

METODOLOGÍA DE MONITOREO DE LA MIGRACIÓN EN SALUD EN LOS PAÍSES ANDINOS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

SERIE DE ESTUDIOS
MULTIPAÍS N°2

METODOLOGÍA DE MONITOREO DE LA MIGRACIÓN EN SALUD EN LOS PAÍSES ANDINOS

Serie de estudios
multipaís N°2



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

Catalogación realizada por el Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue

PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN LOS PAÍSES ANDINOS. Evidencia para la toma de decisiones / Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue - Lima: ORAS-CONHU,2015. 405 p.; ilus.
PLANIFICACIÓN/ RECURSOS HUMANOS/ MIGRACIÓN/ Política, brechas, incentivos/SALUD/ monitoreo.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°. 2015-14084

Editores

Dr. Ricardo Cañizares Fuentes

Secretario Adjunto ORAS-CONHU y Coordinador del Grupo Técnico Andino en Recursos Humanos en Salud

Dr. José Francisco García Gutiérrez

Asesor de Recursos Humanos de Salud OPS/OMS

Coordinación de publicación:

Lic. Yaneth Clavo Ortiz, Encargada de Comunicaciones ORAS - CONHU

PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN LOS PAÍSES ANDINOS

Evidencias para la toma de decisiones

© ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE, 2015

Av. Paseo de la República N° 3832, Lima 27 – Perú

Telf.: (00 51-1) 422-6862 / 611 3700

<http://www.orasconhu.org>

contacto@conhu.org.pe

Primera edición, 2015

Tiraje: 300 ejemplares

Diseño e impresión: SINCO DISEÑO E.I.R.L

Jr. Huaraz 449 - Breña Telf: 433-5974

sincoeditores@gmail.com

Impreso en Perú, octubre 2015

Estos estudios han sido realizados por el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue, en el marco de la ejecución de su proyecto Plan Sanitario de Integración Andina PlanSIA, el mismo que cuenta con financiamiento del Fondo General de Cooperación Italiana (FGCI) y el Banco de Desarrollo de América Latina (CAF) y es administrado por el Centro de Educación Sanitaria y Tecnología Apropriada en Salud (CESTAS).

Esta publicación se enmarca dentro de la cooperación técnica conjunta entre la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS y el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue.

El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido o traducido, total o parcialmente sin autorización previa, con la condición de citar específicamente la fuente y no ser usado con fines comerciales.

Derechos reservados conforme a Ley.

PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DE LOS ESTUDIOS

MONITOREO DE LA POLÍTICA ANDINA DE PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Consultoría realizada por Margarita Velasco Abad

Colaboración y Revisión: Dr. Ricardo Cañizares Fuentes y Dr. Manuel Núñez Vergara

METODOLOGÍA DE MONITOREO DE LA MIGRACIÓN EN SALUD EN LOS PAÍSES ANDINOS

Consultoría realizada por Manuel Núñez Vergara

Colaboración y Revisión: Dr. Ricardo Cañizares Fuentes

ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN LOS MODELOS DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIA E INTERCULTURAL EN LOS PAÍSES ANDINOS

Consultoría realizada por Verónica Bustos

Colaboración y Revisión: Ricardo Cañizares Fuentes, Manuel Núñez y Lizardo Huamán

Colaboradores de países andinos:

Bolivia:

- Sra. Gloria Villarroel, Jefa Nacional de la Unidad de Recursos Humanos, Ministerio de Salud y Deportes
- Dr. Hugo Rivera, Asesor Nacional de Recursos Humanos - OPS Bolivia

Colombia:

- Sr. Francisco Arizaga, Coordinador Grupo de Formación del Talento Humano en Salud, Dirección de Desarrollo de Talento Humano - Ministerio de Salud y Protección Social
- Sr. Camilo Buitrago, Dirección de Desarrollo de Talento Humano - Ministerio de Salud y Protección Social

Chile:

- Sr. Claudio Román, Jefe División de Gestión y Desarrollo de RRHH - Ministerio de Salud
- Dra. Síbila Iñiguez, Jefa División de Atención Primaria - Ministerio de Salud
- Dra. Leticia Ávila, Jefa del Departamento del Modelo de Atención División de Atención Primaria - Ministerio de Salud
- Sra. Michèle Guillou, División de Gestión y Desarrollo de RRHH - Ministerio de Salud

Ecuador:

- Dr. Iván Palacios, Director Nacional de Normatización de Talento Humano, Ministerio de Salud Pública.
- Dra. Cristina Merino, Asesor Nacional de Recursos Humanos - OPS Ecuador

Perú:

- Dr. Braulio Cuba, Dirección de Gestión de Capacidades. Dirección General de Gestión del Desarrollo de RRHH - Ministerio de Salud
- Sra. Lily Cortez, Dirección de Gestión de Capacidades. Dirección General de Gestión del Desarrollo de RRHH - Ministerio de Salud

SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LAS EXPERIENCIAS DE DETERMINACIÓN DE BRECHAS DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD

Consultoría realizada por Yasmin Pariamachi

Coordinación técnica y revisión metodológica: Ricardo Cañizares Fuentes y Verónica Bustos

DESARROLLO DE ESQUEMAS DE INCENTIVOS PARA LA RETENCIÓN - FIDELIZACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD EN ÁREAS RURALES Y DE DIFÍCIL ACCESO

Consultoría realizada por Carlos Becerra V.

Coordinación Técnica y revisión Metodológica: Dr. Ricardo Cañizares Fuentes y Dra. Verónica Bustos F.

Colaboradores países andinos:

Perú: Dra. Yessenia Huarcaya C.

Chile: Dra. Natalia Oltra Hidalgo

CONTENIDO GENERAL



Prólogo

Presentación

1. Monitoreo de la Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos en Salud
2. Metodología de Monitoreo de la Migración en Salud en los Países Andinos
3. Análisis de la Gestión de Recursos Humanos en los Modelos de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural en los Países Andinos
4. Sistematización y Análisis de las Experiencias de Determinación de Brechas de Recursos Humanos de Salud
5. Desarrollo de Esquemas de Incentivos para la Retención - Fidelización del Personal de Salud en Áreas Rurales y de Difícil Acceso





Prólogo

Está finalizando el período 2006-2015, definido como la Década de los Recursos Humanos de Salud (RHUS), que se inició con el Llamado a la Acción de Toronto y la definición de las 20 Metas Regionales. La intensa acción desplegada por los países de la Región de las Américas durante esta década y el análisis de los avances logrados han permitido identificar con mayor precisión los problemas persistentes y emergentes en el campo de los RHUS, así como las prioridades de acción a futuro.

En la actual coyuntura se suma además otro desafío que es lograr que el Acceso Universal y la Cobertura Universal de Salud (redefinidos como Salud Universal) sean una realidad en todos los países de la Región. Atender este reto supone contar con RHUS adecuadamente capacitados, distribuidos de acuerdo con las necesidades de la población y los sistemas de salud e identificados con los objetivos de la Salud Universal. Para contribuir a este objetivo desde la OPS y la OMS se están construyendo una nueva agenda post-2015 de RHUS para la Región de las Américas y una Estrategia Mundial de RHUS 2016-2030.

La planificación y gestión de RHUS ha sido uno de los ejes fundamentales del Plan Estratégico 2013-2017 del ORAS-CONHU y uno de los avances más significativos en estos años fue la construcción de la Política Andina de RHUS y su plan de acción. La mayoría de los ejes de esta Política están relacionados con las metas y objetivos de los Desafíos de Toronto, pero también recogen particularidades conforme a las necesidades de fortalecer los sistemas de salud de los países andinos. En ese sentido los seis países andinos acordaron realizar acciones de interés común basados en la estrategia de que compartir potencialidades y recursos permite avanzar en conjunto.

Cabe destacar que para apoyar a los países en la implementación del Plan de Acción de la Política Andina de RHUS, una importante iniciativa de gestión pública ha sido la estrategia de articulación y complementación de agendas que han desarrollado la OPS/OMS y el ORAS-CONHU, que ha obtenido excelentes resultados permitiendo potenciar esfuerzos y optimizar recursos.

Un buen ejemplo de esta coordinación es la publicación de este libro en el que se presentan los resultados de cinco estudios realizados en los países andinos con la participación de sus técnicos nacionales. Deseamos que estas investigaciones contribuyan con la evidencia que aportan a fortalecer las políticas y planes nacionales y a facilitar la toma informada de decisiones en el complejo campo de los Recursos Humanos de Salud.

Dra. Caroline Chang
Secretaria Ejecutiva ORAS-CONHU

Dr. Fernando Menezes
Jefe de la Unidad de Recursos Humanos de Salud OPS/OMS





Presentación

Fortalecer los sistemas de inteligencia colectiva y de información es una de las líneas estratégicas de la Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos de Salud. En ese sentido, el Grupo Técnico Andino en Recursos Humanos de Salud identificó unos temas de alta prioridad para realizar estudios que permitan tener evidencia científica e información para el análisis y toma de decisiones que fortalezcan la gestión de RHUS en los países andinos.

Las áreas priorizadas fueron: Planificación de RHUS y modelos de atención basados en APS, Planificación y distribución de RHUS, Migración de RHUS, Implementación de políticas de RHUS, Metodologías para estimación de brechas, Políticas de incentivos y retención, Utilidad de los observatorios de RHUS y otros.

Seleccionados los temas se identificó que unos estudios debían tener ámbito andino y se constituyeron en estudios multipaís, y otros eran de ámbito nacional. El criterio clave de selección fue que contribuyan con las necesidades nacionales y estén alineados a las prioridades de la Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos de Salud.

En total se hicieron 17 estudios: 5 multipaís y 12 de ámbito nacional, entre 2013 y 2014 mediante el Proyecto Plan Sanitario de Integración en Salud (PlanSIA), que implementó el ORAS-CONHU con financiamiento del Banco de Desarrollo de América Latina (CAF) y el Fondo General de Cooperación Italiana (FGCI).

Cumpliendo la agenda conjunta que en los últimos años están implementando el ORAS-CONHU y la OPS, se decidió hacer una publicación de modalidad seriada que incluye un libro impreso de los estudios multipaís y una publicación digital de los estudios nacionales.

El objetivo es poner al servicio de los decisores de políticas públicas de los Sistemas de Salud y de Recursos Humanos, y de técnicos e investigadores, estos estudios que vienen a llenar vacíos de información.

Ya en el diseño de los mismos, se persiguió construir enfoques teóricos y propuestas metodológicas que permitan establecer en forma objetivamente medible el estado de situación, pero que a su vez permitan explicar los avances tanto de la región andina como de cada uno de los seis países andinos.

Este es el caso de los tres estudios multipaís: 1. Monitoreo de la Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos de Salud, 2. Sistema de monitoreo de la migración del personal de salud y 3. Análisis de la gestión de Recursos Humanos en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural en los países andinos.

Los siguientes dos estudios, persiguen sistematizar las metodologías de cálculo de brechas de RHUS y las políticas de incentivos para la retención y fidelización de RHUS que están aplicando los 6 países andinos (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela).

Para la ejecución de los estudios se contó con la participación de técnicos de los países que contribuyeron con información y participaron en los análisis y conclusiones. El grupo fue liderado por un/a consultor/a.

En el primer estudio **Monitoreo de la Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos de Salud**, se construyó un sistema de indicadores que permiten monitorear el estado de los recursos humanos en los países andinos. A partir de los 4 ejes de la Política Andina de RHUS se definieron 14 metas y estas se operativizaron en 43 indicadores, los cuales se definieron conceptualmente, construyendo sus metodologías de cálculo e identificando sus fuentes de información.

Se levantó una línea de base tomando como modelo Ecuador, el siguiente paso fue levantar esta línea de base en los otros cinco países de tal forma que se obtuvo un punto de partida común para luego monitorear con información verificable los progresos individuales y en conjunto de los países. Este estudio estuvo liderado por Margarita Velasco.

En cuanto al **Sistema de monitoreo de migraciones de profesionales de la salud**, se recopiló y sistematizó información sobre el proceso de migración de profesionales de la salud en la región andina.

En su segunda parte, se presenta la propuesta de Sistema Andino de Monitoreo de Migraciones de Profesionales de la Salud, definiéndose el marco conceptual y los criterios de priorización, así como los indicadores y las propuestas para un plan de implementación del Sistema. Se proponen 20 indicadores que se organizan en cuatro dimensiones: determinantes, política y gobernanza, flujos migratorios e Impacto. Este estudio estuvo liderado por Manuel Núñez.

Para el tercer estudio **Análisis de la gestión del componente de Recursos Humanos (RRHH) en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural en los países andinos**, se buscó identificar qué modelos y estrategias de gestión de RHS están aplicando los países de la subregión y su efecto para disminuir las condiciones de inequidad, desigualdad y exclusión en el acceso a la salud que aún prevalecen en los países de la región, especialmente en las zonas más carenciadas económica y social.

Se elaboró para esto un marco conceptual respecto a la gestión de recursos humanos enfocados a modelos de atención de salud basados en atención primaria. Se identificaron consensuadamente indicadores que fueron aplicados por los mismos funcionarios de los ministerios de salud en un proceso de auto evaluación.

Encontrándose que los mayores esfuerzos de las áreas de gestión de RHUS están orientados hacia las estrategias de formación del personal de salud existiendo claridad respecto de ajustar la formación según las necesidades de salud y de acuerdo con los postulados del modelo. Se encontró además, que las políticas de RHUS están incorporando una visión centrada en el equipo multidisciplinario de salud como unidad básica del sistema sanitario. Su composición y roles varía entre países, sin embargo, su constitución representa uno de los objetivos centrales del sistema de gestión de RHUS.

Varios de los países están privilegiando la formación en medicina y salud familiar y algunos están aplicando estrategias agresivas de formación en esta especialidad. Si bien se reconoce la importancia de la formación como el mecanismo utilizado tradicionalmente para aumentar la oferta de RUHS, considerando los ciclos requeridos por el proceso formativo, los desafíos sanitarios existentes requieren mirar las posibilidades técnicas de desarrollar otras estrategias de autosuficiencia de RHUS. Este estudio fue liderado por Verónica Bustos.

Respecto a estos tres estudios presentados, el Grupo Técnico Andino consideró que es necesario utilizar su metodología para monitorear los avances en los próximos años y provean información para ajustar y mejorar sus políticas de RHUS así como identifiquen líneas de cooperación entre países a través del ORAS-CONHU.

Con el cuarto estudio **Sistematización y análisis de las experiencias de determinación de brechas de recursos Humanos en Salud** se buscó generar conocimientos sobre las experiencias de los países de la región andina, en el diseño e implementación de metodologías para la estimación de brechas de recursos humanos de salud, con el objetivo de que los técnicos de los países tengan una visión general de los mecanismos de adaptación y aplicación de estrategias e instrumentos metodológicos para la determinación de brecha de personal de salud según nivel de atención en las diferentes realidades de los países andinos.

Además se identificó coincidencias metodológicas que según la opinión de la autora llevarían a inferir abordajes comunes como Región Andina. Por ejemplo para el Primer Nivel de Atención, se recomendaría desarrollar metodologías con enfoque de demanda poblacional, que considere el Modelo de Atención Primaria de la Salud (APS), la carga de trabajo por grupo ocupacional y permita integrar indicadores de ajuste de dotación en relación a la dispersión. Para el Segundo y Tercer Nivel de Atención, se recomendaría desarrollar metodologías que consideren el modelo de gestión y organización hospitalaria, la demanda efectiva proyectada según criterios epidemiológicos, capacidad de producción optimizada, cartera de servicios y la carga de trabajo según grupo ocupacional; los cuales permitirán determinar las necesidades actuales y futuras de RHUS de los establecimientos hospitalarios. Este estudio estuvo a cargo de Yasmín Pariamachi.

