entre 2 a 4 enfermeras por médico. Si asumimos esto, el déficit es de 100%. Este problema se agrava con la emigración de enfermeras a otros países.

En relación al valor que estamos asumiendo como valor mínimo esperado, la tabla 4 muestra una inequidad severa en la dotación de enfermeras entre departamentos, que va de -0.7% en Pasco a 214% en Loreto. El déficit total nacional de enfermeras es 3,374.

¹⁰ OPS, La Enfermería en la región de las Américas. Serie 16 Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. 1999, pgs. 7-11.

TABLA 4
DISTRIBUCIÓN DE ENFERMERAS EN EL SECTOR SALUD SEGÚN RAZÓN
POR 10 MIL HABITANTES Y DEPARTAMENTO
ORDENADO POR BRECHA - PERÚ - 2005

Departamento	Población objetivo* (A)	N° de enfermeras existentes (B)	Razón de enfermeras x 10 mil hab (B/a* x 10000) (C)	N° de enfermeras para una razón de 10 x 10000 hab (D)	Brecha	
					Absoluta (D-B)	%
LORETO	848,778	270	3.2	849	-579	-214.4%
SAN MARTÍN	643,174	243	3.8	643	-400	-164.7%
PIURA	1,565,438	672	4.3	1565	-893	-133.0%
HUANCAVELICA	428,840	187	4.4	429	-242	-129.3%
AMAZONAS	374,112	192	5.1	374	-182	-94.9%
ANCASH	997,882	557	5.6	998	-441	-79.2%
CAJAMARCA	1,305,436	821	6.3	1305	-484	-59.0%
LA LIBERTAD	1,478,554	966	6.5	1479	-513	-53.1%
PUNO	1,195,659	821	6.9	1196	-375	-45.6%
LAMBAYEQUE	1,046,832	759	7.3	1047	-288	-37.9%
TUMBES	184,044	136	7.4	184	-48	-35.3%
HUÁNUCO	701,839	552	7.9	702	-150	-27.1%
APURÍMAC	402,084	323	8.0	402	-79	-24.5%
CUSCO	1,124,643	911	8.1	1125	-214	-23.5%
AYACUCHO	594,741	504	8.5	595	-91	-18.0%
JUNÍN	1,047,954	933	8.9	1048	-115	-12.3%
UCAYALI	386,347	349	9.0	386	-37	-10.7%
PASCO	255,891	254	9.9	256	-2	-0.7%
ICA	639,124	660	10.3	639	21	3.2%
MADRE DE DIOS	88,365	94	10.6	88	6	6.0%
LIMA	8,284,804	8905	10.7	8285	620	7.0%
TACNA	263,473	341	12.9	263	78	22.7%
AREQUIPA	1,094,605	1631	14.9	1095	536	32.9%
MOQUEGUA	153,556	251	16.3	154	97	38.8%
NACIONAL	25,106,174	21332	8.5	25106	-3774	-17.7%

Elaboración: IDREH.

Fuentes: Oficina de Estadística - MINSA 2005. Gerencia Central de Recursos Humanos. Gerencia de Administración de Personal. Sub-Gerencia de Compensaciones de ESSALUD. 2005. EPS 2005.

Obstetrices

La población utilizada para calcular la dotación en obstetrices, fue el de las mujeres en edad fértil-MEF; si bien en el país la responsabilidad de la atención del embarazo, parto y puerperio en el II y III nivel de atención es compartida entre el médico general, el médico gineco-obstetra y la obstetriz, de acuerdo a la complejidad de la atención, la salud reproductiva y el parto normal en el primer nivel son atendidos casi en exclusividad por las(os) obstetrices.

La tabla 5 muestra profunda inequidad en la distribución por departamentos, cuya brecha va -2% en Arequipa a 224% en Loreto; el déficit total a nivel nacional es de 4,482 en relación al valor mínimo esperado, que en este caso está referido a MEF.

TABLA 5
DISTRIBUCIÓN DE OBSTETRICES EN EL SECTOR SALUD SEGÚN RAZÓN
POR 10 MIL MUJERES EN EDAD FÉRTIL Y DEPARTAMENTO
ORDENADO POR BRECHA - PERÚ - 2005

Departamento	Población objetivo 2005	N° de obstetrices existentes	Razón de obstetrices por 10000 MEF.	N° de obstetrices para una razón de 10 por 10000 MEF.	Brecha	
					Absoluta	%
LORETO	424,389	131	3.1	424	-293	-224.0%
LA LIBERTAD	739,092	355	4.8	739	-384	-108.2%
LIMA	4,142,402	2164	5.2	4142	-1978	-91.4%
LAMBAYEQUE	523,937	277	5.3	524	-247	-89.1%
JUNÍN	523,977	288	5.5	524	-236	-81.9%
PUNO	597,844	354	5.9	598	-244	-68.9%
CUSCO	562,321	333	5.9	562	-229	-68.9%
ICA	319,484	193	6.0	319	-126	-65.5%
PIURA	782,771	493	6.3	783	-290	-58.8%
ANCASH	498,919	328	6.6	499	-171	-52.1%
SAN MARTÍN	321,587	229	7.1	322	-93	-40.4%
CAJAMARCA	652,331	509	7.8	652	-143	-28.2%
HUANCAVELICA	214,586	174	8.1	215	-41	-23.3%
HUÁNUCO	350,818	302	8.6	351	-49	-16.2%
UCAYALI	193,174	167	8.6	193	-26	-15.7%
AMAZONAS	187,056	167	8.9	187	-20	-12.0%
TUMBES	92,022	88	9.6	92	-4	-4.6%

Departamento	Población objetivo 2005	N° de obstetrices existentes	Razón de obstetrices por 10000 MEF.	N° de obstetrices para una razón de 10 por 10000 MEF.	Brecha	
					Absoluta	%
APURÍMAC	201,063	197	9.8	201	-4	-2.1%
AREQUIPA	547,589	537	9.8	548	-11	-2.0%
PASCO	128,047	130	10.2	128	2	1.5%
AYACUCHO	297,282	309	10.4	297	12	3.8%
TACNA	131,758	142	10.8	132	10	7.2%
MOQUEGUA	76,467	125	16.3	76	49	38.8%
MADRE DE DIOS	44,172	79	17.9	44	35	44.1%
TOTAL	12,553,087	8071	6.4	12553	-4482	-55.5%

Elaboración IDREH.

Fuentes: Oficina de Estadística – MINSA 2005. Gerencia Central de Recursos Humanos. Gerencia de Administración de Personal. Sub-Gerencia de Compensaciones de ESSALUD. 2005. EPS 2005.

Odontólogos

Algunos países de las Américas y Europa utilizan como estándar 5 odontólogos por 10,000 habitantes, el promedio de las Américas es de 5.7. Tomando en cuenta estos datos estamos muy por debajo del promedio. Sin embargo en el interior de país el déficit es mucho mayor, lo que se observa en la tabla 6. Para hacerlo comparable con las cifras que se manejan entre países, utilizaremos la razón por 10.000 habitantes y en relación a este valor la inequidad en la distribución de odontólogos por departamento aún es más profunda, así asumiéramos un valor de 5 por 10,000.

TABLA 6
DISTRIBUCIÓN DE ODONTÓLOGOS EN EL SECTOR SALUD SEGÚN RAZÓN
POR 10 MIL HABITANTES Y DEPARTAMENTO
ORDENADO POR BRECHA - PERÚ - 2005

Departamento	Población objetivo 2005	N° de odontólogos existentes	Razón de odontólogos por 10000 Hab.	N° de odontólogos para una razón de 10 por 10000 Hab.	Brecha	
					Absoluta	%
HUANUCO	701,636	41	0.6	702	-661	-1611.3%
CAJAMARCA	1,304,662	78	0.6	1305	-1227	-1572.6%
LORETO	848,778	52	0.6	849	-797	-1532.3%
SAN MARTÍN	643,174	40	0.6	643	-603	-1507.9%
LA LIBERTAD	1,478,183	102	0.7	1478	-1376	-1349.2%
HUANCAVELICA	429,172	33	0.8	429	-396	-1200.5%
PIURA	1,565,541	122	0.8	1566	-1444	-1183.2%
CUSCO	1,124,643	92	0.8	1125	-1033	-1122.4%
LAMBAYEQUE	1,047,874	86	0.8	1048	-962	-1118.5%
PUNO	1,195,688	100	0.8	1196	-1096	-1095.7%
AMAZONAS	374,112	37	1.0	374	-337	-911.1%
ANCASH	997,838	111	1.1	998	-887	-799.0%
UCAYALI	386,347	46	1.2	386	-340	-739.9%
JUNIN	1,047,954	130	1.2	1048	-918	-706.1%
PASCO	256,093	35	1.4	256	-221	-631.7%
AYACUCHO	594,564	83	1.4	595	-512	-616.3%
TUMBES	184,044	27	1.5	184	-157	-581.6%
APURIMAC	402,127	68	1.7	402	-334	-491.4%
LIMA	8,284,804	1711	2.1	8285	-6574	-384.2%
TACNA	263,516	55	2.1	264	-209	-379.1%
MADRE DE DIOS	88,343	21	2.4	88	-67	-320.7%
ICA	638,968	158	2.5	639	-481	-304.4%
AREQUIPA	1,095,178	319	2.9	1095	-776	-243.3%
MOQUEGUA	152,934	63	4.1	153	-90	-142.8%
TOTAL	25,106,174	3610	1.4	25106	-21496	-595.5%

Elaboración: IDREH.

Fuentes: Oficina de Estadística - MINSA 2005. Gerencia Central de Recursos Humanos. Gerencia de Administración de Personal. Sub-Gerencia de Compensaciones de ESSALUD 2005. EPS 2005.

2.3 Potencial de redistribución de recursos humanos para alcanzar la igualdad en el país

Medir y monitorear las desigualdades en este campo de la salud es de fundamental importancia especialmente cuando se trata de variables que tienen relación con el acceso a la salud. En la actualidad se dispone de varios métodos para medir la desigualdad cuyo uso se ha difundido ampliamente por sus aplicaciones y utilidad como herramienta de diagnóstico para la situación de salud, así como su valor para la toma de decisiones y la planificación de los sistemas de salud.

Una de las herramientas para la medición de la desigualdad es el Índice de Disimilitud¹¹, que para el caso de los recursos humanos en salud, puede interpretarse como el porcentaje de todos los RHUS que debería ser redistribuido para obtener la misma razón o tasa en todos los departamentos. Dicho de otro modo, expresa la medida en que la distribución del evento de salud estudiado en la población se aproxima a la situación de equidad.

Para el cálculo del índice de disimilitud se siguen los siguientes pasos:

1. Se calcula la razón de RHUS para los espacios geográficos de estudio.
2. Se calcula el número de eventos o casos esperados en una situación de igualdad, suponiendo que todos los departamentos tienen el mismo valor del indicador de salud que el conjunto de la población.
3. Se calcula la diferencia entre el número actual de profesionales, como por ejemplo médicos y el esperado en caso de igualdad.
4. Se aplica la siguiente fórmula: la mitad de la suma de los valores absolutos de las diferencias.

$$ID = \frac{1}{2} \left(\sum_{i=1}^n | \text{Casos observados}_i - \text{Casos si hubiera igualdad}_i | \right)$$

5. Por último se aplica la fórmula y se obtiene el índice absoluto. Para obtener el resultado en porcentaje se divide el índice absoluto sobre el n° de casos observados y se multiplica por 100 (índice de disimilitud relativo).

