

**Organización Panamericana de la Salud**

# Reclutamiento y migración de recursos humanos de la salud

Informe preliminar de consultoría

Eco. Julio Gamero Requena  
16 diciembre 2009

## CONTENIDO

1.	Estado de situación del reclutamiento internacional del personal de salud en la subregión andina .....	6
2.	Síntesis.....	6
3.	Marco conceptual.....	8
3.1.	La migración: causas y efectos.....	8
3.2.	Plan de recolección de la información .....	11
3.2.1.	Objetivo .....	11
3.2.2.	Metodología .....	11
4.	Informe del caso en Perú.....	12
4.1.	Antecedentes .....	12
4.2.	Fundamentación teórica .....	13
4.3.	Descripción operativa .....	17
4.4.	Descripción de los hallazgos .....	40
5.	Costos de la migración de recursos humanos de la salud .....	50
6.	La migración en la era de la globalización .....	52
6.1.	Algunos datos sobre la migración en el mundo.....	52
6.2.	Las tendencias de los flujos migratorios .....	52
6.3.	Las remesas.....	53
6.4.	Convergencia de capital humano con divergencia de ingresos: Emigración de AL .....	55
6.5.	Los migrantes de América Latina y de la Comunidad Andina de Naciones (CAN) .....	56
6.5.1.	Los migrantes de la CAN en España.....	57
7.	Demografía de los migrantes peruanos .....	59
7.1.	Evolución de la migración .....	59
7.2.	Importancia de la migración de profesionales.....	60
7.3.	Ranking de la migración de profesionales .....	60
1.1.	Ranking de la migración de RHUS .....	61

1.2.	Destino de los RHUS.....	62
8.	Razones de migración.....	64
8.1.	Un sector público deprimido .....	64
8.2.	Un mercado de bajos ingresos.....	64
9.	Consecuencias de la migración.....	65
9.1.	Países en desarrollo .....	65
9.1.1.	Aspectos positivos .....	65
9.1.2.	Aspectos negativos .....	66
1.3.	Países desarrollados.....	67
9.1.3.	Aspectos Positivos .....	67
9.1.4.	Aspectos Negativos.....	68
2.	Calculando los costos de la migración de los RHUS.....	68
9.2.	Breve discusión .....	68
9.3.	Metodología.....	71
9.3.1.	Primer enfoque.....	71
9.3.2.	Segundo enfoque.....	72
9.4.	Resultados.....	73
9.4.1.	Primer enfoque.....	73
9.4.2.	Segundo enfoque.....	74
10.	Conclusiones.....	77
11.	Anexos .....	79
11.1.	Entrevista semi estructurada dirigida a decanos de colegios profesionales y presidente de la Asamblea Nacional de Rectores .....	79
11.2.	Entrevista semi estructurada a responsables de agencias de reclutamiento de profesionales de la salud	80
11.3.	Cuestionario dirigido a los profesionales de la salud.....	81
11.4.	Mapa mental.....	83

11.5. Estadísticas de oferta .....	84
12. Bibliografía .....	85

### Índice de cuadros

Cuadro Nº 1 Déficit nacional de profesionales de medicina, enfermería, obstetricia y odontología (Relación Laboral Estable y SERUMS) considerando la dotación actual y estándares previamente establecidos. Ministerio de Salud, Perú – 2007 .....	14
Cuadro Nº 2 Situación de la Oferta, Demanda y Necesidad (Escenario proyectado).....	15
Cuadro Nº 3 Estimado de la necesidad de profesionales médicos, 2009.....	16
Cuadro Nº 4 Dinámica de los actores que intervienen en el proceso de reclutamiento de profesionales de la salud: Caso Perú .....	22
Cuadro Nº 5 Procedimientos de reclutamiento de Recursos Humanos de la Salud (RHUS) según mercado destino: Caso Perú.....	36
Cuadro Nº 6 Características Generales de la migración de los profesionales de la salud .....	40
Cuadro Nº 7 Procedimientos para la emigración de los profesionales de la salud .....	43
Cuadro Nº 8 Características Generales de los emigrantes profesionales de la salud en los países de destino	46
Cuadro Nº 9 Perú: Importancia de la migración de profesionales, 1994 – 2008 .....	60
Cuadro Nº 10 Perú: Ranking de profesiones que concentran el mayor número de migrantes según sexo, 1994 - 2008.....	60
Cuadro Nº 11 Perú: Cuento de migrantes según categoría ocupacional de los RHUS, 1994 – 2008 .....	61
Cuadro Nº 12 Perú: Profesionales de la salud migrantes según país de destino, 1994-2008 .....	63
Cuadro Nº 13 Costo total de entrenamiento de un estudiante de medicina en una universidad privada antes de migrar, nuevos soles.....	73
Cuadro Nº 14 Costo total de entrenamiento de un estudiante de medicina en una universidad pública antes de migrar, nuevos soles.....	73
Cuadro Nº 15 Pérdida total por medico peruano que decidió emigrar.....	74
Cuadro Nº 16 Pérdida total acumulada por médicos migrantes entre 1994 - 2008 .....	74
Cuadro Nº 17 Escenario para un profesional médico con mejoras salariales en 10% cada 3 años, sin familia	75
Cuadro Nº 18 Escenario para un profesional médico con mejoras salariales en 10% cada 3 años, con familia .....	75

Cuadro Nº 19 Universidades que dictan carreras profesionales de salud.....	84
Cuadro Nº 20 Perú: Asociados a colegios profesionales de salud .....	84

### Índice de gráficos

Gráfico Nº 1 Proyección de demanda de profesionales médicos.....	15
Gráfico Nº 2 Proyección de necesidad de profesionales médicos.....	16
Gráfico Nº 3 Mapeo de Actores del mercado de reclutamiento de profesionales de la Salud: Caso Perú .....	24
Gráfico Nº 4 Mercado laboral Globalizado de los Recursos Humanos de la Salud.....	39
Gráfico Nº 5 Distribución de la migración de los profesionales de la salud según sexo .....	41
Gráfico Nº 6 Distribución de la migración de los profesionales de la salud según País Destino .....	41
Gráfico Nº 7 Distribución de la migración de los profesionales de la salud según Relación laboral .....	42
Gráfico Nº 8 Distribución según canales de información para la emigración de los Profesionales de la salud 43	
Gráfico Nº 9 Distribución de la emigración de los profesionales de la salud según duración del trámite .....	44
Gráfico Nº 10 Distribución de la emigración de los profesionales de la salud según el tiempo mínimo de duración de trámites documentarios .....	44
Gráfico Nº 11 Distribución de la emigración de los profesionales de la salud según la dificultad para realizar los trámites.....	45
Gráfico Nº 12 Distribución de la emigración de los profesionales de la salud según costo aproximado del trámite.....	45
Gráfico Nº 13 Distribución de emigrantes profesionales de la salud según tiempo de residencia .....	46
Gráfico Nº 14 Distribución de emigrantes profesionales de la salud según actividad profesional .....	47
Gráfico Nº 15 Distribución de emigrantes profesionales de la salud según remuneración comparada .....	47
Gráfico Nº 16 Distribución de profesionales de la salud según motivo de Emigración.....	48
Gráfico Nº 17 Distribución de profesionales de la salud Residencia definitiva .....	48
Gráfico Nº 18 Promedio anual de migrantes a las regiones más desarrolladas (1960 – 2050).....	52
Gráfico Nº 19 Emigración Neta, 1960 – 2050, por continente .....	53
Gráfico Nº 20 Participación de las remesas (USD millones) en el PBI de los países de la región en el 2006 ...	54

Gráfico Nº 21 Tendencias del PBI. EEUU y AL, 1900 - 2000.....	55
Gráfico Nº 22 .....	55
Gráfico Nº 23 .....	56
Gráfico Nº 24 Países receptores de la migración proveniente de América Latina, 1995 - 2005 .....	56
Gráfico Nº 25 PBI real y Nº de inmigrantes residentes en España, provenientes de la CAN .....	57
Gráfico Nº 26 Tendencia PBI Real y Nº Residentes en España provenientes de la CAN .....	58
Gráfico Nº 27 Perú: Volumen de migrantes según sexo, 1990 - 2008.....	59
Gráfico Nº 28 Perú: Importancia de la migración según sexo, 1994 – 2008 .....	62
Gráfico Nº 29 Perú: Importancia de los profesionales migrantes sobre el total de migrantes según destino, 1994 – 2008.....	62
Gráfico Nº 30 Un esquema de la carrera del médico profesional en el Perú .....	70

## 1. ESTADO DE SITUACIÓN DEL RECLUTAMIENTO INTERNACIONAL DEL PERSONAL DE SALUD EN LA SUBREGIÓN ANDINA

Se ha identificado una corriente emigratoria de personal y particularmente profesionales de Salud de la Sub región Andina a países de mayor desarrollo, lo que ha merecido la atención y preocupación de las autoridades sanitarias de los países afectados, entre ellos el nuestro y las Instituciones representativas a nivel hemisférico y mundial como la OPS y OMS.

La migración en salud, tiene una serie de implicaciones que deben ser conocidas, debatidas y analizadas, temas como la procedencia geográfica, número, tipo y características de los profesionales emigrantes, las operadoras internacionales en su afán de reclutamiento, así como las facilidades y/o dificultades para tal fin, las condiciones y derechos para una libre movilidad de estos profesionales entre países, su posibilidad de inserción en mercados laborales, el reconocimiento de su formación profesional en su país de origen, la autorización del ejercicio profesional, y el acceso igualitario a los derechos de ciudadanía de los países, entre las principales.

“El Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud” presenta una evaluación realizada por expertos acerca de la crisis de personal sanitario que atraviesa el mundo, así como varias propuestas ambiciosas para abordar ese problema a lo largo de los próximos diez años, empezando a actuar de inmediato (Informe sobre la Salud en el Mundo OMS).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha recibido el mandato de los gobiernos de “Promover acciones nacionales e internacionales para que los países afectados por la migración, conserven a su personal sanitario y eviten carencias en su dotación” y ha definido con los países del continente, tres metas particulares a alcanzar en este tema para la próxima década: 1) Todos los países de la Región habrán adoptado un código de práctica global o habrán desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de salud, 2) Todos los países de la Región tendrán una política de autosuficiencia para satisfacer sus necesidades de recursos humanos para la salud y 3) Todas las subregiones habrán desarrollado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales formados en el extranjero.

Es así que en el marco del Plan Andino de Recursos Humanos de Salud aprobado por la XXIX reunión de Ministros de Salud del Área Andina (abril 2008), la realización del Taller de Migración Profesional en Salud en el Área Andina (marzo 2009) y gracias al trabajo conjunto de la OPS, el Organismo Andino de Salud y la Secretaría de la Comunidad Andina, se plantea la realización de un estudio de tal situación en el Perú que contribuya al análisis y elaboración de propuestas para revertir esta situación y que sirva para la ejecución de un Plan a nivel Regional.

## 2. SÍNTESIS

La migración es un fenómeno de larga y antigua existencia, que toma sus características por circunstancias temporales que imprimen una distinción que hace se vayan renovando continua y constantemente lo estudiado de ella. La migración en salud, tiene una serie de implicaciones que deben ser conocidas, debatidas y analizadas, temas como la procedencia geográfica, número, tipo y características de los profesionales emigrantes, su posibilidad de inserción en mercados laborales, el reconocimiento de su

formación profesional en su país de origen, la autorización del ejercicio profesional, y el acceso igualitario a los derechos de ciudadanía de los países, entre las principales

La Salud como categoría económica social ha tomado a la Medicina como su casi exclusivo soporte, a tal punto que muchas veces es indistinguible una de la otra. La medicina y su ejercicio también ha sufrido cambios dramáticos, el elevado costo de la atención especializada ha orientado el interés a una rama casi olvidada y desatendida que es la **Atención Primaria** (asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. OMS, 2008), considerando que casi el 80%, de las afecciones del hombre puede ser muy bien atendida por este sector, quedando un 20% para ser asumido por el sector especializado, en donde “prevenir antes que curar” con costos infinitamente más bajos se constituye en el anhelo de toda Política de Salud.

Es así que en el marco del Plan Andino de Recursos Humanos de Salud y gracias al trabajo conjunto de la OPS, el Organismo Andino de Salud y la Secretaría de la Comunidad Andina, se plantea la realización de un estudio de tal situación en el Perú que contribuya al análisis y elaboración de propuestas para revertir esta situación y que sirva para la ejecución de un Plan a nivel Regional.

Mediante la presente investigación se busca identificar y generar evidencias sobre la situación del reclutamiento internacional de personal profesional de la salud que opera en el Perú, caracterizando su ubicación, mecanismos, procesos y formas operacionales vigentes, con el fin de diseñar estrategias que permitan desarrollar propuestas para su gestión a nivel Subregional y nacional.

Para obtener esta información se ha recurrido a fuentes como revistas, periódicos, estudios estadísticos, investigaciones e Internet. Así también se han aplicado entrevistas semi-estructuradas a funcionarios de Colegios Profesionales, de la Asamblea Nacional de Rectores, y profesionales médicos y enfermeras que se encuentran actualmente residiendo fuera del país, que tienen parientes y/o amigos cercanos o que han postulado en alguna oportunidad.

Los resultados obtenidos muestran que las facilidades y accesibilidad de información para emigrar brindan nuevas alternativas a los profesionales de la salud y se constituyen en la primera puerta de ingreso, principalmente para los profesionales jóvenes. La motivación más resaltante de la emigración de médicos está orientada, según se ha recogido, a mejorar las condiciones de su desarrollo profesional, en tanto que en las enfermeras predomina el aspecto remunerativo. Se percibe en estos profesionales una mejora significativa en la calidad de vida y nivel remunerativo en el exterior respecto a nuestro país.

El mayor flujo migratorio de personal de salud, (médicos, enfermeras) hacia España, estaría dado por las facilidades de trámites migratorios al amparo de Convenio Andrés Bello, el idioma y también podría influir el acercamiento cultural entre ambas naciones. Respecto a las agencias privadas de reclutamiento y/o captación de recursos humanos en salud, se constituyen en un sistema internacional de operación y a nivel nacional se extienden a muchas ciudades del Perú.

Por otro lado la brecha entre oferta y necesidad de médicos no está definida, existen opiniones no concordantes entre Ministerio de Salud y Colegio Médico del Perú, por lo que las propuestas también difieren. A criterio de esta última institución hay una sobreoferta de médicos, que es necesario regular, una apreciación general muestra que existiría una sobreoferta.

Respecto a la oferta laboral disponible en el exterior está mayormente orientada para la atención primaria de la salud, otorgándose para ello facilidades para su captación; contrariamente, la formación académica de los profesionales que emigran está fuertemente dirigida a la atención especializada hospitalaria (segundo y tercer nivel de atención).

En el Perú, la medicina y su ejercicio profesional ha sufrido cambios dramáticos, elevando los costos hacia una atención especializada y desatendiendo la atención primaria como política de salud preventiva a bajo costo. El predominio monopólico por parte del Estado en el mercado de la salud peruano, la formación en recursos desregulada y desconectada de los objetivos y necesidades de salud pública del país y las limitadas condiciones e incentivos para el ejercicio profesional, incrementa la emigración a países como España, EEUU, Canadá, Italia y Chile, a pesar de la mejoría de la situación económica del país.

En ese sentido, el flujo migratorio de recursos humanos en salud, principalmente de médicos y enfermeras, si se mantienen estas condiciones, va a continuar por lo menos hasta en el mediano plazo, inclusive con tendencia a aumentar en los próximos años por la creciente demanda de estos recursos en los países desarrollados.

Finalmente, no se han encontrado registros actualizados del flujo migratorio (salidas, retorno) de los recursos humanos en salud y tampoco un registro, regulación o control de las agencias de reclutamiento, por parte del Estado, que permitan dar cuenta de este proceso en forma regular.

### 3. MARCO CONCEPTUAL

#### 3.1. LA MIGRACIÓN: CAUSAS Y EFECTOS

Como se ha señalado, la migración es un fenómeno de larga y antigua existencia, que toma sus características por circunstancias temporales que imprimen una distinción que hace se vayan renovando continua y constantemente lo estudiado de ella. El movimiento migratorio de recursos humanos en salud no se aparta de lo mencionado, tiene importantes repercusiones en el cuidado de la salud, valioso elemento que permite el bienestar y sobrevivencia del hombre y por ende de la humanidad.

Entender la migración de los recursos humanos de salud en la actualidad requiere dar una mirada en profundidad a los cambios demográficos, económicos, sociales y culturales de nuestras sociedades. Si antes se prestaba atención a la imagen geométrica de la pirámide para representar la estructura de la población, ahora se prefiere no dar nombre geométrico a los hallazgos poblacionales. La globalización de la economía, de la finanzas y la circulación vertiginosa del dinero, el Internet y su casi simultáneo y enorme caudal de información disponible; los cambios en los patrones de estilos y modos de vida, ha influenciado en este fenómeno.

La Salud como categoría económica social ha tomado a la Medicina como su casi exclusivo soporte, a tal punto que muchas veces es indistinguible una de la otra. La medicina y su ejercicio también ha sufrido cambios dramáticos, el elevado costo que representa la atención especializada y súper especializada ha

orientado el interés a una rama casi olvidada y desatendida que es la **Atención Primaria**<sup>1</sup>, considerando que gran parte de afecciones del hombre, casi el 80%, puede ser muy bien atendida por este sector, quedando un 20% para ser asumido por el sector especializado, además por Atención Primaria se puede realizar el anhelo y deseo de toda Política de Salud “prevenir antes que curar” y todo ello con costos infinitamente más bajos.

#### **Países destino.-**

Entendido así, los denominados países OCDE que han desarrollado mucho más rápido la Atención Primaria que los países menos desarrollados, generándose médicos y en general recursos humanos para la atención primaria y para atención especializada.

La Atención Primaria, tiene en estos países una gran participación estatal; en tanto la atención especializada tiene un importante componente Privado, entendido como práctica económica. Los recursos utilizados, tanto físicos (Infraestructura hospitalaria, instrumental, equipos médicos, etc.) salarios, oportunidades de investigación, de desarrollo profesional se orientan hacia este último sector, siendo el preferido por el personal nativo, quedando un gran vacío que atender en la Atención Primaria, que como se verá es cubierto con recursos humanos provenientes de la emigración.

En América Latina, Chile un país no considerado del primer mundo pero con un crecimiento y desarrollo tanto en lo económico como en lo social importante presenta un problema de esa naturaleza. En un estudio de la Universidad de las Naciones Unidas menciona que “Chile es considerado el destino más requerido luego de los países de América del Norte y Europa”, agrega que “la disponibilidad de puestos es posible porque un número creciente de profesionales de la salud opta por trabajar en el sector privado”. Hoy en Chile seis de cada diez médicos trabaja en este sector. Se dificulta pues paliar el déficit de médicos en el sector público. Incluso crece la preocupación por la fuga de enfermeras desde el sector público al privado, motivado por mejores oportunidades laborales<sup>2</sup>.

No obstante que el ejercicio y práctica de la medicina en estos países está asociada a una compensación económica que permite un nivel de vida destacable e importante; la dureza y prolongados años de estudio, el elevado costo financiero, el esfuerzo de su ejercicio, sumado al cada vez más frecuente riesgo jurídico que este conlleva, desalienta la elección como opción profesional entre los jóvenes estudiantes al momento de elegir una carrera universitaria, consecuentemente con sus recursos propios no se va a atender fácilmente su creciente demanda interna, generando una brecha entre oferta y demanda.

Es por ello que estos países han recurrido al recurso de la migración activa y ordenada. Chile al que ya se hizo mención, en el instructivo presidencial del 2 de septiembre 2008, impulsa la migración como política pública.

---

<sup>1</sup> Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Declaración aprobada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978 (OMS).

<sup>2</sup> “Migración y Recursos Humanos en Salud” Lorenzo Agar Corbinos (Sociólogo y académico Universidad de Chile). La Nación, Lunes 27 de Abril del 2009.

### **El caso del Perú.-**

Así como otros países de la región pertenecientes a los denominados países en desarrollo, el Perú está inmerso dentro de este proceso migratorio, pero como proveedor de recursos humanos, lo que tienen su origen en varios hechos, algunos de ellos se exponen a continuación:

- El mercado de la Salud en el Perú tiene un predominio casi monopolístico por parte del estado. Aproximadamente el 80% de las actividades son atendidas por el Sector Público (Ministerio de Salud, Essalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú), el sector Privado es pequeño, débil, desordenado y centralizado en las principales ciudades. El ejercicio profesional, consecuentemente, tiene la misma distribución.
- A pesar del rol preponderante del sector público en Salud, el 25% de la población no tiene acceso al sistema de salud.
- Las fortalezas y debilidades de este Sector son también extensibles al sistema del seguro social Essalud: carencia y limitación de recursos físicos, bajos sueldos y salarios, atención prioritariamente especializada
- Si bien los esfuerzos y actividades cada vez más crecientes por desarrollar el área de Atención Primaria, el desarrollo profesional se ve afectado por estos factores, la ausencia de políticas que promuevan la Investigación, una carrera pública, casi plana, donde no hay distinción importante entre los profesionales con largos años de servicio y los que recién inician su carrera pública, en lo que se refiere a remuneraciones, carga laboral, incluso que la parte remunerativa un profesional de recién ingreso es más elevada. Así mismo no existe una política de incentivos que contemple, los logros académicos y profesionales alcanzados.
- Por factores diversos, producto de la dinámica social, los ingresos económicos de médicos, enfermeras, y otros profesionales de la salud son proveídos principalmente de la remuneración pública.
- El ejercicio profesional se desarrolla en condiciones bastante limitadas, Hospitales, Centros de salud, Postas con infraestructura improvisada, deteriorada, equipos médicos reducidos en número y estado. Essalud y las Fuerzas Armadas cuentan con mejores recursos de infraestructura.
- Desde hace una década aproximadamente se vienen incrementando en forma importante las escuelas que forman profesionales de la salud, particularmente médicos y enfermeras por parte de las universidades y de técnicos de enfermería. La creación de Facultades universitarias de medicina y Enfermería se hacen sin tener en cuenta criterios basados en las necesidades del país, tanto en número como contenido; la formación académica está orientada fundamentalmente al ejercicio profesional hospitalario, en desmedro de la atención primaria. Existe preocupación de las instancias correspondientes no solo de la cantidad de profesionales que egresan sino de la calidad de enseñanza recibida.
- A pesar de las dificultades antes señaladas, la elección de las carreras de las ciencias de la salud y en particular la de medicina, es de la más deseada por postulantes a las universidades, la competitividad es alta. Entre razones se puede considerar que aun esta profesión conserva algo de la prestancia y herencia casi aristocrática de esta noble actividad.

- La facilidad y accesibilidad de la información tanto en los requisitos para emigrar como las condiciones de vida y/o laborales de aquellos que lograron salir del país, brindan nuevas alternativas a los profesionales de la salud.

Con estas consideraciones se establece a continuación el estado de situación del reclutamiento internacional de los profesionales de la salud que opera en el Perú.

## 3.2. PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

### 3.2.1. OBJETIVO

Se busca identificar y generar evidencias sobre la situación del reclutamiento internacional de personal profesional de la salud que opera en el Perú, caracterizando su ubicación, mecanismos, procesos y formas operacionales vigentes, con el fin de diseñar estrategias que permitan desarrollar propuestas para su gestión a nivel Subregional y nacional.

### 3.2.2. METODOLOGÍA

Para obtener la información sobre la situación del reclutamiento internacional de personal profesional de la salud que opera en el Perú se ha recurrido a las siguientes fuentes:

- Levantamiento de información secundaria en fuentes confiables como revistas, periódicos, estudio estadísticos, investigaciones e Internet.
- Entrevistas semi-estructuradas a representantes de Colegios Profesionales y funcionarios de la Asamblea Nacional de Rectores (Ver formato en anexo N° 1)
- Entrevistas semi-estructuras a responsables de agencias de reclutamiento de profesionales de la salud (Ver Formato en anexo N° 2)
- Entrevistas semi-estructuras a profesionales de la salud en medicina y enfermería (Ver Formato en anexo N° 3)

La información obtenida de las diferentes fuentes ha permitido obtener el marco conceptual y operacional en los siguientes aspectos:

- Áreas de origen y destino de la emigración
- Caracterización según tipo de personal y profesionales involucrados, estableciendo edad, sexo, estado civil, nivel académico, precedencia laboral.
- Condiciones, requisitos, facilidades y/o dificultades de los interesados y del sistema
- Procesos de captación, selección, traslado.
- Identificación de las agencias o instituciones recolectoras.

## 4. INFORME DEL CASO EN PERÚ

### 4.1. ANTECEDENTES

En el Informe presentado por el Instituto Nacional de Estadística, la Dirección General de Migraciones, la Organización Internacional de las Migraciones y la Cancillería del Perú<sup>3</sup>, afirman que los peruanos emigran ahora más en busca de oportunidades que por necesidades económicas, señalando el informe “2’013,000 personas dejaron el país en ese lapso; de ellas, 306.614 emigraron en el 2008<sup>4</sup>. De ese total, el 50,9% de los emigrantes peruanos estuvo integrado por mujeres, en tanto que la salida de hombres representó el 49,1%.

Por otro lado, se informó que en el período 1994-2008, cerca de 1 millón 760 mil peruanos migraron al exterior con diferentes destinos y según los resultados del registro migratorio el primer país de destino declarado fue Chile (21,9%) con 384 mil 702 peruanos. Seguido por Estados Unidos de Norteamérica (18,9%) con 332 mil 587, Bolivia (17,2%), Ecuador (13,8%), España (8,8%), Argentina (3,8%) y Venezuela (2,5%), entre los principales.

Más de 80 mil peruanos retornaron al país entre el año 2007 y julio de 2009; Del total de retornantes, 9 mil 290 de ellos corresponden a profesionales: profesores (16,6%), ingenieros (13,9%), administradores de empresas (10,5%), enfermeras (6,3%), contadores (6,0%), entre los principales.

Dentro de este contexto se ha identificado una corriente emigratoria de personal y particularmente profesionales de Salud de la Sub región Andina a países de mayor desarrollo, lo que ha merecido la atención y preocupación de las autoridades sanitarias de los países afectados, entre ellos el nuestro y las Instituciones representativas a nivel hemisférico y mundial como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la salud (OMS).

La migración en salud, tiene una serie de implicaciones que deben ser conocidas, debatidas y analizadas, temas como la procedencia geográfica, número, tipo y características de los profesionales emigrantes, las operadoras internacionales en su afán de reclutamiento, así como las facilidades y/o dificultades para tal fin, las condiciones y derechos para una libre movilidad de estos profesionales entre países, su posibilidad de inserción en mercados laborales, el reconocimiento de su formación profesional en su país de origen, la autorización del ejercicio profesional, y el acceso igualitario a los derechos de ciudadanía de los países, entre las principales.

Las estadísticas son parciales: la información disponible se limita generalmente a los médicos y enfermeros. El desconocimiento del volumen de trabajadores que se mueven, su lugar de procedencia o su destino impide conocer la gravedad del problema

---

<sup>3</sup> Perú: Estadísticas de la migración internacional de peruanos, 1990-2008”. Informe presentado el 12 de noviembre del 2009 en el ministerio de Relaciones Exteriores del Perú

<sup>4</sup> INEI. <http://www.inei.gob.pe/web/NotaPrensa/Attach/8819.pdf>.

EL COMERCIO [http://elcomercio.pe/noticia/368321/2008-dejaron-pais-306-mil-peruanos\\_1](http://elcomercio.pe/noticia/368321/2008-dejaron-pais-306-mil-peruanos_1)

La OIT ha señalado cuatro fases en el proceso de inmigración, señalados en el Informe General sobre los Trabajadores Inmigrantes<sup>5</sup>:

- FASE 1: durante el proceso de reclutamiento;
- FASE 2: antes de la salida del país de emigración;
- FASE 3: durante el viaje al país de inmigración; y
- FASE 4: a su llegada al país de inmigración.

El fenómeno migratorio no es ajeno al Sector Salud y dada la importancia de éste, es un hecho relevante que ha merecido y merece la preocupación de las autoridades nacionales y del Sector, así como de la población toda; es así la Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtió sobre el “impacto mortal” de la escasez de personal médico en países en desarrollo. Paradójicamente, muchos países pobres subsidian a los ricos enviándoles miles de médicos y enfermeros.

## 4.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La migración comienza su proceso con la intención de emigrar, y en el caso de los profesionales médicos, sorprendentemente éste aparece desde que son estudiantes, así un estudio sobre la intención de emigrar de los internos de medicina de una universidad pública (Internos son estudiantes de medicina del último año académico, una suerte de prácticas de pre grado), se obtuvo que la prevalencia de intención de emigración en este grupo fue de 38.1%, de los cuales 70% piensa emigrar a Europa y 30% a Norteamérica, no se encontró asociación con el sexo, edad, lugar de nacimiento, sede de internado, ni nivel de inglés<sup>6</sup>.

De acuerdo a la tasa de proyección calculada en base a lo ocurrido en los últimos años (2,8% en universidades públicas y 12,7% en universidades privadas) pasaríamos de 2,156 egresados al año 2005 a 3,218 en el año 2011. La oferta actual de médicos generales es de 25,935 médicos para una demanda calculada de 16,196 lo que establece una sobreoferta de 9,739 médicos; en el caso de los especialistas también existe una sobreoferta de 1,611 (lb.).

Existe una amplia oferta en la formación de pregrado de recursos humanos en salud. El promedio de médicos egresados anuales pasó de 27 en el período de 1917-1926 a 1,026 nuevos médicos anuales en el quinquenio 1990-1995, habiendo un reporte de variación desde 1,287 en 1998 a 2,183 en 2003.

Respecto a los profesionales médicos, se ha dicho que uno de los factores que favorecen la migración de recursos humanos es la excesiva oferta de profesionales de salud, por otro lado, organismos como la OPS, OMS, el propio Ministerio de Salud (MINSA) han llamado la atención sobre el déficit de Médicos en su sector.

Según datos del Ministerio de Salud, plantea la existencia de un déficit de profesionales de la salud basado en un escenario que considera como población sujeta de atención estimada del 65% de la población general y del Primer Nivel de Atención del 70% de la población del Ministerio de Salud, con un estándar de 10

<sup>5</sup> Informe III “Trabajadores Migrantes”. 87.ª reunión Ginebra, junio de 1999.