Finalmente, el estudio **Desarrollo de esquemas de incentivos para la retención - fidelización del personal de salud en áreas rurales y de difícil acceso** sistematizó y analizó las diferentes experiencias de esquemas de incentivos, económicos y no económicos, orientados a la atracción, retención y fidelización del personal de salud en áreas rurales y de difícil acceso, aplicados en países de la Región de las Américas y, especialmente, en la Región Andina. Se encontró que las mejores prácticas en esquemas de incentivos para atraer y luego retener RHUS en zonas rurales o aisladas, surgen de la combinación de distintos tipo de intervenciones en los cuatro dominios principales del problema como son la formación, el apoyo personal y profesional, el soporte normativo y el financiero, que es de lejos, el que más ha demostrado impacto en la retención. También se plantea que hay una necesidad transversal a toda la región que es la de generar investigación en este ámbito que, por una parte, permita seguir evaluando cuales de éstos incentivos van demostrando ser más efectivos en retener los RHUS; así como también relacionar estas políticas con el impacto en el desempeño de los sistemas sanitarios en zonas urbanas y rurales, dado que existe muy poca evidencia respecto a conocer si la retención logra finalmente mejorar la salud de la población en los países de la región. Este estudio fue liderado por Carlos Becerra.

Finalmente queremos felicitar a los técnicos de las áreas de Recursos Humanos de los ministerios de salud de los países andinos quienes dedicaron tiempo adicional para trabajar junto a los consultores y producir estos importantes estudios que esperamos sean de utilidad para el fortalecimiento de la planificación y gestión de los Recursos Humanos en Salud como eje fundamental de los sistemas de salud de los países.

Dr. Ricardo Cañizares Fuentes
Secretario Adjunto del ORAS-CONHU

Dr. José Francisco Garcia
Asesor de Recursos Humanos en Salud de la OPS/OMS





Metodología de Monitoreo de la Migración en Salud en los Países Andinos

CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO

PRIMERA PARTE

- Sistematización de la información disponible en estudios sobre la migración de RHUS en la subregión andina.

SEGUNDA PARTE

- Sistema de monitoreo de la migración en salud en los países andinos y recomendaciones para el proceso de implementación.

BIBLIOGRAFÍA

RESUMEN EJECUTIVO

El presente Informe es elaborado por encargo del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue, como parte de la implementación del Plan Sanitario de Integración Andina – PlanSIA, y tiene como propósito recopilar y sistematizar información sobre el proceso de migración de profesionales de la salud en la región andina, y proponer las bases de un sistema andino de monitoreo de la migración de profesionales de la salud.

Se revisa la migración internacional de la población, incluyendo el cambio de dirección en el flujo que acontece a mediados del siglo pasado, así como las implicancias económicas, sociales y culturales, tanto en los países de origen como de destino, y en particular la denominada “fuga de cerebros” o “brain drain”.

Encontramos que el escenario de la Comunidad Andina se muestra propicio en lo que respecta a la libre circulación de ciudadanos andinos al interior del espacio subregional, destacándose en particular las Decisiones 545, 583 y 755, ésta última que crea en el año 2011 el Sistema de Información Estadística sobre las Migraciones en la Comunidad Andina (SIEMCAM).

Se discute el marco en que se desenvuelve esta migración, considerando las implicancias del Plan Estratégico ORAS – CONHU, la Política Andina de Planificación y Gestión de los Recursos Humanos en Salud y su correspondiente Plan de Acción. Así, se consideran aspectos referidos a la acreditación de instituciones formadoras, los procesos de habilitación, licencia y registro del título profesional, servicio social, certificación y recertificación profesional, revalida y reconocimiento de títulos, formación con los costos consiguientes, disponibilidad nacional e inequidad en la distribución de profesionales, así como factores atractores o expulsivos, y el papel de las agencias de reclutamiento, entre otros temas.

En este escenario, la Red Iberoamericana Ministerial de Migraciones Profesionales de Salud (RIMPS) se ha constituido en un importante instrumento para profundizar en la caracterización del fenómeno de las migraciones de profesionales de la salud, así como en la búsqueda de soluciones viables a las problemáticas relacionadas con la misma.

Recientemente, Jorge Castellanos ha aportado de manera importante en la sistematización de las etapas por las que ha transcurrido el proceso de reconocimiento de títulos de los profesionales de la salud; igualmente Margarita Velazco con investigadores de OPS, la Unión Europea (UE), la Escuela Andaluza de Salud Pública

(EASP) y el Observatorio Social del Ecuador, han descrito las principales características del proceso migratorio incluyendo las razones para la migración y las debilidades o ausencia en la planificación y monitoreo de los recursos humanos (Velazco, 2010).

Julio Gamero estima que el costo acumulado por emigración de profesionales (medicina y enfermería) alcanzaría la cifra de 221'804,100 USD en lo correspondiente a la formación pública y 153'987,800 USD en la formación privada. Sin embargo, la pérdida de este personal tiene otras implicancias importantes, además de la pérdida de la capacidad resolutive y los graves problemas para reponer este potencial humano perdido, incluyendo la recarga laboral sobre el personal que queda con un incremento en muchos casos significativo en la carga laboral y con las consiguientes reacciones adversas expresadas en el clima organizacional. Asimismo la reasignación de responsabilidades a otros grupos ocupacionales o especialistas, con el menoscabo en la calidad de la prestación, el compromiso del proceso formativo en pre y sobre todo posgrado al ir este éxodo de la mano con la pérdida de cuadros docentes, igualmente en muchos casos difíciles de reponer.

Particular relevancia tiene el Programa "Ecuador Saludable Vuelvo por Ti", conducido por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador y que promueve el retorno de los profesionales de la Salud que se encuentran en el exterior con el objetivo fundamental de cubrir los requerimientos de las áreas críticas y regiones desabastecidas en el sistema de salud. Se analiza otras experiencias importantes en la sugreión.

Finalmente, se presenta la propuesta de Sistema Andino de Monitoreo de Migraciones de Profesionales de la Salud, definiéndose el marco conceptual y los criterios de priorización, así como los indicadores y las propuestas para un plan de implementación del Sistema. Se proponen 20 indicadores que se organizan en 4 dimensiones: determinantes, política y gobernanza, flujos migratorios e Impacto.

Así, el presente informe a partir de las importantes experiencias e investigaciones desarrolladas en estos años, y concordante con las prioridades definidas por las Ministras y Ministros de Salud de la sub-región andina, presenta esta propuesta para sentar las bases de un sistema de monitoreo de la migración de profesionales de la salud, tema central en la agenda de los recursos humanos, y en el esfuerzo por garantizar el derecho a la salud de la población, con personal suficiente, adecuadamente distribuido, competente y comprometido.

El presente Informe, elaborado por encargo del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue, como parte de la implementación del Plan Sanitario de Integración Andina – PlanSIA, tiene como propósito recopilar y sistematizar información sobre el proceso de migración de profesionales de la salud en la región andina, brindando insumos en la segunda parte de este Informe para la construcción de un sistema de monitoreo que soporte decisiones políticas y la propuesta de estrategias para abordar este tema.

PRIMERA PARTE

Sistematización de la información disponible en estudios sobre la migración de RHUS en la subregión andina

1. INTRODUCCIÓN

El punto de partida que proponemos para abordar el tema de la migración de trabajadores de salud es lo señalado en 1978 en el segundo punto de la Declaración de Alma – Ata:

“La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.” (OMS/OPS y UNICEF, 1978)¹.

Los países de la región han emprendido o vienen fortaleciendo las intervenciones encaminadas a garantizar el derecho a la salud para todos sus ciudadanos. Por ello, como veremos en este informe y teniendo como punto de partida lo antes señalado, el análisis de la migración de profesionales requiere considerar las características del escenario en que nuestros países y nuestros sistemas de salud se vienen desarrollando; sin embargo, debemos también considerar que la migración internacional de nuestros profesionales se inscribe en el proceso de migración de las poblaciones, uno de los fenómenos sociodemográficos y culturales más significativo de nuestro tiempo.

Los trabajadores de salud son el pilar fundamental en el funcionamiento de los sistemas de salud, el logro de los objetivos sanitarios requiere trabajadores en número suficiente y adecuadamente distribuidos, pero a la vez competentes y motivados. Lamentablemente esta no es la realidad de nuestros países, y tal situación compromete el logro de los objetivos sanitarios planteados, y en última instancia el derecho a la salud que tienen todos los ciudadanos (Rigoli et al., 2005).

¹ En esta línea es importante reafirmar que el crecimiento económico por sí solo no se traduce automáticamente en el progreso del desarrollo humano. Se requiere políticas a favor de los pobres e inversiones significativas en las capacidades de las personas, enfocadas en educación, nutrición, salud y habilidades de empleo, que conduzcan a un acceso al trabajo digno y garanticen un progreso sostenido (PNUD, 2013).

Se estima que a nivel global existe una disponibilidad de 9,2 millones de médicos y 18,1 millones de enfermeras, con un déficit conjunto de 4,3 millones de trabajadores de la salud. Más aún la escasez mundial es probable que se agrave porque la demanda de profesionales de la salud está creciendo más rápido que la oferta (Witt, 2009). Estos trabajadores están distribuidos de manera inequitativa, considerando la carga de enfermedad, con grave detrimento de aquellas regiones y países en situación de mayor pobreza (OMS, 2006). La Figura 1 presenta los datos de dotación personal en términos de densidad de recursos humanos², mostrando que algunos países presentan especial debilidad de esta dotación.

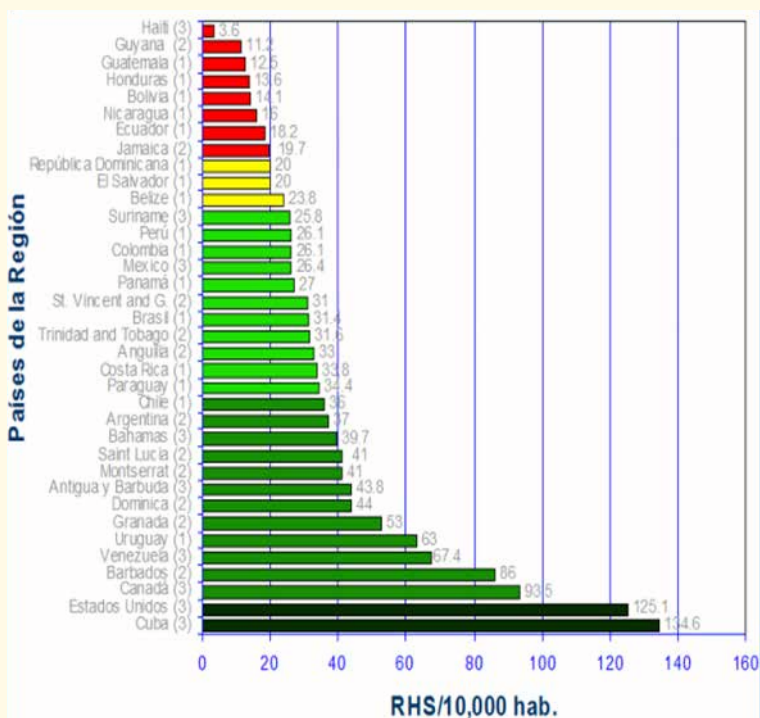


Figura 1. Densidad de recursos humanos (número de profesionales de medicina, enfermería y obstetricia por 10,000 habitantes) en la región de las Américas. Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2013b. Nota: los números entre paréntesis corresponden a: (1) año 2013, (2) año 2009-2011, (3) año 2006, ver detalles en la fuente.

²Densidad de Recursos Humanos equivale al número de profesionales de medicina, enfermería y obstetricia por 10,000 habitantes (OMS, 2006; Organización Panamericana de la Salud, 2013a).

Es en este contexto que los países americanos aprueban el Llamado a la Acción de Toronto, así como las Metas Regionales en Recursos Humanos (Organización Panamericana de la Salud, 2007), reafirmando el papel central que estos juegan en el desarrollo y desempeño de los sistemas de salud, pero a la vez constituyéndose en un llamado a la acción, con una mirada estratégica y alineada a los procesos de reforma, que cimentados en una extensión de la cobertura y la atención integral, se han venido desarrollando en varios países, y en particular en la región andina (REMSAA, 2012).

Así, la migración de profesionales de la salud continúa siendo uno de los complejos factores que inciden en la problemática de la escasez de los recursos humanos en salud de los países (MPDC Uruguay, 2013). Más aún, la migración del personal de salud es una tendencia en aumento a nivel global (Organización Panamericana de la Salud, 2009), por lo que una adecuada gestión en este tema se constituye en uno de los mayores desafíos en el esfuerzo por construir políticas nacionales de salud viables y efectivas (Organización Panamericana de la Salud, 2006; OMS, 2006). En esta línea, es que se torna necesario el que los países puedan contar con información precisa, válida y actualizada, sobre la dimensión y características de los flujos, así como los factores que determinan estos, promoviendo de esta manera (Babio Pereira, 2011):

- Creación de un espacio de intercambio de información.
- Promoción de una mejor coordinación, tanto entre los niveles en cada región como a nivel internacional.
- Revisión y evaluación de las políticas emergentes en el tema y desarrollo de nuevas políticas en relación a los resultados de las existentes.
- Beneficiarse de la experiencia adquirida en otros contextos.
- Creación de un espacio de intercambio de información.
- Promoción de una mejor coordinación, tanto entre los niveles en cada región como a nivel internacional.
- Revisión y evaluación de las políticas emergentes en el tema y desarrollo de nuevas políticas en relación a los resultados de las existentes.

Esta información está en gran medida ausente como expresión de la debilidad que existe en los sistemas de información en nuestros países, pero también por las dificultades que el dinamismo y la complejidad de este fenómeno tienen, lo que obliga por lo tanto a contar con sistemas, herramientas e indicadores que permitan monitorear cercanamente el proceso, y sustenten el desarrollo y reajuste de políticas y estrategias para una acertada gestión. Así, los sistemas de información se constituyen

en un reto para la acción, en particular ante la necesidad de integrar sistemas de información de países de origen y destino como única manera efectiva de conseguir información actualizada en tiempo real (MPDC Uruguay, 2013).

El presente estudio se inscribe en tal propósito, procurando aportar en la sistematización de los estudios realizados de migración y la elaboración de una propuesta de monitoreo de la migración a nivel andino. Este esfuerzo se desarrolla teniendo como marco el proceso de integración sudamericano y específicamente el Plan Estratégico ORAS – CONHU, así como la Política Andina de Recursos Humanos con su correspondiente Plan de Acción, aprobados por las Ministras y Ministros de Salud. Se desarrolla asimismo como parte de la implementación del Proyecto Plan Sanitario de Integración Andina, en lo correspondiente al Objetivo 3: Fortalecer la Gestión de Recursos Humanos en Salud, en donde se ha contemplado como una de las actividades, la sistematización de los estudios andinos de migración así como la elaboración de una metodología de monitoreo de la migración de los recursos humanos en salud (actividad 3.3.2).

2. CONSIDERACIONES CONCEPTUALES Y METODOLÓGICAS

Definiciones iniciales

Un trabajador migrante internacional es definido por la Convención Internacional de las Naciones Unidas sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migrantes y de sus Familias, de 1990 como toda *“persona que vaya a realizar, realice o haya realizado una actividad remunerada en un Estado del que no sea nacional”*. Esta definición algo amplia en su alcance, sería precisada en 1997 en los siguientes términos: *“toda persona que se traslada a un país que no sea su lugar de residencia habitual por un período de al menos un año (12 meses), de forma que el país de destino se convierte en su nuevo país de residencia habitual”* (texto citado en Núñez, 2006). Sin embargo, en esta definición se requiere considerar diversas formas en que la migración puede presentarse incluyendo la migración permanente, la migración temporal (de tres meses a un año de duración) o la migración estacional (entre uno y tres meses de duración), (ILO, 2003).