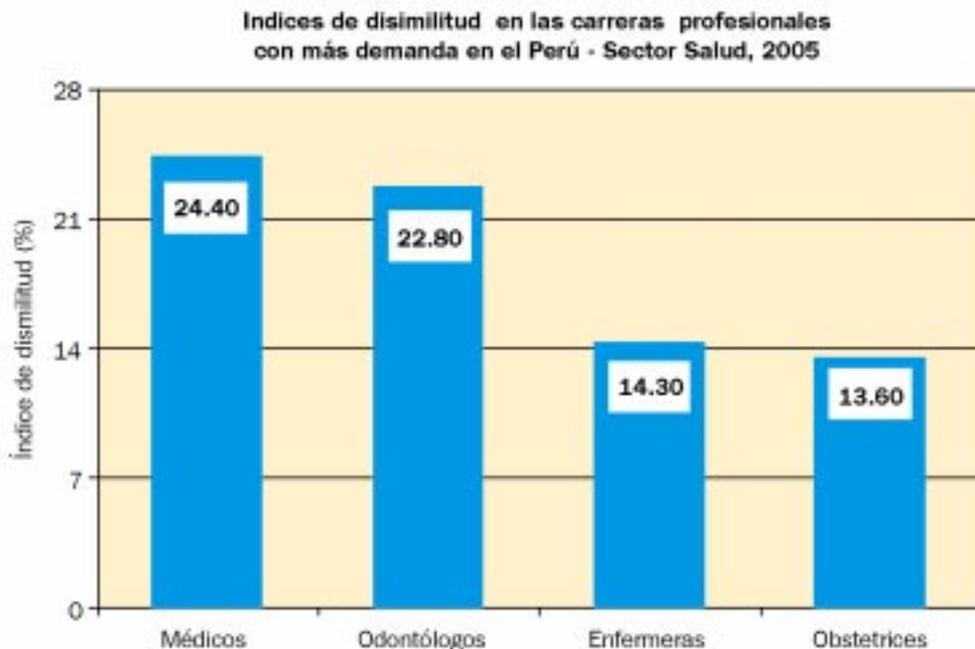
¹¹ M. Cristina Schneider et al. Métodos de medición de las desigualdades de salud. Rev. Panam. Salud Pública 12(6), 2002.

La potencialidad de esta herramienta de medición es que cuando no hay posibilidad de incrementar el número de recursos humanos para lograr el número ideal, podemos redistribuir los existentes para lograr equidad y este índice nos señala la proporción a distribuir y hacia dónde se debe hacer la distribución.

En las tablas anexas, se han calculado los índices de disimilitud para los médicos, enfermeras, obstetrices y odontólogos .

En el gráfico 3 se resumen los índices de disimilitud por profesión, pudiendo observar que la profesión médica muestra mayor desigualdad en la dotación por departamento seguido de los odontólogos. Es de notar que, en términos relativos la desigualdad entre los médicos y odontólogos es similar, sin embargo en términos absolutos, los médicos deben de redistribuir 7.2 veces más personal que los odontólogos. Es decir, según este índice se deben redistribuir a 5,960 (24.4%) médicos para que todos los departamentos tengan una distribución equitativa por 10 mil habitantes. En el grupo de las enfermeras, el ID fue 14.3%, esto significa que 3,040 enfermeras deben de redistribuirse para que todos los departamentos tengan una distribución equitativa por 10 mil habitantes.

GRÁFICO 3



Contribución del índice de disimilitud – ID en la toma de decisiones

El índice de disimilitud relativo es una herramienta que permite medir la magnitud de la desigualdad en la dotación de RHUS.

Su potencialidad para orientar decisiones políticas estriba en su capacidad de cuantificar la desigualdad y su aplicación para redistribuir con criterio de equidad.

El ID absoluto nos indica el número de recursos humanos que debemos redistribuir para lograr equidad en su distribución, lo que releva su potencialidad como instrumento metodológico que incorpora un criterio técnico al tema de la redistribución.

Esta herramienta, así como el análisis antes descrito, proveen evidencia para la toma de decisiones respecto a la planificación de la dotación de los recursos humanos, sin embargo no son las únicas fuentes, las necesidades de salud de la población también son un factor clave que debe ser incorporado como herramienta para complementar el análisis.

En la tabla 7 se muestran en orden decreciente los departamentos según sus necesidades de salud establecidas en base a un índice resumen que ha estandarizado indicadores socio-económicos y demográficos (esperanza de vida al nacer, porcentaje de pobreza extrema, razón bruta de mortalidad x 1,000 hab.), indicadores del estado de salud (mortalidad infantil x 1000 nv, mortalidad materna x 100,000 MEF, incidencia de tuberculosis en todas las formas, razón x 100,000 hab, porcentaje de desnutrición crónica en menores de 5 años), e indicadores de respuesta social (camas hospitalarias en funcionamiento, porcentaje de atención del parto por personal capacitado, porcentaje de vacunación de DPT3).

TABLA 7
PRIORIDAD PARA LA DOTACIÓN DE RHUS EN FUNCIÓN DE LAS NECESIDADES DE SALUD¹, POR DEPARTAMENTO PERÚ 2005

Nº DE ORDEN	DEPARTAMENTO	PRIORIDAD
1	Huancavelica	1
2	Puno	2
3	Huánuco	3
4	Apurímac	3
5	Cusco	4
6	Ayacucho	5
7	Ucayali	5
8	Loreto	6
9	Cajamarca	6
10	Amazonas	7
11	Ancash	8
12	Junín	9
13	Pasco	9

Nº DE ORDEN	DEPARTAMENTO	PRIORIDAD
14	San Martín	10
15	Piura	11
16	La Libertad	11
17	Lambayeque	12
18	Madre de Dios	13
19	Moquegua	14
20	Arequipa	14
21	Tacna	15
22	Ica	15
23	Tumbes	16
24	Lima / Callao	17

Este resultado nos dice que Huancavelica es el departamento con mayor necesidad seguido de Puno. Con igual puntaje de necesidad están Huánuco y Apurímac en el tercer lugar. Como podemos observar el orden no necesariamente coincide con las necesidades de los recursos humanos en función de la población y refuerza la idea de que para el logro de los resultados sanitarios, si bien el número de los recursos humanos por habitante es importante, no puede ir desligado de los otros elementos complementarios que participan en el proceso de garantizar la integridad y calidad de la prestación de los servicios de salud a la población.

Conclusiones

Como resultado del análisis realizado podemos concluir que:

1. Asumiendo un valor mínimo esperado, de 1 profesional por 1,000 habitantes, existe déficit de profesionales en más del 70% de departamentos del Perú. Este déficit es mayor en enfermeras, obstetrices y odontólogos.
2. Si bien la razón de médicos y enfermeras a nivel nacional está alrededor del valor mínimo esperado, en el análisis por departamento se evidencian inequidades en la distribución, que plantean retos para la planificación de la dotación.
3. En relación a los promedios de la región, en el Perú la densidad de recursos humanos en salud es baja.
4. En todas las profesiones estudiadas, se evidencian profundas inequidades en la distribución de profesionales por departamento.

5. En base a los resultados obtenidos en la aplicación del ID en la distribución de RHUS por departamento en el Perú, podemos afirmar que para mejorar la distribución de los RHUS que disponemos es necesario redistribuir 5,960 médicos, 3,040 enfermeras, 1,097 obstetrices y 825 odontólogos.
6. Que la información disponible sobre los recursos humanos en salud en las instituciones que gestionan la educación y el trabajo de los recursos humanos en salud, es insuficiente para mantener la vigilancia y monitoreo permanente de los problemas más importantes de los RHUS y su impacto en los servicios.

Recomendaciones

La inequidad en la distribución de los recursos humanos en las poblaciones afectadas con este déficit, tiene consecuencias en la disminución de su acceso a la salud, en un aumento de su riesgo de enfermar y morir por las enfermedades y los daños prevenibles por la intervención de éstos, lo cual contribuye en la disminución de su expectativa de vida, así como limita sus posibilidades de desarrollo económico y social. En este sentido, para abordar el reto de la equidad en la distribución de los recursos humanos se requiere:

1. Mejorar los sistemas de información de recursos humanos en las instituciones que tienen que ver con la educación y el trabajo de los RHUS, de manera que incorporen información que permita estimar las tendencias de la formación y el mercado de trabajo, así como establecer las brechas entre la oferta y demanda de recursos humanos para el sistema de salud, como elemento fundamental para la planificación de la educación y el trabajo de los RHUS.
2. Planificar la dotación en base a la magnitud de las necesidades de recursos humanos, de las necesidades de salud de la población y con criterios de equidad, utilizando herramientas metodológicas con base técnica.
3. Redireccionar los procesos de captación y contratación de recursos humanos de todos los programas que incluyan este componente (ej. PSBPT, SERUMS, SERSAC, CLASS, PAAG, SIS, etc.¹²), hacia los departamentos con mayor déficit de recursos humanos en salud y necesidades de salud, limitando la ampliación de brechas entre los departamentos con superávit de RHUS vs los que tienen déficit.
4. Las plazas de nombramiento y contratos con inversión del Estado, deben programarse sólo en lugares con déficit de RHUS y en función de la magnitud del déficit.

¹² PSBPT (Programa de salud básica para todos), SERUMS (Servicio rural urbano-marginal de salud), SERSAC (Servicio de salud comunitaria), CLASS (Comité local de administración de servicios de salud), PAAG (Programa de acuerdos de gestión), SIS (Seguro integral de salud).

5. 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.

Capítulo 3

UNA EXPERIENCIA METODOLÓGICA PARA LA DEFINICIÓN DE LAS PRIORIDADES DE MÉDICOS ESPECIALISTAS

3.1 Introducción

El sistema de Residencia Médica en el Perú, anualmente oferta 985 plazas, de las cuales aproximadamente el 62% es financiado con fondos del Ministerio de Salud, 20% por la Seguridad Social-ESSALUD y el resto por la Sanidad de las Fuerzas Armadas. Por lo tanto el financiamiento de las plazas con fondos públicos es del 100%.

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. ¿Cuáles deberían ser las especialidades médicas a priorizar en el país y cuáles son las que deberían ser financiadas con la inversión del Estado?. Son dos preguntas centrales que motivaron este análisis. Estas inquietudes fueron trasladadas a los miembros del CONAREME (Comisión Nacional del Residencia Médica), quien encargó al Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos-IDREH la tarea de elaborar una propuesta con este fin.

En el IDREH a su vez, esta tarea fue asumida por la Oficina de Información Estratégica OFINE, que tiene en su seno al Observatorio Nacional de Recursos Humanos y a la Dirección de Políticas y Regulación DGRRHH, centrales que motivan este análisis que tiene a su cargo el financiamiento del Residencia Médica para el Ministerio de Salud. Hasta ese momento la definición de las plazas tradicionalmente estaba a cargo del CONAREME en coordinación con las universidades que conducen la formación y las instituciones que financian las plazas y otorgan el campo clínico.

3.2 Material y métodos

La definición de las prioridades de especialistas tuvo 3 etapas.

- Etapas I:** La definición de las prioridades de especialistas que serían financiadas por el Ministerio de Salud.
- Etapas II:** La definición del número de especialistas por cada especialidad priorizada y la definición de la brechas entre lo que existe y el número necesario de especialistas definido.
- Etapas III:** La definición de prioridades para la destinación de pediatras y gineco-obstetras.