<http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc87/r3-1b.htm>

<sup>6</sup> Prevalencia y factores asociados con la intención de Emigración en internos de medicina de una universidad Pública, Lima 2007. Revista Médica del Perú. Salud Pública. 2008; 25(3): 274-278.

profesionales de medicina por 10,000 habitantes, 10 profesionales de enfermería por 10,000 habitantes, 1 profesional de obstetricia por 1,000 y 2 profesionales de odontología por cada 5000 habitantes<sup>7</sup>.

**Cuadro Nº 1 Déficit nacional de profesionales de medicina, enfermería, obstetricia y odontología (Relación Laboral Estable y SERUMS) considerando la dotación actual y estándares previamente establecidos. Ministerio de Salud, Perú – 2007**

Profesionales	Déficit
Medicina	8,446
Enfermería	10,541
Obstetricia	6,884
Odontología	1,873

Fuente: Minsa, 2007

Por otra parte, el Colegio Médico del Perú plantea la preocupación acerca del riesgo de que la calidad en la entrega de servicios de salud a la comunidad y al individuo sea disminuida ante la oferta excesiva de profesionales con estándares de formación heterogéneos, así como ante una desordenada distribución y disímil competencia profesional de los médicos en nuestro país<sup>8</sup>.

El Dr. Isaías Peñaloza Rodríguez, ex decano del Colegio Médico del Perú señaló “que los afiliados a la Orden superan los 45 mil galenos; otra de sus preocupaciones es la proliferación de Facultades de Medicina, problema que aqueja a toda la región. En el país egresan 2,550 médicos anuales, cuando los estudios han determinado que sólo se requieren alrededor de 500 por año. Es decir, existe un 500% de exceso de estos profesionales, lo cual produce una saturación en el mercado de trabajo que obligará a que un grupo de ellos emigre (Diario La República, 19.11.09); además refiere “que el país recibe alrededor de 350 médicos que se han recibido en el exterior y que vienen a ejercer en su patria, de ellos la mayoría son peruanos que fueron a estudiar al extranjero”.

Actualmente en el Perú, según el Colegio Médico (CMP), existen colegiados 49,800 médicos. Un cálculo aproximado, descontando emigrantes al extranjero, fallecidos y quienes ya no ejercen la profesión por mayoría de edad, nos resulta que actualmente en el país existen 38,000 médicos.

Asimismo, el estudio realizado por el Colegio Médico afirma que siguiendo la tendencia actual de crecimiento de la oferta, la demanda y necesidad de médicos, la brecha entre oferta y demanda crece de 15,629 en el 2006 hasta 28,187 en el 2011. Esto significaría que las principales instituciones empleadoras no podrían incorporar al 50.19% de médicos egresados en el 2011.

<sup>7</sup> Estudio de la dotación de profesionales de la salud en los establecimientos del Ministerio de Salud. Informe. MINSA. Octubre 2007.

<sup>8</sup> Análisis actual y prospectivo de la oferta y demanda de médicos en el Perú 2005 – 2011. CMP. Lima 2007

Asumiendo que en los próximos 5 años se realice una importante inversión en el sistema de salud (principalmente pública) para atender las necesidades de salud de la población proyectada, el 2011 existirían 6,168 médicos más (10.98%) de los que se necesitaría, según el siguiente cuadro:

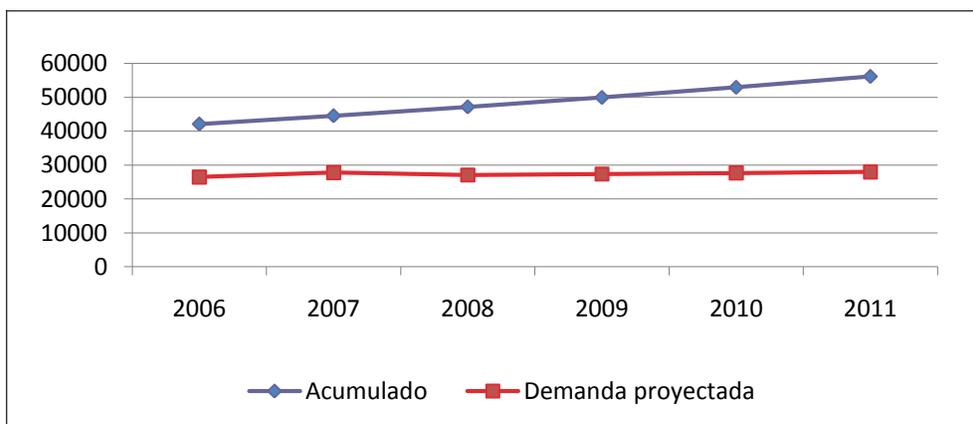
Cuadro Nº 2 Situación de la Oferta, Demanda y Necesidad (Escenario proyectado)

	Años					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Egresados proyectados	2293	2444	2610	2793	2994	3218
Médicos Colegiados	39811	42104	44548	47158	49951	52945
Acumulado	42104	44548	47158	49951	52945	56163
Demanda proyectada	26475	27773	27060	27345	27665	27976
Brecha oferta demanda	15629	16775	20098	22606	25280	28187
Necesidad proyectada	47365	47867	48388	48903	49437	49995
Brecha oferta necesidad	47365	47867	48388	48903	49437	49995

Fuente: CMP, "Análisis de la oferta demanda, necesidad de médicos 2005 – 2001, Lima, 2007

Según este análisis, con este ritmo de crecimiento de la oferta, la brecha entre oferta y demanda, si todo continúa como está ahora, se irá haciendo cada vez mayor. Veamos esa situación en cuanto a la demanda proyectada.

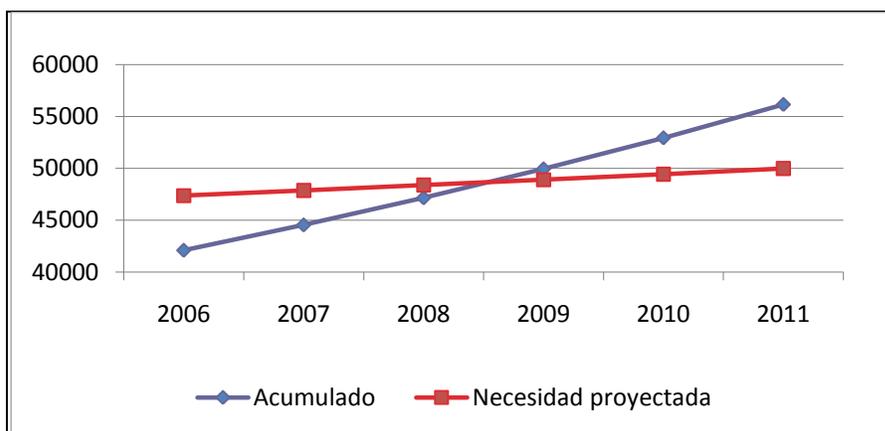
Gráfico Nº 1 Proyección de demanda de profesionales médicos



Fuente: Análisis de la oferta, demanda y necesidad de médicos 2005-2011. CMP 2007

El estudio concluye que con este ritmo de crecimiento, entre el 2008 y 2009 se habrían cubierto las necesidades de atención. Basándose en este análisis, proponen, reducir la oferta de profesionales médicos, reduciendo o regulando las Facultades de Medicina:

Gráfico Nº 2 Proyección de necesidad de profesionales médicos



Fuente: Análisis de la oferta, demanda y necesidad de médicos 2005-2011. CMP 2007

Un análisis muy simplificado de la situación, mostraría que existe una sobreoferta de profesionales médicos:

Cuadro Nº 3 Estimado de la necesidad de profesionales médicos, 2009

Variable	%	Total	Fuente
Colegiados (05-12-2009)	100%	55,412	Registros del Colegio Médico del Perú
Activos	87%	48,208	(1)
Emigrantes		16,000	(2)
<b>Disponibilidad</b>		<b>30,980</b>	
Poblacion Peru 2009		29'100,000	Inei, noticias (3)
Estándar Necesidad medico		1:1000	(Estándar OPS/OMS)
<b>Necesidad</b>		<b>29,100</b>	
<b>Brecha</b>		<b>+1880</b>	

(1) Analisis actual y prospectivo de la oferta, demanda y necesidad de Médicos en el Perú 2005-2009. CMP 2007  
(2) Informe Reunion Andina Migración de los profesionales de la salud, OPS Lima 2009  
(3) <http://www.peru.com/noticias/sgc/PORTADA/2009/07/10/DETALLE44078.aspx>  
Elaboracion : propia

Fuente: Análisis de la oferta, demanda y necesidad de médicos 2005-2011. CMP 2007

Desde un punto de vista cuantitativo, de acuerdo a la tasa recomendada por OMS (10 por cada 10 mil habitantes), Perú necesitaría 28,000 médicos (para 28 millones de habitantes según el último censo), por lo

cual se cuenta ya con un excedente de 10,000 médicos. Suponiendo que no se graduara un médico más a partir de ahora, a un ritmo de crecimiento poblacional de 400 mil peruanos por año se necesitarían 25 años para lograr un equilibrio con este estándar. Sin embargo este exceso aumentará considerablemente si tenemos en cuenta que egresan más de 1,000 médicos por año.

En cuanto a la distribución, existen enormes disparidades que el promedio nacional (tasa de 10.1 médicos por cada 10,000 habitantes) no cubre. Existen tasas de 17.7 como en el caso de Lima y de 3.3 como en el caso de Huancavelica (Op. Cit. 7)

En el Perú no hay datos precisos sobre el proceso de migración médica; según el Instituto Nacional de Estadística e Informática el número de médicos que ha salido del país y no ha regresado seis meses después de su viaje ha pasado de 420 en el año 2000 a 1,543 en el 2007. Por otro lado, el salario de los médicos ha decrecido a menos de un tercio de lo que era hace 30 años, a consecuencia de ello los galenos optan por tener dos o más trabajos como un mecanismo frecuente de subsistencia<sup>9</sup>.

Respecto a las enfermeras, también existe un flujo migratorio importante, que no es ajeno a países de la región. En la VIII Reunión Regional de los Observatorios de los Recursos Humanos en Salud<sup>10</sup>, la asesora del despacho viceministerial del Ministerio de Salud del Perú, dio a conocer que en una década emigraron a otros países cerca de 30 mil profesionales de la salud, considerando únicamente médicos y enfermeras. Detalló que se trata de aproximadamente 17 mil 356 enfermeras y 12 mil 298 médicos peruanos que han viajado a diversos países entre 1994 y el año 2004.

El Ministerio de Salud informa en su página web que “la consecución de altos niveles de salud en un país depende en gran medida de la disponibilidad de recursos humanos en número suficiente, adecuadamente preparado y distribuido para prestar servicios de calidad (...) actualmente no es posible determinar con exactitud el tamaño de la fuerza laboral del sector salud. En este contexto, es importante destacar que la tasa de obstetras ha tenido un crecimiento que supera el 80% en los últimos veinte años (...). La disponibilidad de 8.1 enfermeras por 10,000 habitantes también es el reflejo del aumento que viene registrándose en los últimos años, siendo todavía insuficiente cuando se efectúa la relación enfermeras por médico” (Oficina General de estadística e Informática MINSA. 2009).

El principal destino de las enfermeras peruanas es Estados Unidos, adonde ha emigrado el 22 por ciento del total. Mientras que el segundo destino es Chile, donde vive el 18.5 por ciento de las migrantes peruanas especializadas en enfermería. Sin embargo, en los últimos quince años se ha producido un notable incremento de la migración de esas profesionales hacia Italia, que ha desplazado a Estados Unidos como el principal destino escogido por las enfermeras peruanas.

#### 4.3. DESCRIPCIÓN OPERATIVA

La emigración es todo un proceso en el que están involucradas diversas instituciones, organizaciones tanto nacionales como extranjeras, públicas y privadas. Se inicia con el deseo de emigrar y concluye con la llegada

<sup>9</sup> Perú: Estadísticas de la migración internacional de peruanos, 1990-2007. Lima: OIM/INEI/DIGEMIN; 2008.

<sup>10</sup> VII Conferencia Iberoamericana de Ministros de Salud: La migración del personal de salud en la Región de las Américas; situación, perspectivas y sugerencias para la acción. Montevideo Uruguay. OPS. Setiembre 2006

del profesional al destino elegido. Durante el transcurso ocurren una serie de eventos que toman tiempo, requiere de inversión monetaria y diversos grados de dificultad que varían según el país al que emigran.

El primer paso dentro de todo este movimiento migratorio se da en el deseo y/o intención de emigrar, y éste se da desde que el profesional de la salud está en la etapa de estudiante, según vimos anteriormente, dos de cada cinco estudiantes de último año (internos de medicina) desea emigrar (Op. cit. 6). Este es un punto básico e importante porque esta motivación es la que permite realizar y emprender acciones hacia la migración.

Posteriormente viene la etapa de obtener información, documentación, gestiones ante diversas instancias, preparación académica y/o en idiomas, según sea el caso, lo cual toma tiempo y también requiere disponer de recursos económicos según la exigencia del proceso en el país destino

Para que el proceso de Emigración se haga efectivo existe toda una cadena de personas, actividades y organizaciones dedicadas a este fin, esta cadena implica los siguientes eslabones:

#### 4.3.1. AGENTES CAPTADORES O RECLUTADORES

Dentro de los Agentes captadores, las Agencias Reclutadoras juegan un papel primordial ya que muchas veces constituyen el primer contacto con la persona que desea emigrar, son numerosas y algunas de ellas son especializadas para este tipo de recursos.

#### 4.3.2. AGENTES FACILITADORES O DE EMIGRACIÓN

Por otro lado, los agentes de emigración también forman parte de la cadena, aunque realizan otra función, ya que al ofrecer sus servicios coadyuvan o facilitan el proceso de inmigración; así algunas Embajadas recomiendan (...) “no es preciso que usted use un agente de inmigración. Sin embargo, si usa un agente, el departamento le insta a usar un agente de inmigración registrado.” (Embajada de Australia en Chile, página web oficial)

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha delimitado claramente lo que debe entender por Reclutamiento, señalando “...i) el hecho de contratar a una persona, en un territorio por cuenta de un empleador en otro territorio; o ii) el hecho de obligarse con una persona, en un territorio, a proporcionarle un empleo en otro territorio, así como la adopción de medidas relativas a las operaciones comprendidas en i) y en ii), e incluso la búsqueda y selección de emigrantes y los preparativos para su salida (...) así como la Introducción y Colocación de los trabajadores inmigrantes”. (Op. cit. 5).

Precisamente la OIT ha llamado la atención de los países miembros a adoptar medidas y acciones necesarias para la aplicación de las recomendaciones por ella emanadas a fin de evitar desviaciones y distorsiones en este tema.

Por otra parte, las agencias privadas de reclutamiento que cobran honorarios, intervienen cada vez más en las migraciones internacionales y algunas recurren a prácticas de dudosa ética y que pueden contribuir a la migración irregular, causando perjuicios a las personas migrantes (Op. cit. 4).

### 4.3.3. AGENTES RECEPTORES

#### ▪ Médicos

Las condiciones laborales para el ejercicio de la profesión médica, no son una de las más favorables que hagan atractivo detener la salida de estos profesionales al exterior o favorecer el retorno. El mercado peruano de la salud, se caracteriza por un claro dominio del Sector Público, el Sector Privado es reducido. El Colegio Médico del Perú informa que no tiene datos de cuanto profesional ocupa cada sector; por otro lado, según datos del Ministerio de Salud al 2004 (Op. Cit. 7), el 72% de los médicos colegiados estaban ocupados en las principales instituciones del Sector Público. Las Instituciones más representativas de este sector son el Ministerio de Salud y Essalud, juntos coberturan aproximadamente al 60% de la población peruana, un 15% lo hace el Sector privado y un aproximadamente 25% no tiene cobertura de salud.

Son conocidas las condiciones que ofrece el Sector Público, particularmente el Ministerio de Salud en oferta de servicios, infraestructura antigua o no adecuada para el funcionamiento de un Centro u hospital de Salud, muchas veces improvisada; equipos médicos, instrumental y otros insumos con serias limitaciones, Essalud ofrece mejores condiciones, sin lograr alcanzar el estándar requerido; y estas condiciones son diferentes en Lima y el resto de ciudades del país. No obstante se observa un esfuerzo, por revertir esta situación.

Este sector profesional exhibe pocos avances en cuestiones Investigación y Desarrollo, sin apoyo estatal y con limitada participación privada. Condiciones que se presentan tanto en el medio hospitalario asistencial como académico (Universidades). En un estudio realizado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM)<sup>11</sup> sobre las características laborales de los jóvenes médicos egresados de la facultad de medicina de San Fernando, estimaban que solo el 2.2% de dedicará a la investigación, señalando como una debilidad de esta escuela universitaria.

En cuanto al aspecto remunerativo, está enmarcado dentro de la política salarial que brinda el Estado, caracterizada por remuneraciones que no satisfacen las expectativas, lo que indicaría “la existencia del trabajo médico múltiple; esto es, la simultaneidad de varios trabajos, lo que reflejaría la falta de satisfacción económica del médico en el Perú” (Ib.), teniendo en consideración entre otros factores lo prolongado de la carrera universitaria, ya que para la inserción laboral plena el médico debe superar seis años de formación universitaria más un año de Internado médico, un año de SERUM (Servicio Rural Urbano Marginal), tres a cuatro años de Residencia Médica (Especialización), en el mejor de los casos de once a doce años.

Se cita que a nivel nacional existiría un 7.6% de desempleo médico y que aproximadamente “la cantidad de subempleo podría reflejarse en el 6,7% y 14,5%”(Ib).

El centralismo, el trabajo médico múltiple, el modelo centro-hospitalario público asistencial y la tendencia a la especialización son las características predominantes del médico peruano según el referido estudio. Es de mencionar que la formación académica del médico está orientada fundamentalmente a una labor hospitalaria asistencial, muy ajena a la real necesidad nacional de disponer de recursos capacitados en atención primaria de la salud o de primer nivel (APS). Se observa mayor interés en las autoridades sanitarias

<sup>11</sup> Características laborales del médico joven egresado de la facultad de medicina de San Fernando. Facultad de Medicina. UNMSM. v.68 n.1 Lima ene./mar. 2007

por desarrollar este tipo de atención tanto en el Ministerio de salud como en Essalud, pero que no se complementa con una formación universitaria dirigida a esta actividad.

Estas condiciones comparadas con las que se presentan en los países de mayor desarrollo, particularmente en los países señalados como destino Estados Unidos, España, Canadá, Australia, motivan que el 38% de los Internos de medicina tengan la intención de emigrar (Op.cit.6).

Es pertinente señalar que en los últimos años el principal destino de los médicos peruanos que emigran ha sido España, por las condiciones económicas y laborales que ofrece esta nación, la flexibilidad en materia de homologación, revalidación de títulos universitarios, el idioma común, y la aproximación cultural. Otro destino importante es los Estados Unidos.

#### ▪ **Enfermeras**

La emigración de enfermeras de América Latina y en particular desde el Perú es un fenómeno que lleva muchos años, que se ha incrementado con el proceso de globalización de la economía en el mundo.

El flujo de salida de enfermeras del país es constante, así en el informe sobre Migración internacional de peruanos se señala que en el Colegio de Enfermeras del Perú registra 5,120 enfermeras emigradas a España, Italia y Estados Unidos en los últimos años. Esta cifra significa una pérdida para el país del 15% de sus enfermeras. De ellas el 57,19 % emigró a Italia, el 35,86 % a Estados Unidos u el 6,95 % a España (Op. cit. 3)

La migración de enfermeras desde América Latina aún no tiene perspectivas de cesar, en tanto la demanda de este grupo profesional se incrementa en los países desarrollados como EEUU, Canadá, Europa, Medio Oriente La Asociación Canadiense de Enfermeros ha previsto un déficit de 78,000 enfermeros registrados en 2011. (Noviembre 13, 2008 Ottawa Citizen).

La proyección del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Gobierno de los Estados Unidos calcula que la demanda de enfermeras en ese país para el 2010 será 275,000 y para el 2020 de 800,000 enfermeras colegiadas (US Department of Health and Human Services, 2002). Las agencias de contratación de personal de estos y otros países envían a sus representantes quienes intentan captar a las enfermeras directamente en los hospitales.

Según la Organización Mundial de la Salud “para los países pequeños, la pérdida de incluso un profesional sanitario capacitado puede provocar una escasez absoluta y la incapacidad para mantener los servicios básicos” (OMS, 2004). El mismo informe dice que: “La migración del personal de salud también menoscaba la capacidad de los países de cumplir con los compromisos mundiales, regionales y nacionales, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Los datos sobre la magnitud y las repercusiones de la migración son incompletos y a menudo anecdóticos y no logran arrojar luz sobre las causas, entre ellas las altas tasas de desempleo, las malas condiciones de trabajo y los bajos sueldos”.

Dado que el ejercicio de la profesión de enfermería y en general de los profesionales de la salud pasa por un exigente proceso de validación y habilitación del título profesional, como requisito principal para el ejercicio de la profesión, y conociendo las carencias de este grupo profesional, los países de la región, han empezado procesos de acreditación de la educación en enfermería y de certificación profesional.

Mediante convenios firmados entre grupos subregionales, se ha iniciado el establecimiento de estándares comunes para facilitar la movilidad académica estudiantil y profesional. Como ejemplo se puede citar la

iniciativa trilateral entre Canadá, Estados Unidos y México con el Tratado de Libre Comercio, y el MERCOSUR entre Brasil, Argentina, Uruguay y Paraguay.

### **Dinámicas de los actores**

La función que desempeñan cada uno de los actores involucrados en la cadena del proceso de emigración, las actividades que realizan y el nivel de relacionamiento entre unos con otros, se describe a través de la interacción de estas dinámicas con una valoración que intenta mostrar el comportamiento de estas relaciones a partir de las siguientes variables tomadas según el marco conceptual de la presente investigación:

- **CALIDAD:** práctica que contribuya a la migración de carácter regular, con beneficios y condiciones adecuadas para las personas migrantes.
- **INTENSIDAD:** acompañamiento y relacionamiento en el proceso de migración regular
- **FRECUENCIA:** recurrencia y demanda del servicio de migración regular en sus distintas modalidades

Estas dinámicas se pueden visualizar tanto en la tabla como el gráfico siguiente:

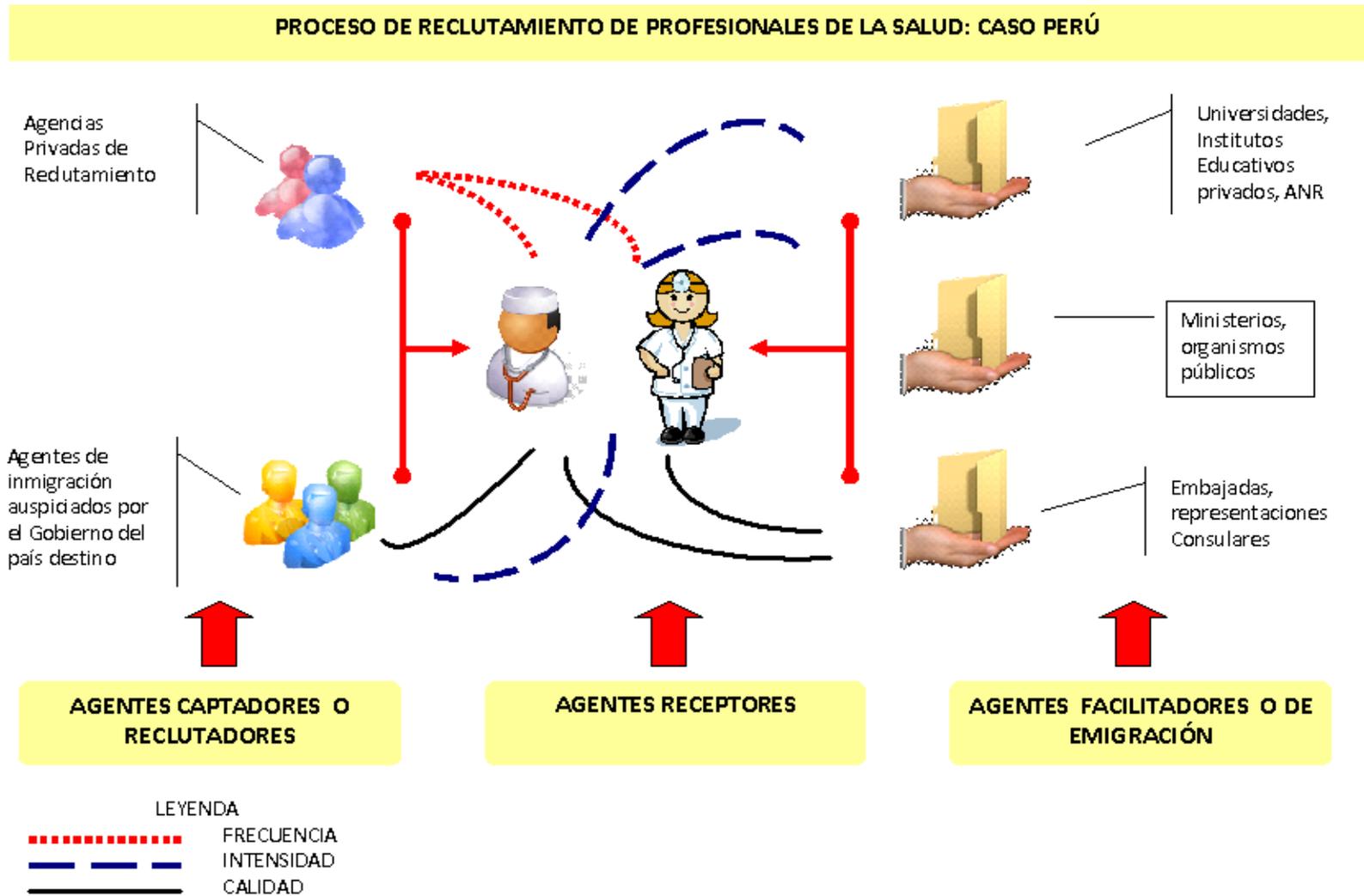
Cuadro Nº 4 Dinámica de los actores que intervienen en el proceso de reclutamiento de profesionales de la salud: Caso Perú

Tipo	Actores	Función	Actividad	Actores con los que se relacionan	Descripción de la dinámica	Calidad	Intensidad	Frecuencia
Agentes captadores o reclutadores	Agencias privadas de reclutamiento	Recluta, selecciona, contrata y/o intermedia	Ofrece residencias, homologación de títulos, oportunidades de trabajo y papeleo para visas	Médicos, enfermeras, personal no profesional, agencias de viaje	Relación directa medios de comunicación, contactos, punto focal	media-baja	medio-alto	alta
	Agentes de inmigración auspiciados por el Gobierno del país destino	Facilita el proceso de inmigración	Búsqueda y selección de emigrantes y los preparativos para su salida	Universidades, Ministerios de Educación, Relaciones Exteriores y/o consulados	Relación mediante convenios, acuerdos o contratos específicos	alta	medio-alto	alta
Agentes receptores	Médicos	Busca, concursa y adecúa perfil según demanda	Realiza trámites documentarios, actualiza conocimientos para evaluaciones, busca oportunidades laborales	Agencias privadas de reclutamiento, agentes de inmigración, universidades, referencias familiares o amicales	Relación directa mediante medios de comunicación y referidos con experiencia previa	media-baja	alta	alta
	Enfermeras					alta	alta	alta
Agentes facilitadores o Emigración	Universidades, institutos privados, ANR	Certifica	Realiza legalizaciones, convalidaciones, acreditaciones	Profesionales de la salud	Relación directa	media-alta	alta	alta
	Ministerios (Educación, Relaciones Exteriores)	Certifica	Realiza legalizaciones, convalidaciones, acreditaciones	Profesionales de la salud	Relación directa	media-alta	alta	alta

Tipo	Actores	Función	Actividad	Actores con los que se relacionan	Descripción de la dinámica	Calidad	Intensidad	Frecuencia
	Embajadas o consulados	Facilita el proceso de inmigración	Realiza legalizaciones y visados	Profesionales de la salud, agencias de inmigración	Relación mediante convenios, acuerdos o contratos específicos	alta	alta	alta

Elaboración propia en base al marco conceptual

Gráfico No 3 Mapeo de Actores del mercado de reclutamiento de profesionales de la Salud: Caso Perú



Como se observa, la cadena de reclutamiento muestra un alto nivel de relacionamiento en términos de calidad e intensidad, sobre todo en el caso de las enfermeras, con las Agencias de inmigración auspiciados por el Gobierno del país destino y respaldadas por la Embajadas y/o Agencias Consulares. En el caso de las Agencias Privadas de Reclutamiento y los organismos públicos, la frecuencia, intensidad y demanda del servicio es alta, pero sin que necesariamente esta práctica se constituya en una condición favorable para el interesado.

Esta situación reflejaría, que el proceso de migración si bien está reglamentado, las interacciones que se realizan durante todo el proceso entre los diferentes actores, sufren distorsiones y hacen que algún eslabón de la cadena se debilite en detrimento de los demás, como es el caso de las agencias privadas de reclutamiento o algunos organismos públicos, que harían de la práctica regular de migración un proceso con condiciones poco favorables para el profesional migrante.

#### **a. Canales de reclutamiento**

La toma de conocimiento de los profesionales de la salud que desean emigrar se da principalmente por comunicación interpersonal, amigos, familiares, compañeros de trabajo o estudios y en menor proporción a través de periódicos, revistas, radio, televisión. El Internet constituye el medio por excelencia para tener este tipo de conocimiento, además que permite rápidamente tener información no solo de Agencias de reclutamiento, sino de las condiciones y requisitos que estas ofrecen.