Particularmente, Stilwell llama la atención sobre la falta de consistencia en la definición de la migración “temporal”, encontrando que ella que puede variar en algunos países entre 9 meses a 10 años. Esto puede ocasionar serias dificultades en la comparación de datos y en la construcción de una visión global de los flujos migratorios (Stilwell et al., 2003).

En el ámbito de la Comunidad Andina, la Decisión 545 en el año 2003, estableció la definición de trabajador migrante como *“el nacional de un País Miembro que se traslada a otro País Miembro con fines laborales bajo relación de dependencia, sea en forma temporal o permanente.”* Asimismo, el domicilio habitual como *“La permanencia legal por un período superior a 180 días, en el territorio de un País Miembro”*. En cuanto a la taxonomía empleada se definió la siguiente clasificación de trabajadores andinos: Trabajador con desplazamiento individual³, trabajador de empresa⁴, trabajador de temporada⁵ y trabajador fronterizo⁶ (Comunidad Andina, 2003).

Recopilación y sistematización

La migración de profesionales de salud es un proceso dinámico y complejo. Dinámico porque cambia con el tiempo, se modula y moldea conforme a la intensidad de los factores atractores y expulsores que acontecen en los países proveedores y receptores. Complejo porque en él influyen factores personales, familiares, locales, institucionales, políticos, sociales y económicos.

En tal sentido, desde un punto de vista de política de salud, tan importante como evaluar la intensidad y características de los flujos migratorios es el analizar las explicaciones que están en la base de éstos. Así, la sistematización de la información disponible permite avanzar en una clara visión de los factores intervinientes, y generar condiciones para el diseño de políticas y estrategias que permitan acometer la gestión de la migración con racionalidad política, ética y técnica.

Así, en el presente informe se recopila información sobre aspectos referidos a la acreditación de instituciones formadoras, los procesos de habilitación, licencia y registro del título profesional, servicio social, certificación y recertificación profesional, revalida y reconocimiento de títulos, amparo social y laboral de migrantes, formación con los costos consiguientes en el pregrado y especialización, disponibilidad nacional e inequidad en la distribución de profesionales, así como factores atractores o expulsores, y el papel de las agencias de reclutamiento, entre otros temas.

³Se considera trabajador con desplazamiento individual a aquella persona nacional de un País Miembro que migra a otro País Miembro con fines laborales, por: a) Haber suscrito un contrato de trabajo bajo relación de dependencia; o, b) Tener o responder a una oferta de empleo desde el País de Inmigración, bajo relación de dependencia (Comunidad Andina, 2003).

⁴Se considera trabajador de empresa al nacional andino que se traslada a otro País Miembro distinto al país de su domicilio habitual por un período superior a 180 días y por disposición de la empresa para la cual labora bajo relación de dependencia, sea que la misma ya esté instalada en el otro país, tenga en curso legal un proyecto para establecerse o realice un proyecto especial allí (Comunidad Andina, 2003)

⁵Se considera trabajador de temporada al nacional andino que se traslada a otro País Miembro para ejecutar labores cíclicas o estacionales, por ejemplo vinculadas a actividades agrícolas, pecuarias, forestales, entre otras (Comunidad Andina, 2003).

⁶Se considera trabajador fronterizo al nacional andino que, manteniendo su domicilio habitual en un País Miembro, se traslada continuamente al ámbito fronterizo laboral de otro País Miembro para cumplir su actividad laboral (Comunidad Andina, 2003).

Monitoreo

Acogemos en principio la definición de “monitoreo” de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD): *“El monitoreo es una actividad continua que usa la recolección sistemática de datos sobre indicadores específicos, para guiar a los directores, financiadores e implementadores de estrategias de desarrollo con información sobre las dimensiones del progreso en la consecución de objetivos...”* y la adaptamos teniendo como objeto de estudio la migración de profesionales de la salud (ver página 100).

Fuentes de información

En principio se constituyen en fuentes de información primaria y secundaria las publicaciones realizadas por:

1. La Organización Mundial de la Salud (OMS)
2. La Organización Panamericana de la Salud (OPS).
3. La Organización Internacional de Migraciones (OIM).
4. Revistas científicas indexadas y que han documentado datos sobre la migración de profesionales de la salud desde la región andina.
5. Normas legales, documentos técnicos y bibliografía gris publicada por organismos gubernamentales y no gubernamentales (Colegios Profesionales, universidades, etc.), normas legales publicadas por los gobiernos de países de destino principal de los profesionales que emigran desde la región andina, incluyendo en particular los publicados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España.
6. Los informes de primera y segunda medición de las metas regionales de recursos humanos en salud (2009 y 2013).
7. Las resoluciones, documentos de política y documentos técnicos emitidos por los organismos de integración regional y subregional, en particular la Comunidad Andina y el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unánue.
8. El marco legal estructurado por los gobiernos de los países miembros de la comunidad andina con relación a migración, reconocimiento de títulos y movilidad de profesionales de salud.

Proceso de construcción participativa

- Asumiendo el Consultor la responsabilidad directa sobre la elaboración de los productos el trabajo involucró al equipo del Proyecto Plan Sanitario de Integración Andina (ORAS-CONHU y CESTAS), desarrollándose además un plan de entrevistas con expertos, empleando canales virtuales en los casos en que se precisó.
- En una segunda fase, los documentos generados (la información sistematizada y propuesta del sistema de monitoreo), ha de involucrar protagónicamente a los miembros del Grupo Técnico de Recursos Humanos del ORAS-CONHU, y a los propios directivos de las Direcciones de Recursos Humanos de los Ministerios de Salud y el Organismo Andino de Salud.
- Este enfoque tiene fundamentalmente dos objetivos: uno primero, el de enriquecer colectivamente la mirada conceptual y documentariamente, pero en segundo lugar, facilitar el proceso de apropiación institucional que debe desarrollarse por parte del ORAS-CONHU y su Grupo Técnico de Recursos Humanos de los instrumentos y recursos generados con esta Consultoría.

3. MIGRACIÓN INTERNACIONAL DE LA POBLACIÓN

La historia de la humanidad es en gran medida la historia de las migraciones, a través de la cual el hombre ha buscado mejores oportunidades y una vida mejor (OIM, 2013).

Recientemente, los movimientos migratorios hasta mediados del siglo pasado tenían como dirección más frecuente aquella de países desarrollados hacia los de menor desarrollo. Esta corriente se reconfiguraría a partir de la segunda mitad del siglo, haciéndose visible un importante flujo migratorio, en particular de profesionales y técnicos, de los países en desarrollo hacia países de mayor desarrollo, dando pie a una creciente preocupación por el potencial humano perdido (Norza, 2009) en un escenario de creciente globalización, enfatizando que la cuestión principal no está en la globalización per se, sino en "la falta de equidad en el balance general de los arreglos institucionales que da lugar a una distribución muy desigual de los beneficios de la globalización" (Sen, 2007).

Son múltiples las direcciones de esta migración; así, un estudio reciente de la Encuesta Gallup⁷ estima que este es del orden del 22% entre países⁸ del “norte”, un 33% entre los países del “Sur”, 40% del “Sur” al “Norte” y del 5% del “Norte” al “Sur”, destacando este último número en rápido crecimiento (OIM, 2013). Particular atención requiere también prestarse a la necesidad de diferenciar los distintos flujos, identificando las particularidades de cada proceso migratorio en las Américas en las Américas, lo cual obliga a los Estados a una atención también diferenciada en el diseño de políticas (CEPAL, 2010).

Por otro lado, ha habido dos periodos de especial atención al proceso migratorio y en particular al “brain drain”. El primero se dio en la década de los 90s, y vinculado a los masivos flujos migratorios del “Sur” hacia el “Norte” (ver pie de página para definiciones), acompañado por problemas vinculados al incremento de refugiados, tema que sería relegado ante otros temas. Un segundo momento, se da por ante una globalización creciente que demanda recursos humanos calificados en los países desarrollados, en muchos casos reclutados de los países menos desarrollados (Aráuz Torres and Wittchen, 2010).

En términos generales se considera que cuanto más difícil es el migrar de un país a otro, mayor es el porcentaje de profesionales entre los migrantes. Se estima que de manera global, un 20% de los migrantes tienen acreditaciones profesionales (Martin, 2006). La tasa de emigración de la población con educación terciaria (universitaria y no universitaria) se ha estimado conservadoramente en 41% para la región del Caribe, 27% para parte de África y 16% para Centroamérica (datos de Docquier y Marfouk, citados por (Kapur, 2005).

⁷La Encuesta Mundial Gallup se constituye en la encuesta más importante en su género, de hecho la única de alcance mundial, que se aplica anualmente con las mismas preguntas, en más de 150 países, territorios y regiones (que representan el 98% del total de la población adulta del mundo) Los datos presentados en el año 2013 recogen aquellas respuestas de 25.000 migrantes de primera generación y 441.000 residentes nacidos en el país (OIM, 2013).

⁸Al no existir una definición universalmente concordada de los términos “Sur” y “Norte”, el término “Norte” se aplica a las economías de ingresos altos, y por “Sur” a las economías de ingresos bajos y medianos (OIM, 2013)

Tabla 1. Población de Estados Unidos de N.A. nacida en el extranjero, según año de entrada y nivel educativo.

País de Nacimiento	Total 2000	Año de Entrada (%)		Total 25 años o mayor	Educación de población \geq 25 años		
		1999 - 2000	Pre - 1990		Primaria	Secundaria	Terciaria
El Salvador	817,340	40	60	619,185	41	42	17
Colombia	509,875	45	55	402,935	13	41	46
Guatemala	480,665	49	51	341,590	43	37	20
Perú	278,185	47	53	220,815	8	39	53
República Dominicana	687,680	43	57	527,520	30	43	29

Fuente: datos seleccionados a partir de Kapur, 2005.

Concordante con esto, es importante considerar que en general no son los médicos o enfermeras el principal contingente reclutado, aun cuando son de importancia central para el sector salud, encontrándose generalmente otros profesionales en mayor número, como se muestra en la Tabla 2, para el caso de Perú.

Tabla 2. Migración de profesionales, según profesión y sexo. Perú 1994 - 2008.

Posición	Profesión	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 profesionales	32,324	31,467	63,791
	Total	84,131	90,517	174,648

Fuente: elaboración de Gamero, 2010a, a partir de datos de INEI-DIGEMIN-OIM.

La migración internacional tiene enormes implicancias económicas, sociales y culturales, tanto en los países de origen como de destino, estimándose que un 3% de la población mundial (180 millones de personas en el año 2002) viven en un país en el que no nacieron (Özden and Schiff, 2006), en muchos casos los mejores profesionales y técnicos de países en vías de desarrollo; para el año 2013 se ha estimado en 232 millones el número de migrantes (Naciones Unidas, 2013).

Por otro lado, como señala van Hear, contrariamente a lo que hubiese podido esperarse, el fin de la guerra fría ha dado pie a nuevas e importantes corrientes migratorias. El resurgimiento de conflictos étnicos, religiosos y nacionalistas se superpone a los problemas políticos, sociales y económicos. De ser un problema marginal, salvo en situaciones específicas, la migración se visibiliza como un tema de la agenda internacional de creciente preocupación, especialmente a partir de finales de los 80s (van Hear, 1998). En gran parte, el importante papel que vienen desempeñando la Organización Internacional de Migraciones (OIM) expresa la preocupación por abordar de manera global este tema⁹.

Se ha sostenido que las migraciones siguen los ciclos económicos y tienen dos aspectos centrales en su explicación: el primero referido a la exportación de la fuerza de trabajo a través de cadenas de subcontratación (ver en el caso de profesionales de salud lo referido a las agencias de reclutamiento) y en segundo lugar la reestructuración de los sistemas de innovación en los principales países desarrollados del norte a partir de la incorporación de científicos del sur (CEPAL, 2010). Más aún, estos ciclos de expansión o contracción pueden determinar que los países viren de ser de emigrantes a uno de inmigrantes, en pocos años, como se ve con Irlanda, España o Corea del Sur (Martin, 2006).

Son múltiples los abordajes con que se estudia y procura explicar la migración, en parte porque son múltiples los puntos de partida, desde la sociología, la demografía y la economía, por ejemplo (Stilwell et al., 2003). De la misma manera, son múltiples los factores que influyen la migración internacional actual, no siendo motivo central del presente informe el analizarlos en profundidad. Sin embargo citemos algunos que pueden tener relevancia particularmente para la migración de profesionales de la salud; por ejemplo, la revolución de las comunicaciones ha permitido que la vida de países más desarrollados (aun cuando no siempre de manera fiel a lo real) pueda estar al alcance de prácticamente todos; asimismo, las distancias y las barreras se han acortado, el acceso a la información sobre oportunidades de empleo u otras oportunidades están igualmente al alcance. A pesar de ello, y a diferencia de las políticas que regulan los flujos comerciales y de capital, las políticas de inmigración en los países de destino continúan siendo altamente proteccionistas (Özden and Schiff, 2006).

⁹La Organización Internacional de Migraciones (OIM) fue creada en 1951 siendo la principal organización intergubernamental en el ámbito de la migración. Congrega a 132 Estados Miembros, 17 Estados que gozan del estatuto de observador y oficinas en más de 100 países. Señala como misión: el estar "... consagrada al principio de que la migración en forma ordenada y en condiciones humanas beneficia a los migrantes y a la sociedad" (<http://www.iom.int/cms/es/sites/iom/home/about-iom-1/mission.html>).

Los canales de migración se reconfiguran en la actualidad como redes de migración. Si ayer fue la búsqueda de mejores oportunidades, hoy se agrega la unidad familiar. Familias enteras migran, personas que se conocen, que comparten identidades y problemas. Las redes comprenden a los iniciales, los actuales y los potenciales migrantes (van Hear, 1998) Surgen diversos términos como diáspora¹⁰ transnacionalismo, refugiado, remesas, exiliado, trabajador temporal, co-desarrollo, migración circular, etc. (Butler, 2001; van Hear, 1998; Norza, 2009), así como diversas consideraciones en el estudio que inciden en mayor o menor medida en el proceso migratorio (van Hear, 1998). Entre estas se requiere tomar en cuenta:

- a. Motivación y decisión de carácter individual, incluyendo en particular aquellas que surgen desde una perspectiva costo – beneficio, pero también desde consideraciones culturales y sociales.
- b. Decisiones como parte de una estrategia familiar, minimizando o distribuyendo el riesgo entre quien migra y quien permanece.
- c. Disparidades entre los lugares de origen y destino, que empata con un abordaje de factores atractores y expulsos, incluyendo diferencias en las remuneraciones y las oportunidades de empleo y desarrollo personal – profesional.
- d. El desarrollo de las redes e instituciones de migrantes.
- e. El régimen migratorio¹¹.
- f. La macro-política y la macro-economía¹², que incluye la distribución global del poder y los recursos, pero también el ciclo económico en que se encuentra el país (Altamirano, 1996; Panfichi, 2007).

¹⁰Es interesante apreciar la discusión sobre el componente de coerción en el término “diáspora”, el cual debería extenderse en la actualidad a la coerción económica, yendo más allá del carácter étnico (Butler, 2001). En la misma línea, Cohen invoca que la diáspora tiene al menos 4 tipos: de víctimas – refugios, imperial – colonial, trabajo – servicio, comercio – negocios – profesional, y cultural – híbrida – postmoderna (Cohen, 1997).

¹¹Término que proviene de la ciencia política y las relaciones internacionales y que comprende el cuerpo nacional e internacional de leyes, instituciones, regulaciones y políticas que abordan la migración (van Hear, 1998).