ETAPA I***Fuentes de datos e instrumentos para la elaboración de la propuesta***

La OFINE-IDREH elaboró una propuesta de prioridades basada en el perfil epidemiológico, demográfico, las prioridades de salud establecidas por la Dirección de Salud de las Personas del MINSa en el plan 2002-2012, y una estimación de la demanda de especialistas expresados en la utilización de consulta externa. Cada especialidad se cuantificó a través de una escala numérica del 1 al 5 en asociación a las primeras causas de morbilidad, mortalidad y hospitalización (consulta externa y egresos hospitalarios). De esta manera se obtuvo un promedio por cada especialidad, para las 66 especialidades ofertadas por el MINSa; a este promedio se le llamó factor 1. Ver tabla n° 8.

La Dirección de Políticas y Regulación elaboró dos propuestas, una en base a la opinión de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de salud, sobre las especialidades que consideraba prioritarias en función del nuevo modelo de atención y la otra a partir de una encuesta realizada a las Direcciones Regionales de Salud, quienes manifestaron sus necesidades de especialistas. En la tabla 8, estas propuestas corresponden a los factores 2 y 3.

Método de análisis

Con la finalidad de elaborar un índice resumen, cada propuesta fue ponderada por especialidad según su nivel de prioridad, para luego elaborar un promedio final, asignando igual peso a cada propuesta.

ETAPA II***Fuentes de datos e instrumentos para la elaboración de la propuesta***

Para la definición del número de especialistas, los datos sobre utilización de servicios especializados, productividad de los especialistas por cada especialidad, estadísticas de consulta externa, emergencia y hospitalización por especialidad, eran escasos y en muchos casos inexistentes. Por lo que se tomó como referente los datos brindados por la Dirección de Salud Lima Ciudad, sobre las estadísticas en 3 hospitales generales de referencia nacional, complementándose con datos de hospitales de la seguridad social-ESSALUD. La recolección de datos, el procesamiento de la información y el análisis fue realizado en la Oficina de Información Estratégica del IDREH.

Métodos

- a) Por cada especialidad priorizada, se estimó —de acuerdo a la población objetivo de cada una (ejem. los niños de 0-12 años para Pediatría, las mujeres en edad fértil para Gineco Obstetricia, etc.)— el número de horas necesarias para atender 1000 personas, teniendo en cuenta la proporción de personas que enferman, el promedio de atenciones anuales y la proporción que es atendida por consulta externa, emergencia y hospitalización.

- b) En base a lo anterior se estimó el número de horas necesarias para atención de las 1000 personas. Luego se procedió a estimar la necesidad de horas- especialista, de acuerdo al rendimiento promedio de cada uno de ellos.
- c) Con los datos anteriores se calculó el número de especialistas para atender las horas requeridas/especialista para las 1000 personas, de lo cual se desprende el número de personas que puede atender un especialista.
- d) El cálculo fue extrapolado para el total de la población objetivo por cada especialidad en el MINSA y luego para el país.
- e) Finalmente teniendo el número de personas por especialista, se procedió a estimar los especialistas necesarios por departamento según su población (población objetivo de las especialidades) y luego se comparó con el número de especialistas que había disponible por cada departamento, luego de lo cual se estableció la brecha entre el número de especialistas existentes y los necesarios.

Si bien los datos de la fuente pueden variar entre instituciones, dependiendo de la eficiencia de las mismas, la idea es contar con una metodología, que remplace a la intuición en el establecimiento de prioridades. Asimismo, estos cálculos pueden estar sesgados hacia el nivel hospitalario, sin embargo, pueden adecuarse al primer nivel de atención para las especialidades que lo requieran y en la zonas rurales donde la población tiene más limitaciones en el acceso, por razones de equidad, se puede considerar la mitad de pobladores por especialista.

ETAPA III

Teniendo en cuenta que las especialidades de Pediatría y Gineco-Obstetricia, que son críticas en todos los niveles de atención en nuestro país y que no siempre cubren todos los servicios o áreas geográficas. La OFINE desarrolló un índice resumen por departamento sobre necesidad de atención pediátrica y de atención gineco-obstétrica. Para esto, se utilizó la información que se dispone del Instituto Nacional de Estadística e Informática y la Oficina de Estadística e Informática del MINSA.

Los indicadores utilizados fueron:

Indicadores de necesidad de atención pediátrica

- Mortalidad infantil
- Mortalidad perinatal
- Desnutrición crónica en niños <5años
- Mortalidad general en niños < 5 años
- Anemia en niños < de 5 años
- Morbilidad por EDAS en niños < de 5 años
- Neumonía en menores de 5 años

Indicadores de necesidad de atención gineco-obstétrica

- Atención de partos
- Tasa global de fecundidad
- Razón de mortalidad materna
- Porcentaje de madres adolescentes

El resultado de la estandarización fue la relación de los departamentos según nivel de prioridad en función de los indicadores, para la asignación de pediatras y gineco-obstetras.

3.3 Resultados

ETAPA I

La definición de las prioridades de especialistas que serán financiadas por el Ministerio de Salud

De los resultados del análisis en la etapa I se obtuvo un promedio por cada una de las 66 especialidades que el MINSA viene financiando y sobre las que se debe priorizar; los resultados en la tabla 8 aparecen como factor 1.

La Dirección General de Salud de las Personas, estableció 11 prioridades en la formación de médicos especialistas para sostener el Modelo de Atención Integral en Salud, que en la tabla 8 aparecen como factor 2.

12 de 24 Direcciones de Salud y 13 hospitales de distintos departamentos, respondieron la encuesta; en conjunto estaban representadas la costa, la sierra y la selva. En la tabla aparecen como factor 3.

Como resultado del análisis en la etapa I, se priorizaron 23 especialidades que alcanzaron los puntajes más altos de acuerdo a las 3 propuestas. Ver Tabla 8.

Estas especialidades fueron propuestas como prioritarias al CONAREME para su evaluación y su posible aplicación.

TABLA 8
ESPECIALIDADES PRIORIZADAS POR LOS FACTORES 1, 2 y 3

	Especialidades	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor final
1	PEDIATRÍA	100.00		100.00	300.00
2	MEDICINA FAMILIAR	100.00	100.00	28.13	228.13
3	GÍNECO OBSTETRICIA	49.39	100.00	78.23	227.62
4	ANESTESIOLOGÍA	36.57	100.00	83.89	220.46
5	MEDICINA INTERNA	46.81	100.00	49.24	196.05
6	CIRUGÍA GENERAL	24.92	100.00	43.68	168.60
7	MED.DE EMERG. Y DESAST.	25.11	100.00	31.95	157.06
8	RADIOLOGÍA	18.54	100.00	28.65	147.19
9	NEONATOLOGÍA	0.00	100.00	43.58	143.58
10	HEMATOLOGÍA CLÍNICA	21.70	100.00	20.39	142.09
11	ONCOLOGÍA MÉDICA	32.65	100.00	8.41	141.05
12	NEUROLOGÍA	26.01	100.00	13.54	139.56
13	UROLOGÍA	26.40	100.00	10.27	136.67
14	ANATOMÍA PATOLÓGICA	17.90	100.00	12.47	130.37
15	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	14.17	100.00	15.38	129.55
16	PATOLOGÍA CLÍNICA	16.10	100.00	13.04	129.14
17	GERIATRÍA	7.41	100.00	13.39	120.80
18	CARDIOLOGÍA	42.95	0.00	20.40	63.35
19	GASTROENTEROLOGÍA	34.19	0.00	19.29	53.48
20	OTORRINOLARINGOLOGÍA	39.67	0.00	13.08	52.74
21	OFTALMOLOGÍA	33.61	0.00	17.78	51.39
22	NEUMOLOGÍA	27.24	0.00	20.39	47.63
23	PSIQUIATRÍA	19.38	0.00	23.07	42.45

Factor 1: Perfil epidemiológico, demográfico y prioridades del Plan de Salud 2002-2012.

Factor 2: Opinión de la DGSP sobre las prioridades en función del Modelo de atención.

Factor 3: Encuesta a las Direcciones Regionales sobre sus necesidades de especialistas.

ETAPA II

La definición del número de especialistas por cada especialidad priorizada y la definición de la brechas entre lo que existe y el número necesario de especialistas

Los resultados de estimación del nº de pediatras y gineco-obstetras, se presentan como ejemplo de la estimación que se hizo por cada una de las especialidades.

Número de pediatras

- Población objetivo del MINSA: 4'704,681 niños menores de 0-12 años.
- Por cada 1000 niños, de acuerdo a los criterios señalados en la metodología, se calcularon 636 atenciones especializadas requeridas, por consulta externa, hospitalización y emergencia, lo que en promedio requiere 288 horas- especialista, considerando los datos para la especialidad de Pediatría (rendimiento promedio por hora para consulta externa, hospitalización y emergencia).
- Un pediatra dedica efectivamente aproximadamente 990 horas al año, descontando feriados, vacaciones, permisos, las horas de capacitación según la ley del trabajo médico, etc.
- Por lo tanto si cada pediatra dispone de 990 horas, para la atención de 1'354, 948 hs se requieren 1369 pediatras (1 pediatra por cada 3438 niños).
- Estos resultados suponen una razón de 2.90 pediatras por cada 10000 niños.
- En zona rural, por razones de equidad, se puede aceptar 1 pediatra por 1719 niños.

Para calcular el número de pediatras por departamento, se consideró la población de niños de 0-12 años por departamento obteniendo el número de pediatras por cada uno.

Los resultados se muestran en la tabla 9.

TABLA 9
NECESIDAD DE PEDIATRAS POR DEPARTAMENTO EN FUNCIÓN
DE LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA
MINSA - 2004

N ^{ro} Orden	Departamento	Población de niños 2004	Estimación de pediatras
1	AMAZONAS	93955	27
2	ANCASH	202392	59
3	APURÍMAC	101911	30
4	AREQUIPA	168631	49
5	AYACUCHO	113623	33
6	CAJAMARCA	312394	91
7	CUSCO	236647	69
8	HUANCAVELICA	100310	29
9	HUÁNUCO	172309	50
10	ICA	113489	33
11	JUNÍN	239287	70
12	LA LIBERTAD	261496	76

Nº Orden	Departamento	Población de niños 2004	Estimación de pediatras
13	LAMBAYEQUE	195272	57
14	LIMA / CALLAO	1210082	352
15	LORETO	201509	59
16	MADRE DE DIOS	20179	6
17	MOQUEGUA	23634	7
18	PASCO	54429	16
19	PIURA	314533	92
20	PUNO	237472	69
21	SAN MARTÍN	151987	44
22	TACNA	46605	14
23	TUMBES	36607	11
24	UCAYALI	95927	28
	TOTAL	4704682	1369

Número de gineco-obstetras

Para la estimación de gineco-obstetras se utilizó la información siguiente:

- Población objetivo del MINSA: 4'359, 300 mujeres en edad fértil para el 2004.
- Por cada 1000 mujeres en edad fértil, existen 648 atenciones especializadas, por consulta externa, hospitalización y emergencia, lo que en promedio requiere 240 horas por especialista.
- Un gineco-obstetra labora efectivamente 990 horas al año aproximadamente.
- Si para atender 1000 MEF del MINSA se requieren 240 horas, para 4'359, 301 MEFS se requiere 1'045, 232 horas / especialista.
- Por lo tanto si cada gineco-obstetra dispone de 990 horas, para la atención de 1'045, 232 hs, se requieren 1057 gineco-obstetras (1 gineco-obstetra por cada 4167 MEFS).
- En zona rural por razones de equidad, se puede aceptar 1 gineco-obstetra por 2083 MEFS.