Veamos algunos avisos aparecidos en una página de Internet:

**OFRECEMOS PERSONAL SANITARIO PERUANO (TODA ESPAÑA)**

ATENCIÓN EMPRESARIOS Y/O EMPLEADORES ESPAÑOLES: ...Solucionamos su falta de Mano de Obra  
...Ofrecemos, Enviamos URGENTE: PERSONAL PERUANO Calificado para: ... CUIDADO DE ANCIANOS ,  
PERSONAL SANITARIO (Enfermeras Homologadas, en Proceso de Homologación), AUXILIARES DE  
GERIATRÍA Y, PERSONAL TÉCNICO ESPECIALIZADO, Conforme al Catálogo de Ocupaciones de Difícil  
Cobertura, Publicado Trimestralmente por el Gobierno Español...PLAZAS VACANTES Según el INEM :  
[www.inem.es](http://www.inem.es)...REALIZAMOS CONVENIOS DE COLABORACIÓN Y CAPACITACIÓN ESPECÍFICA CON  
LAS AGENCIAS DE RECLUTAMIENTO, ETT, AGENCIAS DE INTERMEDIACIÓN LABORAL, EMPRESAS  
O EMPLEADORES DE ESPAÑA, ITALIA, EUROPA, PARA EL ENVÍO DE PERSON AL PERUANO.  
También PODEMOS ENVIAR URGENTE a: Italia, Europa Comunitaria, el mejor Personal Peruano Calificado.

Domicilio Fiscal: Jr. Benito Juárez 618 - La Esperanza Alta -Trujillo - Perú  
Código Postal: 00051 – PERÚ AUTORIZACIÓN RUC-SUNAT PERÚ: 10251689157

<http://www.campusanuncios.com/trabajo-1039977144X-OFRECEMOS-PERSONAL-Madrid.html>

**PROGRAMA DE RECLUTAMIENTO PARA ENFERMERAS Y ENFERMEROS QUE REALMENTE QUIEREN INMIGRAR Y TRABAJAR EN USA.**

Hola a todos los colegas de la profesión de enfermería, Bien a todo enfermero con o sin experiencia laboral, jubilado o recién egresado, que ya termino su carrera de enfermería mínimo tres años. y que realmente quiere trabajar en USA, como enfermero(a)... (619)710-7155 USA San Diego Ca. Nora Gómez manager de reclutamiento, trabaja directamente con personal de recursos humanos de hospitales de California... [www.hiringnurse.com](http://www.hiringnurse.com)

**ENFERMERA** PERUANA HOMOLOGADA: TRABAJA EN ITALIA LEGALMENTE CONTRATADA. POR ENCARGO DE EMPRESA ITALIANA, RECLUTADORA DE PERSONAL SANITARIO, SE PRECISA RECLUTAR, SELECCIONAR Y CONTRATAR, PARA TRABAJAR EN ITALIA, EN EL AÑO 2009, A : (50 ) LICENCIADAS(OS) EN ENFERMERÍA, PERUANAS(OS), MENORES DE (45) AÑOS DE EDAD, COLEGIADAS(OS), CON CONOCIMIENTO DEL IDIOMA ITALIANO Y, CON EL TÍTULO PROFESIONAL HOMOLOGADO EN ITALIA.

EN ESTOS MOMENTOS, SI LAS LICENCIADAS PERUANAS, POSEEN LA HOMOLOGACIÓN CON EL DECRETO DE HOMOLOGACIÓN ITALIANO DE PARTE DEL MINISTERIO DE SALUD DE ROMA, O POSEEN LOS PAPELES PARA SER PRESENTADOS ANTE DICHO MINISTERIO, PODEMOS HACERNOS CARGO EN ROMA DE PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN RESPECTIVA. UBICACIÓN DEL **TRABAJO**: EN EL NORTE DE ITALIA, EN AGENCIAS DE TRABAJO Y EN EMPRESAS COOPERATIVAS. LAS(OS) INTERESADAS(OS), QUE CUMPLAN LOS REQUISITOS, COMUNICARSE VÍA CORREO ELECTRÓNICO ENVIANDO SUS RESPECTIVOS CURRÍCULUM VITAE), INCLUYENDO UNA FOTOGRAFÍA RECIENTE PARA LA PRE-EVALUACIÓN RESPECTIVA. INCLUIR NÚMERO DE TELÉFONO PARA CONTACTAR UNA ENTREVISTA PERSONAL. E-MAIL DE CONTACTO: [consultomigratoriolegal@yahoo.es](mailto:consultomigratoriolegal@yahoo.es) [escipperu618@yahoo.com](mailto:escipperu618@yahoo.com) CELULAR: 1-998697568. ATTE. CARLOS JARA DIRECTOR GENERAL CENTRO DE CAPACITACIÓN PARA

EMIGRACIONES LEGALES PROGRAMAS DE INTERCAMBIO CULTURAL, LABORAL E IDIOMAS RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE PERSONAL EN ORIGEN WEB SITE: <http://www.actiweb.es/consultor/>

En el caso de los médicos que desean emigrar encuentran en las redes sociales existentes en Internet un sistema de apoyo donde pueden comunicarse con otros colegas que probaron suerte en el exterior y que pueden ayudar a que el proceso sea más sencillo. En ellas los coterráneos cuentan sus experiencias y comparten consejos con quienes han tomado la decisión de probar suerte en otras tierras.

Facebook es un claro ejemplo de ello, grupos como "Médicos peruanos en Barcelona", "Médicos peruanos en España", "Peruvian American Medical Association" se ofrecen a ayudar con consejos sobre "residencias, homologación de títulos, oportunidades de trabajo y papeleo para visas, entre otros. "También para ponernos en contacto los médicos que estemos en la misma ciudad", especifica uno de los sitios.

## **b. Procedimiento de reclutamiento**

La Homologación del Título Profesional en el país de destino es el primer paso que debe realizar el profesional de salud que desee emigrar. Los requisitos, el tiempo que tarde este trámite y los costos varían de país a país, no existe un procedimiento uniforme y van desde aquellos países en los que estos son bastante exigentes y prolongados hasta los más ágiles. El proceso implica en términos generales los siguientes pasos:

- Inicia con la certificación del título por parte de la Universidad, Ministerio de Educación, del Interior, de relaciones Exteriores, Asamblea Nacional de Rectores, Colegios profesionales y en las embajadas y/o agencias consulares.
- Exámenes: teórico y práctico se puedan dar en el país, países vecinos designados o en el país de destino. La habilitación también puede incluir exámenes teóricos y prácticos. Es de señalar que el grado de dificultad de estos es mayor para el caso de médicos que de enfermeras, y entre los primeros es mayor si se trata de médicos generales que especialistas, así como también los gastos financieros. La homologación y habilitación es solo un requisito, su aprobación no implica la obtención de una plaza, tan solo que se está apto para el ejercicio profesional.
- El paso siguiente es la obtención de una plaza laboral, para ello se puede recurrir a la bolsa de trabajo, aviso de los instituciones solicitantes, avisos laborales entre otros. Otra modalidad, en caso de los médicos es conseguir una plaza para realizar la especialización en alguna rama de la medicina, etapa formativa que se conoce con el nombre de Residentado Médico, que en su mayoría es pagada y que tiene una duración entre 3 a 5 años dependiendo de la especialidad. En España se le conoce como MIR (Médico Interno Residente).
- Al término de la Residencia Médica, concluye el vínculo laboral y el profesional médico se ve en la necesidad de conseguir un empleo, sea en nuestro país o en el de destino. Una mención especial merece el caso de los médicos que tienen alguna especialidad en el Perú; como se mencionó líneas arriba, los requisitos son más exigentes, los trámites más prolongados y más costosos. Por ello, muchos médicos especialistas peruanos que emigran optan por trabajar como médicos generales, postular a una Residencia que puede ser la misma que tenían o decidirse por otra nueva. El caso es que la situación laboral y por lo tanto remunerativa es mejor para el médico especialista que para el médico general.
- Complementariamente se tienen que realizar los trámites propios para la salida al país destino como: pasaporte, visas de trabajo, vacunas, financiar los pasajes que correspondan y finalmente atender lo relacionado con lo de vivienda y estadía.

Veamos a continuación algunos casos:

## ESPAÑA

- La Homologación del Título para España en razón del Convenio Andrés Bello, del que el Perú es signatario, requiere de legalización vía diplomática. En promedio para España dicho trámite es de aproximadamente un año

Se requiere tener el Título Profesional, Certificados de estudios universitarios, debidamente legalizados por la Secretaria General de la Universidad, por la Asamblea Nacional de Rectores (ANR), por el Ministerio de Educación, Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú, y cuando este se haya completado por la Embajada o representación consular de España.

Según comunicación oficial del Ministerio de Educación español:

**Documentos expedidos en países que han suscrito el Convenio Andrés Bello:** deberán ser legalizados por vía diplomática (el procedimiento elimina el último trámite de la legalización ordinaria). (Cuando el país sea también firmante del Convenio de La Haya, se podrá utilizar el procedimiento establecido por éste, más sencillo). Deberán presentarse en:

- Ministerio de Educación del país de origen para títulos y certificados de estudios.
- Ministerio correspondiente para certificados de nacimiento y nacionalidad, en el Ministerio de Asuntos Exteriores del país donde se expidieron dichos documentos.
- Representación diplomática o consular de España en dicho país.

Bolivia, Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, España, Panamá, Perú y Venezuela

<http://www.educacion.es/mecd/jsp/plantilla.jsp?id=61&area=titulos>

- El Pasaporte y Partida de Nacimiento deben estar legalizados por Ministerio del Interior (Oficina de Migraciones), Ministerio de Relaciones Exteriores, y finalmente por la Embajada de España.
- Con el expediente ya completo se tramita en la Embajada de España, previo pago y cita que se puede conseguir por Internet. Hay que señalar que entre cita y cita debe transcurrir más de 30 días (1 mes).
- Después de un período de espera de aproximadamente 5 meses, el solicitante recibe comunicación del Ministerio de Educación de España, anunciando el resultado de su trámite, finalmente se debe recoger el Título ya Homologado en España, personalmente u otra persona con poder.
- Paso seguido, según los intereses particulares se puede conseguir una oferta de trabajo en España, directamente o través de Agencias de Empleo, que existen muchas por Internet; con el Contrato de trabajo se procede a tramitar ante la Embajada la Visa de Trabajo y realizar todos las gestiones para el viaje.
- Otra alternativa, para los médicos no especialistas y aquellos especialistas que deseen realizar una especialidad adicional, es a través del Programa MIR (Médico Interno Residente), en el cual después de

un ciclo de 4 a 5 años de estudios pagados, optan el título de Especialista, lo que conlleva mejores oportunidades laborales y de ingresos.

- El programa del MIR establece un determinado número de plazas para médicos extranjeros, aproximadamente 500 de las 3,000 a 3,500 plazas que ofrecen anualmente; para ello existe instituciones como el grupo CTO que facilita la preparación para el examen correspondiente así como orientación para tramites de homologación y obtención de la visa de trabajo. Dicho grupo además de la actividad académica que desarrolla se comporta por sus funciones como una Agencia de Reclutamiento de profesionales médicos. El Grupo CTO tiene su matriz en España y filiales en muchos países, incluido el nuestro, extendiéndose hasta otros Departamentos.

En su página web, el grupo CTO asegura:



**CTO MEDICINA INTERNACIONAL**

**CTO Medicina dispone de sedes en diferentes países, con cursos adaptados a las necesidades de los alumnos en cada localización.**

<a href="#">España</a>	<a href="#">Argentina</a>
<a href="#">Bolivia</a>	<a href="#">Brasil</a>
<a href="#">Colombia</a>	<a href="#">Costa Rica</a>
<a href="#">Cuba</a>	<a href="#">Chile</a>
<a href="#">Ecuador</a>	<a href="#">El Salvador</a>
<a href="#">Guatemala</a>	<a href="#">Honduras</a>
<a href="#">México</a>	<a href="#">Nicaragua</a>
<a href="#">Panamá</a>	<a href="#">Paraguay</a>
<a href="#">Perú</a>	<a href="#">República Dominicana</a>
<a href="#">Uruguay</a>	<a href="#">Venezuela</a>
<a href="#">Otros</a>	

<http://www.grupocto.es/web/medicina/index.asp>

A nivel Perú:



**CONTACTA CON CTO PERÚ**

**LIMA**  
**Centro de Estudiantes de Medicina (CEM) de San Fernando - UNMSM**  
Jr. Cangallo 770 - Lima 1. Telefax: 328 7819 Celular: 8972-9191  
Mail: [ctolima@ctomedicina.com](mailto:ctolima@ctomedicina.com)

**TRUJILLO**  
**Facultad de Medicina de la UNT Trujillo**  
Calle Salaverry n° 545 Urb. San Nicolás. Telefax: 044 227525  
Mail: [ctoperunorte@ctomedicina.com](mailto:ctoperunorte@ctomedicina.com)

**SAN ISIDRO**  
Av. Arequipa 3490 San Isidro. Telefax: (440) 3585  
Mail: [ctoperu@ctomedicina.com](mailto:ctoperu@ctomedicina.com)

## AUSTRALIA:

Los médicos formados en el extranjero y los empleadores de médicos en Australia pueden utilizar los servicios de una agencia de contratación de médicos, que son auspiciadas y promovidas por el Gobierno Australiano.

El Departamento de Salud y el Envejecimiento de Australia ha contratado a varias agencias de contratación médica para ayudar a los médicos formados en el extranjero debidamente cualificados para encontrar trabajo como médico general (GP / médico de familia) o especialista en Australia. Los médicos formados en el extranjero pueden ponerse en contacto con una de estas agencias de contratación de médicos contratados para recibir asistencia para el trabajo en Australia, como un médico de cabecera o especialista.

El Gobierno de Australia provee de fondos para las denominadas Agencias de Fuerza Laboral Rural a fin de ayudar a los médicos extranjeros que deseen trabajar como médicos generales en las zonas rurales. Se puede contactar con las mencionadas agencias, por medio de la siguiente dirección [www.rhwa.org.au](http://www.rhwa.org.au)

La Asociación Australiana de Agencias para la contratación de Médicos (Aamra) cuenta con apoyo oficial del Gobierno australiano.

El Proceso para ejercer profesionalmente en Australia, requiere como requisitos indispensables:

- Dominio del idioma Inglés, el nivel medio no es suficiente.
- Para Médicos generales (Médicos de Familia, Atención Primaria), requieren aprobar el examen de la AMC (Consejo Médico Australiano), tanto el componente básico como clínico.
- Para médicos no especialistas que deseen trabajar en Hospital, además de los requisitos solicitados por los Consejos Médicos de los Territorios o distritos Médicos que correspondan, y para los Médicos Especialistas además lo exigido por el Comité Médico de la Especialidad que postula. Es pues, exigente el proceso de obtener una Validación de la habilitación profesional en Australia, además de los costos, que para médicos especialistas puede superar los cinco a diez mil dólares, según testimonios de los que han pasado por dicho proceso.

## CANADA

Para obtener el permiso para el ejercicio de la medicina en Canadá se solicitan los siguientes requisitos:

- Título profesional expedido por una Universidad reconocida por OMS (<http://www.who.int/hrh/wdms/en/index.html>) Ejm.: UNMSM, UPCH, UNFV.
- Realizar la demanda del reconocimiento de la equivalencia de diploma, 400\$ CAN, adjuntar: certificado notas, diploma, permiso de ejercicio (CMP), certificado conducta profesional, currículum vitae, entre otros (todo traducido y visado por RREE).
- Aprobar el Examen de Evaluación del Consejo Médico de Canadá (EECMC) para probar la equivalencia del diploma en el Canadá; 175 preguntas en 4 horas, 1250 \$ CAN, en inglés o francés, se puede dar en nuestros países vecinos como Chile, Bolivia, Brasil, Colombia, también EEUU y naturalmente en Canadá. Con esto sólo se prueba que tu título tiene la equivalencia pero no se puede ejercer, en Canadá sólo puedes practicar si tienes una especialidad. Quiere decir que estas al nivel de un recién egresado de la

facultad. En esta etapa debes probar además el nivel de tu lengua francés (l'OQLF de Quebec) o inglés (TOEFL y TSE).

- Formación post doctoral (residentado médico): en medicina de familia 2 años, 3 a 5 años en las otras especialidades. La ADMISION a esta etapa es diferente en cada provincia, en general se debe aprobar: Un Examen de aptitud parte I (EACMC, parte I) del Consejo médico de Canadá, 700 \$ CAN, un día de examen, en la mañana 3,5 horas de 196 preguntas con alternativas y en la tarde casos clínicos con respuestas escritas (ojo escrito por lo tanto subjetivo en inglés o francés).
- A continuación viene la etapa con el CARMS (service canadien de jumelage des residents), quienes hacen la gestión de admisión al residentado 1. 225 \$ CAN por la inscripción, 82.5 \$ CAN para la verificación de tus documentos, 22 \$ CAN para que te devuelvan tus documentos originales, mas los impuestos. Un examen del CARMS y una entrevista (una vez al año), proceso largo (8 meses) en el que se selecciona probables especialidades, evaluación de currículum, cartas, tus notas, entrevista, examen y finalmente se obtiene la autorización para tener una plaza como R1. No se tiene la plaza.
- Paso seguido buscar una universidad, solo aceptan candidatos con visa de RESIDENTE (proceso para esta visa puede tomar entre 9 meses a 2 años) . La inscripción 100\$ promedio. La universidad evalúa currículum y entrevista. Plazas para extranjeros aproximadamente 10% de estas plazas. En esta etapa la universidad cobra derechos de escolaridad: 1,080 \$ CAN por trimestre (base) + 6,195 \$ CAN por trimestre (costo suplementario por ser extranjero).
- El salario anual bruto variará entre 40,000 a 60,000 \$ CAN. Obtenida la plaza, se dirige una vez más al Consejo médico de Canadá y solicitar CARTA DE STAGE (220 \$ CAN) donde figura la especialidad, lugar, tu capacidad y necesidad de formación, etc. esto no te da el derecho de ejercer la medicina sino a realizar formación especializada BAJO SUPERVISION.
- Terminada la residencia se debe pasar el examen de la ESPECIALIDAD (con su propia complejidad y requisitos) para obtener el derecho de ejercicio en la especialidad, no se tiene aun Licencia para trabajar.
- LICENCIA del Consejo Médico del Canadá: aprobar los exámenes de evaluación más un examen de aptitud parte II (EA parte II).
- Finalmente se debe dirigir a la ORDEN DE MÉDICOS de la provincia donde se desee radicar y aprobar los exámenes y requisitos que allí soliciten.

## CHILE

Debido al incremento de las necesidades de profesional sanitario, Chile ha flexibilizado la habilitación para ejercicio de la profesión en su territorio, en lo que se refiere a médicos no especialistas, así tratados internacionales suscritos con Uruguay, Ecuador, Colombia y Brasil durante el siglo XX han permitido el ejercicio libre de la profesión médica en Chile sin mayor requisito que la acreditación del título profesional en el país de origen.

El Perú no está incluido en los Tratados bilaterales que reconocen los títulos y grados otorgados en los países contratantes y autorizan el ejercicio profesional, pero si forma parte de los Tratados que dan validez a los estudios realizados en los países contratantes, pero sólo para los efectos de realizar estudios de

postgrado o especialización. En este caso, el grado o título se registra en el Ministerio de Educación y el interesado postula al programa respectivo. Existen dos convenios de esta naturaleza:

- a) El Convenio Andrés Bello (suscrito por Chile, Bolivia, Colombia, Ecuador, España, Panamá, Perú y Venezuela, en Madrid, 1990) y
- b) La Convención de México para ejercicio de profesiones liberales (México, 1902), vigente actualmente para: Bolivia, Costa Rica, Chile, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Perú.

Dicho convenio establece que los ciudadanos de cualquiera de dichas repúblicas podrán ejercer, libremente, en el territorio de las otras la profesión para la cual estuvieren habilitados con un diploma o título expedido por la autoridad competente en cada uno de los países signatarios. Para hacerlo efectivo, deben registrar los antecedentes debidamente autenticados en el Ministerio de Relaciones Exteriores.

El artículo III de la Convención reserva para cada parte el derecho de exigir a los ciudadanos de las otras que se sometan a un previo examen general sobre los ramos de la profesión, para el caso de cualquier título relacionado con cirugía y medicina, incluyéndose el de farmacéutico. En Chile, tal examen lo toma la Universidad de Chile, por encargo del Ministerio de Relaciones Exteriores, en virtud de sus atribuciones en materia de validación de títulos extranjeros<sup>12</sup>.

Con el objeto de reglamentar las facultades concedidas por el art. 3 del D.F.L. N° 153, del Ministerio de Educación, de 1981, que aprobó el Estatuto de la Universidad de Chile, dictó el Reglamento sobre Reconocimiento, Revalidación y Convalidación de Títulos Profesionales obtenidos en el Extranjero (Decreto Universitario N° 006895, de 22 de octubre de 1993). Este reglamento señala que existen tres modalidades de validación de estudios: el reconocimiento, la revalidación y la convalidación:

- a) Reconocimiento: Es el acto mediante el cual la Universidad de Chile acepta y certifica que una persona posee un título profesional o un grado académico obtenido en el extranjero. El reconocimiento acredita que los estudios realizados por esa persona, para la obtención del título profesional, o grado académico, corresponden a una formación otorgada por instituciones extranjeras de nivel universitario o superior solo procede cuando el título o grado académico tenga la calidad de título profesional o grado académico de nivel superior en el país de origen, y que el título correspondiente no sea requisito indispensable para el ejercicio profesional en Chile.

En el caso de grados académicos otorgados en el extranjero, especialmente en aquellos con denominaciones diferentes a las oficiales de los grados nacionales, sólo se les reconocerá si tienen el nivel y son asimilables, según corresponda, a un grado de licenciado, magíster o doctor, lo que constará en el certificado respectivo.

- b) Revalidación: Es la certificación de equivalencia entre un título profesional o grado académico obtenido en el extranjero, con el respectivo título profesional otorgado por la Universidad de Chile u otras instituciones nacionales de educación superior. La revalidación de un título profesional obtenido en el extranjero será necesaria cuando se exija el correspondiente título profesional chileno para el ejercicio profesional en el país, como es para el caso de los títulos profesionales de

---

<sup>12</sup> <http://www.med.uchile.cl/revalida-de-titulo.html>. Facultad de Medicina Universidad de Chile

cirugía y medicina. En caso de que un grado académico extranjero resultare equivalente a un título profesional otorgado por la Universidad de Chile u otras instituciones nacionales de educación superior, podrá ser formalmente revalidado por el título profesional otorgado en Chile, sólo si a éste le es aplicable la exigencia prevista en el punto anterior.

- c) Convalidación: El proceso de convalidación está destinado a establecer la equivalencia entre un título profesional o un grado académico obtenido en el extranjero y su revalidación por el correspondiente título profesional que otorga la Universidad de Chile, previo cumplimiento de determinadas exigencias curriculares destinadas a completar o complementar los estudios de la carrera de que se trate. La convalidación, en sí, no implica la habilitación para un desempeño universitario o profesional, sino que pretende fijar el nivel de formación académica que presenta un solicitante y, consecuentemente, constituye un necesario antecedente para la revalidación o reconocimiento.

El procedimiento para cualquiera de las modalidades es la siguiente:

- Las solicitudes de reconocimiento y revalidación se presentan en la Prorectoría de la Universidad de Chile, acompañadas de los documentos que el Reglamento señala.
- La solicitud de revalidación del título profesional otorgado en el Perú por un título profesional chileno, requiere de un informe de la Facultad o Instituto Interdisciplinario que imparta la carrera correspondiente tratándose de la revalidación de títulos que la Universidad de Chile no ofrece y del reconocimiento de títulos y grados académicos extranjeros, este trámite dura aproximadamente 60 días.
- Una vez cumplidas las exigencias, la universidad otorga o deniega la revalidación del título a través de la resolución correspondiente y el diploma respectivo. Se estima que todo el proceso tiene una duración de 6 meses y los costos varían dependiendo de la universidad o instituto que imparta la carrera correspondiente entre 2500 a 3000 dólares.

#### ESTADOS UNIDOS

Según información oficial (<http://spanish.paraguay.usembassy.gov/medicina.html>) para **tener derecho de ejercer la medicina en este país, todos los médicos, no importa si estudiaron en los Estados Unidos o en otro país, deberán:**

- **Recibir** su primer grado profesional en medicina en una escuela de medicina acreditada por el Comité de Enlace sobre Educación Médica.
- Completar un periodo de residencia o educación médica de postgrado
- Presentar satisfactoriamente los exámenes de licenciatura del estado.
- Comisión Educacional para Graduados en Medicina en el Extranjeros (ECFGM):

La capacitación de postgrado para médicos en los EE.UU. incluye, en general, completar un periodo prescrito de preparación clínica en la especialidad médica elegida, que casi siempre recibe el nombre de residencia. El

Consejo de Acreditación para Educación Médica de Postgrado (ACGME por sus siglas en inglés) avala esos programas. A pesar de que el ingreso a una plaza de residente es muy codiciado, los médicos internacionales tienen mejores probabilidades de estudiar en los EE.UU. en este nivel, que en el primer nivel profesional.

Para obtener plazas de residente u otros tipos de capacitación que implican contacto con los pacientes, los graduados de escuelas de medicina que están fuera de los Estados Unidos deben presentar con éxito un programa de certificación que administra la Comisión Educacional para Graduados en Medicina en el Extranjeros (ECFMG). La finalidad de este programa de certificación es garantizar al público y a los directores de programas de residencia en los EE.UU. que los solicitantes formados en escuelas de medicina extranjeras tienen méritos académicos comparables a los graduados por las escuelas de medicina de este país. Todos los graduados de escuelas de medicina fuera de los Estados Unidos y Canadá (y también los ciudadanos de los EE.UU. que se han graduado en escuelas de medicina no acreditadas por el Comité de Enlace sobre Educación Médica) deben cumplir los requisitos de certificación de la ECFMG.

Para conseguir la certificación de la ECFMG los pasos son:

- Demostrar que se graduó en una escuela de medicina que, en la fecha de su graduación, figuraba en la edición vigente del [WORLD DIRECTORY OF MEDICAL COLLEGES](#) (Directorio Mundial de Escuelas de Medicina).
- Demostrar que se cumplió con todos los requisitos educacionales para ejercer la medicina en el país donde recibió su educación médica. Los médicos que son ciudadanos del país donde recibieron su educación deben tener también una licencia para ejercer la medicina en ese país.
- Presente con éxito las secciones de ciencia médica básica (paso 1) y ciencia clínica (paso 2) del Examen de Licencia Médica de los EE.UU. (USMLE). Éstas son pruebas que se administran mediante computadoras en centros de evaluación, en todo el mundo.
- Presente con éxito la Evaluación de Habilidades Clínicas (CSA), que es una prueba para valorar su conocimiento del inglés verbal y su eficiencia clínica. Hoy en día, la CSA se administra en el Centro de Evaluación de Habilidades Clínicas de la ECFMG en Filadelfia, Pennsylvania, en los Estados Unidos. Los médicos sólo tienen derecho de presentar la CSA cuando han sido aprobados en todas las demás pruebas requeridas por la ECFMG.
- Obtenga un resultado aceptable en el Examen de Inglés como Idioma Extranjero (TOEFL), es decir, una prueba de inglés que se administra por medio de computadoras en centros de evaluación, en todo el mundo.
- Además de la certificación de ECFMG, algunos estados exigen que los graduados en medicina extranjeros presenten con éxito un tercer examen de licencia médica, el USMLE paso 3, para que puedan participar en una residencia. Esta prueba se administra solamente en los Estados Unidos.

Para obtener una plaza de residente:

La certificación de la ECFMG no le garantiza una plaza en un programa de residentes. Los graduados internacionales en medicina que solicitan una residencia deben contar con la certificación de la ECFMG antes de ocupar dicha plaza, pero pueden contactar por correo a los miembros de un programa de ese tipo. Información sobre programas de residencia, en la Base de Datos Electrónica Interactiva sobre Becas y

Residencias (FREIDA) de la Asociación Médica de los EE.UU. (AMA). La información es publicada también por la AMA con el título de [DIRECTORY OF GRADUATE MEDICAL EDUCATION](#). (Directorio de Educación Médica de Postgrado).

En su correspondencia con programas de residentes, pedir información sobre: salario, duración del nombramiento, elementos del programa, horarios y responsabilidades del trabajo, y prestaciones de seguro médico y de responsabilidad profesional. Tendrá que hacer solicitudes para cada uno de los programas y, además, es común que los aspirantes deban participar en el Programa Nacional de Compatibilidad de Residentes (NRMP).

En un número cada día mayor de especialidades médicas se exige el uso del Sistema Electrónico de Solicitudes de Residencia (ERAS), que la ECFMG administra para graduados internacionales en medicina. El NRMP permite que cada solicitante presente una lista de las residencias de su preferencia, que luego se comparan con las preferencias expresadas por los programas de residencia. Los médicos extranjeros certificados por la ECFMG cuyas preferencias coinciden con las plazas de residencia suelen ser elegibles para recibir el patrocinio de la ECFMG a fin de pedir un visado de visitante de intercambio (J-1). El periodo de vigencia varía según la especialidad médica elegida.

Después de completar el periodo de capacitación estipulado, los médicos visitantes de intercambio deben salir de los Estados Unidos. No serán elegibles para pedir una solicitud con miras a regresar a los Estados Unidos en calidad de inmigrantes, trabajadores temporales o participantes en programas de capacitación, o por transferencia dentro de una misma compañía, sino hasta que hayan residido dos años en su país de origen o en su último país de residencia permanente.