¹²Aun cuando en contraposición Iguiniz citado por Panfichi, señala la importancia de considerar principalmente variables micro-económicas (Panfichi, 2007), lo que podrían considerarse en los factores previos señalados.

Es desde aquí que surge la dificultad para el análisis y el desarrollo de políticas y estrategias efectivas, al abarcar desde las decisiones individuales hasta el nivel de la macro-política y la macro-economía. Pero además porque este proceso, o estos procesos, son como señaláramos antes, no solamente complejos sino también altamente dinámicos, pudiendo transitar un país de ser fundamentalmente de inmigración a uno de emigración, o viceversa (Altamirano, 1996), como señaláramos antes.

Sin embargo, y aun cuando es evidente que en la migración finalmente concurren todos estos factores, es necesario identificar las particularidades de cada proceso migratorio. Por ejemplo, de acuerdo a Özden and Schiff, la causa principal de migración sur – norte sería, en la mayoría de los casos, las diferencias en las remuneraciones esperadas ajustadas por los costos de migración. Estos costos se incrementan por las distancias y declinan por las redes sociales en el país de destino (Özden and Schiff, 2006).

En la misma línea de análisis, por ejemplo en nuestros países, los programas de ajuste neoliberal que acontecieron en la región, vinculados a la crisis económica de los 80s, se constituyeron en factores determinantes del incremento marcado en los flujos migratorios, al transformar los proceso productivos, reestructurar los mercados laborales, y colocar a amplias franjas de la población en la disyuntiva de sobrevivir en condiciones de vida sumamente precarias, o procurar esperanzas en nuevos destinos (Acosta, 2006). En este escenario, en última instancia el ideal de derecho a la salud para estas poblaciones, se vio debilitado (Medicos Mundi, 2013; Novick, 2006).

Recientemente, el Banco Británico HSBC realizó un estudio en 34 países investigando las oportunidades económicas y la calidad de vida de los migrantes extranjeros (HSBC, 2013). En este estudio, Tailandia y China fueron los países que mostraron mejores resultados, continuando con Suiza, Islas Caimán, Bahrein y Singapur. Entre los países que presentaban un menor desempeño se encontraban aquellos de Europa Occidental; así, Francia, España, Reino Unido, Italia e Irlanda estuvieron entre los últimos¹³.

¹³Para esta relación se accedió a la página Web: <http://www.expatorer.hsbc.com/#/countries>, y se empleó los criterios económico y experiencia, excluyéndose crianza de niños.

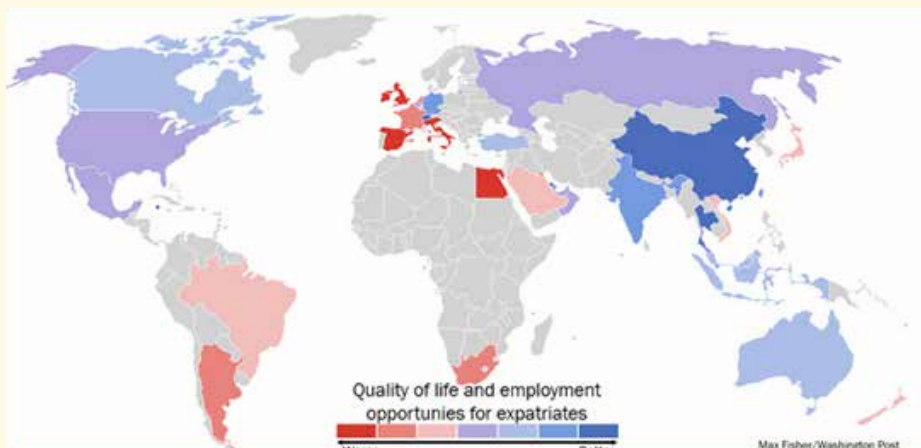


Figura 2. Mapa comparativo de 34 países, según las oportunidades de desarrollo económico y calidad de vida que brindan a migrantes extranjeros (HSBC, 2013).

Latinoamérica es una región históricamente vinculada a la migración. Inicialmente ampliamente receptora, cambiaría en la década de los 50s a ser proveedora de migrantes. Se ha estimado en 26 millones el número de migrantes latinoamericanos, representando el 13% del total global. Los principales países proveedores son México, aquellos del Caribe, Colombia, Cuba y El Salvador. El destino principal es Estados Unidos de América y, en menor grado Europa.

Otro orden de análisis es el impacto que tiene la migración en los países de origen y de destino. La migración puede producir beneficios sustanciales, pero también puede tener consecuencias negativas. Existen cada vez más pruebas de que, estimuladas por políticas correctas, las comunidades de migrantes pueden contribuir de manera significativa al desarrollo tanto en los países de origen como de destino mediante las remesas, el comercio, las inversiones, la creación de empresas y la transferencia de tecnología y de conocimientos especializados y prácticos¹⁴. Sin embargo, es motivo de preocupación la pérdida de valiosos profesionales calificados, lo que puede constituirse en una barrera importante para el desarrollo de los países de origen (Naciones Unidas, 2013).

¹⁴A propósito de la contribución de las colonias de migrantes en la fundación de importantes colegios en el Perú, Altamirano cita "Entre los colegios de habla inglesa están: el Markham, Newton, Roosevelt y el Peruano – Británico; entre los de habla francesa, el Franco – Peruano; de habla alemana, el Humboldt y el Pestalozzi; de habla italiana, el Raymondi; el habla Japonesa, La Unión; de habla china, el Peruano – Chino." (Altamirano, 1996)

Particular atención ha sido prestada a las remesas generadas por los migrantes hacia sus países de destino, las cuales generalmente apuntan a reducir el nivel, profundidad y severidad de la pobreza, especialmente aquella rural. Más aún diversos estudios muestran que las remesas incrementan la inversión en el capital humano (educación y salud), reducen el trabajo infantil e incrementan el emprendimiento (Özden and Schiff, 2006).

Vinculando este tema a los factores antes señalados y a la desigualdad, se ha observado que esta última tiende a incrementarse cuando las redes de migrantes son pequeñas y los costos de migración son altos; cuando la migración se amplía, el tamaño de las redes también, declinando los costos asociados e incorporando a los segmentos más pobres en el proceso migratorio (van Hear, 1998; Özden and Schiff, 2006).

En este orden de cosas, la fuga de cerebros o “brain drain” ha sido motivo de preocupación (Butler, 2001; Panfichi, 2007), llegando a ser considerado un importante obstáculo para el desarrollo de los países pobres (Germaná et al., 2005) y aun cuando este es un fenómeno de alcance global, muestra grandes diferencias entre las regiones. Así, se ha reconocido que especialmente países de África, el Caribe y América Central afrontan de manera más intensa este problema. En particular, en este lado del mundo, atención especial requiere el caso de algunos países de América Central y naciones insulares del Caribe en que se llega a tener más del 50% de sus graduados universitarios viviendo fuera del país (Özden and Schiff, 2006).

Desde una perspectiva histórica, han sido 3 los grandes movimientos migratorios hacia Latinoamérica, incluyendo también a los países andinos: el primero representado por el flujo colonizador de Europa; uno segundo, constituido por el tráfico de esclavos africanos a las colonias; y un tercer movimiento con la migración de mano de obra asiática, en reemplazo de la africana (Acosta, 2006), debiendo agregar en el siglo pasado aquella proveniente de Europa y ocasionada por las guerras mundiales. Superpuesta a estos movimientos se sumaron migraciones por otros motivos, incluyendo la industrialización y consecuente pobreza de poblaciones rurales producto de la tecnificación del campo.

Se ha señalado que la migración latinoamericana se caracteriza por la creciente participación de las mujeres y los individuos con alta calificación técnica y profesional; se reafirma que Estados Unidos de N.A. es el principal destino y que la comunidad latina es sumamente heterogénea y en muchos casos se encuentra en situación irregular. España es el segundo país de destino¹⁵, siguiendo Canadá y Japón, estos últimos casos con mayoritaria población migrante en situación regular (Panfichi, 2007).

En la década pasada se estimó en un 1% la cifra de inmigrantes en la región en contraposición a la de emigrantes que estaba en alrededor del 4%. Citando a Pedro Brito:

“Desde el punto de vista de los emigrados, la mayor proporción del continente en términos absolutos la tiene México, con más de nueve millones. En un alejado segundo lugar se encuentra el conjunto de naciones de la Comunidad del Caribe, con casi dos millones de emigrados; luego Colombia, con un millón y medio; seguida por Cuba y El Salvador con aproximadamente un millón cada uno. Después encontramos el grupo de países que tienen aproximadamente medio millón de ciudadanos fuera de sus fronteras son: Argentina, Brasil, Ecuador, Guatemala, Haití, Perú y República Dominicana. El último grupo es el de aquellos cuyas magnitudes de emigrados oscilan entre los 100 mil y 450 mil: Bolivia, Chile, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Uruguay y Venezuela. El único país con una cifra inferior a las cien mil personas emigradas es Costa Rica. El orden de estas cifras en términos absolutos se alteran cuando son vistas en términos relativos. Los porcentajes que destacan y fluctúan entre el 8% y el 15% son los casos de Cuba, El Salvador, México, Nicaragua, República Dominicana y Uruguay”

Brito et al., 2011 citando a CEPAL, 2006.

Con relación a la circulación de personas, los instrumentos socio-laborales que han sido desarrollados en la Comunidad Andina a través de la Secretaría de la Comunidad Andina, establecen *“la libre circulación actual de ciudadanos andinos al interior del espacio subregional”*, destacando en particular:

La Decisión 545 que es el *“Instrumento Andino de Migración Laboral”*, aprobado en junio del 2003 por el Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores de la Comunidad Andina y que tiene como objetivo el establecimiento de normas que permitan de manera progresiva y gradual la libre circulación y permanencia de los nacionales andinos en la Subregión con fines laborales bajo relación de dependencia (Comunidad Andina, 2003). Este instrumento estableció además las definiciones y clasificaciones del trabajador migrante andino.

¹⁵La situación económica reciente en España habría alterado esta opción como destino preferente de migración.

La Decisión 583 que tiene como propósito¹⁶ el garantizar a los migrantes laborales y sus beneficiarios el derecho a percibir las prestaciones de seguridad social, sanitarias y económicas durante su residencia en otro País Miembro y a conservar los derechos adquiridos en su país de origen.

Particular relevancia para efectos del presente informe tiene la Decisión 755, que crea en el año 2011 el Sistema de Información Estadística sobre las Migraciones en la Comunidad Andina (SIEMCAM), aun no implementado, con el objetivo es proveer información estadística sobre la migración internacional, los flujos y características relevantes necesarias para la formulación, seguimiento y evaluación de las políticas y estrategias en materia de migración que se desarrollen en el marco del proceso de integración. El ámbito del SIEMCAN comprende las estadísticas comunitarias sobre la Migración Internacional, como los flujos migratorios de personas en sus diferentes modalidades o movimientos internacionales de entrada y salida de pasajeros, el de los flujos de remesas en la Subregión Andina; así como, información estadística de las características sociodemográficas y económicas de las personas migrantes y de sus hogares de origen, y otro tipo de información relevante en la materia que permita analizar el impacto de la migración internacional en los diversos países (Comunidad Andina, 2011). La decisión aún no se ha implementado, pero constituye un muy buen punto de partida para el desarrollo de un sistema de información en el ámbito de la migración andina.

Los principales datos que la Decisión 755 establece se deben recoger a través del SIEMCAM son:

- a. Estadísticas generales sobre las personas migrantes internacionales, características sociales y demográficas, etc.
- b. Estadísticas del movimiento de personas de corto plazo: Número de visitantes, viajeros, etc.
- c. Estadísticas del movimiento de personas de corto/largo plazo: Migraciones laborales, número por cada una de las categorías establecidas.
- d. Estadísticas de migraciones por razones humanitarias: Asilo, refugio.

¹⁶Señala la Decisión 583 como objetivos: a) Garantizar a los migrantes laborales, así como a sus beneficiarios, la plena aplicación del principio de igualdad de trato o trato nacional dentro de la Subregión, y la eliminación de toda forma de discriminación; b) Garantizar el derecho de los migrantes laborales y sus beneficiarios a percibir las prestaciones de seguridad social durante su residencia en otro País Miembro; c) Garantizar a los migrantes laborales la conservación de los derechos adquiridos y la continuidad entre las afiliaciones a los sistemas de seguridad social de los Países Miembros; y d) Reconocer el derecho a percibir las prestaciones sanitarias y económicas que correspondan, durante la residencia o estada del migrante laboral y sus beneficiarios en el territorio de otro País Miembro, de conformidad con la legislación del país receptor (Comunidad Andina, 2004).

- e. Estadísticas de migraciones irregulares: Trata de personas y tráfico ilícito de migrantes.
- f. Estadísticas de remesas: Magnitud, mecanismos de transferencias, destino, mercado, participación de los bancos (bancarización), usos en el consumo e inversión local, perfil económico y demográfico de los receptores de remesas, etc.

Los países andinos, especialmente en el siglo pasado, pasaron a convertirse de países receptores a países emisores. Sin embargo, Norza llama la atención sobre la debilidad en los datos e información que oriente y sustente adecuadamente el desarrollo de políticas y estrategias en el campo de la migración de las poblaciones, basándose por el contrario en planteamientos, presunciones e hipótesis, y no necesariamente en estudios específicos de la situación real (Norza, 2009). Lo que existe en la base, es en realidad una ausencia o debilidad importante de sistemas de información que brinden información actualizada, oportuna y confiable, y que se articule con el desarrollo de investigaciones que profundicen en aspectos específicos cuantitativos y cualitativos de un proceso tan complejo como la migración.

Por ejemplo, Ecuador es un país en que el tema ha tenido importante visibilidad y atención, así como el análisis una mayor profundidad, especialmente en lo que corresponde a la emigración. Son dos etapas las descritas por Acosta; una primera antes de 1998 desde algunas zonas de la Sierra como Azuay y Cañar, proceso que toma mayor importancia a partir de la década de los 80s y estuvo orientado fundamentalmente a Estados Unidos de N.A., y una segunda etapa a partir de 1998 orientado hacia Europa, especialmente España e Italia y que llegó a alcanzar magnitudes significativas (Acosta, 2006). A esto habría que sumar lo que acontece en estos últimos años, con un importante retorno de profesionales, en gran parte promovido por políticas de Estado.

Por otra parte, existen diversos temas que requieren interés particular, como el de la vinculación entre migración interna y migración externa (Acosta, 2006); es decir, la migración interna desde áreas rurales hacia áreas urbanas, desde quintiles de mayor pobreza a menor pobreza, desde zonas periféricas hacia grandes ciudades, etc.; y la articulación de estos movimientos con la migración internacional. Lo primero explicado en gran medida por las condiciones en los lugares de origen y la creciente industrialización en las urbes, con la construcción de imaginarios colectivos sobre mejores condiciones de vida en las ciudades. Así, en muchos casos con las mismas motivaciones, encontramos en muchos casos articuladas migraciones internas y

externas, vinculadas a la incapacidad de absorber por las grandes ciudades estos crecientes contingentes, generando cinturones de pobreza, desempleo y catalizando la búsqueda de nuevas y mejores oportunidades más allá de las fronteras nacionales.

Otro aspecto que requiere ser analizado es el del envejecimiento que se ha postulado marcará el futuro de las migraciones a nivel global, ya que la población activa se convertirá en un recurso escaso y habrá una intensa competencia entre los Estados por reclutar a los más jóvenes y a los migrantes. Esto ha de incluir, como veremos más adelante, a aquellos profesionales necesarios para atender a esta población adulta mayor (CEPAL, 2010), debiendo considerarse además el papel que esta migración desempeña y ha de desempeñar en el proceso económico – productivo en los países.

4. MIGRACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD – PERSPECTIVA INTERNACIONAL

En marzo del año 2008 se realizó el Primer Foro Global en Recursos Humanos para la Salud, en Kampala – Uganda, aprobando en su declaración final 12 llamados a la acción. En particular dos de ellos tuvieron directa relación con la migración internacional de trabajadores de la salud:

“... ”

7. *Si bien se reconoce que la migración de trabajadores de la salud es una realidad y tiene impactos tanto positivos como negativos, los países han de establecer mecanismos apropiados con la finalidad de moldear el mercado de recursos humanos de salud en favor de la retención. La Organización Mundial de la Salud acelerará las negociaciones para un código de prácticas sobre la contratación internacional de personal de salud.*
8. *Todos los países trabajarán en conjunto para hacer frente a la escasez mundial de personal sanitario actual y prevista. Los países más ricos darán alta prioridad y financiación adecuada para formar y contratar a personal de salud suficiente dentro de su propio país ...”*

Los acuerdos de esta reunión marcarían en gran medida el curso de acción de la agenda internacional en los últimos años.

La migración de profesionales ha ido cualitativamente casi siempre de la mano con la migración de las poblaciones. Lo que distingue a la situación actual es la magnitud que está va adquiriendo, diezmando en muchos casos la disponibilidad existente de profesionales en cada país¹⁷, y la consiguiente creciente preocupación por ello de los gobiernos y la comunidad internacional. Esto ha generado que el tema se venga discutiendo en estos años en los más importantes foros, llevando a adoptar, aun parcialmente, medidas para contenerla.

Un punto que tienen particular relevancia cuando se analiza la migración de profesionales de la salud, es que ella es muy fuertemente regulada por Gobiernos y Estados (Núñez, 2006). En este marco regulatorio se inscriben requisitos, condiciones y exigencias para los procesos de reconocimiento de la formación y para la autorización del ejercicio de la labor profesional.

Un segundo punto es el aquilatar que dado el alto nivel de especialización y sub-especialización en el campo de la medicina (pero también en enfermería, odontología, etc.) existe un alto nivel de fragilidad de la fuerza laboral disponible en áreas críticas. De esta manera, la migración de relativamente pocos profesionales, pero concentrados en determinadas especialidades (p.e. cirujanos pediatras, enfermeras especializadas en oncología o radiólogos intervencionistas) pueden comprometer la capacidad resolutive de unidades prestacionales críticas para el sistema de salud y que han irrogado un alto nivel de inversión al país. Esta es la experiencia que ha tenido Perú en años anteriores y aun cuando no se han reportado datos referidos específicamente a la migración internacional y su impacto en determinados servicios y especialidades, los datos presentados en la Tabla 3 muestran el proceso de migración interna que ocurrió al interior del sistema de salud de Perú en el año 2008, entre los establecimientos del Ministerio de Salud y los de la seguridad social, producto de un desbalance remunerativo en ese periodo.

¹⁷Situación que ha sido descrita ampliamente por ejemplo en los países africanos, ver (Jack, 2010; Lemiere, 2011) .

Tabla 3. Migración interna de profesionales de la salud provenientes de algunos establecimientos del Ministerio de Salud, fundamentalmente a establecimientos de la Seguridad social, en un periodo de 8 meses en el año 2008.

Hospitales /Institutos	Médicos	Enfermeras	Total 8 meses	Total 12 meses
INEN	14	63	77	116
Hops. Hipólito Unáne	22	40	62	93
Hops. Chancay	33	7	40	60
Hops. Huacho	27	8	35	53
Hops. San Bartolomé	13	16	29	44
Hops. Sergio Bernalés	23	6	29	44
Inst. Materno Pernatal	12	16	28	42
Hops. Apoyo Sullana	12	15	27	41
Hops. Dos de Mayo	0	24	24	36
Hops. Arzobispo Loayza	6	16	22	33
Hops. Honorlo Delgado	19	2	21	32
Hops. Daniel Alcides Carrión	5	15	20	30
Otros	200	74	274	411
TOTAL	386	302	688	1.032

Fuente: Ministerio de Salud de Perú, datos citados en Organización Panamericana de la Salud, 2009)

Dumont y Meyer describen en el año 2004 un circuito con múltiples flujos migratorios existentes, mostrando el carácter global de la migración de profesionales, por ejemplo con la migración de médicos hacia las áreas rurales de Sudáfrica, que se enlaza con el desplazamiento de los médicos rurales a las ciudades sudafricanas, migración interna que se articula a la migración internacional a Canadá y Reino Unido, entre otros países, lo que a su vez se enlaza con la migración desde estos países hacia Estados Unidos.

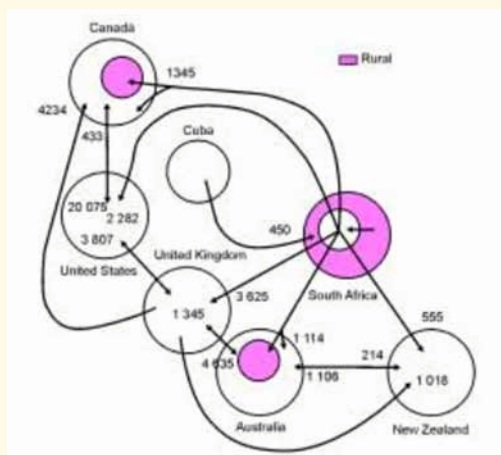


Figura 3. Principales ejes de la movilidad internacional de profesionales de la salud entre los países de la Commonwealth, los Estados Unidos y Cuba. Fuente: Dumont and Meyer, 2004.

Atendiendo la necesidad de marcar pautas, preservando por un lado la necesidad de garantizar el derecho a la salud para la población y por otro lado el derecho humano a la libre movilidad, se han desarrollado diversos esfuerzos para marcar referentes éticos en el proceso migratorio. Edge y Hoffman recopilan una serie de códigos internacionales que procuran regular este proceso (Edge and Hoffman, 2013) que preceden el Código Internacional aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud:

- A Code of Practice for the International Recruitment of Health Care Professionals: The Melbourne Manifesto – 2002; (WONCA, 2002).
- The Commonwealth Code of Practice for International Recruitment of Health Workers (2003); (Commonwealth Health Ministers, 2003).
- UK Department of Health’s Code of Practice for the International Recruitment of Healthcare Professionals (2004); (UK Department of Health, 2004).
- World Federation of Public Health Associations’ Code of Ethics Pertaining to Health Worker Recruitment from Developing Countries (2005); (WFPHA, 2005).
- Pacific Code of Practice for Recruitment of Health Workers (2007); (Ministers of Health for Pacific Island Countries, 2007).

Otras instituciones también han aportado en este esfuerzo:

- a. International recruitment of nurses and midwives, Australian Nursing Federation. Aprobado 1998, revisado y re-aprobado en 2011 (ANF, 2011).
- b. The Nursing and Midwifery Resource - Guidance for Best Practice on the Recruitment of Overseas Nurses and Midwives. Irish Minister for Health and Children, Nursing Policy Division - Department of Health and Children. (Irish Minister for Health and Children, 2001).
- c. Ethical nurse recruitment: Position Statement, International Council of Nurses. adoptado en 2001, examinado y revisado en 2007 (ICN, 2007).
- d. WMA statement on ethical guidelines for the international recruitment of physicians. World Medical Association (WMA, 2003).

Es en este proceso que se inscribe la aprobación del Código de Prácticas de la OMS sobre la Contratación Internacional de Personal de Salud, aprobado por la 63ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2010 con el respaldo de 193 países (OMS, 2010). Los fundamentos del código son:

1. Preservar el derecho al más alto nivel posible de salud de las personas.
2. El acceso equitativo a personal de la salud.
3. El honrar el derecho a circular libremente y dejar el país.
4. Adoptar un abordaje integral apuntando a las causas de la migración y explicando la necesidad de sistemas de salud sustentables.
5. Distinguir medidas especiales para países vulnerables y en crisis.

Sin embargo es importante anotar que han surgido preocupaciones sobre el nivel de cumplimiento de los compromisos adquiridos en este tema (Blacklock et al., 2012); así, en la 66ª Asamblea Mundial de la Salud realizada en abril del 2013, se recibió el Informe sobre adelantos en las respuestas a la escasez y la migración y preparación ante las nuevas necesidades de personal de salud. El citado Informe daba cuenta de que a setiembre del 2012, 11 países habían designado una autoridad nacional en el tema, pero solo 4 habían proporcionado el informe solicitado. Asimismo se señalaba la falencia de datos coordinados y completos, los cuales se encontraban, cuando existían, en múltiples organismos y entidades de un mismo país y de diferentes países (OMS, 2013).

Recientemente, una evaluación empírica del impacto del Código, recogiendo la opinión de informantes clave en Australia, Canadá, Estados Unidos y Reino Unido, 4 de los países con mayor reclutamiento de profesionales de la salud, reveló un muy bajo impacto: 60% de los encuestados creían que sus colegas no estaban al tanto del Código, 93% informaron que no se habían observado cambios específicos en su trabajo como consecuencia del Código. 86% informó que el Código no ha tenido ningún impacto significativo en las políticas, prácticas o normas en sus países (Edge and Hoffman, 2013). Sin embargo, aunque el Código no es jurídicamente vinculante y carece de un mecanismo de aplicación, todavía puede incidir en la toma de decisiones a través de la presión política y el establecimiento de normas que sean socialmente deseables (Edge and Hoffman, 2013).

Más recientemente, el Tercer Foro Global de Recursos Humanos (WHO - GHWA, 2013) aborda el tema de la migración internacional de trabajadores de salud, en su Declaración Final:

“... ”

8. *The HRH agenda transcends national borders: geographical misdistribution and international migration affect low-, middle- and high-income countries, in some cases hindering the provision of even essential health services and the attainment of universal health coverage. Given the central role of health services in the relationships between citizens and governments, addressing these problems effectively will reinforce the cohesion of societies and accelerate social and economic development.*
9. *In particular, international migration of health personnel has reached unprecedented levels in the past few decades. Addressing this issue in accordance with the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel in an effective and ethical manner is truly a shared global priority...*

CALL TO ACTION...

At country level

... (ii) Use the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel as a guide to strengthen investment in the health of our peoples through stronger health systems and human resources.” ...

At the international level

18 We commit to addressing transnational issues and work towards strengthening health systems, including global HRH governance and mechanisms, by: (i) disseminating good practices and evidence; (ii) strengthening data collection from all countries; (iii) promoting multi-disciplinary, multi-country research and knowledge exchange; (iv) providing or mobilizing technical assistance where needed; (v) strengthening accountability to identify existing gaps, such as where more public sector interventions and financing are needed; and (vi) promoting and supporting implementation of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel as well as the commitments to HRH and universal health coverage made by countries and their partners..."

En las Américas, la VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, efectuada en Toronto – Canadá en Octubre del 2005, aprueba la iniciativa "Llamada a la Acción de Toronto: Hacia una Década de Recursos Humanos en salud para las Américas" (OPS, 2005), que en gran medida marcaría la agenda de desarrollo en el campo de los recursos humanos en la región y que se expresa en el tercer desafío, de los 5 formulados, en:

"3. Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud, de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población."

Concordante con esto las Metas Regionales fueron aprobadas en octubre del 2007 por la 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana, estableciendo 3 metas para este Tercer Desafío:

- Meta 10: Todos los países de la Región habrán adoptado un Código Internacional de Práctica o desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud.
- Meta 11: Todos los países de la Región tendrán una política de auto-suficiencia para satisfacer sus propias necesidades de recursos humanos de salud.
- Meta 12: Todas las subregiones habrán formulado acuerdo mutuo e implantado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales capacitados en el extranjero.

Entre los años 2008 y 2010 se realizó la primera medición del nivel de avance en estas metas regionales, En el año 2013 se ha realizado la segunda medición intermedia. Los resultados específicos para la región andina de ambas mediciones son presentados en las páginas 46, 47 y 48.

Un caso relevante para la región andina: migración en España

Los procesos migratorios que enfrenta España son especialmente relevantes por ser país de destino para gran parte de los profesionales de los países andinos que deciden emigrar. Los médicos especialistas españoles están emigrando a países vecinos, si bien la magnitud de estos flujos no se conoce con precisión, estimándose al mismo tiempo que es escasa en el caso de enfermería. En el año 2000, España y Reino Unido firmaron un convenio para facilitar la contratación de médicos españoles en instituciones británicas, pero dicho acuerdo no ha tenido continuidad (Riitta and Kolehmainen, 2010).

Un estudio algo reciente apunta a que la movilidad transfronteriza de profesionales de la salud entre España y Portugal habría disminuido en estos años. Así, se habría establecido una migración preponderante de médicos de España a Portugal (principalmente por especialización, oportunidades laborales, mejores salarios, y condiciones mejores de vida percibida) y contrariamente de enfermeras portuguesas a España, en búsqueda de trabajo. La movilidad de las enfermeras españolas se dio hasta el año 2008, cuando las reformas desarrolladas en España mejoraron las condiciones de trabajo. Desde entonces, el flujo se ha invertido y ha aumentado el número de enfermeros portugueses que van a España (Leone et al., 2013)¹⁸.

En estos países, los principales mecanismos de regulación del número de médicos en el sistema de salud han sido el *numerus clausus* y el examen para acceder a la formación médica especializada. En Portugal, el *numerus clausus* para acceder a los estudios de pregrado ha fluctuado de 805 (1979), 272 (1984), 1.400 (2007) y 1517 (2012), en gran medida como parte del evidente déficit que afronta el sistema de salud (Leone et al., 2013). En 1979 se estableció en España el *numerus clausus* en las vacantes ofertadas en medicina, número que ha recientemente sido incrementado ante la evidencia de un déficit de profesionales en el sistema de salud español.

¹⁸Sin embargo es importante anotar que en este estudio las entrevistas se llevaron a cabo a finales de 2010 y principios de 2011. Los acontecimientos más recientes muestran que España y Portugal han tenido que afrontar las consecuencias de la crisis económica, lo que ha llevado a la aplicación de severas medidas de austeridad que han afectado en gran medida al sector salud.

Red Iberoamericana de Migración de Profesionales de la Salud

De acuerdo a lo resuelto por la VIII Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud en 2006, el Ministerio de Salud Pública de Uruguay conformó el “Grupo de Trabajo de Migraciones”, con el objetivo de impulsar y conducir la Red Iberoamericana de Migración de Profesionales de la Salud - RIMPS - junto con los demás ministerios de salud de los países Iberoamericanos.

Los días 17 y 18 de noviembre de 2011 se llevó a cabo el IV Encuentro Iberoamericano de Migración de Profesionales de la Salud en Montevideo – Uruguay, como parte del trabajo encomendado en el 2006 (RIMPS, 2011). Esta reunión planteó la necesidad de “promover el diálogo político y las estrategias necesarias para avanzar en la constitución de registros de profesionales que permitan hacer el seguimiento del fenómeno de las migraciones y una mejor gestión de los RRHH en salud. Para ello se debe contar con los Sistemas de Información que ya existen en los países, teniendo en cuenta las especificidades de cada uno de ellos, asumiendo que generalmente estos registros se encuentran bajo el control de sectores profesionales o de la educación y son incompletos o no son comprehensivos. Aunque algunos ya son compartidos con los poderes públicos, desde este foro se insta a los Ministerios de Salud a que se avance en la construcción de Registros Profesionales con criterios comunes estandarizados que permitan el mejor conocimiento, planificación y gestión de la fuerza de trabajo de salud así como sus movimientos internos e internacionales.”