Estos resultados suponen una razón de 2.4 gineco-obstetras por cada 10000 MEFS. Estos 1057 gineco-obstetras son distribuidos de la siguiente manera:

TABLA 10
NECESIDAD DE GÍNECO-OBSTETRAS POR DEPARTAMENTO
EN FUNCIÓN DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL
MINSA - 2004

Nº Orden	Departamento	Población de MEFs 2004	Estimación de Gineco-Obstetras
1	AMAZONAS	63238	15
2	ANCASH	167995	41
3	APURÍMAC	62285	15
4	AREQUIPA	187989	46
5	AYACUCHO	77383	19
6	CAJAMARCA	216880	53
7	CUSCO	182254	44
8	HUANCAVELICA	60383	15
9	HUÁNUCO	121156	29
10	ICA	114472	28
11	JUNÍN	190673	46
12	LA LIBERTAD	244079	59
13	LAMBAYEQUE	181289	44
14	LIMA / CALLAO	1538869	373
15	LORETO	136699	33
16	MADRE DE DIOS	17746	4
17	MOQUEGUA	27731	7
18	PASCO	41853	10
19	PIURA	255086	62
20	PUNO	186904	45
21	SAN MARTÍN	122884	30
22	TACNA	54737	13
23	TUMBES	34931	8
24	UCAYALI	71784	17
	TOTAL	4359301	1057

En todas las otras especialidades priorizadas se realizaron los mismos cálculos, considerando las variaciones de rendimiento y concentración por especialidad. La única especialidad en la que se consideraron otros criterios fue la de Medicina Familiar como más adelante explicamos. A continuación, en la tabla adjunta, se muestran por especialidad, el número de especialistas necesarios para el Ministerio de Salud y el Perú.

TABLA 11
REQUERIMIENTO DE ESPECIALISTAS PARA EL MINSA Y EL PERÚ

N°	Especialidades	MINSA	Perú
1	Pediatría	1369	1917
2	Gineco - Obstetricia	1057	1480
3	Medicina Interna	788	1103
4	Cirugía general	717	1004
5	Anestesiología	651	911
6	Cardiología	507	710
7	Oftalmología	496	694
8	Otorrinolaringología	470	658
9	Gastroenterología	399	559
10	Psiquiatría	356	498
11	Neurología	338	473
12	Hematología	234	328
13	Neumología	319	447
14	Urología	319	447
15	Oncología	316	442
16	Traumatología	311	435
17	Endocrinología	302	423
18	Radiología	301	421
19	Patología Clínica	254	356
20	Neonatología	136	210
21	Geriatría	80	112
22	Medicina de emergencias y desastres	78	110

Fuente: Oficina de Información estratégica del IDREH.

En el caso de médicos familiares las estimaciones variaron, teniendo en cuenta la organización de la atención en el primer nivel de atención, que tiene como unidad geográfica la microrred y por cada una, centros y puestos de salud. Siguiendo esta lógica tenemos :

Número de médicos familiares / integrales

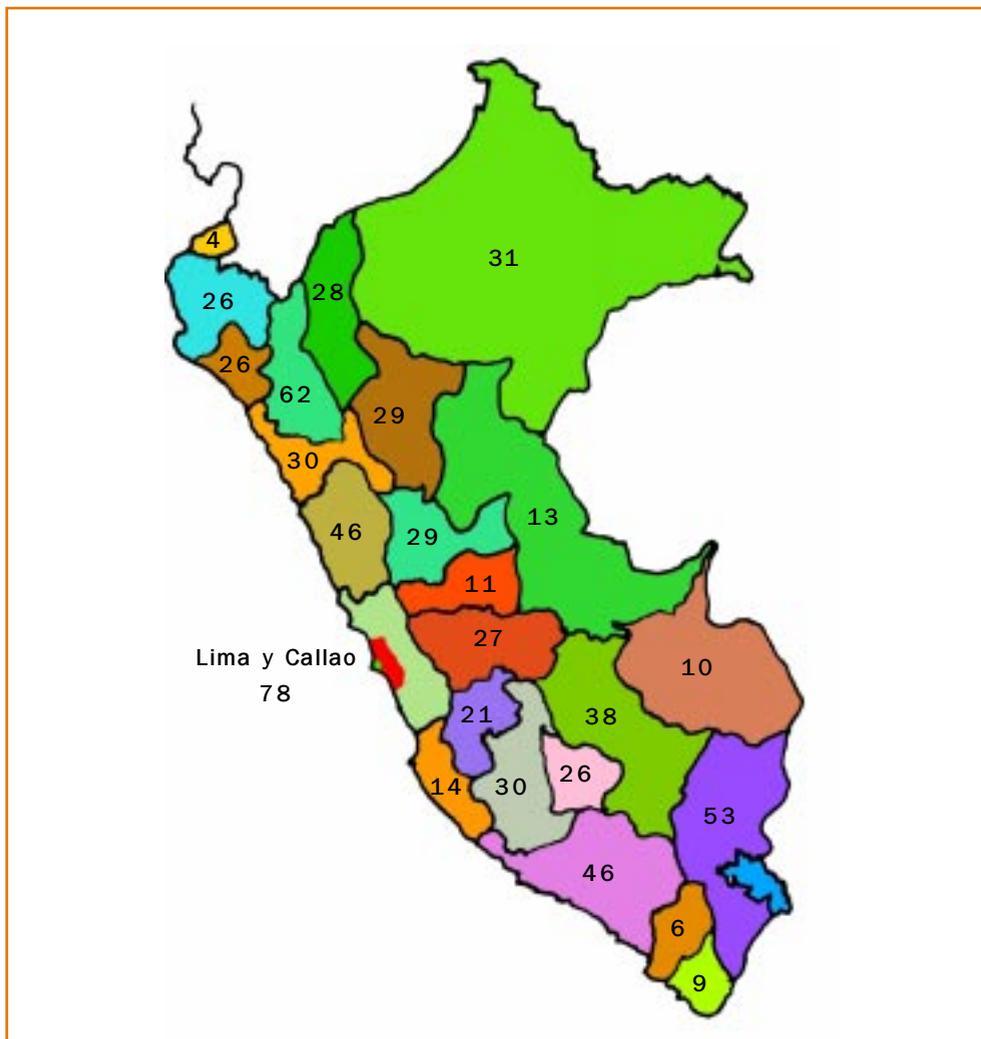
En una primera etapa deberíamos tener al menos un especialista por microrred. Así mismo, si tenemos 707 microrredes, entonces necesitaríamos 707 especialistas en Medicina Familiar.

Si asumimos tener al menos un especialista por centro de salud, requeriríamos 1213 especialistas.

Considerando 1 especialista por centro y puesto de salud, se necesitarían 6843 especialistas.

El mapa muestra el número de especialistas en Medicina Familiar que se requiere para el Ministerio de Salud por departamento.

MAPA: NÚMERO DE MÉDICOS FAMILIARES POR DEPARTAMENTO PARA EL MINISTERIO DE SALUD



Estimación de las brechas

En función de la diferencia entre el número existente de especialistas en los departamentos y el número de especialistas necesarios, se estimó la brecha para las especialidades de Pediatría y Gineco-Obstetricia, como ejemplo para ser aplicado a las otras especialidades.

TABLA 12
DISTRIBUCIÓN DE LAS NECESIDADES DE PEDIATRAS
Y BRECHAS POR DEPARTAMENTO, MINSA - 2004

Nº Orden	Departamentos	Población de niños 2004	Pediatras por departamento*	Pediatras MINSA 2005	Diferencia	
					Absoluto	%
1	AMAZONAS	93955	27	2	-25	-93%
2	ANCASH	202392	59	6	-53	-90%
3	APURÍMAC	101911	30	3	-27	-90%
4	AREQUIPA	168631	49	25	-24	-49%
5	AYACUCHO	113623	33	10	-23	-70%
6	CAJAMARCA	312394	91	5	-86	-94%
7	CUSCO	236647	69	19	-50	-72%
8	HUANCAVELICA	100310	29	0	-29	-100%
9	HUÁNUCO	172309	50	1	-49	-98%
10	ICA	113489	33	31	-2	-6%
11	JUNÍN	239287	70	9	-61	-87%
12	LA LIBERTAD	261496	76	36	-40	-53%
13	LAMBAYEQUE	195272	57	18	-39	-68%
14	LIMA / CALLAO	1210082	352	485	133	38%
15	LORETO	201509	59	4	-55	-93%
16	MADRE DE DIOS	20179	6	1	-5	-83%
17	MOQUEGUA	23634	7	6	-1	-13%
18	PASCO	54429	16	4	-12	-75%
19	PIURA	314533	92	8	-84	-91%
20	PUNO*	237472	69			
21	SAN MARTÍN	151987	44	6	-38	-86%
22	TACNA*	46605	14			
23	TUMBES	36607	11	2	-9	-81%
24	UCAYALI	95927	28	3	-25	-89%
	TOTAL	4704682	1369	684	-685	-50%

* Sin dato

TABLA 13
DISTRIBUCIÓN DE LAS NECESIDADES DE GÍNECO-OBSTETRAS
Y BRECHAS POR DEPARTAMENTO, MINSA - 2004

Nº Orden	Departamentos	Población de MEFs 2004	Gineco - Obstetras por departamento	Gineco - Obstetras MINSA 2005	Diferencia	
					Absoluto	%
1	AMAZONAS	63238	15	2	-13	-87%
2	ANCASH	167995	41	8	-33	-80%
3	APURÍMAC	62285	15	10	-5	-34%
4	AREQUIPA	187989	46	30	-16	-34%
5	AYACUCHO	77383	19	14	-5	-25%
6	CAJAMARCA	216880	53	11	-42	-79%
7	CUSCO	182254	44	16	-28	-64%
8	HUANCAVELICA	60383	15	4	-11	-73%
9	HUÁNUCO	121156	29	6	-23	-80%
10	ICA	114472	28	33	5	19%
11	JUNÍN	190673	46	9	-37	-81%
12	LA LIBERTAD	244079	59	38	-21	-36%
13	LAMBAYEQUE	181289	44	15	-29	-66%
14	LIMA / CALLAO	1538869	373	356	-17	-5%
15	LORETO	136699	33	4	-29	-88%
16	MADRE DE DIOS	17746	4	3	-1	-30%
17	MOQUEGUA	27731	7	6	-1	-11%
18	PASCO	41853	10	5	-5	-51%
19	PIURA	255086	62	5	-57	-92%
20	PUNO*	186904	45			
21	SAN MARTÍN	122884	30	8	-22	-73%
22	TACNA*	54737	13			
23	TUMBES	34931	8	2	-6	-76%
24	UCAYALI	71784	17	5	-12	-71%
	TOTAL	4359301	1057	590	-467	-44%

* Sin dato

En la tabla 14, en vista que no disponemos de información de todas las instituciones del sistema de salud, se ha calculado la brecha con respecto a los especialistas inscritos en el Colegio Médico del Perú, es decir reglamentados para el ejercicio profesional.