La descripción operativa para el reconocimiento o validación profesional de los profesionales de la salud, según los requerimientos del país destino se resumen en el cuadro siguiente:

Cuadro Nº 5 Procedimientos de reclutamiento de Recursos Humanos de la Salud (RHUS) según mercado destino: Caso Perú

Nº	País de destino	Modalidad	Descripción operativa										Plazas Aprox.	Tiempo aprox.	Costo Aprox.\$			
			Canal	Validación de la habilitación profesional														
4	España	Médicos generales o atención primaria	Agencia de reclutamiento de médicos	En razón del Convenio Andrés Bello, del que el Perú es signatario, la homologación requiere de legalización vía diplomática	Título Profesional y Certificados de estudios universitarios, legalizados por la Secretaría General de la Universidad, por la Asamblea Nacional de Rectores (ANR), por el Ministerio de Educación, Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú y por la Embajada o representación consular de España	Ministerio de Educación de España emite resolución de homologación de título	Identificación de plazas a través de Agencias de Empleo (Internet) para el ejercicio de la medicina general o del Programa Médico Interno Residente (MIR) promovido por... Para el ejercicio de la medicina especializada	Contrato de trabajo	Visado de trabajo							15%	1-2 años	3,000
5	EEUU	Medicos	El Consejo de Acreditación para Educación Médica de Postgrado (ACGME por sus siglas en inglés)	Certificación que administra la Comisión Educativa para Graduados en Medicina en el Extranjero (ECFMG)	Demstrar que se graduó en una escuela de medicina que, en la fecha de su graduación, figuraba en la edición vigente del World Directory of Medical Colleges (Directorio Mundial de Escuelas de Medicina).	Cumplir con requisitos educacionales para ejercer la medicina en el país de estudio y deben tener también una licencia para ejercer la medicina en ese país.	Examen de Licencia Médica de EEUU-USMLE : Aprobar Step 1(Ciencia Médica Basica) Step 2 (Ciencia Clínica). Sede: Centros de Evaluacion (Lima).Algunos Estados exigen Step 3 (sede Estado USA)	Aprobar CSA (Evaluacion de Habilidades Clínicas). Sede Filadelfia Pennsylvania	Aprobar el Examen de Inglés como Extranjero (TOEFL). Sede Centros de Evaluacion (Lima)	Aprobar ECFGM no garantiza obtener plaza. Participar en el Programa Nacional de Compatibilidad de Residentes (NRMP). Solicitud de plaza debe ser aprobada	Obtenida la Plaza solicitar un visado de visitante de intercambio (J-1). El periodo de vigencia varía según la especialidad médica elegida(4-5 años)					Según disponibilidad	1-2 años	10,000
6	Italia	Enfermeras	Agencia de reclutamiento de enfermeras	Reconocimiento y/o acreditación del título profesional según convenios	Examen de validación	Identificación de plazas a través de Agencias de Empleo (Internet) para labores de asistencia	Contrato de trabajo	Visado de trabajo								Según disponibilidad	1 año	3,000

Nº	País de destino	Modalidad	Descripción operativa										Plazas Aprox.	Tiempo aprox.	Costo Aprox.\$
			Canal	Validación de la habilitación profesional											
1	Australia	Médicos generales (GP) de familia o atención primaria	Asociación Australiana de Agencias para la contratación de Médicos (Aamra), con auspicio del Gobierno Australiano	Examen de inglés (TOEFL y TSE).	Examen del Colegio Médico Australiano (AMC), básico y clínico	Examen del Comité médico especializado (encaso de médicos especialistas)	Los exámenes de rinden en Australia y no implica reserva de plaza	Identificación de plazas a través de Agencias de Empleo para el ejercicio de la medicina general	Contrato de trabajo	Visado de trabajo			según disponibilidad	2 años	8,000
2	Canadá	Médicos generales o atención primaria	Agencia de reclutamiento de médicos	Examen de francés (l' OQLF de Quebec) o inglés (TOEFL y TSE).	Examen de Evaluación del Consejo Médico de Canadá (EECMC)	Examen de aptitud (EACMC, parte I) del Consejo médico de Canadá y Examen con casos clínicos (Parte II)	Examen de admisión al residentado a cargo de CARMs (service canadien de Jumelage des residents)	Examen de admisión al residentado a cargo de CARMs (service canadien de Jumelage des residents)	Visado de residencia	Aceptación de la Universidad formación post doctoral (residentado médico): medicina de familia 2 años, 3 a 5 años otras especialidades	Examen de la especialidad para obtener el derecho de ejercicio profesional	Exámenes de evaluación y de aptitud (EA parte II) para obtener la Licencia de Trabajar, expedida por el Consejo Médico del Canadá	10%	3 años	10,000
3	Chile	Médicos generales o atención primaria	Agencia de reclutamiento de médicos	Convención de México, Perú es signatario, reconoce título e inscripción en el Ministerio de Relaciones Exteriores	Proceso de Revalidación del título mediante examen general de capacitación a cargo de la Universidad de Chile, por encargo del Ministerio de Relaciones Exteriores, en virtud de sus atribuciones en materia de validación de títulos extranjero	A partir del 19 de abril de 2009 y en virtud de la Ley 20.261 se reinde examen Único Nacional de Conocimientos Médicos, EUNCM, el cual reemplaza al actual Examen Médico Nacional	Identificación de plazas a través de Agencias de Empleo (Internet) para el ejercicio de la medicina general	Contrato de trabajo	Visado de trabajo				según disponibilidad	1 año	3,000

En términos generales, según el mercado de Destino los países industrializados requieren cada vez más dos categorías de inmigrantes: los que están dispuestos a aceptar empleos mal pagados, duros y peligrosos, rechazados por los del lugar, y profesionales altamente cualificados, como los informáticos, ingenieros, médicos y enfermeros. Actualmente, Estados Unidos necesita 126.000 enfermeros, y este déficit podría alcanzar 800.000 de aquí a 2020, según informan sus autoridades sanitarias.

En el Informe sobre la Salud en el Mundo de 2006, la OPS indicaba que uno de cada cuatro médicos que ejercen en Estados Unidos, Gran Bretaña, Canadá y Australia se ha graduado fuera de esos países. Y un número importante de ellos procedía de países de bajos ingresos. La falta de personal lleva a los países desarrollados a realizar grandes campañas de reclutamiento en el extranjero, principalmente América Latina y África lo que no es aceptado fácilmente.

El siguiente dato ejemplifica la situación de los recursos humanos en los países desarrollados; en la provincia de Saskatchewan, en Canadá, más del 50 por ciento de los médicos se han formado en el extranjero, y por lo menos la quinta parte de los 1.530 médicos de la región se han iniciado en Sudáfrica.

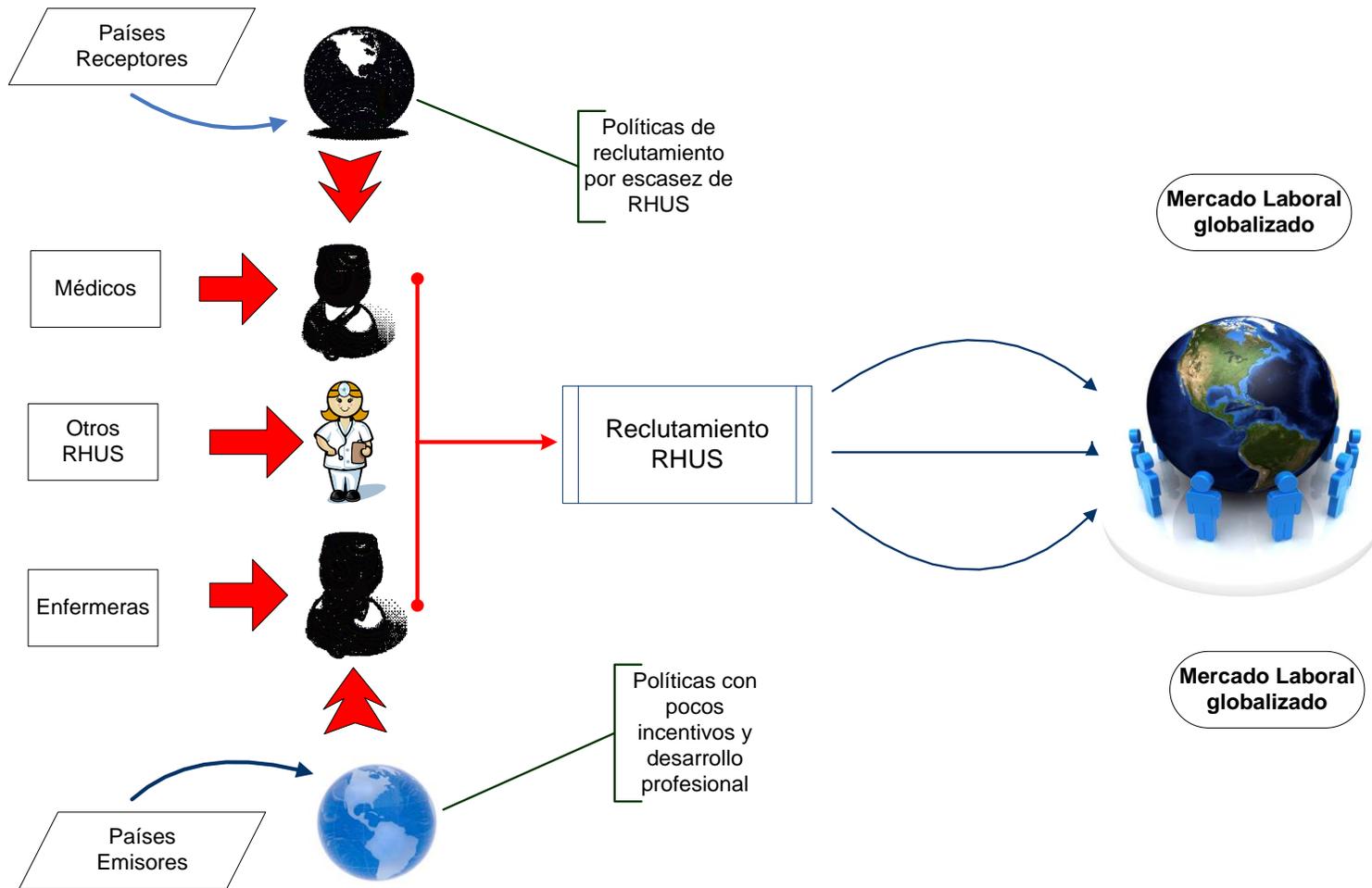
La emigración no es sólo una consecuencia del subdesarrollo: es incluso una de sus causas más decisivas. ([www.mundonegro.com](http://www.mundonegro.com) , N° 509, agosto 2006.)

Un estudio de la Universidad de las NNUU en el 2006 señalaba un considerable movimiento desde los países más pobres, como Ecuador y Perú, a los de mayores ingresos. Agrega que la disponibilidad de puestos es posible porque un número creciente de profesionales de la salud opta por trabajar en el sector privado. Se dificulta pues paliar el déficit de médicos en el sector público. Incluso crece la preocupación por la fuga de enfermeras desde el sector público al privado, motivado por mejores oportunidades laborales.

Otros destinos como Chile, es considerado el destino más requerido luego de los países de América del Norte y Europa. Aquí también se presenta el fenómeno del desplazamiento y preferencia de laborar en el sector privado en detrimento del sector público, según afirma Lorenzo Agar Corbinos, Sociólogo y académico Universidad de Chile (La nación 29 de marzo 2009), refiere que es posible constatar que alrededor de tres de cada diez médicos que trabajan en la atención primaria en salud (APS), los servicios de salud (SS) en Chile, son extranjeros. Predominan los profesionales ecuatorianos. Los siguen médicos colombianos, cubanos, uruguayos, peruanos y bolivianos.

En consecuencia, los procedimientos para el reclutamiento se ajustarán a las necesidades y exigencias de los países de destino acorde con las demandas cada vez más crecientes de profesionales calificados de países como el Perú, surgiendo un Mercado laboral globalizado basado en políticas de reclutamiento por escasez de RHUS de los países receptores, en contraposición con las limitaciones de desarrollo profesional de RHUS de los países emisores. Vemos esta relación:

Gráfico № 4 Mercado laboral Globalizado de los Recursos Humanos de la Salud



#### 4.4. DESCRIPCIÓN DE LOS HALLAZGOS

Según el marco metodológico para el levantamiento de información sobre la situación del reclutamiento internacional de personal profesional de la salud en el Perú, se han considerado entrevistas semi-estructuradas a profesionales de medicina y enfermería, por ser el recurso que más se moviliza en comparación con otros grupos profesionales como odontólogos, farmacéuticos, obstetras, tecnólogos médicos, así como a personal de salud de formación no universitaria como auxiliar de enfermería, de farmacia, de laboratorio y otros.

La mayor parte de las entrevistas se han realizado a profesionales que se encuentran actualmente residiendo fuera del país (entrevistas virtuales), en menor proporción a profesionales que tienen parientes y/o amigos cercanos o que han postulado en alguna oportunidad.

Se detalla a continuación los principales resultados obtenidos:

##### 4.4.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

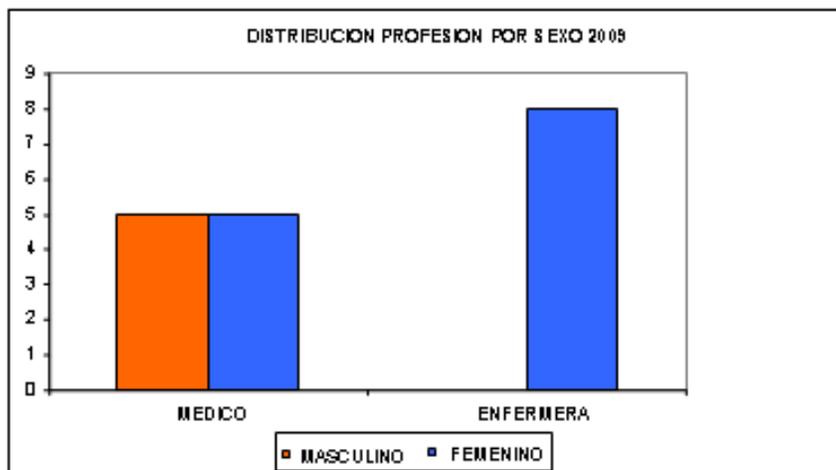
Cuadro Nº 6 Características Generales de la migración de los profesionales de la salud

CASO	SEXO	ESTADO CIVIL	EDAD	PROFESION	ESPECIALIDAD	CENTRO LABORAL	AÑOS DE SERVICIO	PAIS DE DESTINO
1	F	C	38	Enfermera	General		12	EEUU
2	F	C	40	Enfermera	General	Essalud	10	EEUU
3	F	S	27	Enfermera	General			ITALIA
4	F	C	30	Enfermera	General	Essalud	3	ESPAÑA
5	F	C	25	Enfermera	General	Essalud	0	ITALIA
6	F	S	36	Enfermera	General		10	ITALIA
7	F	C	35	Enfermera	General			ITALIA
8	F	S	24	Enfermera	General	Ninguna		ITALIA
9	F	S	29	Medico	General	Ninguna		ESPAÑA
10	M	C	33	Medico	Cirujano	Minsa	4	ESPAÑA
11	M	C	50	Medico	Cirujano	Essalud	3	PUERTO RICO
12	F	C	30	Medico	General	Minsa		ESPAÑA
13	M	S	29	Medico	Ginecologia	Essalud	1	ESPAÑA
14	M	C	34	Medico	Cirujano	Essalud	0	ESPAÑA
15	F	S	31	Medico	General	Essalud	3	ESPAÑA
16	F	S	28	Medico	Ginecologia	Ninguna	0	ESPAÑA
17	F	S	36	Medico	General	Minsa		ESPAÑA
18	M	C	40	Medico	General	Essalud	9	ESPAÑA

Se observa en el caso de las enfermeras que la edad oscila entre 30 a 33 años y cuentan de 8 a 10 años de servicio, lo cual estaría asociado a las características de los requerimientos en los países destino respecto al grado de experiencia; en el caso de los médicos la edad oscila entre 30 a 35 años y 4 años de servicios en promedio, esto explicaría la movilidad de los profesionales jóvenes que buscan perfeccionamiento y mejores condiciones laborales.

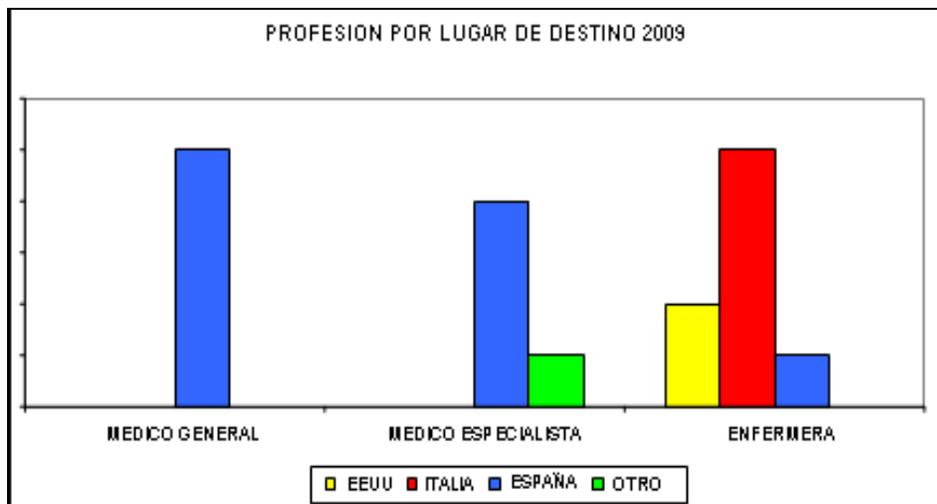
Veamos esta información en detalle:

Gráfico No 5 Distribución de la migración de los profesionales de la salud según sexo



Según se observa, no hay diferencia significativa con relación al sexo, edad y estado civil, al parecer cuando se toma la decisión de emigrar estas consideraciones parecen ocupar un factor secundario en relación a otras motivaciones. Aquí habría que anotar que como grupo de estudio hay un predominio del sexo femenino, debido que casi la mitad son profesionales en enfermería y en el Perú esta profesión tiene un claro predominio femenino, aproximadamente el 89%.

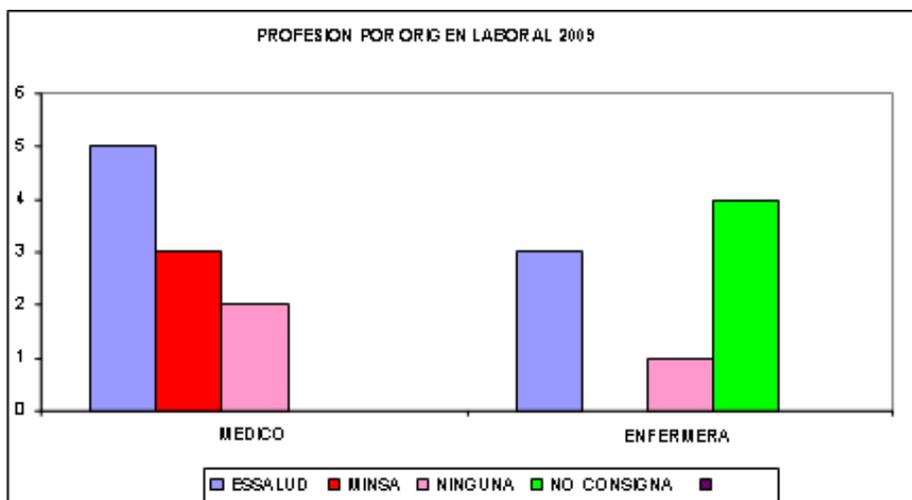
Gráfico No 6 Distribución de la migración de los profesionales de la salud según País Destino



El país preferido por los médicos es España y el de enfermeras Italia. Esto puede ser debido, en el caso de médicos a la mayor facilidad para realizar los trámites documentarios y conseguir empleo, sea como médico general o por el programa MIR (Médico interno residente) para la obtención de una especialidad, el idioma juega un rol importante. Para otros países, como se ha visto anteriormente, los trámites son más dificultosos.

En el caso de las enfermeras, sin embargo la agresiva campaña de las instituciones de este país para reclutar este tipo de profesional y las facilidades que brindan los mismos para los trámites documentarios, condiciones de viaje y residencia, harían más atractivo este destino.

Gráfico No 7 Distribución de la migración de los profesionales de la salud según Relación laboral



Se ha considerado esta variable con el fin de conocer cuánto influye en la decisión de emigrar el hecho de tener algún tipo de relación laboral previa, por cuanto los profesionales desocupados podrían ser los más proclives a dejar el país en busca de puesto de trabajo.

Visto el resultado anterior, en el caso de médicos la mayor frecuencia corresponde a profesionales empleados y de éstos el mayor número corresponde al Sistema Nacional de Seguridad Social (Essalud), se debe tener en cuenta que esta Institución otorga mejores remuneraciones que su par el Ministerio de Salud, al igual que las condiciones de desarrollo profesional, ya que cuenta con la mejor infraestructura, equipos y materiales del país.

Por parte de las enfermeras, debido a que gran número no han consignado este dato, no se puede inducir apreciación alguna pero sí resaltar que en el aspecto remunerativo igualmente cuentan con mejores remuneraciones en el caso de Essalud, sin que esto signifique que esta retribución económica sea la que debe corresponderles.

Asimismo, los años de servicios en dichos centros laborales no parecen ser un factor decisivo, sobre todo en el caso de las enfermeras.

#### 4.4.2. PROCESO DE EMIGRACIÓN

El proceso de emigración constituye el aspecto medular y decisivo, esta dado por una serie de dinámicas traducidas en gestiones documentarias, participación en diversas instancias, entrevistas, evaluación de documentos y conocimientos e interacciones entre diversos actores e instituciones tanto del país como del país elegido como destino. Además se requiere la disponibilidad de recursos económicos suficientes que permitan solventar los gastos que este proceso ocasione.

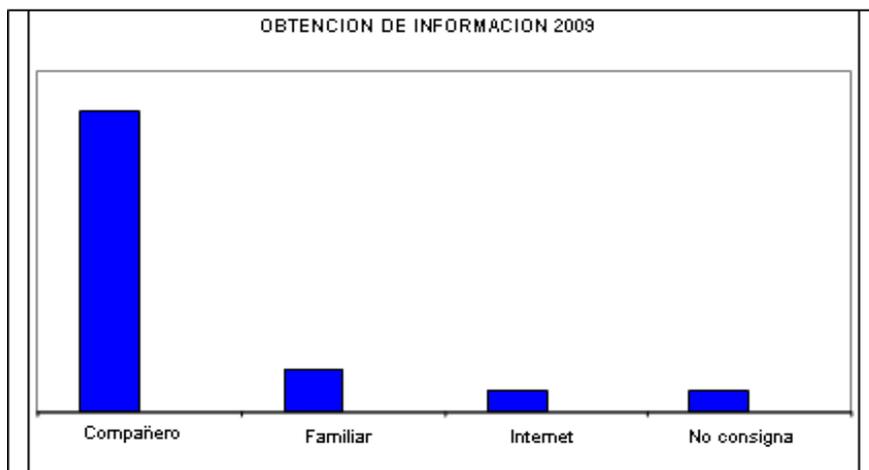
Aquí juega un papel importante, la dedicación, paciencia y constancia del interesado, pues dado el grado de dificultad de los pasos requeridos hacen que se pueda desistir del intento. En el cuadro siguiente se resumen lo encontrado:

Cuadro Nº 7 Procedimientos para la emigración de los profesionales de la salud

CASO	COMO OBTUVO INFORMACION	UTILIZO AGENCIA	QUE ETAPA PROCESO MAS DIFICULTOSO	DEMORA TRAMITES (Meses)	COMO CALIFICA TRAMITES
1	Compañera	No	Visa	12	Caros
2	Familiar	No	Homologacion	36	Caros
3	Compañera	Si	Todos	8	Difícultosos
4	Internet	No		12	
5	Compañera	Si		7	Caros
6	Compañera	Si		7	Caros
7	Compañera	Si	Visa	12	Sencillos
8	Compañera	No			
9	Compañera	No			Difícultosos
10		No		10	Caros
11	Familiar	No	Homologacion	24	Difícultosos
12	Compañero	No			Caros
13	Compañero	No		12	Sencillos
14	Compañero	No	Homologacion		Caros
15	Compañera	Si	Examen	18	Difícultosos
16	Compañera	No	Homologacion		
17	Compañera	No	Examen	18	Sencillos
18	Compañero	Si		24	Caros

Se puede apreciar que para emigrar a Italia, las enfermeras han utilizado preferentemente Agencias de Reclutamiento, quienes les han facilitado información para los trámites, viajes y residencia. En el caso de España la gestión ha sido más personalizada con asistencia de la Embajada o representación consular.

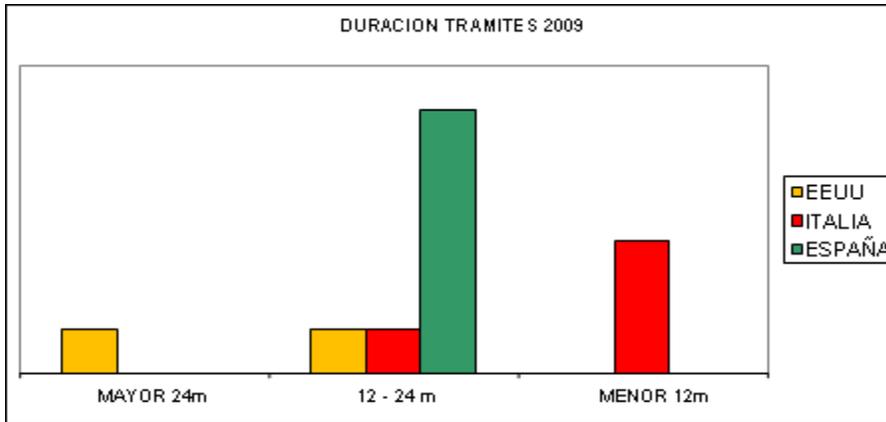
Gráfico Nº 8 Distribución según canales de información para la emigración de los Profesionales de la salud



Respecto a los canales de comunicación para acceder a la información requerida para emigrar, el medio predominante esta dado por las referencias de colegas, sea de su propio Centro laboral, de la universidad u otro

entorno cercano, lo más probable es que han tenido experiencias previas que son transmitidas a sus colegas y podrían constituir un elemento decisivo durante todo este proceso.

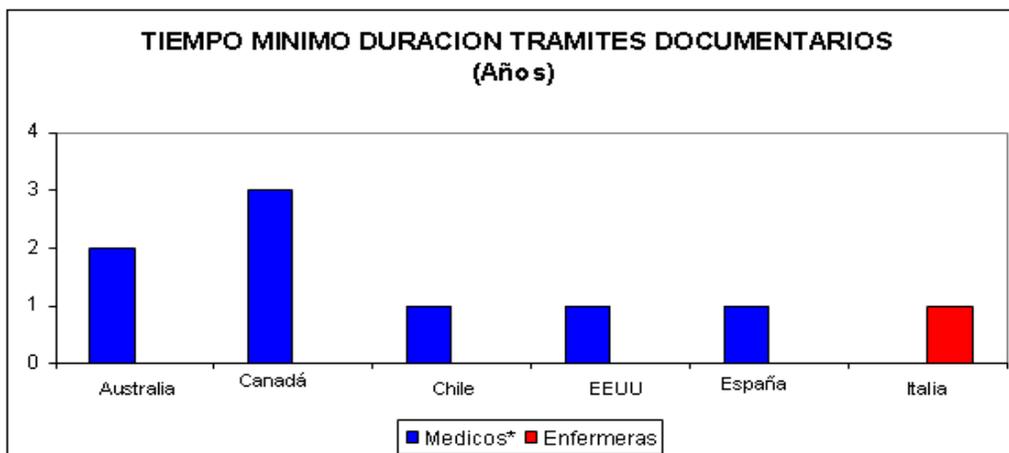
Gráfico Nº 9 Distribución de la emigración de los profesionales de la salud según duración del trámite



La duración de los trámites, tiene importancia en la medida que mientras más se extienda el proceso mayor será el factor de deserción del mismo. Se observa, en general, en el caso de Italia el tiempo que toma realizar el proceso de emigración es menor con relación a destinos como EE UU o España, puede ser debido a una mejor organización de quienes reclutan personal o que los requisitos exigidos en el caso de las enfermeras se han estandarizado para que su acceso sea más sencillo.

En el caso de los médicos generales, el promedio varía de 1 a 3 años, según el mercado destino, pero indiscutiblemente es España donde tanto por tiempo como por costos, como se ve en las gráficas siguientes, el principal destino del mercado de inmigración de médicos.

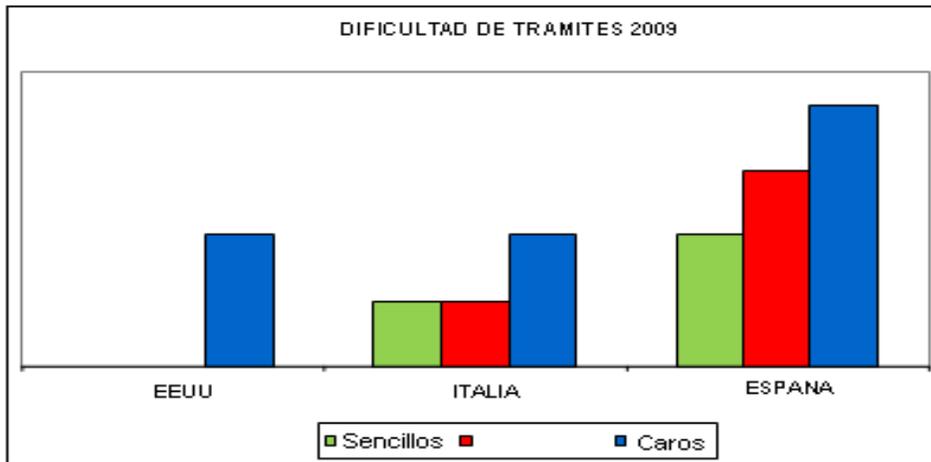
Gráfico Nº 10 Distribución de la emigración de los profesionales de la salud según el tiempo mínimo de duración de trámites documentarios



Por otra parte, la principal dificultad en los trámites se refiere al alto costo de los mismos, como es el caso de EE UU, en donde el factor económico en todos los casos tiene más relevancia que los propios procedimientos exigidos

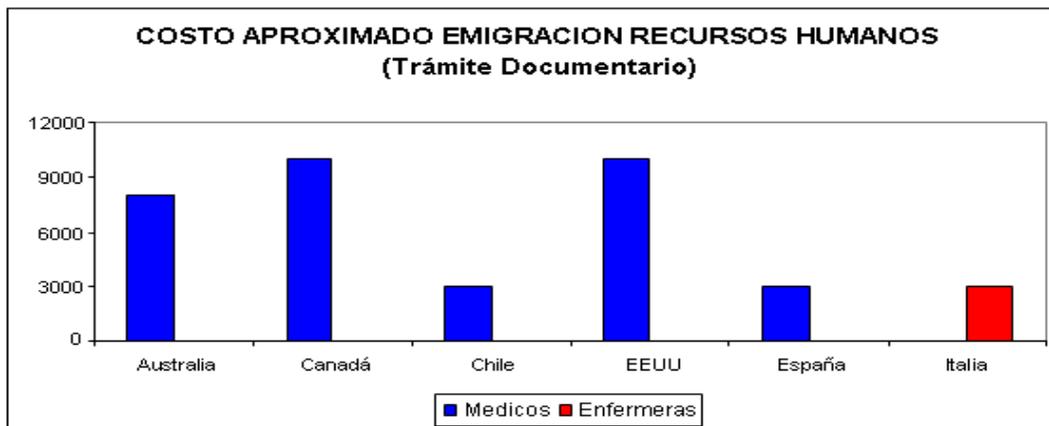
por cada país destino. Este podría ser un factor importante que influya en la decisión de continuar o iniciar el proceso de emigración.