El Encuentro aprobó la propuesta de marco general de la Red Iberoamericana Ministerial de Migraciones Profesionales de Salud (RIMPS) como instrumento para continuar profundizando en la caracterización del fenómeno de las migraciones de profesionales de la salud, así como en la búsqueda de soluciones viables a las problemáticas relacionadas con el mismo. Desde entonces la RIMPS ha continuado contando con el apoyo de OPS, constituyéndose en un instrumento para el desarrollo del código al crear y consolidar un espacio de diálogo político y técnico en la línea de lo planteado por el código de reforzar el diálogo internacional, en este caso en un espacio geográfico tan amplio como el Iberoamericano. Esta red es liderada por la Secretaría Técnica del Ministerio de Salud Pública del Uruguay y respaldada por la Comisión Europea.

Convergente con esta iniciativa se desarrolla el Proyecto “Migraciones profesionales entre América Latina y Europa. Creación de oportunidades para el desarrollo compartido” desarrollado por el consorcio formado por la Escuela Andaluza de Salud Pública, la Organización Panamericana de la Salud – OPS/OMS y el Ministerio de Salud Pública de Uruguay (entidad responsable del Grupo de Migraciones del Espacio Iberoamericano), en el marco del programa temático de cooperación con países

terceros en los ámbitos de migración y asilo. La acción se inició el 1 de enero de 2009 y finalizó en su primera etapa el 31 de diciembre de 2011. Su objetivo general ha sido contribuir al esfuerzo de caracterizar y fomentar una gestión eficaz de los flujos migratorios de profesionales del área médica y de enfermería en el espacio Iberoamericano y de la Unión Europea. Para ello, se trabajó en los siguientes aspectos (Martínez et al., 2011):

1. Caracterización de la situación (revisión de la literatura y otras fuentes de información relacionadas con el estado de la cuestión).
2. Diseño de estudios multicéntricos sobre los flujos migratorios interamericanos y hacia la UE.
3. Análisis y revisión de los sistemas de información en desarrollo que permitan el seguimiento permanente del estado de la situación.
4. Mejora de los procesos de planificación de la fuerza de trabajo en salud (elaboración de un manual de planificación de recursos humanos y diseño de un proceso de capacitación adaptado a entornos virtuales de aprendizaje).
5. Aspectos relacionados con la gestión y regulación (buenas prácticas en la gestión de flujos migratorios de profesionales de la salud).
6. Prioridades y estrategias en cooperación internacional para la gestión de la migración de manera que se produzcan impactos positivos bidireccionales.
7. Estrategia de replicación y generalización de la experiencia en base a las lecciones aprendidas.

El Proyecto auspició el 1º, 2º, 3º y 4º Encuentro Iberoamericano de Migración, este último realizado en el año 2011 (MPDC Uruguay, 2013). Los principales resultados de esta primera fase (2009 – 2011) fueron:

- Caracterización del estado de la situación en relación a los flujos migratorios de profesionales de la salud (medicina y enfermería) en Iberoamérica y la Unión Europea (informe consolidado e informes finales de Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, España, Honduras, Italia, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela).
- Diseño de una propuesta alternativa para la orientación del movimiento del personal de salud (buenas prácticas en la gestión de la migración de profesionales de salud; guía metodológica para la planificación de recursos humanos; actividad de formación orientada a la adecuada planificación de

RHS; documento de consenso sobre prioridades y estrategias presentado a las agencias de cooperación de los países del espacio iberoamericano más directamente relacionados con el área de estudio detectados en el análisis de situación).

- Estudios sobre análisis del discurso social sobre la migración del personal de salud; papel de las agencias de cooperación para el desarrollo ante las migraciones de profesionales de la salud (consulta Delphi); análisis de políticas europeas; análisis de opinión en medios de comunicación. España 2009-2010; revisión bibliográfica sobre el fenómeno de las migraciones de los profesionales de la salud; planificación de la fuerza laboral de médicos y enfermeras en una selección de países europeos: Francia, Alemania, España, Suecia y Reino Unido.
- Elaboración de un manual de planificación de RHS.
- Propuesta de marco general de la Red Iberoamericana Ministerial de Migraciones Profesionales de Salud (RIMPS).
- Evaluación y sistematización de la experiencia (lecciones aprendidas).

Se relata en la página 95 el reciente desarrollo de la segunda fase de este proyecto.

5. MIGRACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD - REGIÓN ANDINA

Los procesos migratorios del personal de salud han sido estimulados por diversas causas, incluyendo aquellas de manera general derivadas de los fenómenos descritos en páginas previas vinculadas a la globalización de las economías con sus consiguientes influencias en el sector salud. En la sub-región andina se observa una tendencia al incremento de estos procesos migratorios, entre los países miembros y hacia otras latitudes, cuya magnitud e implicaciones, han venido siendo investigadas con mayor alcance y profundidad en estos últimos años (Padilla, 2009).

5.1. Contexto, percepción y resultados de la segunda medición

En Marzo del 2009 se realizó la Reunión Andina de Migración de Profesionales de la Salud, con la participación de representantes de Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela y las organizaciones convocantes (Organismo Andino de Salud y Organización Panamericana de la Salud). El encuentro permitió definir prioridades, ejes de acción y plan de trabajo para abordar el tema: Migración de Personal de Salud en el Área Andina, y establecer los insumos para la formulación de un Proyecto

Subregional Andino de gestión de la migración del personal de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

En noviembre del 2012, las Ministras y Ministros de Salud de los países andinos agrupados en el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, aprobaron el nuevo Plan Estratégico 2013 – 2017 del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (REMSAA, 2012a). El Objetivo 4 de este Plan señala el “Establecer políticas para el desarrollo y gestión integral de Recursos Humanos en Salud”. Asimismo, en esta misma Reunión se aprobó la Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos en Salud (REMSAA, 2012b), la que en su 3ª línea estratégica apunta al “Fortalecimiento de la capacidad de planificación para disminuir la brecha de recursos humanos, incluyendo la gestión de la migración” y señala como Política el:

"c.4. Desarrollar, colaborativamente entre los países de la Subregión Andina, sistemas de monitoreo, reclutamiento y retención para afrontar la migración del personal de salud, conformes con los principios del Código Ético Internacional de Contrataciones de Personal de Salud."

El Plan de la Política Andina de Recursos Humanos señala dos actividades concretas:

"c.4.1. Elaboración, validación e implementación de sistema de monitoreo de la migración".

"c.4.2. Diseño de un plan para afrontar la migración en el marco del Código Ético Internacional de Contrataciones de Personal de Salud".

Así, en este escenario, el tema de la migración de profesionales de la salud se visibiliza como importante, particularmente por el impacto que este fenómeno tiene en los sistemas nacionales de salud. El tema es complejo porque por una lado requiere un abordaje nacional e internacional, interviniendo múltiples factores que requieren ser contextualizados nacionalmente; pero a la vez exige un abordaje con equilibrio ético, claridad política y objetividad técnica, que sea capaz de conjugar por un lado el legítimo derecho que tiene un profesional de procurar otros espacios de desarrollo personal y profesional y por el otro lado el deber de los Estados nacionales de garantizar el derecho a la salud para todos sus ciudadanos.

La VIII Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de la Salud celebrada en Colonia del Sacramento (Uruguay), en octubre de 2006 (OMS/OPS, 2006), abordó el tema de la migración de los trabajadores de la salud. En esta importante reunión se reconoce su carácter complejo, los efectos adversos sobre la calidad de los servicios de salud en los países de origen, y se enfatiza en la necesidad de mejorar la información

sistemática sobre migración de personal de salud en Iberoamérica con el fin de permitir un análisis en profundidad y la definición de propuestas e intervenciones. Sin menoscabo de lo anterior, se reconoce que este fenómeno incide especialmente en los profesionales más jóvenes y cualificados y llama la atención a la falta de adecuación de los programas de formación de los profesionales a la problemática de salud de sus países como causa coadyuvante. Asimismo reconoce que la migración es parte del derecho al libre movimiento de las personas, a pesar de lo cual llama la atención de los problemas que esta genera.

En la Declaración que emerge de esta Conferencia se estableció el compromiso de constituir un Grupo de Trabajo para analizar el fenómeno migratorio interactuando con los agentes involucrados (gobiernos, escuelas de formación, empleadores públicos y privados y asociaciones de profesionales de la salud), considerando los aportes de la Organización Internacional de Migración (OIM), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), contando con el respaldo de la Secretaria General Iberoamericana y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a través de la Red Regional de Observatorios de Recursos Humanos para la Salud. Asimismo se declara la voluntad de promover acuerdos y negociaciones y el rechazo al uso de políticas migratorias selectivas de recursos humanos que puedan causar impacto negativo sobre la salud y la vida de los ciudadanos, buscando mecanismos internacionales de diálogo y concertación entre los países para regular los flujos migratorios y mitigar el impacto negativo en los sistemas de salud (OMS/OPS, 2006).

En esta línea, la Reunión Andina de Migración de Profesionales de la Salud (Organización Panamericana de la Salud, 2009), señaló en particular con respecto a la información, la necesidad de desarrollar mecanismos sistemáticos para acceder a información actualizada y precisa, sobre el problema de la migración, sus detonantes, su evolución e impacto, lo cual ha de incluir:

- Registros nacionales de personal profesional en salud, que den cuenta actualizada del número, ubicación geográfica, profesión, formación y habilitación entre otras variables clave para estimar la composición de la fuerza de trabajo en salud.
- Información sobre la capacidad de formación de profesionales en salud que incluya número de instituciones, número de egresados, distribución geográfica año de apertura de la institución, carácter público, privado, entre otras variables clave para estimar la potencialidad de formación de RHUS en el país.

Posteriormente las Ministras y Ministros de Salud de los países andinos reunidos en Santiago de Chile, el 1º de abril del 2011, acuerdan “instruir al Grupo Técnico en

Recursos Humanos para que, con el ORAS CONHU proponga mecanismos para facilitar la implementación del Código de Prácticas Mundial de la OMS sobre Contratación internacional de Personal de Salud, Resolución WHA 63.16 de la Asamblea Mundial de la Salud de 21 de mayo (Código Mundial), en cada uno de los países de la Subregión Andina en cooperación con la OPS/OMS e instituciones que participen en el tema”.

Días después, la Dra. Caroline Chang - Secretaria Ejecutiva del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unánue, señalaría en la Ceremonia por el Día Mundial de la Salud:

“trabajar en una política andina sobre la migración de los recursos humanos calificados en salud, basados en el conocimiento de cuánto cuesta a los Estados formar a los profesionales de salud, para de una u otra manera subsidiar los sistemas de salud de Europa o de otros países; es importante ahora que esos temas sean enfrentados con lo difícil que representan las limitaciones y debilidades de los sistemas de salud que han hecho que muchos profesionales de salud migren y que se necesita darles las condiciones necesarias para que en sus países aporten y sigan fortaleciendo los sistemas de salud.”

(Chang, 2010).

Es en este contexto que se desarrolla en el año 2013 la segunda medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos, en un esfuerzo coordinado regionalmente por la Organización Panamericana de la Salud, y en el área andina por OPS y el Organismo Andino de Salud. El involucramiento de los países andinos fue significativo, expresando el liderazgo de los Ministerios de Salud y las Direcciones de Recursos Humanos en particular. En relación a los resultados específicos para la región andina, vinculados al Tercer Desafío¹⁹, estos son evaluados a través de 3 metas. La primera (Meta 10, Tabla 4) a través de la existencia o adhesión a un Código Internacional, lo que puede explicar el prácticamente nulo cumplimiento por parte de los países en la medición inicial, en la medida en que el Código Internacional fue aprobado en el año 2010 por la Asamblea Mundial de la Salud. En el año 2013, la situación avanza en la región andina en forma moderada (de 0% a 44%, ver Tabla 4). La Meta 11 vinculada a políticas de autosuficiencia muestra también un avance moderado (de 20% a 66%, ver Tabla 5). Estos dos resultados si bien expresan, la aun baja visibilidad del tema de migración de personal de salud muestra una importancia creciente asignada al tema, lo que

¹⁹Enunciado del Tercer Desafío: “Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población.”

puede expresar tanto el posicionamiento de la agenda de recursos humanos en un contexto de creciente preocupación por el impacto que este fenómeno puede tener en la disponibilidad de la fuerza laboral necesaria para sostener los procesos de reforma, como la visibilidad que tiene el tema a partir de los datos e investigaciones realizadas en estos años. Donde el cumplimiento es prácticamente pleno es en la meta 12, tanto en la medición basal (80%) como en la intermedia (100%), con los acuerdos subregionales existentes para el reconocimiento de profesionales capacitados en el extranjero (ver Tabla 6), punto que se discute con mayor amplitud a partir del trabajo de Jorge Castellanos (ver página 51). En conclusión, el avance es moderado, pero de acuerdo a los datos recogidos persiste en gran medida el tema de la migración como un desafío por acometer.

Tabla 4. Grado de Avance de los países andinos en Tercer Desafío²⁰ - Meta 10²¹ para el desarrollo de los Recursos Humanos en Salud en la región. Medición Basal e intermedia (2013).

	Basal(%)	Intermedia (%)
Bolivia	0,00	0,00
Chile	0,00	40,00
Colombia	0,00	25,00
Ecuador	0,00	100,00
Perú	0,00	55,00
Promedio	0,00	44,00

Nota: Venezuela no participó en ambas mediciones.

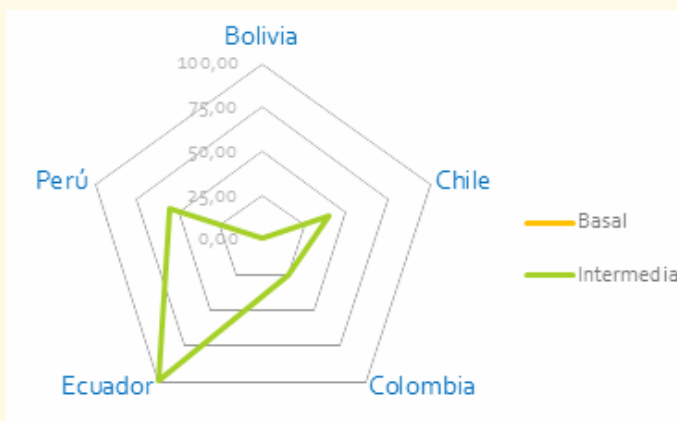


Figura 4. Representación radial del Grado de Avance reportado por los países andinos en el Tercer Desafío - Meta 10 para el desarrollo de los Recursos Humanos en Salud en la región. Medición Basal e intermedia (2013). Nota: La línea naranja no queda representada por corresponder a un valor de "0", ver notas a pie de página.

²⁰Enunciado del Tercer Desafío: "Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población."^o

²¹Enunciado de la Meta 10: "Todos los países de la Región habrán adoptado un Código Internacional de Práctica o desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud".

Tabla 5. Grado de Avance de los países andinos en el Tercer Desafío²² - Meta 11²³ para el desarrollo de los Recursos Humanos en Salud en la región. Medición Basal e intermedia (2013).

	Basal(%)	Intermedia (%)
Bolivia	0,00	50,00
Chile	0,00	80,00
Colombia	100,00	33,00
Ecuador	0,00	100,00
Perú	0,00	66,00
Promedio	20,00	65,94

Nota: Venezuela no participó en ambas mediciones.