TABLA 14
BRECHA DE ESPECIALISTAS PARA EL PERÚ,
RESPECTO A LOS INSCRITOS
EN EL COLEGIO MÉDICO PROFESIONAL

Especialidad	Necesidad	Registrados	Brecha(%)
Pediatría	1917	1769	8.4%
Gineco - Obstetricia	1480	1901	-22.1%
Cirugía general	1004	1342	-25.2%
Medicina Interna	1103	1284	-14.1%
Traumatología	435	593	-26.6%
Cardiología	710	514	38.1%
Oncología	442	146	202.7%
Anestesiología	911	846	7.7%
Otorrinolaringología	658	382	72.3%
Oftalmología	694	634	9.5%
Gastroenterología	559	357	56.6%
Patología Clínica	356	350	1.7%
Hematología	328	72	355.6%
Urología	447	275	62.5%
Psiquiatría	498	467	6.6%
Geriatría	112	62	80.6%
Endocrinología	423	179	136.3%
Neumología	447	178	151.1%

ETAPA III

Priorización de la asignación de médicos especialistas

En esta sección se presenta la priorización de asignación por departamentos, de dos especialidades prioritarias para el Perú, de acuerdo a los criterios ya explicados en la metodología.

TABLA 15
DEPARTAMENTOS DEL PERÚ SEGÚN NIVELES
DE PRIORIDAD PARA LA DOTACIÓN DE PEDIATRAS-2004

Nº Orden	Departamento	Población de niños 2004	Ponderación de necesidad
1	CUSCO	236647	1
2	HUANCAVELICA	100310	2
3	HUÁNUCO	172309	3
4	PASCO	54429	4
5	APURÍMAC	101911	4
6	UCAYALI	95927	5
7	AMAZONAS	93955	5
8	LORETO	201509	6
9	PUNO	237472	6
10	CAJAMARCA	312394	7
11	AYACUCHO	113623	7
12	ANCASH	202392	8
13	AREQUIPA	188631	8
14	JUNÍN	239287	8
15	MADRE DE DIOS	20179	8
16	PIURA	314533	8
17	LA LIBERTAD	261496	9
18	LAMBAYEQUE	195272	10
19	SAN MARTÍN	151987	10
20	MOQUEGUA	23634	10
21	TACNA	46605	11
22	TUMBES	36607	11
23	LIMA / CALLAO	1210082	12
24	ICA	113489	13
	TOTAL	4704682	

Interpretando la tabla 15, Cusco es el departamento que en relación a los indicadores de necesidad de salud pediátrica, que tiene la mayor prioridad en la asignación de pediatras. Le sigue Huancavelica y luego el resto.

En la tabla 16 se muestra la priorización para la asignación de gineco-obstetras.

TABLA 16
DEPARTAMENTOS DEL PERÚ SEGÚN NIVELES DE PRIORIDAD
PARA LA DOTACIÓN DE GÍNECO-OBSTETRAS 2004

Nº Orden	Departamento	Población de MEFs 2004	Ponderación de necesidad
1	PUNO	186904	1
2	HUANCAVELICA	60383	1
3	CAJAMARCA	216880	1
4	AMAZONAS	63238	2
5	HUÁNUCO	121156	2
6	CUSCO	182254	2
7	AYACUCHO	77383	2
8	LORETO	136699	3
9	APURÍMAC	62285	3
10	MADRE DE DIOS	17746	4
11	ANCASH	167995	4
12	UCAYALI	71784	4
13	SAN MARTÍN	122884	4
14	JUNÍN	190673	4
15	PASCO	41853	4
16	LA LIBERTAD	244079	4
17	PIURA	255086	5
18	LAMBAYEQUE	181289	5
19	AREQUIPA	187989	6
20	MOQUEGUA	27731	7
21	TUMBES	34931	7
22	TACNA	54737	7
23	LIMA / CALLAO	1538869	7
24	ICA	114472	8
	TOTAL	4359301	

Conclusiones y recomendaciones

La experiencia de la utilización de una metodología para definir las necesidades de especialistas, el número de ellos y priorizar su asignación —basada en los criterios presentados— no es la única manera y quizás no sea la mejor; sin embargo es una aproximación que utiliza

información objetiva para tomar decisiones sobre recursos humanos. La poca disponibilidad de estadísticas en relación a las especialidades, limitan la precisión de los cálculos; se necesita mejorar las fuentes de información y contar con mecanismos sistemáticos para disponer de información fidedigna y actualizada.

Cuando no se dispone de estudios de oferta y demanda de recursos humanos, que estimen con precisión las brechas por cada profesión y especialidad, esta metodología puede aproximarnos mejor que los criterios empíricos que usualmente usamos cuando no hay otras fuentes. Por ello es que debemos considerarla como una herramienta inicial en la búsqueda de mayor rigor científico y metodológico.

Esta metodología se debe complementar con un análisis de la proyección de escenarios futuros de morbi-mortalidad de la población, es decir, prever cuál será la demanda de especialidades de acuerdo a la situación de salud futura a largo plazo.

Capítulo 4

**EVALUACIÓN DEL MOVIMIENTO
MIGRATORIO DE PROFESIONALES
EN SALUD, PERÚ 1994 - 2005**

4.1 Introducción

Uno de los fenómenos que ha cobrado gran importancia en estos últimos tiempos 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. Este movimiento de personal calificado tiene en nuestros países un impacto negativo en los servicios de salud y especialmente en la atención a las poblaciones de menor acceso; estamos muy lejos de proteger el capital humano formado con grandes inversiones nacionales, generalmente públicas. Sin embargo, hay otras perspectivas que ven a este fenómeno como un medio de mejorar los ingresos nacionales, sin pensar en la protección que sus propios sistemas de salud requieren.

En este capítulo analizaremos el movimiento migratorio en el Perú, focalizando nuestra atención en la migración de profesionales de la salud. La fuente de información utilizada en este estudio, fue el registro de salidas e ingresos internacionales de profesionales de la salud: médicos, enfermeras, obstétricas y odontólogos, proporcionado por la Dirección General de Migraciones y Naturalización del Ministerio del Interior. Cuantificar y estimar la tendencia del movimiento migratorio de estos profesionales en el país es necesario, no sólo para fines de planeamiento en el sector salud, sino para registrar el flujo externo de la fuerza laboral calificada. Otras fuentes utilizadas fueron MINSA, ESSALUD, registros de ingreso y graduación de universidades, registros del Colegio de Enfermeros del Perú-CEP (nacional y 17 regionales) y otras provenientes del Censo de Infraestructura y RRHH realizado por el MINSA (1996 y 2000) así como para las enfermeras, del I Censo Nacional de Enfermería realizado el año 2001.

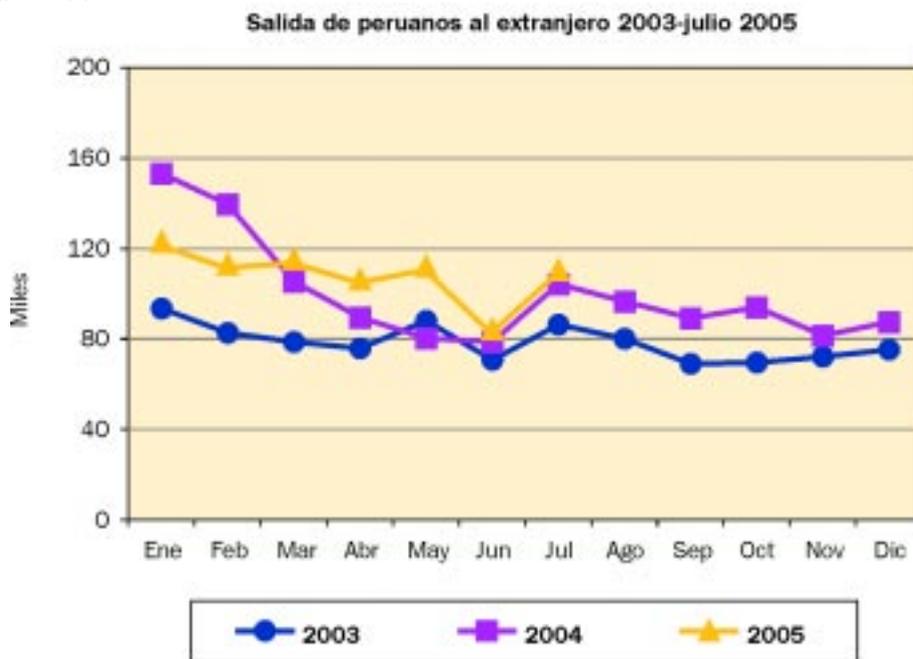
El objetivo de este capítulo, es aproximarnos a dimensionar el problema migratorio de profesionales de salud, con el propósito de anticipar consecuencias futuras sobre los servicios de salud que pongan en riesgo la cobertura y la calidad de la atención de salud en el Perú, en especial en las zonas más vulnerables y con mayores necesidades de salud, que son las que más se afectan con la escasez de recursos.

4.2 Contexto del movimiento migratorio general

El informe técnico *“Evolución del movimiento migratorio peruano”* elaborado por el INEI manifiesta que en julio de 2005 el número de peruanos que salieron al exterior fue de 110

548, cifra mayor en 6,0% a la registrada en julio de 2004. Los países de destino preferidos por los peruanos son: Bolivia con 24,7%, Estados Unidos con 23,8%, Chile con 18,7%, Argentina con 5,6%, España con 5,1%, Ecuador con 4,3%, Colombia con 3,4%, Venezuela con 3,2%, México con 2,4%, Panamá con 2,3% y Brasil con 1,8%, entre otros. Del total de peruanos que salieron, el 50,2% fueron hombres y el 49,8% mujeres. En el período enero-julio 2005, las salidas de peruanos al exterior, aumentaron en 2,0%, con respecto al mismo período del año anterior.

GRÁFICO 4



Elaboración OFINE IDREH

Fuente: INEI: "Evolución del movimiento migratorio peruano". Documento Técnico N°4. 2004.

Comparando las tendencias respectivas para cada año, se observa un incremento en la salida de peruanos al exterior para los años 2003, 2004 y 2005. A manera de ejemplo, para julio de 2003, se registraron 85 400 salidas, mientras que para el mismo mes en el 2004 se registraron 104 300 salidas y para julio del año 2005 un incremento a 110 500 salidas de peruanos al exterior (gráfico 4).