Gráfico Nº 11 Distribución de la emigración de los profesionales de la salud según la dificultad para realizar los trámites



En cuanto al costo aproximado del trámite documentario, tanto para la validación del título como para los trámites de visas y otros documentos, resulta notorio en los casos de EE UU, Australia y Canadá para el caso de los médicos generales. No se ha considerado el caso de los médicos especialistas, ya que dichos costos varían de acuerdo a la complejidad y exigencia de los países receptores.

Gráfico Nº 12 Distribución de la emigración de los profesionales de la salud según costo aproximado del trámite



#### 4.4.3. SITUACIÓN EN EL PAÍS DESTINO

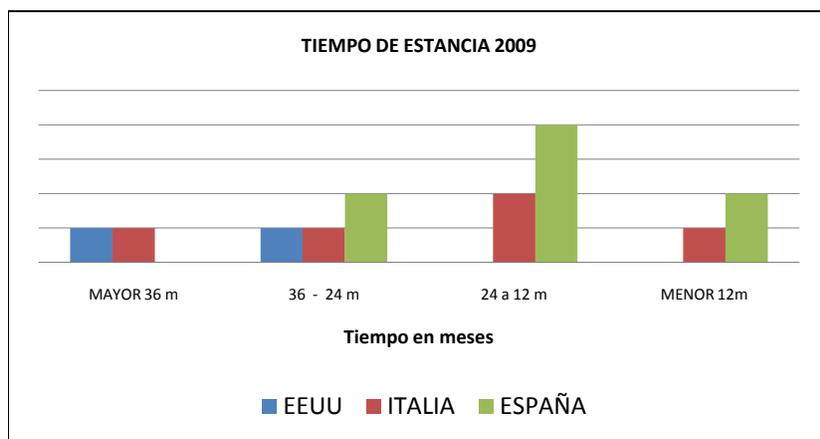
La siguiente tiene una mirada fundamentalmente a los aspectos del desempeño profesional de los emigrantes en el país de destino:

Cuadro Nº 8 Características Generales de los emigrantes profesionales de la salud en los países de destino

CASO	TIEMPO RESIDENCIA (Meses)	TIEMPO DESEMPEÑO PROFESIONAL	ACTIVIDAD MISMA QUE PERU	TIPO DE ACTIVIDAD	MOTIVO DE EMIGRACION	REMUNERACION COMPARADA CON PERU	REMUNERACION EQUIVALENTE NATIVOS	REALIZA OTRA ACTIVIDAD NO RELACIONADA	APRECIACION DE SU ESTANCIA	PIENSA RADICAR DEFINITIVA
1	24	8	si	Privada	Superacion prof	Mejor		Si	Buena	Si
2	60	12	no		Familiar	Mejor	Igual	si	Buena	Si
3	14	14		Publica	Mejor sueldo	Mejor	Menor	No		No
4	24			Publica	Mejor sueldo	Mejor		No	Regular	No
5	18	18	si	Publica	Superacion prof	Mejor	Menor		Buena	No
6	10	10	no			Mejor	Igual		Regular	Si
7	36	36	no		Mejor sueldo	Mejor	Menor	Si	Buena	No
8		24			Mejor sueldo	Mejor		No		No sabe
9	24	24	MIR	Publica	Superacion prof	Mejor	Igual	No	Buena	Si
10	18	18	no		Superacion prof	Mejor			Buena	Si
11	Años	Años	no	Pública		Mejor	Igual	No	Buena	Si
12	24	24	MIR	Publica	Superacion prof	Mejor	Igual	No	Buena	No
13	5	5	si		Mejor sueldo	Mejor		Si		
14	18		no		Superacion prof	Mejor	Igual	No	Buena	No
15	12				Superacion prof	Mejor	Menor		Buena	Si
16			no		Mejor sueldo	Mejor	Igual	No	Buena	Si
17	14	14			Superacion prof	Mejor			Buena	Si
18	8	8	si		Mejor sueldo	Mejor	Menor		Regular	Si

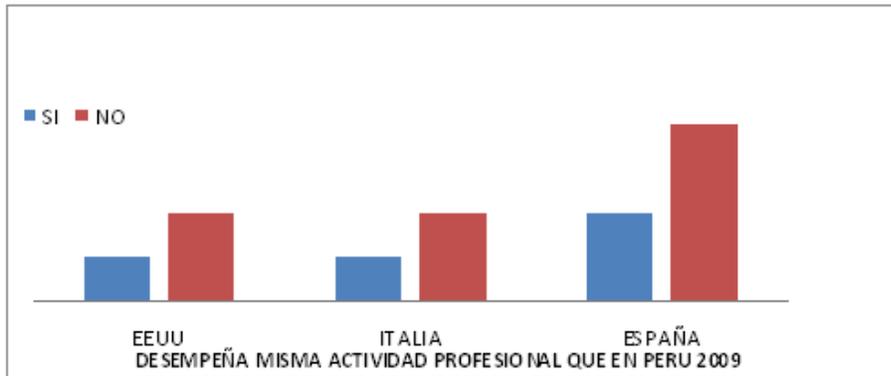
Existe casi una similitud entre el tiempo de ejercicio profesional y tiempo de residencia, lo que puede estar indicando que los profesionales al trasladarse a otro país, lo hacen para ejercer su profesión. Asimismo se observa que la mejora en las condiciones labores sería una fuerte motivación para prolongar su residencia. Veamos estas variables en detalle.

Gráfico Nº 13 Distribución de emigrantes profesionales de la salud según tiempo de residencia



La mayor parte de los entrevistados tiene un tiempo de residencia entre 1 a 2 años, este factor es importante en la medida que el tiempo de estancia estaría asociado con una mayor nivel de estabilidad económico, profesional y jurídico (residencia permanente, ciudadanía) entre otros.

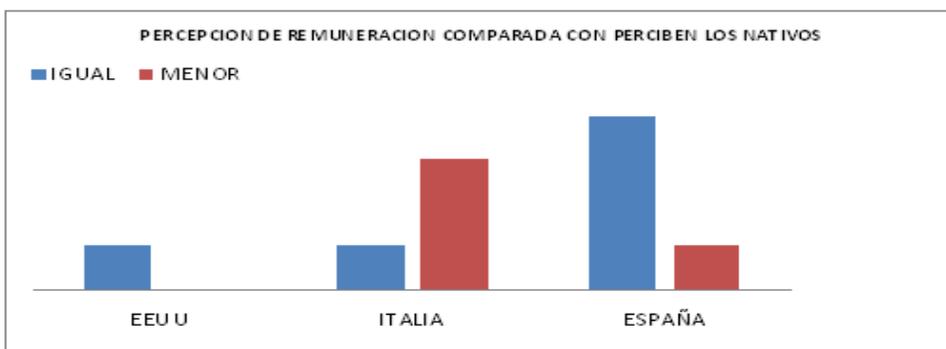
Gráfico Nº 14 Distribución de emigrantes profesionales de la salud según actividad profesional



Este dato está relacionado con la actividad profesional que desempeñaba en el país y la que realizan en el país de destino, en muchos casos los profesionales provienen de áreas hospitalarias y al emigrar cambian su actividad, por citar, hay enfermeras especializadas en el área de sala de Operaciones y al emigrar desempeñan su actividad en el cuidado de pacientes por HIV-Sida por ejemplo. En el caso de médicos, que desempeñan una labor inclusive de especialistas, realizan actividades generalmente de atención primaria o de familia.

Se observa en general que mayormente los profesionales realizan otras actividades diferentes a las realizaban o estaban especializados en sus centros laborales de origen.

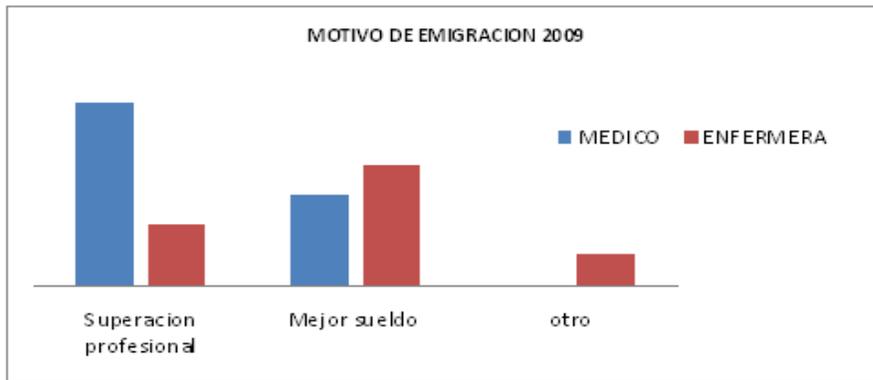
Gráfico Nº 15 Distribución de emigrantes profesionales de la salud según remuneración comparada



En cuanto a las condiciones laborales, la mayoría manifiesta que laboran en el Sector Público, lo cual explicaría una de las causas de la emigración expuestas anteriormente, que los profesionales de la salud de los países más desarrollados mayoritariamente ejercen sus actividades en el sector privado, quedando vacantes las plazas en el sector público que serían ocupadas por profesionales emigrantes.

Dentro de esta misma variable, la percepción que tienen los profesionales emigrantes respecto a la remuneración que perciben respecto a sus pares nativos, por la misma labor que desempeñan, depende del país y de profesión. Así las enfermeras radicadas en Italia, consideran que su remuneración es menor que las enfermeras italianas que realizan la misma función. Lo que no sucede con los médicos en España, que consideran que perciben igual que sus colegas españoles en el desempeño de la misma función.

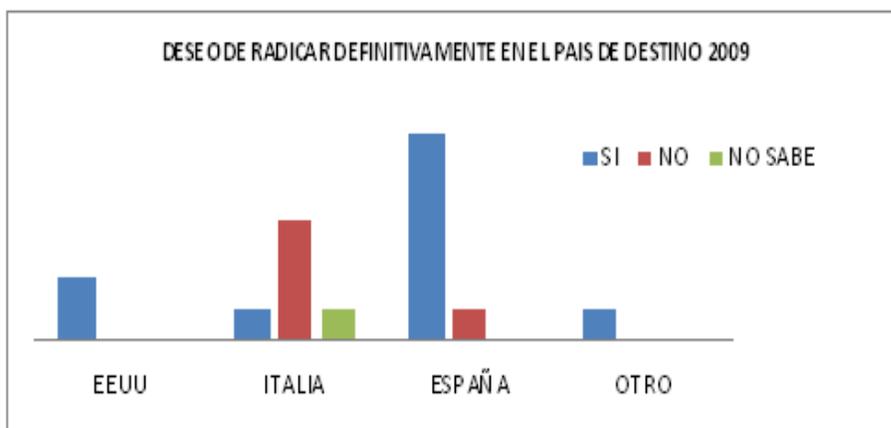
Gráfico Nº 16 Distribución de profesionales de la salud según motivo de Emigración



En forma unánime, los entrevistados refieren que el aspecto remunerativo ha mejorado con relación a lo que percibían en nuestro país; ello confirma que el tema económico es uno de los móviles que llevan a los profesionales de la salud a emigrar, principalmente en el grupo de enfermeras cuya motivación inmediata es de carácter económico. Sin embargo, como se puede apreciar, los médicos buscan al emigrar, además de mejoras económicas un mayor desarrollo en el ejercicio de su profesión.

Como se ha visto, las condiciones de ejercicio profesional en materia de salud en nuestro país están distantes de los países desarrollados en cuanto a estructura física e infraestructura, equipos, materiales, oportunidades y facilidades de investigación; y en consecuencia este mayor desarrollo estaría estrechamente relacionado con mayores ingresos económicos y una mejora en la calidad de vida.

Gráfico Nº 17 Distribución de profesionales de la salud Residencia definitiva



Se observa una doble motivación en el grupo de estudio, aquellas que deciden emigrar con el fin de mejorar su situación económica y después retornar al país, y el otro grupo que desea dejar definitivamente el país. Esta doble motivación estaría muy relacionada con el país de destino. Así, los profesionales emigrantes a Italia consideran que su deseo es volver al país, en contraste con los que radican en España que manifiestan su deseo de continuar definitivamente en dicho país. Existen varios factores a considerar, como es la profesión, las condiciones en que desarrollan sus actividades, la remuneración, la adaptación a la sociedad foránea, las costumbres, el reagrupamiento familiar, etc.

Por otro lado, una mayoría manifiesta que su estancia en el país de destino es buena y otro grupo minoritario la califica como regular; dentro de este último grupo hay profesionales que aún apuestan por permanecer definitivamente en su nuevo destino, tal vez esperando que a mayores oportunidades tengan un mejor porvenir.

## 5. COSTOS DE LA MIGRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE LA SALUD

La migración de recursos humanos de la salud (RHUS) constituye una categoría especial de un fenómeno migratorio más amplio. Cada año, millones de personas migran de un país a otro buscando mejores condiciones de vida a través del incremento de sus opciones de educación o la mejora de sus expectativas laborales. Del mismo modo, cientos de miles de personas buscan refugio anualmente en países donde sus derechos e integridad humana puedan ser garantizados porque en su país de origen no lo están. Por último, todavía existe un importante flujo de mano de obra bajo condiciones de trata y tráfico de personas (niños y mujeres sobre todo) que constituye una de las caras más penosas de la migración internacional. En conjunto, se estima que en el año 2000 migraron un poco más de 86 millones de personas que equivalen aproximadamente a las dos terceras partes de la población del área andina<sup>13</sup> (Oficina Internacional del Trabajo, 2004, pág. 7).

Por otro lado, la Organización de las Naciones Unidas señala que en el año 2000, el número de personas que vivían en un país distinto al que nacieron bordeaba la ominosa cifra de los 175 millones. Lo anterior implica que si todas estas personas vivieran en un solo lugar serían el quinto país más poblado del mundo, después de China, India, Estados Unidos e Indonesia (UNFPA, 2006, pág. 6). A pesar de ello, esta cifra no representa más del 4% de la población mundial, lo que hace que no pocas voces señalen que estos flujos migratorios no sean en realidad un problema, puesto que incluso últimamente hay una fuerte presión de parte de los países receptores para evitar que estos se incrementen.

No toda migración constituye un problema para cualquier par de países que se constituyen como país de origen o de recepción de tales flujos. Ello depende de si los flujos migratorios que la componen ponen en riesgo la viabilidad de cualquiera de los dos. Cuando se aborda el estudio de la migración de trabajadores es necesario evaluar, para ambos países, si se descuida la capacidad de crecimiento económico o de desarrollo humano de los mismos en el mediano y largo plazo.

En lo relacionado con el problema del crecimiento económico, preocupa identificar si los flujos migratorios incrementan o restan el stock necesario de mano de obra calificada o no calificada para que un país pueda sostener su respectiva senda de crecimiento económico. Si la migración se concentra en la mano de obra calificada se considera que existe un problema de “fuga de cerebros” puesto que se resta importancia a la capacidad de investigación e innovación necesarias para impulsar el desarrollo económico. Si la migración se concentra en la mano de obra no calificada, por lo general es el país receptor el que toma las medidas necesarias para evitar problemas económicos en su respectivo mercado de trabajo no calificado o en el costo de los servicios públicos.

En lo que corresponde al problema del desarrollo humano, se evalúa si existe la cantidad óptima de recursos humanos que garanticen la calidad y cobertura necesarias del funcionamiento de los servicios de salud y educación para que la población disfrute de un creciente nivel de bienestar humano. Si se detecta que existe una brecha creciente en los RHUS necesarios, ello puede deberse a un aumento inesperado de la emigración de estos recursos o a la falta de RHUS formados, lo que prontamente se traduce en un deterioro en la calidad de los servicios de salud ofrecidos. Si este problema llega a extremos insospechados, tanto que pone en riesgo la capacidad de respuesta primaria de atención médica, puede llegarse incluso a fomentar la inmigración de RHUS formados en otros países.

---

<sup>13</sup> Los países del área andina son Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. Si se considera las estadísticas actuales de la Organización Internacional de la Migración (OIM), la figura se invierte haciendo que más bien la población migrante represente 1.7 veces la población del área andina. Ello sucede así porque según esta fuente la migración mundial alcanza los 214 millones de personas, representando el 3.4% de la población mundial.

Es en este marco de análisis que se inscribe el diagnóstico y el diseño de políticas que aborden del problema de la migración de RHUS en los países del área andina. De acuerdo con varios diagnósticos, en estos países, la migración de los RHUS está “comprometiendo la viabilidad de las políticas sanitarias y el consiguiente logro de los objetivos en salud” (Organización Panamericana de la Salud, 2009, pág. 16). Los datos recopilados permiten apreciar que este problema se ha acentuado en los últimos años sin conocerse de manera objetiva cuál es el impacto económico que este fenómeno está provocando en los países andinos.

Es por ello que el objetivo del presente trabajo es el de identificar y generar evidencias que dimensionen el impacto financiero de la migración de profesionales de la salud en los países andinos, que sustenten decisiones de política regionales y nacionales. Con este valor entre manos será posible evaluar la pertinencia y eficiencia de programas o políticas públicas que se orienten a incentivar la no migración de los RHUS. Asimismo, permitirá estimar el impacto esperado de estos programas en términos del ahorro por cada profesional de la salud que es retenido exitosamente por los países de la región andina.

El presente trabajo realiza una propuesta de estimación de los costos asociados con la migración de los profesionales de la salud y realiza una aplicación para el caso del Perú.

## 6. LA MIGRACIÓN EN LA ERA DE LA GLOBALIZACIÓN

### 6.1. ALGUNOS DATOS SOBRE LA MIGRACIÓN EN EL MUNDO

Los migrantes a nivel mundial se acercan a los 200 millones, lo que es aproximadamente 3% de la población mundial. De ellos, las mujeres representan 49,6%. En el mundo hay alrededor de 20 a 30 millones de migrantes irregulares.

Se estima que en el 2007, los flujos de remesas mundiales superaron los 337 mil millones de USD, de los cuales 251 mil millones se orientaron hacia los países en desarrollo.

UNICEF ha calculado que en el 2008, 18 millones de latinoamericanos y caribeños se encuentran en condición de migrantes en los EEUU. De ellos 12 millones se encuentran en condición no regular: 56% provenientes de México y 22% de otros países de la región. Al interior de América Latina se encuentra que cerca de 3 millones de personas han migrado a otros países –distintos a los de su nacimiento o residencia regular- de la región.

### 6.2. LAS TENDENCIAS DE LOS FLUJOS MIGRATORIOS

El flujo de emigración de las regiones menos desarrolladas hacia las más, se encuentra en un punto de inflexión, luego de un crecimiento sostenido hasta comienzos del nuevo siglo. En un lapso de 40 años, los flujos anuales migratorios crecieron de medio millón a cerca de 3,3 millones. Hoy, dicha tendencia está amainando y se habría ingresado a un periodo de estabilización en el cual la corriente migratoria se situaría, hasta el 2050, en 2,3 millones de personas.

Gráfico Nº 18 Promedio anual de migrantes a las regiones más desarrolladas (1960 – 2050)

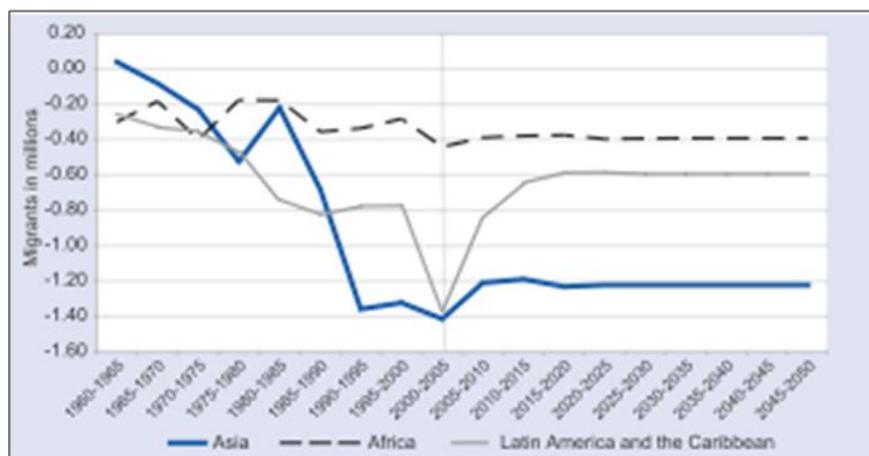


Fuente: IOM, World Migration 2008

Cabe señalar que hay un elemento, vinculado con los cambios demográficos que haría “sostenible” la demanda de mano de obra por parte de las economías más desarrolladas: el envejecimiento poblacional. Los países europeos tienen proyectada una demanda de trabajadores, particularmente en los sectores intensivos de mano de obra y en actividades “poco gratas” para el actual estándar europeo, que excede el crecimiento de la oferta local de trabajo. Ante ello, independientemente, de los ciclos expansivos y recesivos, se mantendrían las condiciones de demanda entre los elementos explicativos de este comportamiento migratorio (ver el Gráfico 1).

En el caso de América Latina, la emigración neta (entradas menos salidas de los residentes o nativos) empezará, igualmente, a disminuir y estabilizarse quedando en una situación más cercana a la magnitud proveniente de África que de Asia. Esta última región continuará siendo la que concentre los mayores flujos emigratorios (ver, al respecto el Gráfico 2).

Gráfico Nº 19 Emigración Neta, 1960 – 2050, por continente



Fuente: IOM, World Migration 2008

De todos los migrantes en el mundo, 25 millones provienen de nuestra región. España se ha convertido en el primer destino para migrantes de la región, desplazando a los EEUU como destino principal aunque es probable que en el acumulado de migrantes aún continúe, este último, liderando dicha condición.

### 6.3. LAS REMESAS

Un elemento que ha hecho visible el tema de las migraciones y de los migrantes, ha sido la transferencia de remesas que hacen hacia sus lugares de origen. Ello, por un lado, está revelando el énfasis o sesgo que se aprecia cuando las multilaterales y los gobiernos se acercan a dicho problema. La dimensión económica de la migración, el aporte de las remesas aparece en primer plano dejando de lado la protección de los derechos humanos de los connacionales que migraron.

Sin lugar a dudas que el aporte de las remesas es importante tanto a nivel microeconómico como agregado pero ello no debe obviar la presión en la comunidad internacional por el cumplimiento de los derechos fundamentales de los migrantes.

Para el año 2008, el Banco Interamericano de Desarrollo ha estimado que el volumen de remesas a América Latina y el Caribe habría acumulado unos 67,500 millones de dólares. Sin embargo dicho crecimiento nominal, 1,5% en relación al 2007, estaría evidenciando ya una reducción en magnitudes reales, es decir descontando la inflación.

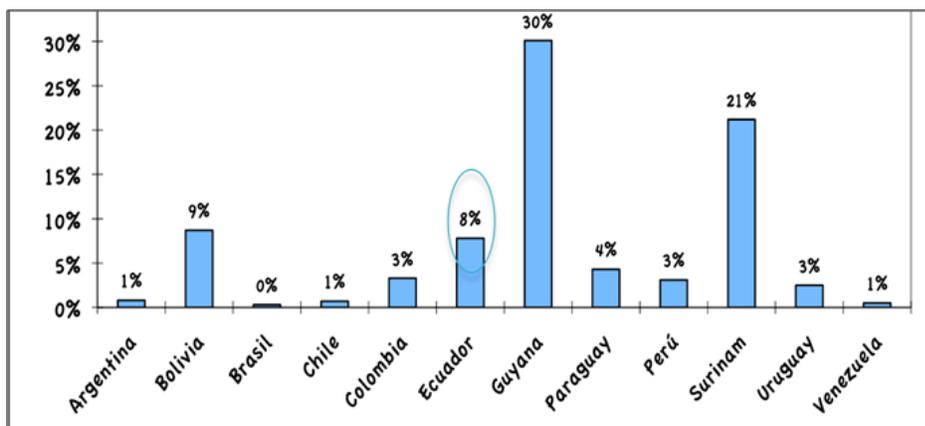
La caída en el crecimiento real de las remesas obedece a la situación de recesión por la que vienen atravesando los países de destino, básicamente EEUU y España. En tanto los migrantes de origen latinoamericano se encuentran laborando en los sectores como la construcción y los servicios intensivos en mano de obra, que son las actividades económicas más afectadas por la recesión, las tasas de desempleo han crecido significativamente en dichos sectores. Y ello ha afectado, particularmente, a los migrantes de la región que vienen experimentando tasas de desempleo abierto superiores a las del promedio.

Si bien, de encontrarse en situación de migrante regular, la pérdida de empleo se vería compensada con la percepción del seguro de desempleo, ello conlleva una merma en su ingreso disponible y con ello, igualmente, las remesas disminuyen. La mayoría de migrantes, sin embargo, se encuentran en una situación documentaria no regular lo que los coloca en una condición de mayor vulnerabilidad en la actualidad, tanto por el endurecimiento de las normas en los países de destino (leyes de retorno, penalizaciones, impedimento de acceso a servicios básicos, etc.) como por la mayor exposición al abuso laboral y a prácticas que vulneran sus derechos básicos como son el acceso a la salud y a la educación.

La importancia de las remesas, a nivel de cada economía, es muy diversa. Ella va a depender de la magnitud de los fondos en relación con el volumen de las exportaciones, el tamaño del PBI, el presupuesto de la nación y el crédito doméstico, por señalar algunas de las variables de comparación.

Dentro de los países de Sudamérica, Guyana y Surinam aparecen como aquellos donde las remesas tienen el mayor peso porcentual en relación a su PBI. En el primer caso, tal participación asciende al 30% mientras que en el segundo caso, al 21%. No obstante que en términos de magnitud, el valor de sus respectivas remesas es de los más bajos de la región.

Gráfico Nº 20 Participación de las remesas (USD millones) en el PBI de los países de la región en el 2006



Fuente: (IFAD, 2008) en <http://www.ifad.org/events/remittances/maps/latin.htm>

Por su parte, en el caso de los países de la CAN, se encuentra que Bolivia y Ecuador son quienes registran una mayor presencia de las remesas en relación con sus respectivos PBI. En el primer caso, dicho porcentaje llega al 9% y en el segundo, al 8%. Para Colombia y Perú, las remesas están explicando alrededor del 3% de sus correspondientes PBI.

Pero en todos los países de la CAN, las remesas son importantes dentro de la balanza de pagos y como parte de los ingresos monetarios de las familias locales receptoras de ellas. Una disminución de las mismas incorporará un elemento de vulnerabilidad al sector externo y es probable que los hogares que dependen de ellas desciendan bajo la línea de la pobreza, dependiendo de la intensidad con la que la crisis económica afecte a la correspondiente economía local.

#### 6.4. CONVERGENCIA DE CAPITAL HUMANO CON DIVERGENCIA DE INGRESOS: EMIGRACIÓN DE AL

Cuando se analiza el comportamiento de un siglo, entre América Latina y EEUU se aprecia que mientras que la brecha económica creció –es decir mientras que el PBI de EEUU aumentó a tasas más elevadas que la región, particularmente después de la segunda guerra mundial-, la brecha de desarrollo humano, salud y educación, se ha ido cerrando sostenidamente.

Que los indicadores de desarrollo humano hayan venido convergiendo sin mejoras en los ingresos de América Latina podría estar dando una razón fuerte para la emigración desde la región, tanto hacia Estados Unidos como Europa y los otros países de mayor desarrollo relativo.