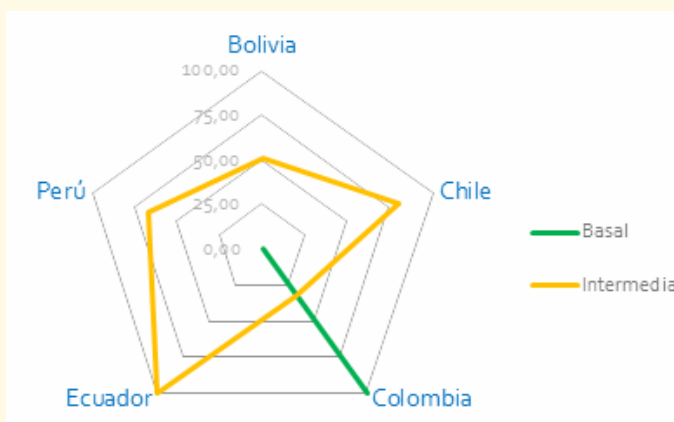


Figura 5. Representación radial del Grado de Avance reportado por los países andinos en el Tercer Desafío - Meta 11 para el desarrollo de los Recursos Humanos en Salud en la región. Medición Basal e intermedia (2013). Nota: La línea naranja en el caso de Colombia no queda representada por corresponder a un valor inferior en la segunda medición; ver notas a pie de página.

²²Enunciado del Tercer Desafío: "Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población."

²³Enunciado de la Meta 11: "Todos los países de la Región tendrán una política de auto-suficiencia para satisfacer sus propias necesidades de recursos humanos de salud."

Tabla 6. Grado de Avance de los países andinos en el Tercer Desafío²⁴ - Meta 12²⁵ para el desarrollo de los Recursos Humanos en Salud en la región. Medición Basal e intermedia (2013).

	Basal(%)	Intermedia (%)
Bolivia	100,00	100,00
Chile	100,00	100,00
Colombia	100,00	100,00
Ecuador	100,00	100,00
Perú	0,00	100,00
Promedio	80,00	100,00

Nota: Venezuela no participó en ambas mediciones.

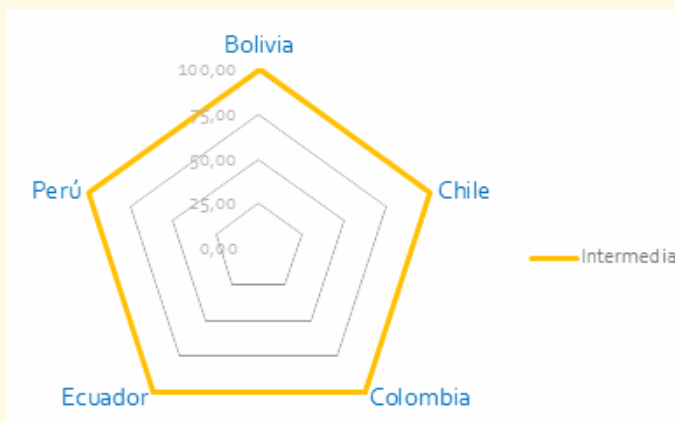


Figura 6. Representación radial del Grado de Avance reportado por los países andinos en el Tercer Desafío - Meta 12 para el desarrollo de los Recursos Humanos en Salud en la región. Medición intermedia (2013). Nota: La Medición basal correspondió a 100%, con excepción de Perú: ver notas a pie de página.

²⁴Enunciado del Tercer Desafío: "Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población."

²⁵Enunciado de la Meta 12: "Todas las subregiones habrán formulado acuerdo mutuo e implantado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales capacitados en el extranjero."

Es importante mencionar que en esta segunda medición igualmente se mide la 5ª meta “Todos los países de la Región habrán establecido una unidad o dirección de recursos humanos para la salud responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores.” Encontrándose un avance significativo en la segunda medición en el año 2013, mejor de lo observado en el año 2008 (Arroyo, 2008) y mostrando mejores condiciones para la formulación e implementación de políticas y estrategias que aborden la migración de profesionales de la salud.

Percepción de actores

Un estudio desarrollado en el año 2006 mostró que el grado de visibilidad de la migración de los profesionales de la salud es menor cuando se le comparara a la migración en general específicamente, con una mayor visibilidad en Perú y Ecuador, y en menor grado en Chile, concordante con las bajas tasas de emigración reportadas en este país. Colombia, Bolivia y Venezuela ocuparon un nivel intermedio (Núñez, 2006).

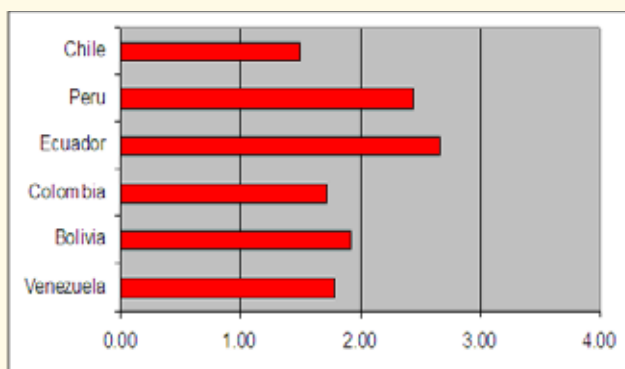


Figura 7. Percepción sobre el grado de importancia de la migración de profesionales de la salud en los países andino. Leyenda: 0: nada importante; 1: poco importante; 2: algo importante; 3: importante; y 4: muy importante. Fuente: Núñez, 2006.

Posteriormente, un estudio desarrollado también en la región andina mostró similar percepción de la magnitud del problema, siendo importante (aunque de signo inverso en Chile), de mayor magnitud para los médicos que para enfermeras y con tendencia a incrementarse. Los destinos migratorios mencionados con más frecuencia fueron: Estados Unidos de N.A., España y Chile, para los médicos, y EUA, España, Italia y Canadá para las enfermeras (Velazco, 2008).

Al interrogarse a los líderes de opinión sobre su apreciación sobre la migración como un derecho que no debe ser limitado, modulado o impedido, independientemente de las consecuencias para los sistemas de salud en nuestros países, hubo una tendencia a estar en desacuerdo con esta apreciación, como se muestra en la siguiente figura:

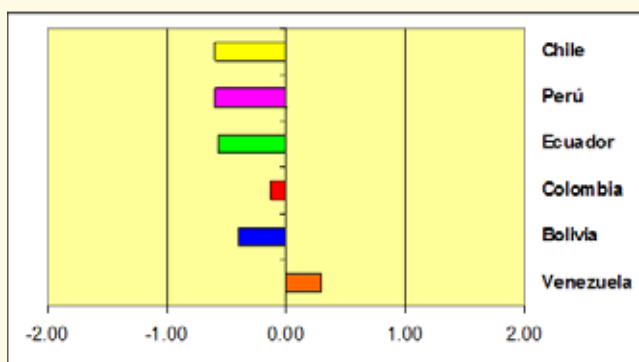


Figura 8. Apreciación sobre la pertinencia de la migración como un derecho sin limitación²⁶. Leyenda: -2: muy en desacuerdo; -1: en desacuerdo; 0: indiferente; 1: de acuerdo; 2: muy de acuerdo. Fuente: (Núñez, 2006).

5.2. Acuerdos internacionales y marco regulatorio

5.2.1. Reconocimiento y revalida de títulos profesionales

Recientemente Jorge Castellanos ha aportado de manera importante en la sistematización de las etapas por las que ha transcurrido el proceso de reconocimiento de títulos de los profesionales de la salud (OPS, 2013). Él distingue 3 etapas:

- a. Una primera hasta mediados del siglo pasado, que se desarrolló con base en convenios de "buena vecindad" dando pie al reconocimiento mutuo de títulos de educación superior.

²⁶La interrogante planteada fue: "La migración de los profesionales de la salud, en particular de los médicos, es un derecho que no debe ser limitado, modulado o impedido, independientemente de las consecuencias para los sistemas de salud en nuestros país"

- b. Posteriormente a partir de la formación de espacios de cooperación e integración se entraría en una segunda etapa, en la que se abarca de manera más amplia los ámbitos de la salud y la educación. Corresponde a esta etapa el Convenio Andrés Bello, pero también tratados que se han establecido con otras subregiones.
- c. Desde el año 2000, Castellanos describe una nueva etapa signada por la articulación de instituciones educativas de diferentes países de la subregión y fuera de ella. Esta nueva etapa abre a su vez nuevas condiciones para abordar los temas de certificación y acreditación internacional, sustento para los procesos de homologación de títulos en la subregión.

Particular relevancia tiene el Convenio Andrés Bello, nominado en extenso: Organización del Convenio Andrés Bello de integración Educativa, Científica, Tecnológica y Cultural, creada en virtud del Tratado suscrito en Bogotá, el 31 de enero de 1970, sustituido en Madrid en 1990. En la actualidad forman parte de este Convenio los siguientes países: Bolivia, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, España, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela, estando Argentina en proceso de adhesión. El convenio suscrito en 1990, reemplaza al anterior (1970) y señala de manera explícita en su 5º artículo:

“Los Estados miembros reconocerán los diplomas, grados o títulos que acrediten estudios académicos y profesionales expedidos por instituciones de educación superior de cada uno de ellos, a los solos efectos del ingreso a estudios de postgrado (especialización, magister y doctorado). Estos últimos no implican derecho al ejercicio profesional en el país donde se realicen.”

Convenio Andrés Bello, 1990.

Castellanos analiza los convenios y tratados, bilaterales y multilaterales, con superposición de normas específicas en cada país, adicional a los acuerdos adoptados. Encuentra así que los procesos de reconocimiento de títulos entre los países andinos son fundamentalmente similares, enfatizando en la identificación con programas que se imparten en el país en que se solicita la homologación (OPS, 2013). Esta similitud en la concepción y diseño de los marcos normativos, facilitaría acuerdos de mayor alcance (Castellanos, 2010).

Un segundo elemento común es la existencia de acuerdos internacionales, a través de tratados o convenios, que puedan facilitar el trámite correspondiente, pudiendo llegar a hacerse de naturaleza básicamente administrativa. En el análisis que realiza Jorge Castellanos no encuentra evidencia de una relación entre estos acuerdos y los procesos migratorios, con excepción del tratado entre Ecuador y Chile. Sin embargo,

en el caso específico de la migración de médicos de Ecuador y España, se ha descrito como un factor que favoreció este desplazamiento la existencia de un convenio de reconocimiento de títulos profesionales entre estos países. Al menos en el caso de Chile, una alta proporción de médicos ecuatorianos que viajan no retornarían a Ecuador; lo que se explica por las favorables condiciones de estabilidad, salario y reconocimiento en su trabajo en Chile (Sacoto and Ordoñez, 2007)²⁷.

Un punto de particular relevancia es la verificación de una amplia gama de términos y acepciones en la estructura legal que subyace al reconocimiento y homologación de títulos universitarios. Así se describe los términos validación, revalidación, convalidación, homologación, reconocimiento, equivalencia de títulos, entre otros. El firme sustento legal de este abanico de denominaciones impide o dificulta en gran medida los esfuerzos encaminados a armonizar el reconocimiento de los títulos expedidos. A esto debe sumarse las diferentes denominaciones que existen en los estudios de pregrado, y sobre todo en las especialidades de posgrado o pos-título, incorporando diferentes denominaciones para una misma especialidad, lo que agrega un mayor nivel de dificultad en la construcción de una mirada armónica en este tema.

Debemos considerar adicionalmente el que las entidades involucradas pueden variar entre los países, o al menos el peso específico y funciones que cada una de ellas tienen; así se encuentra a los Ministerios de Salud y Educación, a las Cancillerías, las universidades, y a otras entidades en varios casos vinculadas a los espacios de aseguramiento de la calidad educativa. Más aún, existen diversos niveles de autonomía por parte de las entidades universitarias complicando en varios casos más aún el asunto.

A pesar de lo anterior, Castellanos encuentra un importante interés en revisar este tema, así como un alto potencial para avanzar en la convergencia de los países. Lo anterior se ve favorecido por una creciente rectoría de los Ministerios de Salud en el campo de los recursos humanos (OPS, 2013).

Así, el trabajo desarrollado sobre reconocimiento de títulos profesionales en salud en la región andina, permite establecer que existe una plataforma política sólida con la percepción de un interés individual y subregional en este tema, con responsabilidades de los Ministerios de Salud y las instituciones formadoras. En términos del investigador: "existe una infraestructura legal e institucional y una situación normativa... para

²⁷Debe considerarse sin embargo, el desarrollo del Programa "Ecuador saludable vuelvo por ti" conducido por el gobierno de Ecuador, el cual se discute más adelante.

avanzar en la formulación de propuestas que puedan conducir, progresivamente, a ... una real y efectiva homologación de títulos en salud.” (Castellanos, 2010).

5.2.2. Acceso al mercado laboral

Como se señaló anteriormente, el Convenio Andrés Bello firmado en 1990 señala explícitamente que el reconocimiento de diplomas, grados y títulos se realiza “a los solos efectos del ingreso a estudios de postgrado” (Convenio Andrés Bello, 1990). Así en este y en otros tratados el nivel de accesibilidad al mercado laboral para los graduados o titulados en otros países ha sido mucho más restrictivo (OPS, 2013). Este acceso involucra en varios casos directamente a los Ministerios de Salud y a los colegios profesionales.

5.3. Dimensión y características de la migración

Mullan propuso en el año 2005 un factor de emigración para analizar el impacto y peso que este éxodo de profesionales de la salud tenía en la fuerza laboral de los países de origen. Se encontró que los niveles de migración eran importantes, en particular para países centroamericanos y del caribe, pero también de la región andina, como se muestra a continuación:

Tabla 7. Factor de Emigración de médicos de países seleccionados, 2005.

País	País Receptor	País de Origen	Factor de Emigración
Perú	1631	29799	5.2
Bolivia	305	6220	4.7
Guatemala	472	9965	4.5
Panamá	229	4942	4.4
Costa Rica	304	6788	4.3
Colombia	2464	58761	4.0
Jamaica	1589	2253	41.4
Haití	1067	1949	35.4
República Dominicana	3262	15670	17.2
Canadá	9105	68096	11.8
México	4741	172266	2.7
Estados Unidos	673	836,036	0.1

Fuente: modificado a partir de Mullan, 2005.

Por otra parte, un aporte importante es aquel dado en el estudio conducido por Margarita Velazco con 25 investigadores de OPS, la Unión Europea (UE), la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) y el Observatorio Social del Ecuador, en el que se evidencia una creciente preocupación, aun cuando con baja visibilidad - mitad

de países andinos, sobre el tema migratorio (OPS, 2013). Asimismo se hace una aproximación al perfil del migrante, incluyendo las razones para la migración y se evidencian las debilidades o ausencia en la planificación y monitoreo de los recursos humanos (Velazco, 2010).

Un tema que puede estar pasando desapercibido es el de la migración de otros profesionales de la salud, además de médicos y enfermeras (ver Tabla 8). Así, la migración de psicólogos u odontólogos, aun cuando menor, podría comprometer la composición de la fuerza laboral, tema de particular relevancia si consideramos que en nuestros países una parte significativa de la carga de enfermedad es atribuible a problemas vinculados a la salud mental, o tomamos en cuenta que la apuesta de los procesos de reforma se encamina a no solamente garantizar intervenciones esenciales, sino la de brindar una amplia cobertura de salud.

Tabla 8. Migración de profesionales de la salud, desagregados por grupo profesional y sexo. Perú 1994 - 2008

Profesión	Hombre	Mujer	Total
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
Total	8,058	19,674	27,732

Fuente: elaboración de Gamero, 2010a, a partir de datos de INEI-DIGEMIN-OIM.

5.3.1. Reclutamiento internacional

El reclutamiento, de acuerdo a la Organización Internacional del Trabajo (OIT) corresponde al "... i) 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" (texto citado por (Gamero, 2010a)

En el canal de migración, dos grupos de agentes juegan papeles especialmente importantes en el caso de los profesionales de salud. El primero está representado por los agentes reclutadores, que generalmente establecen el primer contacto con el profesional que procura emigrar. Un segundo agente es el facilitador, que coadyuva o facilita los trámites correspondientes, especialmente ante la Embajada del país de destino. De hecho algunas embajadas solicitan insta a usar un agente de inmigración

registrado” (Gamero, 2010a). Los países andinos han visto crecer en estos últimos años estas agencias, con una serie de estrategias sumamente agresivas inclusive a nivel de las universidades, lo que en muchos casos ha sido asumido acríticamente por estas instituciones.