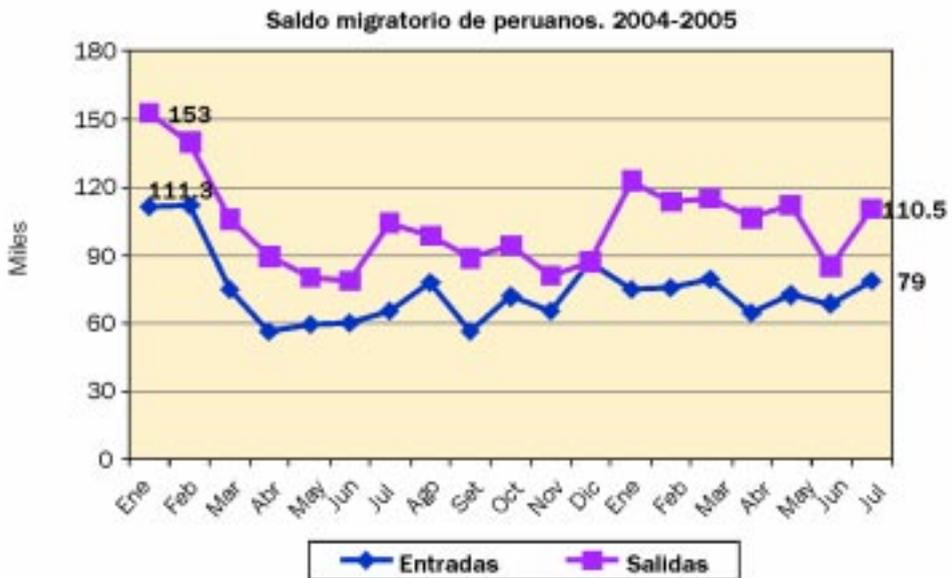
Para el mismo período según grupos de edad, las mayores concentraciones de peruanos que viajaron hacia el exterior se encuentran en el rango de 30 a 39 años con el 25,5%, de 20 a 29 años con el 21,3%, de 40 a 49 años con el 19,3% y de 50 a 59 años de edad con el 11,5%. De otro lado, según motivo de viaje, 109 108 peruanos manifestaron que viajaban por turismo, es decir el 98,7%, mientras que el 0,4% fue por residencia, al igual que por trabajo, y por negocios el 0,1%.

GRÁFICO 5



Fuente: INEI: "Evolución del movimiento migratorio peruano". Documento Técnico N°4. 2004.

GRÁFICO 6



Fuente: INEI: "Evolución del movimiento migratorio peruano". Documento Técnico N°4. 2004.

El saldo migratorio para ese período fue negativo, es decir fue mayor el número de personas que salieron con respecto al número de las que regresaron. En julio 2005, retornaron al país 79 021 peruanos y salieron hacia el exterior 110 548, generando un saldo negativo de 31 527 personas. En el período enero-julio 2005 el saldo migratorio de peruanos fue negativo en 249 372 (gráfico 6).

4.3 Migración de profesionales del sector salud

El personal de salud constituye un elemento fundamental en la producción de servicios de salud tanto en la dimensión subjetiva, relativa a la intencionalidad humana, como en la dimensión objetiva de la ejecución de competencias profesionales específicas. Su contribución a la ejecución efectiva de políticas de salud y a la estructuración de sistemas de salud y de servicios adecuados es ampliamente reconocida como esencial.

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 y cumplir con objetivos sanitarios.

Las migración está determinada predominantemente por las diferencias políticas y socioeconómicas entre los países. Los principales factores que impulsan a salir son la falta de formación continua y de perfiles claros de carrera, baja remuneración y malas condiciones de trabajo, conflictos políticos, guerras; mientras que entre los factores de atracción figuran mejores oportunidades para el progreso educativo, mayor remuneración y niveles de vida. La insatisfacción por la remuneración y las condiciones de trabajo, son los factores determinantes.

La OIT estima que 77 millones de personas viven y trabajan lejos de sus países de origen, acompañados por un número similar de dependientes. Filipinas desempeña un papel importante en la economía de las migraciones laborales, ya que unas 7 millones de personas nacidas en ese país trabajan en el extranjero.

En el año 1970, Filipinas contaba con 63 escuelas de enfermería y unos 40 000 profesionales registrados en esa área. Para 1998 el número de escuelas había aumentado a 198, y el número de profesionales registrados a 300 000, pero cada año 70% de las 7 000 enfermeras graduadas abandonan ese país en busca de mejores oportunidades económicas que les permitan enviar remesas a sus familiares. Como consecuencia de esto, Filipinas debe lidiar con un déficit de mano de obra que deja vacantes 30 000 puestos de trabajo en el sector.

Para algunos países en desarrollo la migración de sus trabajadores de la salud puede acarrear consecuencias graves. En algunas naciones africanas esto trae como consecuen-

cia la incapacidad para ocupar los puestos de trabajo disponibles. En 1999, Ghana no lograba completar 42,6% de las vacantes para médicos, y 25,5% de los puestos disponibles en enfermería.

Entre tanto, gran cantidad de los médicos formados en Sudáfrica emigran hacia países como Canadá, y el número de enfermeras que abandonan el país, la mitad de ellas con destino a Estados Unidos, aumentó 8 veces desde 1991. Bach remarcó que *“esto ocurre justamente cuando el continente lucha contra el efecto devastador del VIH/SIDA, que agrava el problema de falta de personal pues algunos de ellos también son víctimas de la enfermedad, y que causa problemas de baja de moral y exceso de trabajo en el sector”*.

La cuantificación y caracterización del problema de la migración no es una tarea sencilla. Las estadísticas sobre el tema son escasas y en muchos casos no permiten un análisis desagregado de manera de precisar los fenómenos. Los trabajos de campo específicos para la cuestión son pocos y, en su mayoría, suelen ser estudios de caso con un reducido número de observaciones.

Estados Unidos es quizás el país que recibe a la mayor cantidad de profesionales a nivel mundial, la gran mayoría de ellos procedentes de América Latina y el Caribe. Uno de los últimos censos realizados en dicho país, recabó información acerca de la migración, pero no recabó información acerca del perfil del emigrante, por ello no hay información o no se dispone de manera pública, sobre cuántos son de salud y de ellos cuántos son de Perú.

4.4 Migración de profesionales del sector salud en el Perú

En este informe, el cálculo del saldo migratorio de profesionales del sector salud se realizó tomando en cuenta la salida del profesional (médico, enfermera, obstetrix y odontólogo) en determinado año y que no presentó registro de su retorno durante los dos años próximos a su salida, teniendo en consideración que las otras causas de viaje al exterior, sin la intención de regresar a corto plazo, estarían excluidas al determinar este período como filtro. Por lo tanto, se pretende determinar mediante este criterio la cantidad anual de profesionales del sector salud que emigraron al exterior con fines de residencia en el país de destino sin evidenciar retorno posterior, por lo menos a mediano plazo.

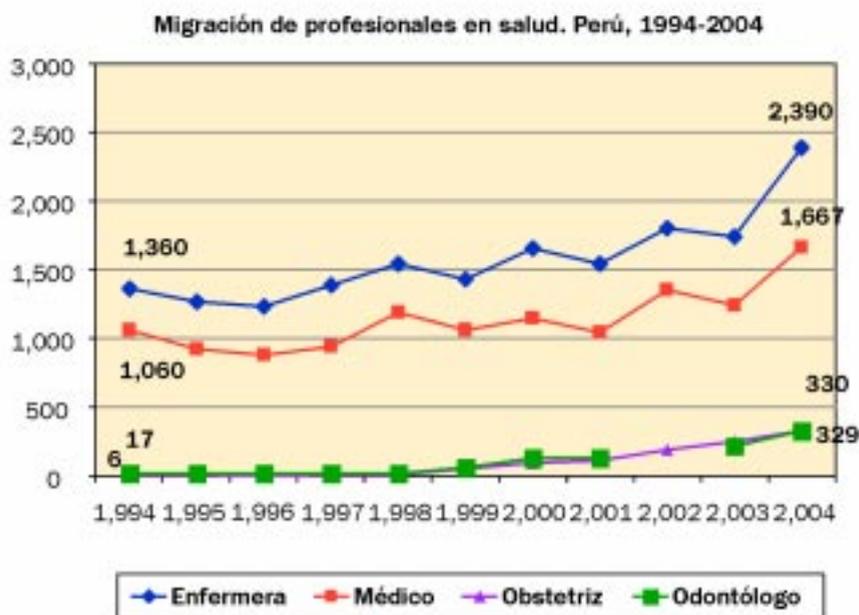
Las tendencias y proporciones de emigrantes profesionales guardan correspondencia con la distribución de emigrantes en general como veremos en los gráficos siguientes.

Cabe resaltar que estas cifras difieren de publicaciones anteriores, debido a que la Oficina de Estadística de la Dirección General de Migraciones y Naturalización ha actualizado sus datos agregando registros y disminuyendo duplicidades; por lo tanto las cifras que hemos considerado están actualizadas hasta el 2004.

En este análisis se evaluó el período 1994 - 2004 donde se registra un mayor flujo de migración en este sector así como incrementos para todos los grupos de profesionales de salud evaluados. En este periodo se registra un acumulado de 17,356 enfermeras emigrantes , 12,498 médicos, 1,060 obstetricas y 1,153 odontólogos.

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 57% en el mismo periodo; el comportamiento de la migración de obstetricas y odontólogos tiene menores niveles y al inicio del año 1994 registraba mínimas cifras de migración, registrándose un aumento considerable a partir del año 2000.

GRÁFICO 7

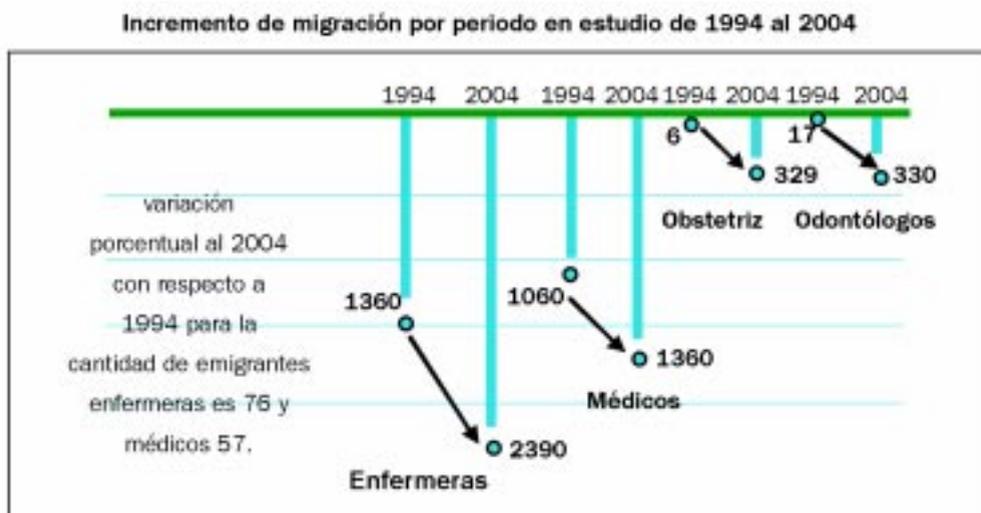


Elaboración OFINE IDREH

Fuente: DIGEMIN. Dirección General de Migraciones y Naturalización. Oficina de Estadística.

Como se evidencia en el gráfico anterior, la tendencia migratoria de los profesionales de la salud es creciente, sin embargo, las variaciones porcentuales anuales de las enfermeras y médicos tienen un intercambio de flujo positivo a negativo desde 1998, es decir el crecimiento se presenta principalmente cada dos años. Esta situación no se presenta en los odontólogos, en quienes el crecimiento es creciente año a año.