Gráfico Nº 21 Tendencias del PBI. EEUU y AL, 1900 - 2000

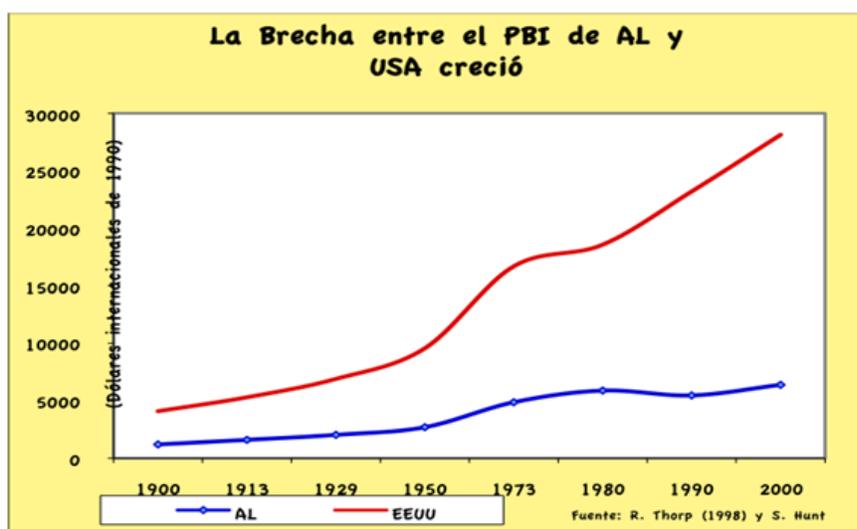


Gráfico Nº 22

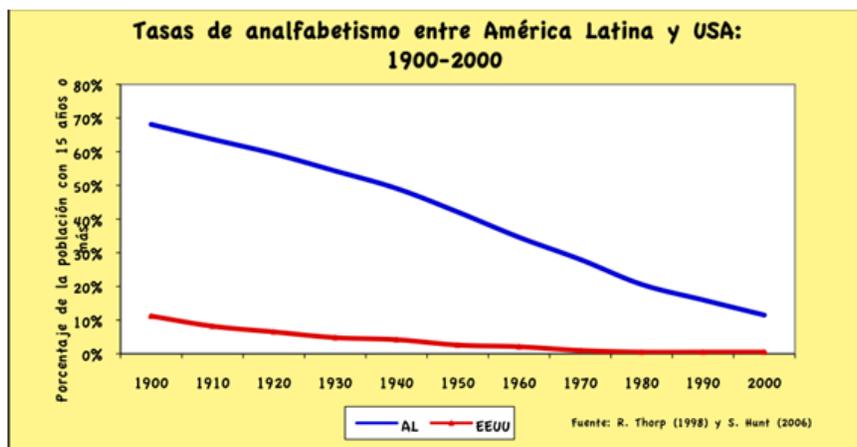
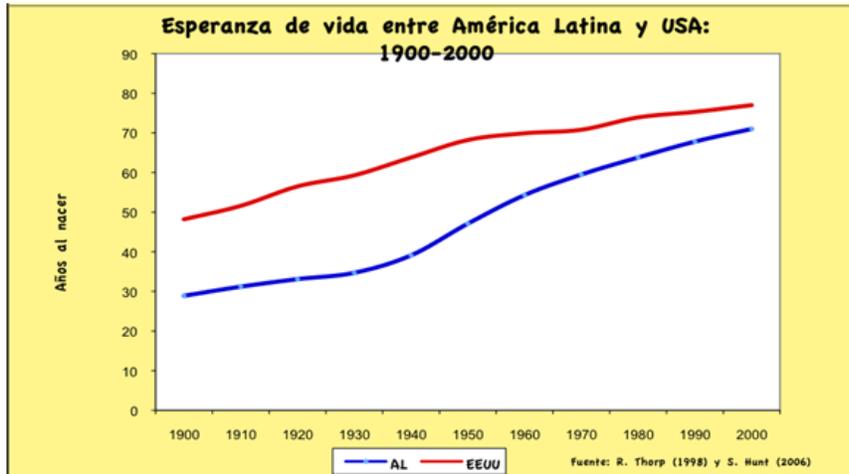


Gráfico No 23

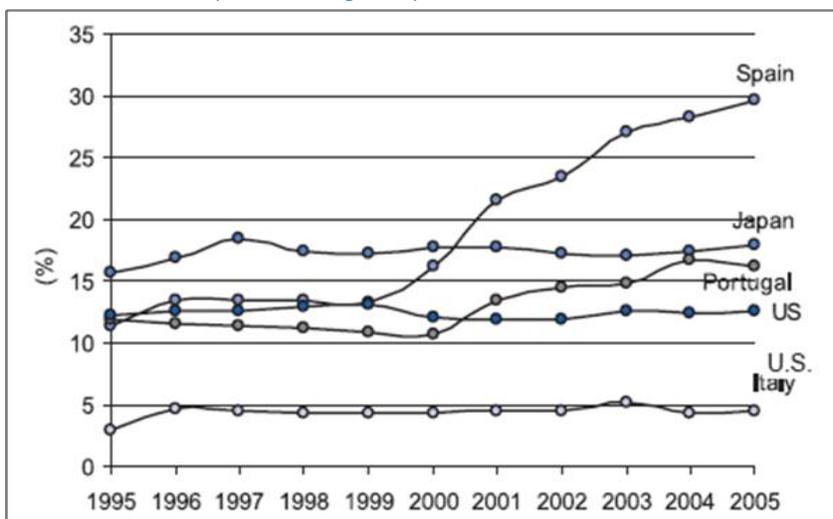


### 6.5. LOS MIGRANTES DE AMÉRICA LATINA Y DE LA COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES (CAN)

Desde mediados de los noventa, los flujos de migrantes que se originan en la región han ido orientándose en mayor porcentaje hacia España. EEUU ya no está concentrando su destino principal. Incluso, desde el 2000 en adelante, España adquiere la condición de primer destino de la emigración de los latinoamericanos, siguiéndole Japón, Portugal, EEUU e Italia.

En el 2005, España concentraba el 30% del flujo de migrantes latinoamericanos. Dicha participación se multiplicó por tres en un lapso de 10 años. En 1995 significaba sólo un 10% de dicha población.

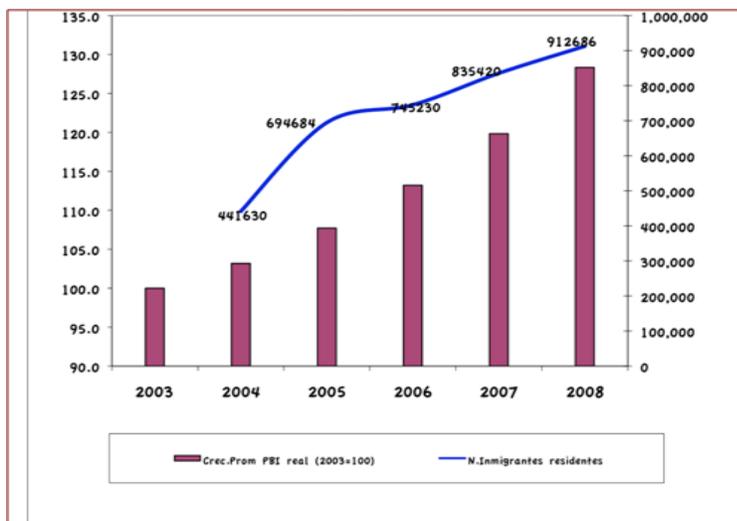
Gráfico No 24 Países receptores de la migración proveniente de América Latina, 1995 - 2005



Fuente: OECD, Acumulado de población extranjera por nacionalidad y de población extranjera nacida por país de origen.

De otro lado, cuando se observa la relación entre los flujos migratorios con el desempeño económico de los países de origen, se encuentra que para el caso de la CAN, el aumento de la emigración ha sido independiente del último ciclo económico expansivo que experimentó la sub región. Ello pondría en cuestión el tipo de crecimiento económico de dicho periodo ya que implicaría una determinada “naturaleza expulsora” del mismo. En otras palabras, podría indicar que el último ciclo expansivo de la economía no habría sido lo suficientemente fuerte para absorber la mano de obra que se oferta en el mercado laboral o que en términos de diferenciales de ingresos y de calidad del empleo ofertado, eran muy distantes de los empleos europeos, aún los de baja calificación. Si esto es así, el incentivo para la migración es muy alto.

Gráfico Nº 25 PBI real y Nº de inmigrantes residentes en España, provenientes de la CAN



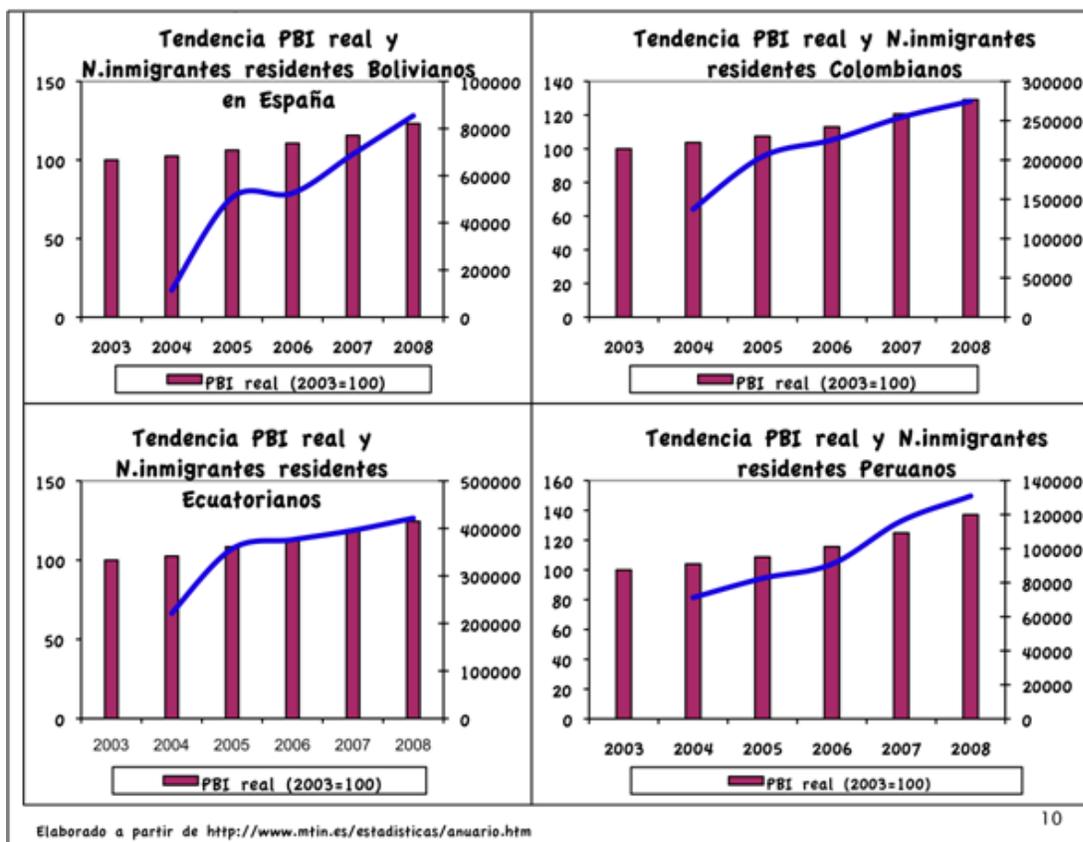
Elaborado a partir de (Ministerio de Trabajo de España, 2009)

Lo anterior se visualiza en la tendencia del último quinquenio. El PBI de los países andinos ha crecido, en promedio, cerca del 30% y el número de inmigrantes documentados, regulares asentados en España pasó de 442 mil a 913 mil. Es decir, se duplicó. Y, siendo una parte muy importante de los emigrantes, población con estudios superiores – técnicos o universitarios- pero que acaban trabajando en actividades de servicio doméstico, construcción, comercio y servicios de escaso valor agregado, el incentivo para la migración es básicamente el nivel de salarios relativos. En España, aún las ocupaciones de baja calificación, van acompañadas de ingresos monetarios más elevados que los que un técnico o profesional podría percibir en la región, a lo que se suma el acceso a seguridad social y planes pensionarios. Y, para la familia, cobertura de salud y de educación públicas.

### 6.5.1. LOS MIGRANTES DE LA CAN EN ESPAÑA

Para todos los países de la CAN, el año 2005 es el de mayor incremento de inmigrantes a España. Ello lo fue, especialmente, para bolivianos y ecuatorianos que hasta ese año mantuvieron la exención del visado Schengen. Posteriormente, ello restringiría el desplazamiento hacia Europa.

Gráfico Nº 26 Tendencia PBI Real y Nº Residentes en España provenientes de la CAN



Un elemento que ayuda a tener una idea de la calidad del empleo al que vinieron accediendo los emigrantes de la CAN en España es la tasa de afiliación a la seguridad social. En tanto un mayor número de los inmigrantes residentes participe de ella, la cobertura social correspondiente redundará en mejores condiciones para la reunificación familiar y para los planes de vida del migrante. Ello, en ese sentido, tenderá a asentar más su permanencia en el país de destino.

Lo que se ha encontrado es que en el 2005 se apreció un aumento en dicho porcentaje. Esto es, más residentes accedieron a trabajos con seguro social, pero al año siguiente dicha participación empezó a declinar, comportamiento que se mantuvo en el año 2007. Incluso, en dicho año, el porcentaje de afiliación a la seguridad social había descendido en comparación a las cifras del 2005.

Si esto aconteció antes del estallido de la crisis económica internacional, es de suponer que en los años siguientes dicha tendencia reforzara su comportamiento declinante.

El comportamiento descrito anteriormente se puede vincular con el aumento en la tasa de prestaciones de desempleo. Es decir, los menores porcentajes observados en las tasas de afiliación a la seguridad social se estarían relacionando más con pérdidas de empleo que con degradación en las condiciones laborales de los migrantes.

Anteriormente, se ha señalado la importancia económica de las remesas, como porcentaje de los respectivos PBI de los países de origen o como soporte a las balanzas de pagos.

Otro elemento a considerar es el porcentaje que significa el número de los emigrantes en relación con el tamaño de su PEA en el país de origen. En ese sentido, Ecuador es el país andino que cuenta con el mayor porcentaje comprometido poco más del 6% de su PEA está representado los emigrantes documentados en España. Si esto es así, la cifra real –incluyendo a los migrantes no documentados- se puede duplicar. Ello estaría explicando la presencia de demanda de trabajo insatisfecha en Ecuador y que acabaría siendo cubierta por los migrantes del área andina, particularmente provenientes de Perú y Colombia. En este caso, se estaría ante una “migración de reemplazo”.

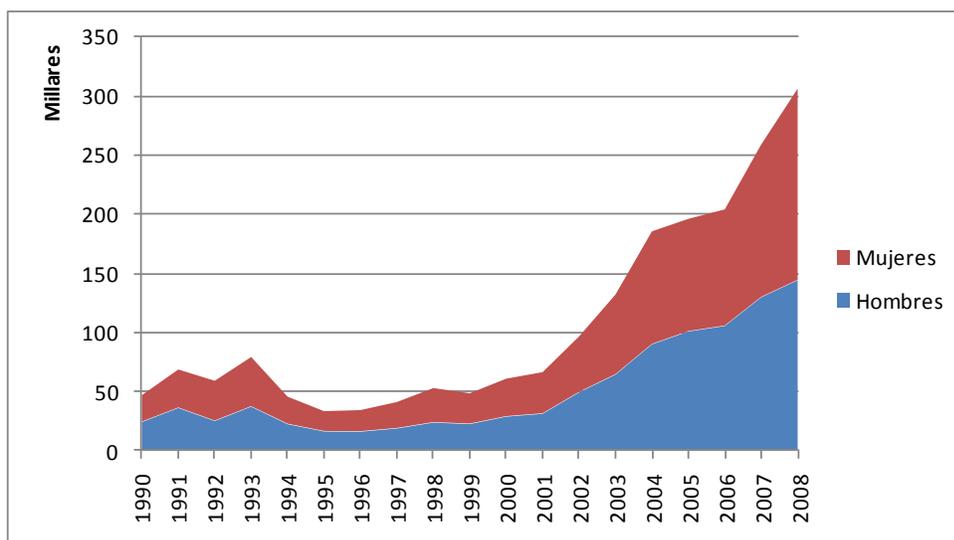
La situación presentada en Ecuador no es la común en el resto de países de la CAN. Pero en tanto la presencia de emigrantes no documentados es mayoritaria en los países de destino, la participación de los migrantes –documentados o no- puede estar cerca del 5% de la PEA en los otros países. Habría que precisar el efecto de este fenómeno en el marco de los cambios demográficos por los que viene transitando, aceleradamente, la sub región.

## 7. DEMOGRAFÍA DE LOS MIGRANTES PERUANOS

### 7.1. EVOLUCIÓN DE LA MIGRACIÓN

En el Perú, de acuerdo con las estadísticas oficiales, entre el 2001 y el 2008 ha habido un crecimiento acelerado del número de migrantes pasando de 66 mil personas a más de 300 mil personas en dicho periodo. Es decir, se ha multiplicado por 4.6 esta situación. Cabe destacar que en ese mismo tiempo, el número de mujeres que migraron fue superior al de varones en alrededor de 13.5 mil personas, siguiendo la tendencia del largo plazo, esto es, que hay más migrantes mujeres que varones.

Gráfico Nº 27 Perú: Volumen de migrantes según sexo, 1990 - 2008



Elaboración propia sobre la base de (INEI-DIGEMIN-OIM, 2009)

## 7.2. IMPORTANCIA DE LA MIGRACIÓN DE PROFESIONALES

Entre 1994 y 2008<sup>14</sup>, la migración de profesionales y técnicos representó un poco más del 15% del total de migrantes peruanos. Dentro de este grupo, los profesionales casi duplicaron en importancia a la categoría de técnicos y profesionales de mando medio. Por su parte, en cuanto a la dimensión de género se puede apreciar que en la categoría de profesionales, las mujeres tuvieron una importancia mayor que los varones; al contrario del nivel de técnicos y profesionales de mando medio donde los varones mostraron una ligera importancia superior al de las mujeres (un poco más de 2 puntos porcentuales).

Cuadro Nº 9 Perú: Importancia de la migración de profesionales, 1994 – 2008

Tipo de Ocupación	Varones	Mujeres	Total
Profesionales, Científicos e Intelectuales	9.7%	10.1%	9.9%
Técnicos y Profesionales de nivel medio	6.6%	4.3%	5.4%
Subtotal profesionales y técnicos	16.3%	14.4%	15.3%
Resto de ocupaciones	83.7%	85.6%	84.7%
Total	100.0%	100.0%	100.0%
Frecuencias	864,871	895,541	1,760,412

Elaboración propia sobre la base de (INEI-DIGEMIN-OIM, 2009)

## 7.3. RANKING DE LA MIGRACIÓN DE PROFESIONALES

Dentro de la categoría de profesionales, se puede identificar cuáles son las especialidades que tienen el mayor número de migrantes, tanto a nivel general como según sexo. En el nivel agregado, las seis profesiones que tienen el mayor número de migrantes son: profesor, ingeniero, administrador de empresas, enfermero, contador y médico.

Cuadro Nº 10 Perú: Ranking de profesiones que concentran el mayor número de migrantes según sexo, 1994 - 2008

Pos.	Tipo de profesional	Hombre	Mujer	Total
1	Profesor	11,733	25,527	37,260
2	Ingeniero	19,752	4,433	24,185
3	Administración de empresas	8,209	7,506	15,715
4	Enfermero	734	12,474	13,208
5	Contador	5,455	6,208	11,663
6	Médico	5,924	2,902	8,826
7	Resto de profesiones	32,324	31,467	63,791
	Total	84,131	90,517	174,648

Elaboración propia sobre la base de (INEI-DIGEMIN-OIM, 2009)

<sup>14</sup> Aunque se cuenta con información migratoria agregada desde 1990, el informe de la OIM analiza en su mayor parte la información correspondiente al período 1994-2008. Ello se debe a que sólo se cuenta con información disponible en la base de datos de DIGEMIN a partir de 1994.

En el caso de los varones, las seis principales profesiones migrantes son ingeniero, profesor, administrador de empresas, *médico*, contador y abogado. En el caso de las mujeres, el ranking muestra que las principales profesiones con mayor migración son: profesora, *enfermera*, administradora de empresas, contadora, ingeniero y abogado. Como se puede apreciar, en el nivel general, las carreras de enfermería y de medicina aparecen dentro de las seis principales categorías profesionales que migran. En el caso de los varones, los médicos constituyen el cuarto lugar que más migran; mientras que en el caso de las mujeres, las enfermeras ocupan el segundo lugar.

## 1.1. RANKING DE LA MIGRACIÓN DE RHUS

Si enfocamos en el subgrupo de las profesiones de salud, encontramos que entre 1994 y el 2008 han migrado un poco más de 27.7 mil personas, lo que representa el 15.9% del total de profesionales migrantes. A continuación se muestra la frecuencia agregada de los migrantes según profesiones de la salud en los últimos 15 años.

Cuadro Nº 11 Perú: Cuento de migrantes según categoría ocupacional de los RHUS, 1994 – 2008

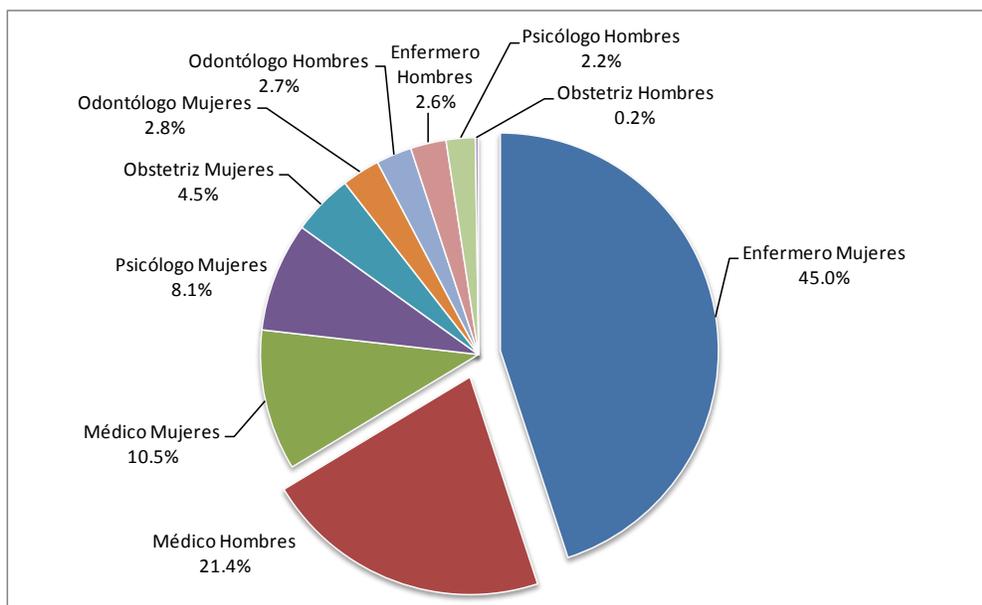
Categorías	Hombre	Mujer	Total
<b>Profesionales de Salud</b>	<b>8,058</b>	<b>19,674</b>	<b>27,732</b>
Enfermero	734	12,474	13,208
Médico	5,924	2,902	8,826
Obstetriz	65	1,258	1,323
Odontólogo	735	785	1,520
Psicólogo	600	2,255	2,855
<b>Profesionales No Salud*</b>	<b>76,073</b>	<b>70,843</b>	<b>146,916</b>
<b>Total general</b>	<b>84,131</b>	<b>90,517</b>	<b>174,648</b>

Nota: Incluye a las categorías ambiguas como bachiller, profesional, licenciado, docente y otros no especificados. Elaboración propia sobre la base de(INEI-DIGEMIN-OIM, 2009)

Del total de migrantes profesionales de la salud, las mujeres son el grupo más importante (71%). Ello se explica porque la migración de enfermeras representa la categoría más importante del total de migrantes de la salud (45.0%). En segundo lugar se encuentran los médicos varones con 21.4%. Finalmente, en tercer lugar, aparece el grupo de médicos mujeres con 10.5%. Es interesante apreciar que los médicos como grupo, tomando en cuenta hombres y mujeres suman 31.9%. De esta manera las enfermeras mujeres y los médicos en general constituyen el 76.9% de los RHUS que migraron entre 1994 y 2008.

Por otro lado, es importante señalar que en cuadro revisado, las estadísticas de migraciones reportan tres categorías ocupacionales de la salud importantes de manera adicional: la obstetriz, el odontólogo y el psicólogo. En el primer y tercer caso, las mujeres constituyen de lejos el grupo migrante más importante; mientras que en el segundo, el odontólogo, las diferencias no son muy amplias, pero la mujer tiene el liderazgo migratorio.

Gráfico Nº 28 Perú: Importancia de la migración según sexo, 1994 – 2008



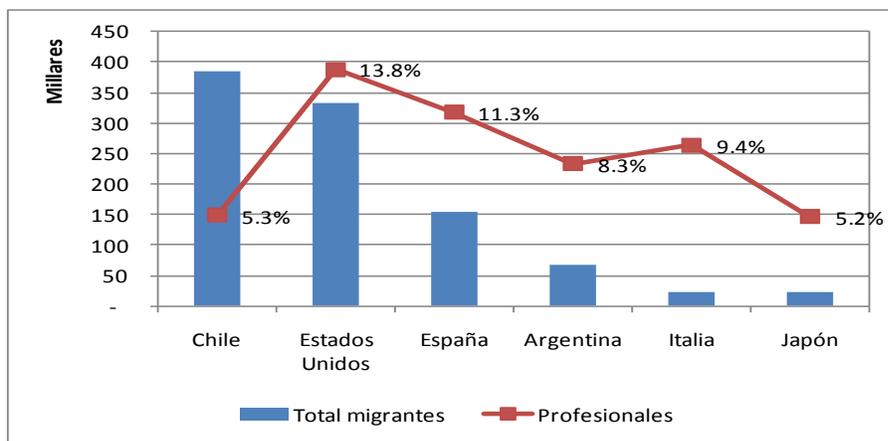
Elaboración propia sobre la base de (INEI-DIGEMIN-OIM, 2009)

## 1.2. DESTINO DE LOS RHUS

Según el estudio del OIM(INEI-DIGEMIN-OIM, 2009), Chile, Estados Unidos, España, Argentina, Italia y Japón son los países que concentran el mayor número de migrantes peruanos del mundo con un poco más del 80% de dicha masa migrante. De dicho grupo de países, se obtuvo el porcentaje de profesionales que migraron a cada país lo cual fue muy útil después para poder ubicar a las personas por cada categoría profesional.

Los datos que se presentan a continuación, demuestran que el principal foco receptor de las migraciones de profesionales son los Estados Unidos, luego le sigue Chile, finalmente tenemos España, Argentina, Italia y Japón. De manera conjunta, los profesionales migrantes representan el 9.4% del total de migrantes.

Gráfico Nº 29 Perú: Importancia de los profesionales migrantes sobre el total de migrantes según destino, 1994 – 2008



Elaboración propia sobre la base de (INEI-DIGEMIN-OIM, 2009)

Antes de realizar el análisis de destino es importante realizar una anotación sobre la calidad de los datos. En primer lugar, estos datos han sido reconstruidos a partir de los datos secundarios reportados por la IOM. Aunque se puede garantizar que los datos han sido tratados correctamente y transparentemente, existe la posibilidad que haya diferencias entre los datos debido a redondeos y ajustes entre los datos. En segundo lugar, que la representatividad de los datos reconstruidos llega al 59.4%. Esta es una buena cifra en términos de representatividad grupal para los análisis respectivos.

Una primera cuestión que aparece luego de inspeccionar los datos es que Estados Unidos es el principal destino de la migración de todas las especialidades de la salud. Incluso para el caso de las enfermeras puesto que la diferencia a favor de Estados Unidos es de casi 200 personas. Esto es consecuente con los elevados ingresos que se espera obtener en este país, que en el caso de las carreras de medicina son las que lideran el ranking nacional de ingresos<sup>15</sup>. Por otra parte, varios análisis que ponen en relieve el creciente problema de la falta de profesionales de la salud en ese país. Solamente en el caso de los médicos se estima que para el 2025 habrá un déficit que oscilará entre 124 y 159 mil personas (Association of American Medical Colleges, 2009). Pero no necesariamente ello implica que este sea un motivo para brindar las mismas oportunidades de desarrollo profesional para los médicos migrantes como se verá más adelante.

Una segunda cuestión que aparece con notable importancia es el tema de los psicólogos migrantes. En este caso, la importancia de Estados Unidos como principal fuente de destino es clave puesto que el resto de lugares aparece con mucha menor preferencia por esta categoría profesional. Un tercer aspecto, es el tema de la importancia de la migración intrarregional para los profesionales de la salud donde aparecen como destinos de importancia Chile y Argentina. Ello se debe a que estos países gozan de un nivel de vida relativamente mejor que el observado en el Perú y ofrece posibilidades de desarrollo profesional que el Perú no les da.

**Cuadro Nº 12 Perú: Profesionales de la salud migrantes según país de destino, 1994-2008**

Profesional	Enfermero	Médico	Psicólogo	Total	Distribución % entre países
Estados Unidos	2,478	2,524	1,056	6,058	41.0%
Chile	2,222	1,060	285	3,567	24.1%
España	1,925	770	315	3,010	20.4%
Argentina	831	528	90	1,449	9.8%
Italia	508	46	33	587	4.0%
Japón	58	23	28	109	0.7%
Subtotal	8,022	4,951	1,807	14,780	100%
% respecto del total de migrantes	60.7%	56.1%	63.3%	59.4%	
Total de migrantes	13,208	8,826	2,855	24,889	

Elaboración propia sobre la base de (INEI-DIGEMIN-OIM, 2009)

<sup>15</sup> A mayo de 2008, los médicos y cirujanos tienen un ingreso medio anual de 165 mil dólares. Los cirujanos 206,770 al año, los dentistas 154,270 al año, obstétricos y ginecólogos 192,780 al año. Las enfermeras y afines tienen un ingreso anual de 24,620 dólares (Bureau of Labor Statistics, 2009).

## 8. RAZONES DE MIGRACIÓN

Los profesionales de la salud migran porque, o bien no encuentran oportunidades de empleo adecuadas para su formación o porque los ingresos percibidos en el actual empleo se están deteriorando. En cualquiera de los casos estamos hablando del problema conocido como “fuga de cerebros” o “brain drain” como se le conoce en el idioma inglés. Este término se acuñó en Inglaterra para referirse principalmente a la movilidad de mano de obra calificada desde los países en desarrollo hacia principalmente los Estados Unidos (Luchilo, 2004, pág. 2).

En el primer caso tenemos el problema que el mercado local no ofrece oportunidades de desarrollo adecuadas para el profesional de la salud. Mientras que el Estado ofrece una muy baja remuneración para el profesional de la salud asociado a su baja inversión en la cartera de salud, el mercado tiene un espacio de crecimiento bastante limitado pues está básicamente compuesto por un tipo de consumidor perteneciente al sector de clase media y media baja por lo que no puede cobrar precios muy excesivos para ofrecer sus servicios (Mayta & Dulanto, 2008).

### 8.1. UN SECTOR PÚBLICO DEPRIMIDO

En el Perú, la inversión pública en salud es bastante baja. En términos monetarios esta alcanzó los 38 dólares per cápita durante el 2006 y en términos relativos no supera el 1.53% del PIB para el mismo año (CEPAL, 2009). Estos datos contrastan duramente con los 162 dólares que gasta el gobierno chileno que equivale a casi 2.8 puntos porcentuales de su respectivo PIB. O incluso las cifras del propio gobierno boliviano que en términos per cápita invierte casi lo mismo que el Perú (37 dólares) aunque en términos relativos equivale al 3.3% de su PIB.

Una encuesta aplicada entre los internistas de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, entre septiembre y diciembre de 2007, reveló que la expectativa de salario mensual de los estudiantes entrevistados era de USD 2600. No obstante, el salario efectivo al que pueden aspirar en el mercado era de unos USD 670. Ello demostraba que había una evidencia racional contundente para que el aspirante a profesional evalúe la decisión de migrar o competir en el mercado de trabajo local. De hecho, más de un tercio de los entrevistados respondieron que estaban dispuestos a abandonar el país con tal de obtener mejores oportunidades de desarrollo profesional. Algunos factores que ayudaban a consolidar esa decisión era la de contar con un familiar profesional que ya migró con dicha profesión, y, en segundo lugar si el estudiante había participado de algún congreso de la especialidad fuera del país (Mayta & Dulanto, 2008).

### 8.2. UN MERCADO DE BAJOS INGRESOS

Las posibilidades de desarrollo profesional para los RHUS a través del mercado son limitadas. Una primera consideración es que el mercado está compuesto básicamente por familias de ingresos medios y bajos. Fuera del mercado de Lima Metropolitana parece ser que no existe otra ciudad que tenga la capacidad instalada para atender los problemas de salud más graves. De aquí que el gasto por concepto de cuidados de salud en la ciudad capital sea superior al resto del país. Tal es así que el gasto promedio per cápita nacional en cuidados de la salud estimado para el 2008 es de aproximadamente 34 nuevos soles, mientras que para Lima Metropolitana este gasto asciende a 38 nuevos soles. En el área rural, este monto no supera los 17 nuevos soles. En términos porcentuales estos montos no representan más del 8% para el caso del nivel nacional, ni del 9.1% para el caso del nivel de Lima Metropolitana (INEI, 2009, pág. 58).

Otro problema que limita el crecimiento económico del sector y con ello las oportunidades de los médicos es que no existe una regulación pública razonable que inhiba la competencia de sustitutos perversos de la profesión médica como son la consulta en las boticas y farmacias antes que el personal de atención primaria oficial, ya sea en

los establecimientos del Ministerio de Salud o Essalud. Ello se desprende de los reportes del principal lugar de consulta al que acuden las personas que padecen alguna enfermedad, según las Encuestas de Hogares. De acuerdo con esta fuente, al tercer trimestre de 2008, del total de personas que padecieron alguna enfermedad, un poco menos de la mitad, esto es 48.2% realizaron una consulta para aliviar su malestar. De ese total, un 20.3% lo hizo en un establecimiento del Ministerio de Salud (ya sea hospital, puesto o centro de salud); un 13.9% realizó la consulta en una farmacia o botica; un 7.1% realizó la consulta en un establecimiento de salud privado (clínicas o consultorios particulares) y el 5.2% consultó en establecimientos de Essalud. Existe un porcentaje bastante pequeño de personas que realiza su consulta con curanderos, entre otros, es decir 1.7%(INEI, 2008, pág. 17). Sorprendentemente, para el caso de Lima Metropolitana, aunque existe una proporción mayor de personas que realiza una consulta de salud (57.1%), la principal fuente de consulta es la farmacia o botica con 17% de los casos. Le sigue el MINSA con 15.4%, la clínica o consultorio particular con 14.2% y finalmente Essalud con 8.2%.

Debido a estos problemas es que se produce un fenómeno de subempleo por el que los RHUS deben emplearse hasta en tres empleos a la vez para obtener un nivel de remuneración adecuado para vivir. Por ejemplo, según un estudio aleatorio realizado con estudiantes egresados de la Escuela de Medicina Humana de San Fernando de la UNMSM entre 1994 y 2003, se encontró que un 48.6% de los egresados poseía sólo un trabajo remunerado, mientras que un 29.4% declaraba tener dos empleos y un 22% afirmaba tener 3 o más trabajos. En el trabajo remunerado que le dedicaba más horas, un 29% aseguró que laboraba en el sector privado, un 43.6% en el MINSA, un 23% en Essalud y un 4.4% en las FFAA(Huamán, y otros, 2007). De acuerdo con la misma fuente, alrededor de un 7.5% de los egresados en ese periodo se encontraba trabajando en el extranjero, ya sea en Estados Unidos o Europa, lo que demostraría el alto nivel de competitividad de la carrera ofrecida por esta facultad, la cual provee hasta la fecha cerca del 43.2% del total de egresados de esa especialidad, seguido por la Universidad Federico Villareal (10.6%).

## 9. CONSECUENCIAS DE LA MIGRACIÓN

### 9.1. PAÍSES EN DESARROLLO

#### 9.1.1. ASPECTOS POSITIVOS

Entre las consecuencias positivas de la migración de los profesionales de la salud se encuentran los siguientes aspectos: la posibilidad de envío de remesas monetarias a las familias lo que trae como consecuencia una disminución de la pobreza; y, si hay retorno del profesional, la posibilidad de obtener mejores oportunidades de empleo en el país de origen por haber recibido un entrenamiento percibido como de mayor calidad.

En efecto, ello depende de cuáles son los objetivos del profesional de la salud migrante. En el caso de los médicos por ejemplo, se tiene información de que el principal objetivo no es tanto la posibilidad de realizar remesas para la familia, aunque en una primera etapa de la migración así lo hagan, sino más bien el de llevar a la familia para residir junto con él. Ello se debe a que las posibilidades de crecimiento profesional y económico son bastante significativas y por lo tanto es posible que se consolide la migración de la familia completa.

En caso que no se produzca la migración de la familia, si existe un impacto directo en la reducción de la pobreza, pero básicamente esta se focalizaría en el área urbana. En efecto, es poco probable que las familias de las áreas rurales puedan enviar a sus hijos al extranjero. Al contrario, son las familias asentadas en el espacio urbano, las

que eventualmente pueden asegurar el capital necesario para impulsar la migración del joven recién graduado como médico.

Un caso diferente parece ser el constituido por las mujeres migrantes en el caso de la especialidad de enfermería. En efecto, mientras que en el caso de los médicos las opciones de desarrollo pasan por colocarse en el sistema de atención de salud privada de los países desarrollados, en el caso de las enfermeras estas se concentran en atender a las personas de la tercera edad y a los niños en países ubicados principalmente en Europa. Es decir se ubican en las familias de altos ingresos. Esto plantea una serie de requerimientos para lograr un trabajo estable en el tiempo, pero que no pocas migrantes han sabido sortear para lograr un mayor nivel de desarrollo, mientras las familias así lo dispongan.

Un enfoque novedoso respecto del personal profesional migrante es que antes que este sea considerado como un “cerebro fugado”, con el creciente aumento de las comunicaciones y la interactividad global, más bien sea considerado como un nodo importante para ampliar y fortalecer una red local de profesionales. En buena cuenta, que promueva una red de conocimiento necesaria para el desarrollo de un país (De los Ríos & Rueda, 2005). Adicionalmente, de concretarse el retorno del recurso humano este lleva a su país iniciativas económicas, vinculaciones con el extranjero, útiles para la inversión, y el conocimiento de otras culturas (Norza, 2009, pág. 5).

---

### 9.1.2. ASPECTOS NEGATIVOS

Entre los aspectos negativos de la migración de profesionales de salud se encuentra el hecho de que se observe una caída de la calidad de los servicios de salud como consecuencia de un aumento en la carga de trabajo de los profesionales que escogen no migrar (Chikanda, 2004, págs. 8-9). Este fenómeno se observa con nitidez al interior de un país, donde las regiones más distantes (generalmente rurales) cuentan con un médico que debe realizar todas las tareas relacionadas con la salud de una determinada localidad. Y en el peor de los casos, cuando no existe un médico, son las enfermeras o enfermeros que asumen responsabilidades que de otra manera no lo hubieran obtenido. Este mismo fenómeno puede también ser identificado en una ciudad, al comparar la disponibilidad de médicos y enfermeras entre un establecimiento de salud público y el otro privado.

La anterior problemática señala que no sólo es importante tomar en cuenta el déficit de una especialidad de los RHUS en particular observado de manera independiente, sino también en las proporciones necesarias entre las diferentes especialidades para garantizar que los servicios de salud se proveen con un nivel de calidad adecuado. En efecto, para que los servicios de atención primaria tengan una capacidad de respuesta adecuada ante la población no sólo debe garantizar una cantidad mínima necesaria de médicos y enfermeras por habitantes, sino que el ratio entre estas dos especialidades (u otras más) sea acorde con las necesidades de desarrollo de una determinada población. El problema en este punto es cómo determinarlas.

Un enfoque que brinda una solución a este problema es la que comprende que la cantidad y la calidad de los RHUS son cruciales para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud de una determinada población (Harvard University's Global Equity Initiative, 2004, págs. 23-24). De acuerdo con los resultados del estudio citado, una densidad de 2.5 trabajadores de la salud por cada mil habitantes puede considerarse como una cantidad “mínima” adecuada de trabajadores necesaria para mantener una cobertura de servicios de salud esenciales orientados a cumplir con los correspondientes ODM. Este valor fue validado posteriormente a través de un nuevo informe, donde se hacía explícito que para garantizar una cobertura de nacimientos de más del 80%, se estimaba que era necesaria una densidad combinada de médicos y enfermeras de aproximadamente 2.28 unidades por cada mil habitantes, con un rango de incertidumbre entre 2.02 y 2.54 unidades por cada mil habitantes (OMS, 2006, pág. 11).

De igual manera, se han podido establecer algunas relaciones causales relacionadas con los indicadores que componen los ODM de la salud. En efecto, un incremento del 10% en la densidad de trabajadores de salud se relaciona con una caída del 5% en la mortalidad materna. De igual manera, un incremento del 10% en la densidad de trabajadores de salud se correlaciona con una caída del 2% en la mortalidad infantil (Harvard University's Global Equity Initiative, 2004, pág. 26).

Estos resultados resultan complementarios a otro hallazgo interesante: mientras un país tenga un mayor nivel de vida, medido por su PBI per cápita, mayor sea la densidad de RHUS. Esto no tendría nada de asombroso hasta comprobar que en realidad no existe un límite superior para dicha disponibilidad. Siempre es posible obtener una mejor calidad de vida y estándares de salud más elevados mientras exista una mayor densidad de RHUS. Esto, en perspectiva, deja abierta la posibilidad de que las futuras presiones migratorias desde los países menos desarrollados hacia los más desarrollados nunca se logren sofocar, independientemente de lo que hagan los países con menores recursos.

Desde un punto de vista más cualitativo, la baja calidad de los servicios de salud se percibe desde el punto de vista de los clientes, como servicios de salud “poco humanos” o “abusivos”, con elevados tiempos de espera para ser atendidos y además, corruptos. En el primer caso, la pérdida en la calidad de la atención de la salud se asocia a una respuesta natural a la excesiva sobrecarga de trabajo que resulta en niveles de estrés elevados por lidiar con un elevado número de pacientes que atender (Chikanda, 2004, págs. 13-14). En los casos siguientes, existe un estudio que expone con claridad las quejas de corrupción en los hospitales del Perú, aunque su proporción reportada a partir de las Encuestas de Hogares no es significativa. Estas quejas incluyen tarifas cobradas por encima de los precios de lista cuya diferencia luego es guardada en el bolsillo, colusión entre el personal del hospital y las farmacias externas o proveedores externos de pruebas clínicas, elevado ausentismo de parte de los médicos que cuentan con un segundo trabajo en el sector privado, médicos que trasladan a sus pacientes a sus consultorios privados, y coimas de dinero o sexo para conseguir trabajo (Hunt, 2007, págs. 4-5).

### 1.3. PAÍSES DESARROLLADOS

#### 9.1.3. ASPECTOS POSITIVOS

Desde el punto de vista de los países receptores, se puede identificar hasta dos ventajas de la migración de los RHUS provenientes de los países menos desarrollados: la incorporación de profesionales de salud competitivos a bajo costo y la movilidad de profesionales de la salud hacia actividades de mayor valor agregado.

En el primer caso, es sencillo constatar que los costos de formación de un profesional de la salud en un país pobre o emergente son comparativamente menores a los observados en los países industrializados. Así, las barreras migratorias entre un país emisor y receptor funcionan como una suerte de *filtro darwiniano* para que los países más adelantados obtengan a los RHUS más destacados. Lo más importante de este mecanismo es que la absorción de la mano de obra calificada se hace a bajo costo pues los países ricos no pagaron por la formación de los mismos. Este fenómeno ha sido calificado como un “subsidio perverso” a los sistemas de salud de los países desarrollados desde los países más pobres o emergentes (OMS, 2006, pág. 101). Este problema se intensifica cuando el país receptor cuenta con políticas de inmigración selectivas y el país emisor tiene brechas educativas muy amplias (Docquier, Lohest, & Marfouk, 2007).

En el segundo caso, que puede considerarse complementario al primero, es la situación en la que los profesionales de la salud migrantes dejan la prestación de servicios de alta especialización en sus países de origen para ocupar aquellas funciones menos valoradas en los países receptores. Por lo general esta se concentra en la atención

ambulatoria en los niveles menos complejos de la atención de un establecimiento de salud(OPS-OMS, 2009, pág. 7). Queda aquí simplemente valorar si la remuneración percibida por el profesional migrante sea lo suficientemente compensatoria por la pérdida de responsabilidad previamente desempeñada en el país de origen y que ahora ya no puede realizar. No obstante, desde el punto de vista de los profesionales de los países desarrollados lo más importante de este mecanismo es que a ellos les permita ascender en la carrera profesional a través de complejos y competitivos sistemas de selección profesional. En buena cuenta, para los nativos de los países desarrollados, la migración de RHUS de países menos desarrollados les permite tener una escala remunerativa cada vez más elevada y competitiva sobre la cual poder ascender.

#### 9.1.4. ASPECTOS NEGATIVOS

Los aspectos negativos de la migración de RHUS en los países desarrollados han sido poco estudiadas por los informes que han abordado el problema de la gestión de los RHUS. No obstante, dentro de la teoría estándar de análisis de funcionamiento de los mercados de trabajo y la migración, es posible apreciar que surjan problemas de inserción laboral para los profesionales de salud nativos menos calificados que entran a competir con los profesionales de salud extranjeros que gozan de una mayor experiencia formativa. Los resultados netos de este problema parecen no ser todavía significativos, así que sólo quedará para evaluar los casos que se vayan suscitando para futuros estudios.

A pesar de lo dicho, es importante destacar que los problemas de competencia con los profesionales nativos han sido cada vez más duros en los últimos años, lo que ha obligado a redefinir las políticas de desarrollo profesional médico, por ejemplo, en varios países desarrollados como los Estados Unidos. Ello no necesariamente ocurre para el caso de las enfermeras cuyos aspectos en detalle se verán en la siguiente sección.

## 2. CALCULANDO LOS COSTOS DE LA MIGRACIÓN DE LOS RHUS

Esta sección tiene como objetivo realizar una estimación de los costos de migración de los RHUS, especialmente de los médicos y las enfermeras que conforman el grupo más importante de migrantes de la salud en el Perú.

### 9.2. BREVE DISCUSIÓN

De acuerdo con un estudio seminal realizado para el caso de Kenya(Muthuri, Gbary, Kainyu, Nyoni, & Seddoh, 2006), los RHUS migrantes pueden clasificarse en tres categorías: los científicos especializados (con niveles de maestría o doctorado) que migran para recibir mayor entrenamiento pero fallan en retornar al terminar sus estudios; los profesionales de la salud que obtienen entrenamiento avanzado en países desarrollados, retornan al completar sus estudios y luego de trabajar un tiempo vuelven a emigrar; y los profesionales de la salud que se entrenan en instituciones locales pero emigran al terminar sus estudios o luego de trabajar durante algún tiempo.

La emigración resulta de una combinación de factores de expulsión del país fuente y factores de arrastre o atracción de los países receptores. En el caso de los científicos investigadores, las razones para que no retornen a sus países de origen luego de su entrenamiento incluyen: falta de financiamiento para la investigación, instalaciones precarias para investigar, estructuras limitadas para el desarrollo de la carrera profesional, amenazas de violencia, falta de una adecuada educación para los hijos y falta de una cultura de decisiones basada en la evidencia que conduce a la falta de reconocimiento de la contribución potencial de los investigadores al desarrollo de la salud nacional.

Las razones clave que motivan a la migración de los trabajadores de la salud incluyen: sistemas de salud frágiles, inseguridad incluyendo violencia en el lugar de trabajo, pobres condiciones de vida, bajas remuneraciones, falta de oportunidades de desarrollo profesional (educación o entrenamiento), poca claridad en la ruta a seguir de su carrera profesional, riesgo de infección con enfermedades como la hepatitis B, tuberculosis, VIH entre otras debido a la falta de equipo adecuado para manejar a los enfermos y las muestras de sangre, nepotismo o discrecionalidad en la reclusión o promoción del empleo, conflictos o guerras civiles o políticas, pobreza generalizada, pobre gobernanza y finalmente, la sobrecarga de trabajo.

Algunos de los factores que atraen a los RHUS a los países desarrollados son: disponibilidad de información, facilidad de acceso a la comunicación y tecnología, facilidad para encontrar empleo o para obtener una visa, campañas de reclusión agresivas para llenar vacantes en países ricos, disponibilidad de oportunidades de empleo, mejores remuneraciones y de condiciones laborales, mejores condiciones de vida, y oportunidades para el desarrollo intelectual (capacitaciones, acceso a internet y modernas bibliotecas).

Los factores combinados que empujan y atraen a los migrantes han provocado la fuga de cerebros de los países en desarrollo. Esto ha exacerbado los ya precarios sistemas de salud nacional y locales, haciendo realmente difícil a los países pobres y emergentes alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

En el caso peruano, de acuerdo con las entrevistas realizadas<sup>16</sup>, la migración de los médicos se concentra fundamentalmente en la tercera categoría: son jóvenes, la mayoría varones, solteros, que cuentan con el título profesional a nombre de la nación como médico cirujano<sup>17</sup>, con un rango de edad de 25 a 30 años<sup>18</sup>, los cuales pueden iniciar la migración habiendo cumplido o no con el SERUMS<sup>19</sup>. Ello sucede porque el SERUMS es un concurso nacional donde las plazas abiertas son muchas veces menos de la mitad de la cantidad de egresados de medicina. Los que no logran alcanzar las plazas remuneradas, deben optar por realizar su SERUMS en las áreas urbanas, generalmente en Lima Metropolitana pero sin ninguna remuneración. Para ello deben contar con una buena cobertura económica, y si no la tienen, es en este trayecto cuando se toma muchas veces la decisión migratoria porque el tiempo pasa y las presiones económicas para el joven profesional son cada vez más urgentes. Una oportunidad adicional recientemente abierta para los jóvenes es el de realizar el SERUMS en los establecimientos de salud de las empresas extractivas (minería e hidrocarburos) lo que implica una remuneración mejor al promedio para esta etapa. No obstante las vacantes disponibles aún son muy reducidas.

Por ello, mientras más temprano sea la edad para la migración (lo cual ocurre con mayores probabilidades para los jóvenes que cuentan con mayor respaldo económico) existen mejores posibilidades de inserción en el extranjero pero generalmente en las tareas menos valoradas de los establecimientos de salud de los países que los acogen. Para el caso de Estados Unidos, los profesionales migrantes deben rendir hasta tres exámenes a un costo aproximado de USD 1500 cada uno para poder lograr una plaza de trabajo en el sistema de salud de dicho país. No todos logran aprobar en el primer intento sobre todo porque las preguntas teóricas son muy exigentes. En cambio, los exámenes clínicos parecen ser más favorables para los estudiantes peruanos, quienes cuentan con experiencia suficiente para el caso. Ocurre sin embargo que una vez ubicados en su plaza de trabajo, en tanto los jóvenes van adquiriendo experiencia profesional, se van dando cuenta que sus perspectivas de crecimiento laboral (más no necesariamente económico) son menores a lo previamente esperado. Una de las opciones alternativas que se ha

---

<sup>16</sup> (Medina, 2009), (Candela, 2009) y (Durand, 2009).

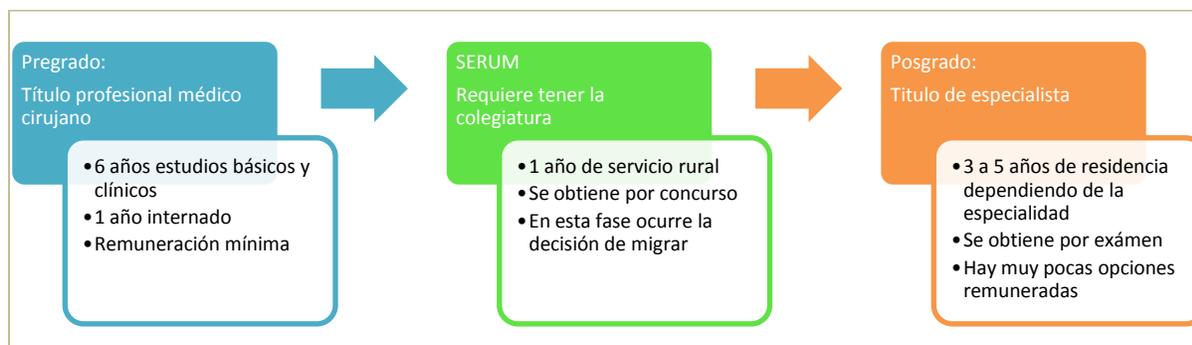
<sup>17</sup> El cual no puede ejercerse legalmente si es que el médico no ha obtenido el número de registro del colegio médico.

<sup>18</sup> La edad depende en este caso de si el profesional ha estudiado en una universidad pública o privada. Mientras que en la universidad privada hay bastantes probabilidades de culminar los estudios en los plazos determinados (7 años) en las universidades públicas, esto no es así pudiendo extenderse la carrera hasta por 10 años en total.

<sup>19</sup> Servicio Rural Urbano Marginal de Salud (SERUMS), de acuerdo con la ley peruana desde diciembre de 1981, para poder ejercer la profesión en el territorio peruano. Este tiene una duración de un año aproximadamente.

abierto para los profesionales médicos migrantes es la de convertirse en el médico de cabecera de la familia, quien es el que usualmente brinda consejería a la familia sobre a qué especialidad debe recurrir para recibir la atención médica necesaria.

Gráfico Nº 30 Un esquema de la carrera del médico profesional en el Perú



Elaboración propia

Desde esa perspectiva, los profesionales médicos que ya han realizado la residencia en el Perú<sup>20</sup>, encuentran muy costoso dejar sus empleos para migrar porque en el caso de países desarrollados como los Estados Unidos, los profesionales médicos actúan como una sociedad cerrada para los profesionales extranjeros. Una explicación importante de porqué esto es así, es que por lo general, los estudiantes de medicina de los países desarrollados han tomado créditos educativos que necesitan ser repagados con los empleos futuros que deben tener asegurados. Como sociedad profesional, de ninguna manera están dispuestos a poner en riesgo de *default* a sus jóvenes profesionales por un sustituto foráneo que pueda acceder a su plaza de trabajo a un costo mucho menor de formación recibido en su país de origen. A esto habría que añadir el hecho de que los médicos especialistas en el Perú ya han ganado cierto prestigio profesional localmente, una remuneración competitiva<sup>21</sup> y también ya cuentan con una familia que sostener.

Por su parte, en el caso de las enfermeras, a diferencia de los médicos, la carrera profesional dura menos tiempo: cinco años que se dividen en cuatro de estudios y uno de internado. Las razones que impulsan a las enfermeras a migrar se reducen fundamentalmente al hecho de que las remuneraciones son bastante bajas<sup>22</sup> y estas no son suficientes para poder satisfacer necesidades siempre crecientes en un entorno cada vez más competitivo o conforme la enfermera se va haciendo de una familia. Por ello las sugerencias de migración de parte de amigos o familiares aparecen bastante oportunas para ellas y no siempre resultan tardías. Ello sucede porque las posibilidades de inserción en los países desarrollados son bastante buenas pues se pueden convalidar con relativa facilidad los estudios realizados. Incluso existen empresas que buscan reclutar a las enfermeras por la creciente

<sup>20</sup> De acuerdo con el último cuadro de vacantes para residencia médica publicada, hubieron sólo 1055 plazas abiertas. Para concursar, los médicos titulados tienen como requisitos obligatorios fundamentales el haber llevado a cabo el SERUMS y contar con la colegiatura correspondiente (CONAREME, 2009).

<sup>21</sup> De acuerdo con un estudio realizado para el mercado laboral profesional peruano (Yamada, 2007, pág. 61), con información de la Encuesta Nacional de Niveles de Vida de Cuánto 2000, los médicos ocupan el tercer lugar en el ranking de mejores profesiones pagadas en el país, con un ingreso medio esperado de 2,568 nuevos soles. Los adecuadamente empleados (72.7%) obtienen un ingreso medio de 3,120 nuevos soles (lo cual significa un premio de 51% por encima de la media de ingresos profesionales), mientras que los subempleados (21.2%) ganan alrededor de 1,408 nuevos soles. Los desempleados representan el 6.1% de la PEA de médicos.

<sup>22</sup> Según el estudio citado (Yamada, 2007, pág. 65) las enfermeras reciben una remuneración que es 57.1% menor al promedio de ingresos de los profesionales adecuadamente ocupados.

demanda de esta especialidad de los países en desarrollo. Por ello, la experiencia profesional acumulada juega muy a favor de las enfermeras migrantes debido fundamentalmente a que la enfermería se encuentra dentro de las carreras menos demandadas por las nuevas generaciones de jóvenes de los países desarrollados y por lo tanto cada vez existen menos egresados de esta profesión en tales latitudes. Por esta razón se está produciendo un creciente déficit de enfermeras en los países ricos y por ello la necesidad y la facilidad de cubrir estas plazas por parte de las enfermeras formadas en los países menos desarrollados.

### 9.3. METODOLOGÍA

Para obtener el costo de entrenamiento de un médico agregamos los costos anuales de estudios y manutención hasta completar la etapa más probable de migración del joven profesional de la salud, esto es, antes o durante el SERUMS. No abordamos el costo financiero de la enfermera migrante debido a dos razones: a que la pérdida privada en realidad es bastante alta ya que ellas no obtienen una rentabilidad promedio adecuada para su desarrollo profesional (ver pie de página 9) y por otra parte porque no fue posible conseguir los costos de entrenamiento para dicha carrera<sup>23</sup>.

#### 9.3.1. PRIMER ENFOQUE

Para obtener los retornos de los ingresos perdidos por la sociedad cuando un médico emigra, multiplicamos el costo total medio de educar un profesional de la salud por un tipo compuesto. La fórmula nos da el valor acumulado a futuro de la inversión realizada por un médico para desempeñarse como tal en los “t” años que espera trabajar. En términos algebraicos, el retorno perdido “R” por la inversión en estudios de medicina o enfermería para un médico (o enfermera) “i” que decida migrar sería:

##### Ecuación 1

$$R_i = E(1 + r)^t$$

Donde “E” es la suma total de costos de formación y manutención. Es decir, es el valor de la inversión inicial que se hace para producir un profesional de la salud. El valor de “r” es la tasa de interés y “t” el tiempo esperado que se espera laborar a partir de la fecha más probable de migración. Para el caso de “r” se ha optado por tomar las tasas internas de rentabilidad calculadas por el economista Gustavo Yamada para el caso de los profesionales tanto para los que han estudiado en una universidad pública, en una universidad privada y la tasa interna de retorno social, esto es, 14.7%, 12.2% y 12%, respectivamente (Yamada, 2007, pág. 51). De acuerdo con este autor, existe evidencia suficiente para anotar que la educación superior universitaria en el Perú ofrece rentabilidades privadas y sociales más ventajosas que otras alternativas de inversión financiera y económica disponible en el país. Nótese asimismo, que la tasa obtenida para los profesionales de una universidad pública es mayor que los de una universidad privada por el mayor desembolso realizado por estos últimos para desempeñarse en la carrera profesional. Finalmente, el valor de “t”, para el caso de los médicos, la vida profesional se inicia a partir de los 30 años aproximadamente y termina a los 65. Esto es t=35 años<sup>24</sup>. En suma:

<sup>23</sup> Esto puede considerarse como un pendiente del informe. Aunque puede tomarse el costo promedio de los estudiantes universitarios como un valor aproximado de dicho problema.

<sup>24</sup> Para el caso de las enfermeras, se inicia casi inmediatamente después de haber culminado los estudios y haber obtenido la respectiva licencia del colegio profesional, esto es aproximadamente a los 25 años y la edad de jubilación es a los 60 años.

Tabla 1 Definición de variables para la ecuación 1

Variable	Descripción
E	Es la inversión total necesaria para producir un profesional de la salud. Se obtiene sumando los costos incurridos en educar a un médico o enfermera antes del momento más probable de migración. No incluye los costos de educación básica (ni primaria, ni secundaria).
r	Es la tasa de rentabilidad neta de la inversión según la mejor oferta financiera disponible. En el caso del Perú, la tasa de rentabilidad social –para el caso de proyectos sociales- se sitúa alrededor del 12%, mientras que la educación superior tiene rentabilidades que superan la tasa promedio de interés interbancario.
t	Es el tiempo total de vida laboral que se espera desempeñe el profesional de la salud en el país de origen. Empieza desde que el profesional se inserta de manera estable en el mercado de trabajo. En el caso de los médicos se considera el momento en que culmina su especialidad, mientras que en las enfermeras desde que culminan su SERUMS. En ambos casos termina cuando llegan a la edad oficial de jubilación.

Luego de obtener el costo financiero total de un médico migrante se multiplica este valor por el número total de médicos profesionales que han migrado entre 1994 y el 2008. Cabe destacar que en este punto la principal limitación de esta estimación es que no se puede afirmar con seguridad que todos ellos son los profesionales de medicina que están laborando en su profesión en el extranjero. Y aún si fuera cierto, probablemente el número tenga problemas de subregistro<sup>25</sup> debido a que no todos los profesionales de la salud señalan explícitamente cuál es la carrera a la que pertenecen cuando migran, lo que implicaría que el problema de la pérdida financiera sería mucho mayor a la calculada.

### 9.3.2. SEGUNDO ENFOQUE

Una forma alternativa de abordar el problema del costo financiero de la migración de los profesionales de la salud es el de calcular el valor actualizado neto de la inversión educativa. Ello incluye, la inversión total en los estudios profesionales (en el caso de los médicos incluye el costo de titulación, la realización del SERUMS, la colegiatura y la especialidad), los ingresos futuros a recibir hasta su jubilación y los costos de manutención. Este método es la mejor manera para evaluar si una inversión cumple su principal objetivo: maximizar la rentabilidad. Ello se logra si es que luego de descontar a los ingresos futuros, los costos futuros a incurrir y la inversión, se obtiene un valor positivo como saldo.