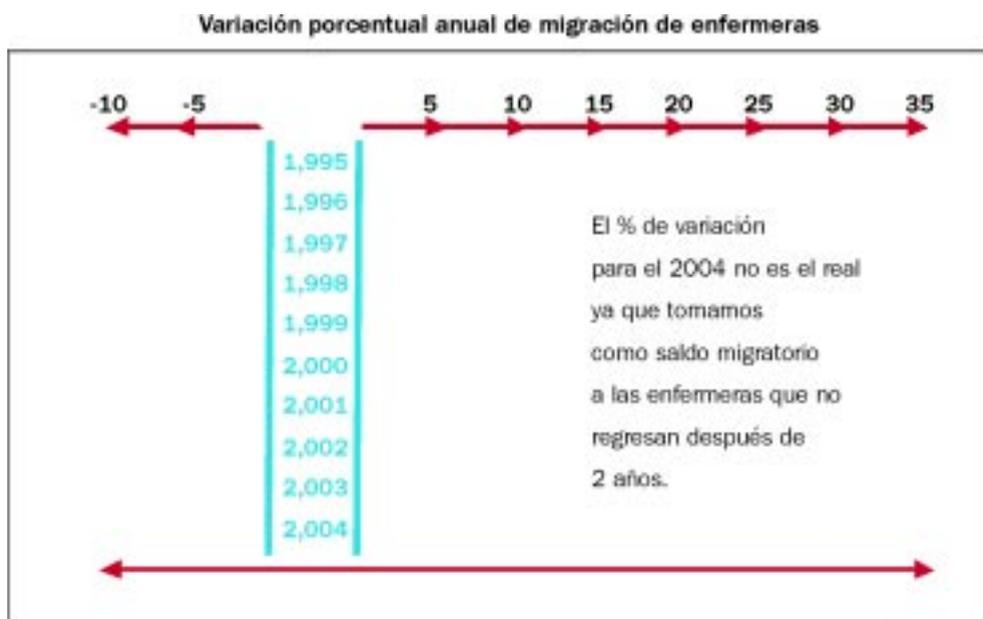
GRÁFICO 8



Elaboración OFINE IDREH

Fuente: DIGEMIN. Dirección General de Migraciones y Naturalización. Oficina de Estadística.

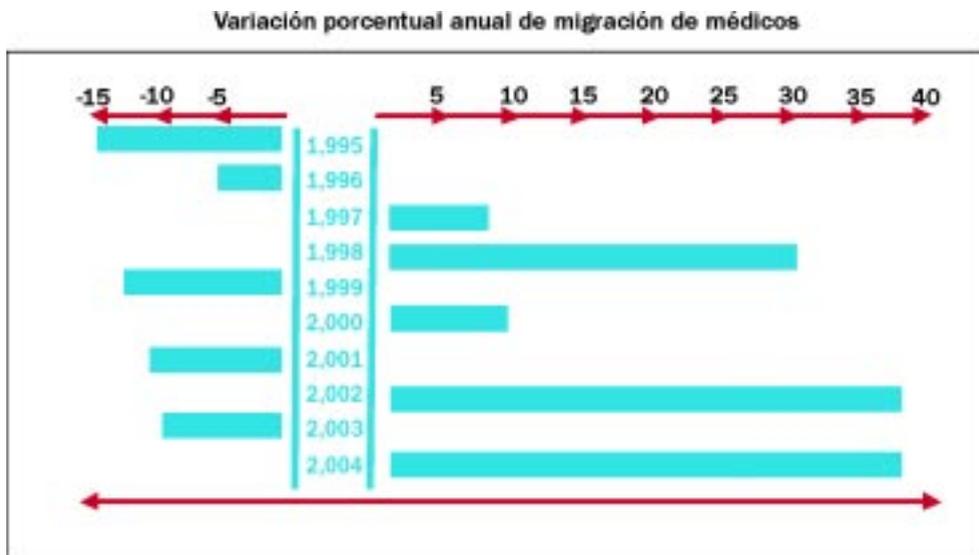
GRÁFICO 9



Elaboración OFINE IDREH

Fuente: DIGEMIN. Dirección General de Migraciones y Naturalización. Oficina de Estadística.

GRÁFICO 10



Elaboración OFINE IDREH
Fuente: DIGEMIN. Dirección General de Migraciones y Naturalización. Oficina de Estadística.

GRÁFICO 11



Elaboración OFINE IDREH
Fuente: DIGEMIN. Dirección General de Migraciones y Naturalización. Oficina de Estadística.

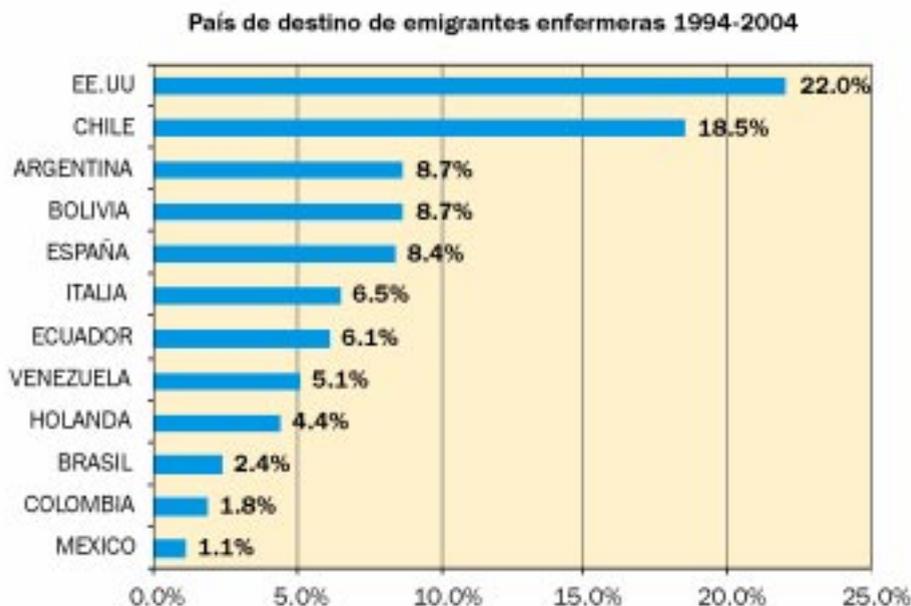
Migración de enfermeras según país de destino

En la década 1994 - 2004, el mayor porcentaje de profesionales enfermeras ha migrado principalmente a los EE.UU. con 22%, seguido de países fronterizos como Chile con un 18.5% y Bolivia 8.7%, Argentina 8.7% y países europeos como España, Italia, Holanda con 8.45%, 6.5% y 4.4% respectivamente.

Este es el grupo profesional que en América Latina tiene mayores problemas de escasez. Para ilustrar mejor este problema vale la pena observar las proyecciones de necesidad de profesionales de Enfermería en Canadá y los Estados Unidos y sus implicancias para los países en desarrollo como Perú.

En Canadá, se pronostica una escasez de más de 60 000 enfermeras como resultado de la falta de nuevos profesionales contratados y del envejecimiento general de la cohorte actual de enfermeras (que aumentaría a 64 248, si se considera que la edad de jubilación es de 55 años; en el 2011 una escasez de 78 000 enfermeras tituladas, y de 113 000 en 2016). En los Estados Unidos, actualmente hacen falta más de 100 000 enfermeras y se prevee que la escasez será mayor en los próximos años¹³.

GRÁFICO 12



Elaboración OFINE IDREH

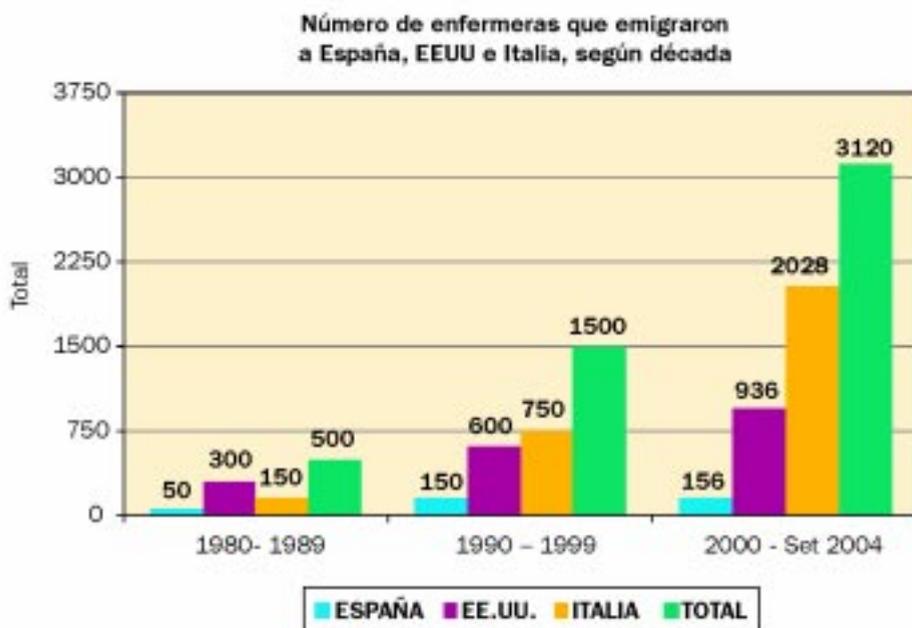
Fuente: DIGEMIN. Dirección General de Migraciones y Naturalización. Oficina de Estadística.

¹³ Asociación Canadiense de Enfermeras. Informe *Planning for the Future: Nursing Human Resources Projections (2002)*.

La puesta en marcha de áreas de libre comercio amenaza con aumentar aún más, la concentración de los recursos humanos en las regiones con mayor desarrollo, saltando las fronteras nacionales. El MERCOSUR (Mercado Común del Cono Sur de América Latina) ha aprobado el intercambio libre de servicios de profesionales a través de la directiva CMC/DEC 13/97, estableciendo un cronograma de diez años para alcanzar un mercado de trabajo libre y el reconocimiento total de los títulos. El proceso está empezando a ser ejecutado con unas pocas profesiones, incluidos los médicos¹⁴, proporcionando un marco para las migraciones en el área. Las tendencias indican que en respuesta a esta nueva movilidad, la migración en el área intensificará los desajustes ya presentes entre las sub regiones más desarrolladas y menos desarrolladas en los países¹⁵.

Si bien se observa una disminución de la emigración a los países de España y EEUU en las 2 últimas décadas, las cifras son significativas y por la demanda existente, la tendencia es a mantenerse en esas dimensiones. Asimismo podemos apreciar que Italia es el país que está recibiendo la mayor cantidad de enfermeras peruanas; en este período recibió casi 10 veces más que España y 5 veces más que Estados Unidos. Cabe anotar que hay sub registro, pues existe información oficiosa de enfermeras, que en menor proporción, han emigrado a países latinoamericanos (Costa Rica, Venezuela, Argentina, Chile).

GRÁFICO 13



Fuente: COLEGIO DE ENFERMERAS DEL PERÚ

¹⁴ <http://www.mercosur.org.uy/pagina1esp.htm> MERCOSUR (1997): MERCOSUR/CMC/DEC n° 13/97. Protocolo de Montevideo sobre el comercio de servicios del Mercosur.

¹⁵ OPS/OMS (1995): *Recursos humanos em saude no Mercosul*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro.

Razones del fenómeno migratorio de enfermeras del Perú

El Colegio de Enfermeras del Perú ha analizado este fenómeno y señala entre otras razones las siguientes:

- a) Condiciones de trabajo inestable en deterioro sistemático y permanente.
- b) Esquemas salariales deprimidos e injustos.
- c) Inexistencia de sistemas de incentivos.
- d) Falta de estrategias apropiadas para el mantenimiento de la competencia profesional en los servicios de salud.

Estos factores contribuyen al éxodo de enfermeras del interior a la capital y a los centros urbanos de mayor desarrollo, así como a otros países, lo que a su vez tiene un impacto negativo en el funcionamiento eficaz y equitativo del sistema de salud, la implementación de reformas en el sector y el proceso de descentralización.