Para nuestro propósito hemos asumido que el profesional de la salud (en este caso el médico) tiene dos escenarios de vida. La primera en la que no se hace responsable de una familia (esposa y dos hijos) y la segunda en la que sí lo hace. Se asume asimismo que el médico incurre en todos los gastos necesarios para cumplir cada una de las etapas de su desenvolvimiento profesional, esto es, titularse, colegiarse, realizar el SERUMS y finalmente la especialización. A diferencia del anterior enfoque, se ha asumido un costo de vida más elevado estimado por la Universidad del Pacífico en USD 618 para una persona sola. Asimismo se ha tomado como tasa de descuento la inflación de largo plazo establecida en 2.5%. Por otro lado, los ingresos esperados del profesional implican un reajuste de alrededor del 10.3% por cada año adicional de estudios de especialización, y un reajuste trianual del 10% en el total de ingresos.

<sup>25</sup> O mejor *sub reporte* debido a que el problema se debe más bien al hecho que el profesional migrante no en todos los casos menciona su especialidad seguida.

## 9.4. RESULTADOS

### 9.4.1. PRIMER ENFOQUE

El siguiente cuadro resume los costos totales para un médico que se llega a titular como médico cirujano. No se considera la opción de que se haya colegiado, ni menos que haya conseguido una plaza en el SERUMS. Los costos son en nuevos soles. Estos datos fueron recopilados para el caso de una universidad privada<sup>26</sup>. En el caso de la universidad pública se tomó el presupuesto anual per cápita invertido por el Estado calculado en US\$ 1,978 para el año 2007 (PUCP-UPCH-UL, 2009, pág. 13). En ambos casos se consideró los mismos costos de manutención equivalentes al costo de una canasta de consumo básica per cápita para Lima Metropolitana.

**Cuadro Nº 13 Costo total de entrenamiento de un estudiante de medicina en una universidad privada antes de migrar, nuevos soles**

Detalle	Años de estudio						
	1	2	3	4	5	6	7
Costo (matrícula, mensualidad, seguros)	14,040	14,040	14,040	14,040	14,040	14,040	14,040
Otros costos estudios (libros, fotocopias, titulación)	1,404	1,404	1,404	1,404	1,404	1,404	4,404
Manutención (canasta básica percapita, Lima)	3,720	3,720	3,720	3,720	3,720	3,720	3,720
Ingresos por internado (salario mínimo)							6,600
Costo total al año	19,164	19,164	19,164	19,164	19,164	19,164	15,564
Costo total							<b>130,548</b>

Elaboración propia a partir de entrevistas

**Cuadro Nº 14 Costo total de entrenamiento de un estudiante de medicina en una universidad pública antes de migrar, nuevos soles**

	Años de estudio						
	1	2	3	4	5	6	7
Costo (inversión del Estado)	6,600	6,600	6,600	6,600	6,600	6,600	6,600
Otros costos estudios (seguros, libros, fotocopias, otros)	960	960	960	960	960	960	3,960
Manutención (canasta básica percapita, Lima)	3,720	3,720	3,720	3,720	3,720	3,720	3,720
Ingresos por internado (salario mínimo)							6,600
Saldo	11,280	11,280	11,280	11,280	11,280	11,280	7,680
Costo total							<b>75,360</b>

Elaboración propia a partir de información de (PUCP-UPCH-UL, 2009)

Aplicando la ecuación 1 obtenemos:

<sup>26</sup> Los costos corresponden a la Universidad San Martín de Porres, la que en la actualidad se considera como una de las más competitivas por controlar una buena cantidad de plazas en los mejores hospitales del país.

**Cuadro Nº 15 Pérdida total por medico peruano que decidió emigrar**

Tasa de interés si estudió en:	Nuevos soles	USD	USD PPP*
Universidad Nacional: 14.7%	8,535,980.7	2,845,326.9	6,754,256.9
Universidad Privada: 12.2%	7,337,028.7	2,445,676.2	5,805,563.3
Interés social: 12.0%	6,892,884.7	2,297,628.2	5,454,126.0

\* Se utilizó el último tipo de cambio PPP disponible en la base de datos de la WDI del Banco Mundial 2007, 1.264.

Cálculos propios

Para dimensionar la magnitud de la pérdida para el país se suele realizar una comparación de los recursos perdidos con el PBI nacional. No obstante, como no se conoce cuál es la composición de los médicos migrantes según la universidad de procedencia, se ha optado por calcular los extremos: asumiendo en un primer caso que todos provienen de la universidad pública y en el segundo caso que todos provienen de la universidad privada. Existe el tercer caso que es indistinto puesto que se toma una tasa de interés social. Si multiplicamos los anteriores costos unitarios por el número de total de médicos que migraron al exterior entre 1994 y el 2008, los que según los datos consignados en el cuadro 3 fueron 8,826 personas. Entonces, obtenemos lo siguiente:

**Cuadro Nº 16 Pérdida total acumulada por médicos migrantes entre 1994 - 2008**

Según universidad	Millones de USD	% PBI 2008	Por c/1000 migrantes (USD millones)	En USD PPP 2007	
				Millones	Por c/1000
Nacional	25,112.9	19.7%	2,845.3	59,613.1	6,754.3
Privado	21,585.5	16.9%	2,445.7	51,239.9	5,805.6
Social	20,278.9	15.9%	2,297.6	48,138.1	5,454.1

Cálculos propios

Como se puede apreciar la magnitud del costo de los recursos humanos de salud migrantes únicamente para el caso de los médicos entre 1994 y 2008 es muy significativa. En el caso más oneroso podríamos estar hablando de alrededor del 19.7% del PBI peruano del 2008 perdido<sup>27</sup>. En el otro extremo tendríamos un porcentaje equivalente a un poco menos de cuatro veces la cifra de porcentaje de gasto en salud que la OMS reportaba para el Perú del 2003 en su informe anual del 2006(OMS, 2006, pág. 182).

#### 9.4.2. SEGUNDO ENFOQUE

Los resultados de la estimación de los escenarios simulados permiten apreciar que las inversiones realizadas para el caso de los médicos son rentables, para las actuales condiciones de mercado. En el caso de un médico soltero el VPN asciende a un poco más de 1.6 millones de soles equivalentes a 543,974 dólares americanos. Para el caso de un médico casado, el valor asciende a 1.2 millones de soles, esto es, 404,987 dólares americanos. En ambos casos, la inversión es rentable y positiva.

<sup>27</sup> Se estima un PBI de 127,738 millones de dólares según la memoria 2008 del BCRP, anexo 33.

Cuadro Nº 17 Escenario para un profesional médico con mejoras salariales en 10% cada 3 años, sin familia

	Medico cirujano	SERUMS + Colegiatura	Especialidad (3 años)			1er reajuste			...	2047
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015		
Inversion	130,548	2,000	7,531	6,981	6,981					
Manutencion post		22,248	22,248	22,248	22,248	22,248	22,248	22,248		22,248
Ingresos		18,000	36,000	36,000	36,000	48,309	48,309	53,140		244,177
Edad	26	27	28	29	30	31	32	33		65
Años trabajo		1	2	3	4	5	6	7		39
Saldo	-130,548	-6,248	6,221	6,771	6,771	26,061	26,061	30,892		221,929
Valor actualizado	-130,548	-6,096	5,921	6,287	6,134	23,034	22,472	25,988		84,719
VPN (nuevos soles)	<b>1,631,923</b>									

Cuadro Nº 18 Escenario para un profesional médico con mejoras salariales en 10% cada 3 años, con familia

	Medico cirujano	SERUMS + Colegiatura	Especialidad (3 años)			1er reajuste			...	2047
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015		
Inversión	130,548	2,000	7,531	6,981	6,981					
Manutencion post		22,248	22,248	22,248	22,248	22,248	22,248	22,248		22,248
Familia					17,798	17,798	24,473	24,473		11,124
Ingresos		18,000	36,000	36,000	36,000	48,309	48,309	53,140		244,177
Edad	26	27	28	29	30	31	32	33		65
Años trabajo		1	2	3	4	5	6	7		39
Saldo	-130,548	-6,248	6,221	6,771	-11,028	8,263	1,588	6,419		210,805
Valor actualizado	-130,548	-6,096	5,921	6,287	-9,990	7,303	1,370	5,400		80,473
VPN (nuevos soles)	<b>1,214,960</b>									

Si asumimos que el cien por ciento de los profesionales de la salud son solteros, ello implicaría que el país habría perdido un valor equivalente a 543.9 millones de dólares por cada 1000 profesionales de los RHUS migrantes. En el caso que todos hayan formado familia, tendríamos un valor agregado menor perdido de alrededor de 405 millones de dólares por cada mil profesionales de los RHUS migrantes. En términos de dólares PPP, los montos de los VPN ascienden a 1, 291,290 por médico soltero migrante y a 961,360 por médico casado.

Si comparamos el valor total de la pérdida con el PIB tendríamos que por los 8,826 médicos migrantes se habría perdido un valor equivalente al 3.8% del PIB, si todos permanecieran solteros durante su vida profesional. En el caso de los casados, el costo total perdido sería de un punto menos que en el caso de los solteros, es decir 2.8%.

## 10. CONCLUSIONES

- En el Perú, la medicina y su ejercicio profesional ha sufrido cambios dramáticos, elevando los costos hacia una atención especializada y desatendiendo la atención primaria como política de salud preventiva a bajo costo.
- El predominio monopólico por parte del Estado en el mercado de la salud peruano no ha ido acompañado de mejoras en el sector. Se mantiene un sistema de salud deficitario, con carencias de recursos, infraestructura y ausencia de carrera pública para los profesionales de la salud.
- La formación en recursos de profesionales médicos muestra que la oferta está desregulada y desconectada de los objetivos y necesidades de salud pública del país.
- Las limitadas condiciones e incentivos para el ejercicio profesional incrementa la emigración a países como España, EEUU, Canadá, Italia y Chile, a pesar de la mejoría de la situación económica del país.
- El flujo migratorio de recursos humanos en salud, principalmente de médicos y enfermeras va a continuar por lo menos hasta en el mediano plazo, tanto por la persistencia de condiciones internas como externas, inclusive con tendencia a aumentar en los próximos años por la creciente demanda de estos recursos en los países desarrollados.
- Se observa un mayor flujo migratorio de personal de salud, (médicos, enfermeras) hacia Italia y España, lo que estaría dado por las facilidades de trámites migratorios al amparo de Convenio Andrés Bello, el idioma y también podría influir el acercamiento cultural entre ambas naciones.
- No se ha encontrado registro actualizado de flujo migratorio (salidas, retorno) de los recursos humanos en salud, salvo una encuesta específica (INEI-DIGEMIN). Tampoco un registro, regulación o control de las agencias de reclutamiento, por parte del Estado, que permitan dar cuenta de este proceso en forma regular.
- Las facilidades y accesibilidad de información para emigrar brindan nuevas alternativas a los profesionales de la salud. La conectividad a Internet es la primera puerta de ingreso para la emigración.
- Alta tendencia a la intención de migración en el personal de Salud, principalmente en los profesionales jóvenes, llegando a alcanzar hasta 38% entre los Internos de Medicina.
- La brecha entre oferta y necesidad de médicos no está definida, por cuanto existen opiniones no concordantes entre Ministerio de Salud y Colegio Médico del Perú, por lo que las propuestas también difieren. A criterio de esta última institución hay una sobreoferta de médicos, que es necesario regular. Una apreciación general muestra que existiría una sobreoferta.
- La motivación más resaltante de la emigración de médicos está dirigida a mejorar las condiciones de su desarrollo profesional, en tanto que en el grupo de enfermeras predomina el aspecto remunerativo.
- La percepción de los profesionales emigrantes respecto a la calidad de vida y nivel remunerativo en el exterior son significativamente mejores que en el país.
- Las agencias privadas de captación de recursos humanos en salud, constituyen un sistema internacional de operación. A nivel nacional se extienden a muchas ciudades del Perú.
- La oferta laboral disponible en el exterior está mayormente orientada para la atención primaria de la salud, otorgándose para ello facilidades para su captación; contrariamente, la formación académica de los profesionales que emigran está fuertemente dirigida a la atención especializada hospitalaria (segundo y tercer nivel de atención).
- Los costos financieros incurridos por los países cuando un profesional migra son bastante altos. En el caso extremo, estos pueden llegar a representar casi la quinta parte del PBI peruano del 2008 y en el escenario menos costoso este representa casi cuatro veces el gasto de salud que realiza el país cada año.
- De igual manera, el valor neto de retorno obtenido por la inversión en un profesional de la salud es positivo y significativo (USD 543,974 para un profesional soltero y USD 404,987 para un profesional que

forma una familia de tres dependientes), lo que significa que para el país pierde este valor social agregado debido a la productividad del profesional de los RHUS que deciden migrar.

- Las posibilidades de migración de un médico son bastante altas mientras más joven sea este y si proviene de una universidad privada. Los médicos recién titulados de una universidad pública tienen menos posibilidades de migrar, pero si completan la especialización, su contribución potencial a la capacidad de respuesta del sistema de salud está garantizada.
- Las enfermeras tienen una mayor posibilidad de inserción laboral en el extranjero, pues no existen muchas limitaciones de tipo académico y la experiencia es bastante valorada en los países desarrollados.

## 11. ANEXOS

### 11.1. Entrevista semi estructurada dirigida a directivos de colegios profesionales y funcionarios de la Asamblea Nacional de Rectores

#### 1. SITUACION NACIONAL

- Número de Profesionales colegiados / hábiles
- Número de Profesionales que egresan por año.
- Necesidad nacional / año. Distribución regional
- Indicadores de Salud relacionados a Recursos Humanos en Salud: N° Médicos y/o enfermeras / habitante.
- Facultades Universitarias que existen. Número suficiente, exceso.
- Apreciación sobre la situación laboral, salarial del profesional
- Situación del profesional joven (entendido recién egresados)

#### 2. PROFESIONALES EMIGRANTES

- Cuántos profesionales han emigrado y cuántos están ejerciendo en el extranjero
- Cuáles son los principales destinos
- Existe Registro de los profesionales que emigran y los que retornan
- Durante el proceso de Emigración existe alguna participación de los Colegios profesionales.

#### 3. PROCESO DE EMIGRACION

- Conocen Agencias de Emigración, de Reclutamiento. Los agentes de las mismas
- Existe algún registro de estas organizaciones
- Existe algún control sobre los ofrecimientos, condicionales laborales, requisitos que estas promocionan
- Cuál es la situación del profesional en el Colegio Profesional, la recertificación.

#### 3. SOBRE LA EMIGRACION DE RECURSOS HUMANOS

- Cuál es la opinión sobre la emigración de los profesionales en particular y de los Recursos humanos de salud en general.
- Impacto de la Emigración sobre los programas de salud del país.
- Han realizado, encargado estudios sobre este tema, en particular conocer los motivos para emigrar, las dificultades, los procesos y la situación de los profesionales en el exterior.
- Propuestas para mitigar este flujo
- Existe algún Comité espacial
- Que acciones puede y debe realizar los Colegios profesionales para tratar este asunto.

## 11.2. Entrevista semi estructurada a responsables de agencias de reclutamiento de profesionales de la salud

### 1. AGENCIA

- Cuándo, cómo inicia sus actividades
- Contactos que tiene la agencia en Italia
- Conoce otras agencias similares
- Conoce las condiciones que ofrecen
- En qué ciudades del Perú desarrollan sus actividades
- Tiene extensión internacional y forman parte de un agencia Internacional
- Considera que el proceso de emigración es fácil
- Cuáles son las principales dificultades que han referido los interesados
- Costo promedio desde el inicio de sus actividades hasta la ejecución de su labor en el país elegido.
- Cuáles son los ofrecimientos que promociona

### 2. LOS DEMANDANTES

- Cómo se inicia el contacto con los profesionales
- Cuántas son los profesionales que demandan
  - Cuántos inician sus trámites
  - Cuántos profesionales logran emigrar
  - Edad / Sexo
  - Estado Civil
  - Situación laboral previa
  - Conoce los motivos que hace emigrar a un profesional
  - Otorga facilidades
    - o Consejería
    - o Documentarias
    - o Revalidación de Título
    - o Aprendizaje del Idioma
    - o Apoyo para viaje: financiación, boletos, otros
- Conoce el impacto de la emigración de profesionales y en particular de enfermeras en la situación de salud del País.

### 3. ITALIA

- Facilidades para Instalación
- Condiciones laborales: plazos de contrata, modalidad, horas de trabajo, actividades en su especialidad, renovación, traslados, seguridad social, seguro laboral, cese.
- Cómo se elige la ciudad, región, centro asistencial
- Remuneración, relación con la remuneración de nativas
- Cuántos no logran una adaptación y retornan
- Cuántos desean permanencia
- Cómo son los trámites para lograr permanencia

## 11.3. Cuestionario dirigido a los profesionales de la salud

### 1. CARACTERISTICAS GENERALES

- Edad
- Sexo
- Estado Civil
- Procedencia
- Profesión
- Especialidad
- Centro Universitario de procedencia
- Fecha de egreso de la Universidad o Centro Superior
- Desempeña labor profesional
  - o Sector Público
    - MINSA
    - ESSALUD
  - o Fuerza Armada Policía Nacional
  - o Sector privado
  - o Otros (especificar)
- Tiempo laboral (Años de Servicio)
- Procedencia lugar laboral (Región, Departamento)

### 2. PROCESO DE EMIGRACION

- Por quien tuvo conocimiento sobre Emigración
- A quien recurrió realizar los trámites:
  - o Agencia de Reclutamiento
  - o Embajada
  - o Directamente con el solicitante
  - o Otro (Especificar)
- Cuántos intentos realizó
- Cuál de los requisitos y/o exigencias le resultó más dificultoso
- Cuánto tiempo tardaron los trámites
- Considera que los trámites son:
  - o Sencillos
  - o Complicados
  - o Costosos
  - o Otros (Especificar)
- Si desistió o no obtuvo el resultado deseado, especifique el motivo.

### 3. EN EL EXTERIOR

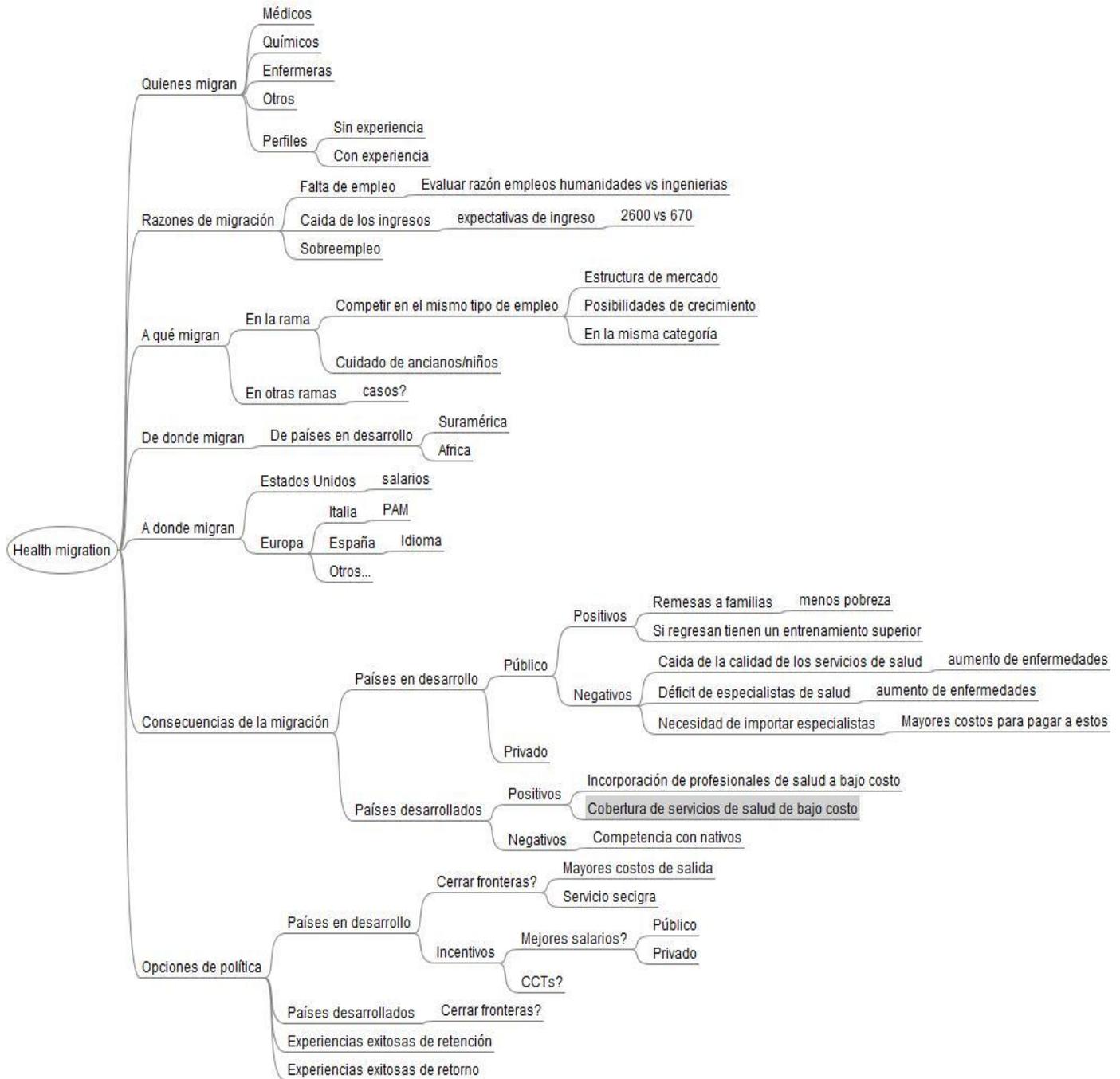
- Lugar de destino
  - o País / Región
  - o Centro Laboral

- Tiempo de Residencia
- Tiempo de desempeño su actividad profesional.
- La actividad profesional es:
  - o La misma que realizaba en Perú
  - o Diferente actividad (Especificar)
- Tipo de Actividad laboral:
  - o Sector Público
  - o Sector privado
  - o Otros (señalar)
- Condición laboral:
  - o Contrato Temporal (Especificar tiempo)
  - o Contrato Permanente
- Desempeño de actividades:
  - o La desempeñan también los nativos
  - o Es exclusiva para emigrantes
  - o La carga laboral es la misma para ambos grupos
- Aspecto remunerativo
  - o Su remuneración es mejor que la del Perú
  - o Es equivalente, según función, a la de los residentes nativos
- Realiza otra actividad laboral no relacionada a su profesión:

#### **4. RESIDENCIA**

- Habitabilidad
  - o Vive sólo
  - o Comparte con amigos y/o familiares
  - o Tiene apoyo Institucional
  - o Otros (especificar)
- Tiene dificultades con el Idioma
- Ha decidido radicar definitivamente :
- Ha decidido retornar al término de su vínculo laboral.

## 11.4. Mapa mental



## 11.5. Estadísticas de oferta

Cuadro Nº 19 Universidades que dictan carreras profesionales de salud

Especialidad	Total	Públicas	Privadas
Enfermería	48	25	23
Farmacia y bioquímica	18	7	11
Medicina Humana	29	16	13
Microbiología y parasitología	2	2	0
Nutrición	11	4	7
Obstetricia	29	12	17
Odontología	24	10	14
Optometría	1	0	1
Psicólogo	24	4	20

Fuente: Perú en Números 2007

Cuadro Nº 20 Perú: Asociados a colegios profesionales de salud

Especialidades	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Enfermeros	35,955	37,908	39,943	41,933	44,017	-.-
Obstetricas	15,641	16,964	18,194	19,429	20,669	22,740
Psicólogos	8,840	9,742	10,222	10,913	11,681	12,389
Médicos	35,902	39,338	39,592	41,425	-.-	47,356
Odontológico	13,865	14,887	15,880	17,556	18,656	20,300
Total	110,203	118,839	123,831	131,256	95,023	102,785

Fuente: Perú en Números 2007

## 12. BIBLIOGRAFÍA

- Association of American Medical Colleges. (2009). The Physician Shortage and Health Care Reform. United States.
- Bureau of Labor Statistics. (2009). Occupational employment and wages, 2008. Washington DC: Department of Labor.
- Candela, S. (5 de diciembre de 2009). Los RHUS y la migración. (R. Mauro, Entrevistador)
- CEPAL. (2009). Panorama Social de América Latina. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Chikanda, A. (2004). Skilled health professionals' migration and its impact on health delivery in Zimbabwe. Centre on Migration, Policy and Society. University of Oxford.
- Colegio Médico del Perú. Análisis Actual y Prospectivo de la Oferta, Demanda y Necesidad de Médicos en el Perú 2005 - 2011". 1ra. Ed. Lima 2007
- CONAREME. (2009). Comité Nacional de Residentado Médico. Recuperado el 5 de diciembre de 2009, de <http://www.conareme.org.pe/Admision.html>
- De los Ríos, J., & Rueda, C. (2005). Fuga de cerebros en el Perú: sacando a flote el capital hundido. *Economía y Sociedad* (58), 22-26.
- Docquier, F., Lohest, O., & Marfouk, A. (2007). Brain Drain in Developing Countries. *The World Bank Economic Review* , 21 (2), 193-218.
- Durand, F. (05 de diciembre de 2009). Los RHUS y la migración. (R. Mauro, Entrevistador)
- Harvard University's Global Equity Initiative. (2004). Human Resources for Health. Overcoming the crisis. Washington D.C.: Joint Learning Initiative.
- Hatton, T., & Williamson, J. (2002). What fundamentals drive world migration? Working Paper 9159, National Bureau of Economic Research, Cambridge.
- Huamán, M., Kamimura, K., Medina, J., Bustíos, C., Miní, E., Benito, M., y otros. (2007). Características laborales del médico joven egresado de la Facultad de Medicina de San Fernando. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, *Anales de la Facultad de Medicina*, Lima.
- Hunt, J. (2007). Bribery in health care in Peru and Uganda. Cambridge: National Bureau of Economic Research.
- IFAD. (2008). International migration, remittances and rural development. Roma: IFAD.
- INEI. (2008). Condiciones de Vida en el Perú. Octubre-noviembre-diciembre 2008. Lima: INEI.
- INEI. (2009). Informe técnico de la pobreza en el Perú 2008. Lima: INEI.
- INEI-DIGEMIN-OIM. (2009). Perú: Estadísticas de la migración internacional de peruanos 1990-2008. Lima: Organización Internacional para las Migraciones.
- Luchilo, L. (2004). América Latina: formación y movilidad internacional de recursos humanos en ciencia y tecnología. Argentina: Centro de Estudios sobre Ciencia, Desarrollo y Educación Superior(REDES).

- Mayta, P., & Dulanto, A. (2008). Low wages and brain drain: an alert from Peru. *The Lancet*, (1) 1577.
- Medina, D. A. (5 de diciembre de 2009). Los RHUS y la migración. (R. Mauro, Entrevistador) Miraflores.
- Ministerio de Trabajo de España. (2009). Ministerio de Trabajo de España. Recuperado el diciembre de 2009, de <http://www.mtin.es/estadisticas/anuario.html>
- MINSA. Estudio de la dotación de los profesionales de la salud en los establecimientos del Ministerio de Salud. Octubre 2007.
- Muthuri, J., Gbary, A. R., Kainyu, L., Nyoni, J., & Seddoh, A. (2006). The cost of health professionals' brain drain in Kenya. *BMC Health Services Research*, 6 (89).
- Norza, P. (2009). Recomendaciones de la Directora Regional para los Países Andinos de la OIM, Dra. Pilar Norza. Reunión Regional: "La Emigración de Recursos Humanos Calificados desde Países de América Latina y el Caribe" (pág. 6). Caracas: OIM-SELA.
- Oficina Internacional del Trabajo. (2004). En busca de un compromiso equitativo para los trabajadores migrantes en la economía globalizada. Ginebra: OIT.
- OIT. Informe III "Trabajadores Migrantes"; Conferencia Internacional del Trabajo, Ginebra 1999
- OMS. (2006). Working together for health. Geneva: OMS.
- OPS. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Serie HR Recursos Humanos. Washington DC. 2005
- OPS. VII Conferencia Iberoamericana de Ministros de Salud: La migración del personal de salud en la Región de las Américas; situación, perspectivas y sugerencias para la acción. Montevideo Uruguay. Setiembre 2006
- OPS-OMS. (2 y 3 de marzo de 2009). Reunión Andina. Migración de los profesionales de la salud, 21. (M. Padilla, Ed.) Lima, Perú.
- Organización Internacional para las Migraciones, Instituto Nacional de Estadística e Informática, Dirección General de Migraciones y Naturalización. Perú: Estadísticas de la migración internacional de peruanos, 1990-2008". Nov. 2009
- Organización Internacional para las Migraciones, Instituto Nacional de Estadística e Informática, Dirección General de Migraciones y Naturalización. Perú: Estadísticas de la migración internacional de peruanos, 1990-2007. Lima: OIM/INEI/DIGEMIN; 2008.
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). Reunión andina. Migración de los profesionales de la salud. Lima: OPS.
- PUCP-UPCH-UL. (2009). Informe sobre el Sistema de Educación Superior Universitaria del Perú. Unión Europea: Proyecto ALFA N° DCI-ALA-2008-42.
- Revista Médica del Perú. Prevalencia y factores asociados con la intención de Emigración en internos de medicina de una universidad Pública, Lima 2007, *Salud Pública*. 2008; 25(3): 274-278.

UNFPA. (2006). State of World Population 2006. A passage to hope. Women and International Migration. New York: UNFPA.

UNMSM. Características laborales del médico joven egresado de la facultad de Medicina de San Fernando. Facultad de Medicina. UNMSM. 2007

Yamada, G. (2007). Retornos a la educación superior en el mercado laboral: ¿Vale la pena el esfuerzo? Lima: CIUP - CIES.