Cabe destacar que desde hace dos décadas algunos gobiernos y organismos privados desarrollan campañas masivas de contratación de enfermeras peruanas, con métodos poco éticos que impiden adoptar decisiones informadas por parte de ellas. De otro lado han surgido entre otros problemas, la discriminación laboral y la exclusión social (salarios diferenciados de los nacionales, duras condiciones de vida y trabajo).

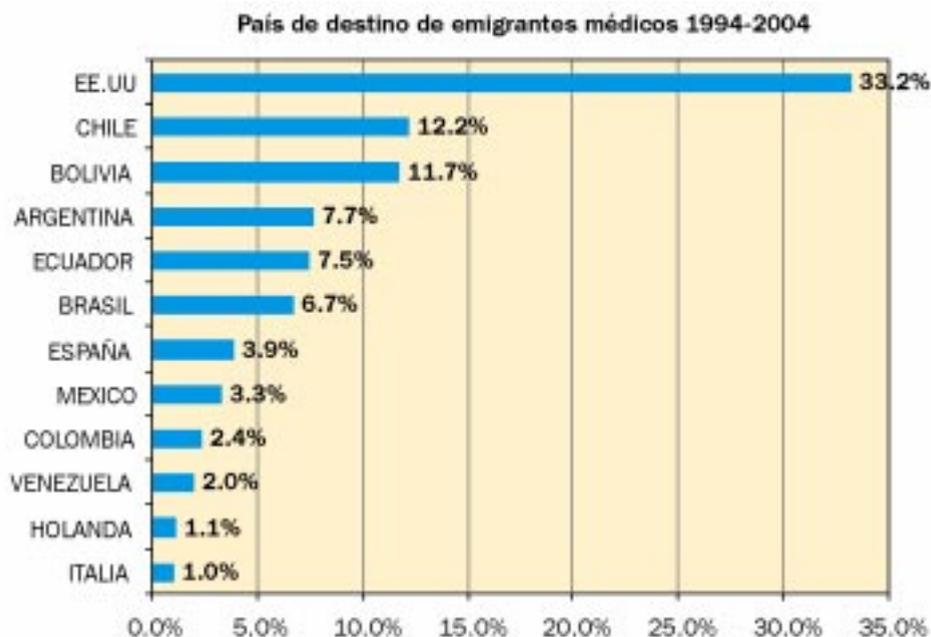
Para dimensionar mejor el problema es necesario investigar más sobre el tema y evaluar soluciones creativas que se contrapongan a esta tendencia; en este sentido el CEP sugiere evaluar cómo y de qué manera los países beneficiarios retornan a los países proveedores los costos de formación del personal profesional de enfermería y el uso de sistemas de trabajo temporal, con el fin de mejorar la equidad de distribución de recursos a nivel de países que tienen escasez de enfermeras.

Otro aspecto importante a considerar sobre la migración de profesionales es la disponibilidad de información sobre el tema, que demanda la participación de los interesados directos en el uso de la información (universidades y escuelas formadoras, colegios profesionales, gremios, empleadores, relaciones exteriores, la Asamblea Nacional de Rectores, etc.) y el compromiso de éstos en mantener actualizados de manera permanente los datos y tendencias. Esta información es un insumo importante para diseñar estrategias que permitan anticiparnos a las consecuencias del fenómeno migratorio y valorar la pérdida de capital intelectual para el país y su impacto en el desarrollo del campo de la salud.

Migración de médicos según país de destino

Para la misma década el mayor porcentaje de profesionales médicos ha migrado principalmente a los EE.UU con 33.2% , seguido de países fronterizos como Chile con un 12.2%, Bolivia 11.7% y Ecuador 7.5%, Argentina 7.7%, Brasil 6.7% y países europeos como España, Italia, Holanda, con 3.9%, 1% y 1.1% respectivamente en menor proporción.

GRÁFICO 14



Elaboración OFINE IDREH

Fuente: DIGEMIN. Dirección General de Migraciones y Naturalización. Oficina de Estadística.

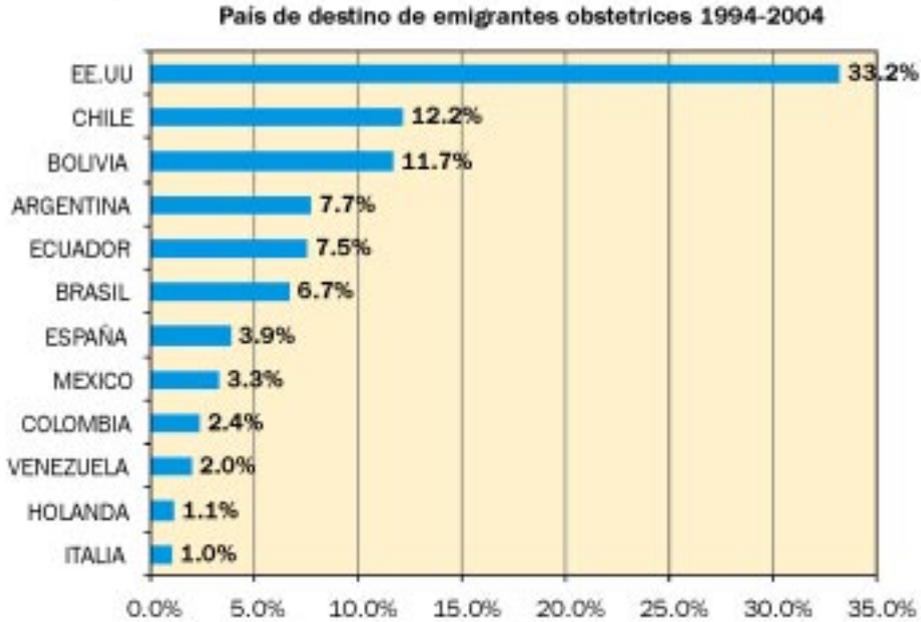
Migración de obstetrices según país de destino

Para la misma década, el mayor porcentaje de profesionales enfermeras ha migrado principalmente a los EE.UU con 33.2% , seguido de países fronterizos como Chile con un 12.2%, Bolivia 11.7% y Ecuador 7.5%, Argentina 7.7%, Brasil 6.7% y países europeos como España, Italia, Holanda, con 3.9%, 1% y 1.1% respectivamente en menor proporción (gráfico 15).

Migración de odontólogos según país de destino

Para la misma década el mayor porcentaje de profesionales odontólogos ha migrado principalmente a los EE.UU con 32.5%, seguido de Bolivia con 23.6% y en menos proporción a países de Sudamérica como Chile 6.5%, Ecuador 5.9%, Argentina 4.2%, Brasil 3.9% y países europeos como España con 6.6% e Italia con 1.5% principalmente (gráfico 16).

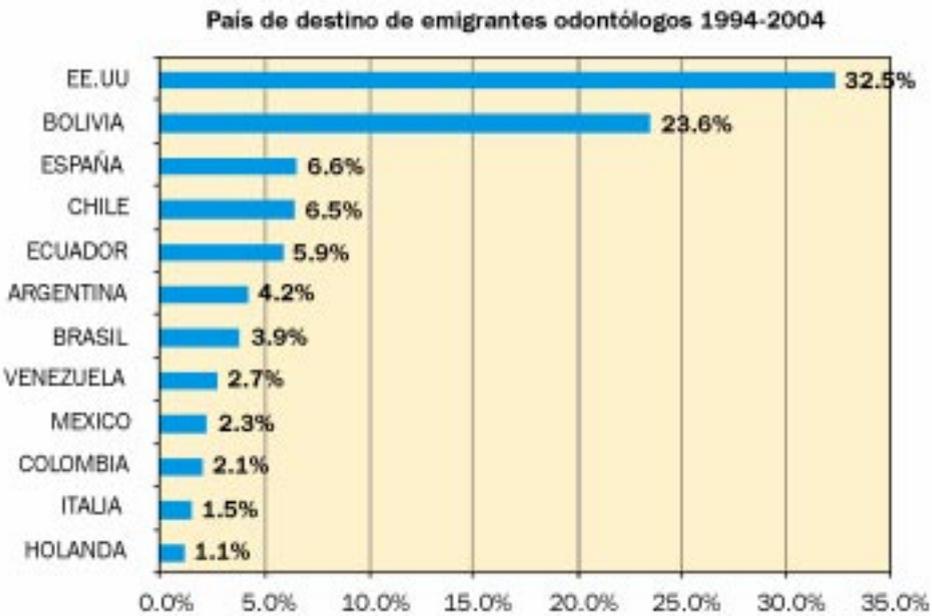
GRÁFICO 15



Elaboración OFINE IDREH

Fuente: DIGEMIN. Dirección General de Migraciones y Naturalización. Oficina de Estadística.

GRÁFICO 16



Elaboración OFINE IDREH

Fuente: DIGEMIN. Dirección General de Migraciones y Naturalización. Oficina de Estadística.

Conclusiones y recomendaciones

Las tendencias de la migración en el país, indican un incremento progresivo que en términos porcentuales es mayor en enfermeras.

Los tratados de libre comercio incrementarán los factores que estimulan los movimientos migratorios al facilitar la movilización de profesionales entre países.

Las tendencias de la formación, que en la actualidad tiene como mercado al mundo, incrementará la emigración.

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. Por lo tanto, se requiere que los países en los cuales el problema de la migración se agudizará, adopten medidas en conjunto que disminuyan esta tendencia. De lo contrario, las consecuencias de este fenómeno en la capacidad de respuesta de los sistemas de salud en estos países se verá afectada, así como las posibilidades de su desarrollo, ya que es general e involucra a todas las profesiones, en especial a las más calificadas, las cuales tienen mayores oportunidades en países desarrollados.

A continuación se presentan algunas acciones que los países que tienen este problema están planteando para prevenir un incremento futuro.

1. **Regular los desplazamientos internos de los trabajadores de salud, (dentro del país) 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 desplazamientos 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.

2. **Implementar en los colegios profesionales, un sistema de monitoreo de desplazamientos internos y migración internacional del personal de salud, a través de registros cuando los profesionales cambian de residencia, como requisito para el ejercicio profesional en el ámbito de su nueva residencia.**

El profesional que cambia de residencia dentro del país, para poder ejercer en su nuevo ámbito, debería tener como requisito obligatorio, registrarse en la dependencia local del colegio profesional.

Se pueden establecer acuerdos entre los colegios profesionales y la Dirección de Migraciones, con la finalidad de registrar a todos los profesionales de salud, que salen

del país y monitorear su retorno al país. Esto permitiría caracterizar mejor el problema y cuantificar su magnitud.

3. **Promover tratados entre países desarrollados favorecidos por la migración desde países pobres, con la finalidad de generar mecanismos de devolución de la inversión en la formación, hacia el país de origen.**

La pérdida en relación a la inversión en formación y desarrollo de personal también debe ser reconocida, particularmente a favor de los países en desarrollo. Para compensar esta pérdida, los países desarrollados que reciben estos trabajadores deberían brindar beneficios a los países de los emigrantes, dado que están consiguiendo beneficios substanciales al ahorrar tiempo y dinero en la formación, así como en el aporte de los expatriados en servicios y el desarrollo del país que los recibe.

Los tratados podrían favorecer un intercambio ordenado de profesionales de salud entre países, disminuyendo la discriminación de la cual son objeto los profesionales emigrantes, cuando afectan la oportunidades de trabajo interno en el nuevo país, dado que el intercambio se realiza de manera desordenada.