Así, existe una verdadera industria de reclutamiento activo de algunos países con déficit de recursos humanos. Para el año 2009 se estimaba que existían 281 empresas de origen estadounidense, 27% de las cuales tenían sedes o actividad intensa en países de América Latina y el Caribe; asimismo un número aún no estimado de empresas italianas reclutan personal de medicina y enfermería en América Latina (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

En el año 2009, representantes de los países andinos analizaron la migración de profesionales de la salud, señalando la necesidad de promover una política de contención frente al reclutamiento organizado y activo de recursos humanos, por parte de algunos países de Europa, EEUU, Canadá en los países andinos, partiendo de un diagnóstico de la situación de los mecanismos de reclutamiento internacional que se encuentran en los países, incluyendo una estimación sobre el impacto financiero y en la provisión de los servicios de salud de la migración para la inversión pública de los países de la subregión. Igualmente llamaba la atención sobre el carácter de “negocio” antiético que, en algunas ocasiones, adquiere la instalación de oficinas intermediadoras de la movilización de los profesionales de la salud entre países (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

5.3.2. Características de los flujos migratorios

Margarita Velazco identifica el rol determinante que tienen los marcos regulatorios en medicina y enfermería (OPS, 2013), y el incremento brusco en el número de títulos homologados en España: 246 y 89 (2002) a 3534 y 538 (2009), en medicina y enfermería.; identificando como destinos principales España, Italia, Australia, Estados Unidos de N.A., México, entre otros (Velazco, 2010).

Un tema que ha sido explorado aun parcialmente es el de la articulación de la migración interna e internacional de profesionales de la salud. Rubén Colque presenta para el caso de Bolivia los resultados de un estudio (ver Figura 9) que pondera estos flujos. El investigador describe una importante migración interna concentrada en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz y una migración internacional principalmente a Argentina, Brasil, EE.UU., España e Italia. (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

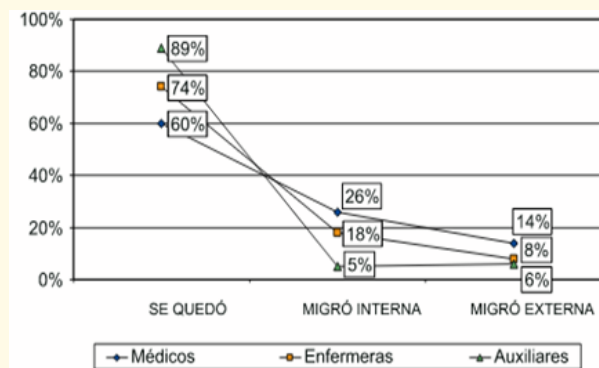


Figura 9. Flujo de migración interna y externa de profesionales de la salud. Bolivia. Fuente: Datos presentados por Rubén Colque, ver (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

En el caso de Chile, este se describe como un país receptor de profesionales de la salud en el contexto de los países andinos, ubicado principalmente en el primer nivel de atención. Hernán Sepúlveda señala en el año 2009 que los médicos extranjeros representan el 33% del personal ubicado en este nivel (ver Figura 10). En gran medida esta situación se explica por las condiciones favorables de trabajo que ofrece el Sistema de Salud de Chile, así como los acuerdos internacionales que favorecen el reconocimiento de títulos y la habilitación profesional (Castellanos, 2010). Sin embargo es importante anotar que la situación descrita obedece también el desfase existente entre la formación local de profesionales y la demanda del Sistema de Salud, así como las dificultades para reclutar y retener estos profesionales en la atención primaria (Núñez, 2006).

Nacionalidad	Nº de Médicos	%
CHILENA	2.482	66.58%
ECUATORIANA	953	25.56%
COLOMBIANA	135	3.62%
CUBANA	60	1.61%
URUGUAYA	28	0.75%
Peruana	26	0.70%
BOLIVIANA	22	0.59%
OTRAS NACIONALIDADES	22	0.59%
TOTAL	3.728	100%

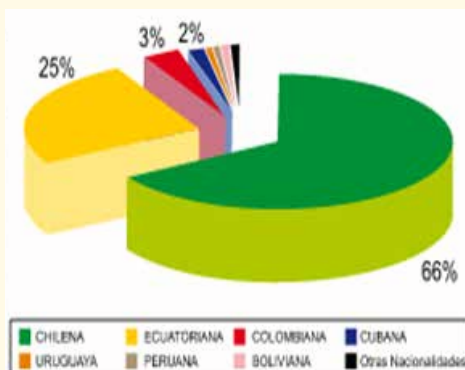


Figura 10. Proporción de médicos chilenos y extranjeros en Atención Primaria, Chile 2009. Fuente: (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

5.3.3. Canales de migración

Recogiendo el enfoque propuesto por Dumont (ver página 34), Manuel Núñez grafica los principales canales de lo que constituiría un circuito Iberoamericano de migración de profesionales de la salud, el cual se articula al circuito global en Estados Unidos de N.A., España, Italia y Cuba.

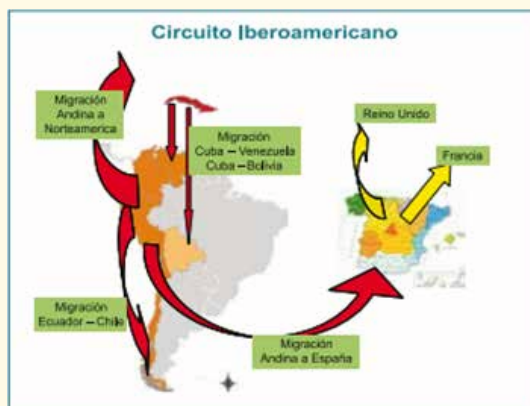


Figura 11. Circuito Iberoamericano de Migración de Profesionales de la Salud. Fuente: (Núñez, 2006).

Canal Ecuador - Chile

De esta manera, un canal que tiene particular relevancia en lo que corresponde a la región andina es aquella migración entre Ecuador y Chile²⁸.

Sacoto y cols., encuentran en el año 2007, que esta migración se había intensificado a lo largo de los años previos; la procedencia de profesionales incluía Manabí, así como de la Universidad de Guayaquil, y de la provincia de Azuay en períodos más recientes. Señalan los autores que el fenómeno parecería no ser significativo para la provincia de Pichincha. Como señalamos anteriormente, los autores identificaron como un factor que favoreció este desplazamiento la existencia de un convenio de reconocimiento de títulos profesionales expedido en Ecuador, encontrándose en aquel entonces (2007) que una alta proporción de médicos que viajaban no retornaban al país; lo que se explicaba por las favorables condiciones de estabilidad, salario y reconocimiento en su trabajo en Chile. En línea con lo anotado, se documentó serios problemas en la especialización y subespecialización médica – con costos e incertidumbres asociadas (Sacoto and Ordoñez, 2007). Es importante el poder analizar el impacto que tendrá en esta situación las recientes medidas vinculadas a la planificación, empleo y formación especializada que viene desarrollando el gobierno de Ecuador.

Paralelamente para datos del año 2007 se reporta la presencia de médicos (ver Figura 12) y enfermeras (ver Figura 13) en la atención primaria de salud municipal de Chile, encontrándose que aun cuando la presencia de médicos y enfermeras ecuatorianas es preponderante, en el resto de profesionales este no sigue un patrón similar. Así se encuentra en el reporte una mayor presencia decreciente de cubanos, colombianos, uruguayos y bolivianos en el caso de los médicos, mientras que en el caso de enfermeras el orden decreciente es profesionales provenientes de Perú, Cuba y Argentina. En este último caso fue particularmente relevante la presencia de enfermeras peruanas (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

²⁸En Chile para ejercer la Medicina la Ley determina tres posibilidades: estar en posesión del título de médico cirujano emitido por una universidad chilena; estar en posesión de un título revalidado o reconocido a través de un proceso en la Universidad de Chile o poseer un título otorgado en un país con el cual exista un convenio internacional de reconocimiento automático vigente. Los médicos con títulos obtenidos en Ecuador, Uruguay, Brasil y Colombia tienen acceso a dicho reconocimiento automático mediante un trámite que se realiza en el Ministerio de Relaciones Exteriores, en virtud de tratados internacionales suscritos entre los respectivos gobiernos. En el caso específico de Ecuador y Chile está vigente un Convenio sobre mutuo reconocimiento de exámenes y de títulos profesionales entre Chile y Ecuador firmado en Quito en 1917. Sin embargo un factor importante es el hecho de que no existiría un número suficiente de médicos chilenos dispuestos a trabajar en el sector público, especialmente en el primer nivel de atención (Núñez, 2006)

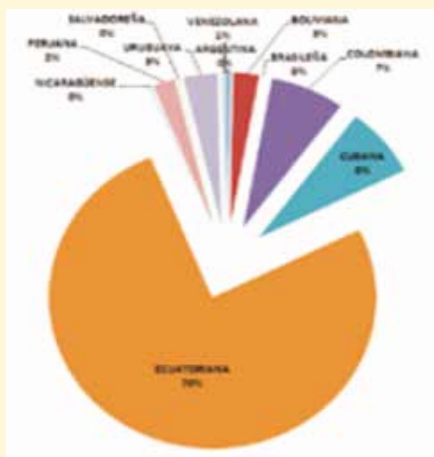
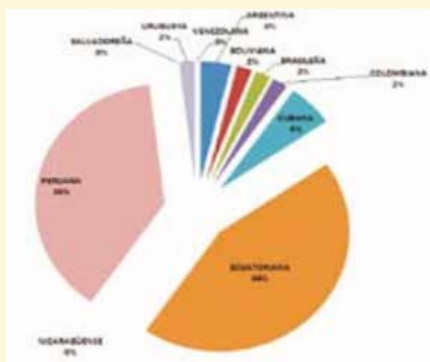


Figura 12. Médicos extranjeros trabajando en atención primaria de Salud Municipal, Chile 2007. Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2009.

Figura 13. Profesionales de enfermería extranjeros trabajando en atención primaria de Salud Municipal, Chile 2007. Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2009.



Un estudio más reciente con profesionales de la salud residentes en Chile, mostró que el 90% de los médicos ecuatorianos que han migrado a ese país cumplen funciones en el sistema primario y sólo el 10% ha logrado realizar una especialización o sub especialización. Alrededor de 15.000 médicos extranjeros ejercen en Chile, de los cuáles 3.500 son ecuatorianos (Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2013).

Carrasco aborda la tarea de identificar las bases científicas a fin de realizar un programa de retorno de personal de salud residente en Chile (Carrasco Dájer, 2010). En este Informe se da cuenta que la mayor parte de aquellos profesionales extranjeros (es decir incluyendo a todas las nacionalidades) que trabajan en la administración pública chilena son ecuatorianos (55,95%). Más aún la mayoría de éstos son médicos (n=948), seguidos por los odontólogos (n=92) y finalmente las enfermeras (n=56).

El trabajo de Carrasco describe que las enfermeras, se encuentran insertas en su mayoría en los establecimientos dependientes de los servicios de salud (es decir II y III nivel, en cambio, los odontólogos y los médicos tienen una mayor inserción en los establecimientos de la APS (primer nivel). La mayoría de aquellos que laboran en los Servicios de Salud²⁹ tienen una remuneración que fluctúa entre 50.000 y 59.999 pesos chilenos por hora contratada. En la misma línea, la mayoría (68,2%) no tiene especialización o se encuentran sin el registro del dato, y del resto, medicina interna es la más frecuente (Carrasco Dájer 2010).

Entre los que laboran en APS, los médicos ecuatorianos están presentes principalmente en la zona central y en 28 de los 29 Servicios de Salud existentes en Chile.

Tabla 9. Profesionales extranjeros que se encuentran contratados para trabajar en la APS y en los SS en Chile, diciembre de 2010.

Nacionalidad	Enfermera/o			Médico/a			Odontólogo/a			Total	%
	APS	SS	Total	APS	SS	Total	APS	SS	Total		
Ecuatoriana	16	40	56	691	257	948	83	9	92	1096	55,95%
Otras	36	72	108	325	312	637	85	33	118	863	44,05%
Total General	52	112	164	1016	569	1585	168	42	210	1959	100%

Fuente: elaborado por Carrasco Dájer, 2010, a partir de datos del Ministerio de Salud de Chile, 2010.

Señala Carrasco que entre las condiciones que pueden favorecer un retorno de estos profesionales está la estabilidad económica, social, laboral y política, así como un trabajo y un sueldo estimulante para el retorno. Esto se ve propiciado por la motivación por estar cerca de su familia extendida e hijos que están estudiando en Ecuador y el extrañar la forma de vida en Ecuador. Entre las sugerencias que recoge el Estudio para este retorno se encuentra, entre otras, la generación de oferta académica de pre y post grado, la posibilidad de trabajar en más de un lugar, facilidades para acceso a créditos, mejorar la seguridad ciudadana y disminuir la delincuencia (Carrasco Dájer, 2010).

²⁹El Sistema de Salud Pública de Chile está estructurado en dos redes: la Red de Servicios de Salud (hospitales e Institutos) y la Red Pública de Atención Primaria en Salud, dependiente de los municipios.

Canal Subregión Andina - España

Una opción que crecientemente se fue acentuando en los últimos 10 – 15 años fue aquella de migrar a España, a través del Examen MIR (Médico Interno – Residente). Lo siguientes son los datos presentados para el periodo 2002 a 2009 en el caso de las solicitudes de homologación y homologaciones realizadas en España.

Tabla 10. Solicitudes de homologación del título de medicina en España, de nacionales de los 6 países andinos 2002 – 2009.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL
Bolivia	37	43	61	84	107	204	248	285	1.069
Chile	33	28	32	50	68	78	95	110	449
Colombia	335	246	331	417	594	1.211	1.808	1.592	6.534
Ecuador	63	48	55	88	120	136	199	272	981
Perú	128	185	298	471	607	858	794	898	4.239
Venezuela	145	297	300	335	395	750	679	683	3.584

Fuente: Subdirección General de Títulos y Reconocimiento de Cualificaciones, Ministerio de Educación de España, citada por Velazco, 2008.

Tabla 11. Homologaciones del título de medicina en España, de nacionales de los 6 países andinos 2002 – 2009.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL
Bolivia	7	24	33	34	128	176	268	237	907
Chile	11	49	32	36	58	80	93	90	449
Colombia	100	467	223	236	577	998	1.856	1.460	5.917
Ecuador	35	75	55	84	75	137	190	258	909
Perú	35	133	275	313	637	654	1.069	859	3.975
Venezuela	58	157	305	345	324	578	754	630	3.151

Fuente: Subdirección General de Títulos y Reconocimiento de Cualificaciones, Ministerio de Educación de España, citada por Velazco, 2008.

El análisis de acuerdo a género entre quienes solicitaron la homologación mostró un ligero predominio de los varones, representando entre el 52% a 56% del total de las solicitudes, en los casos de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú. Estas cifras se elevan a 66% en el caso de Chile. Venezuela es el único país en que predominó el sexo femenino con un 56% (Velazco, 2008).

En cuanto a enfermería, el número de solicitudes y homologaciones de títulos de enfermería de profesionales provenientes de los países andinos es mucho menor de los países andinos es mucho menor y provino principalmente de Colombia y Perú.

Tabla 12. Solicitudes de homologación del título de enfermería en España, de nacionales de los 6 países andinos 2002 – 2009.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL
Bolivia	3	2	5	13	23	28	26	18	118
Chile	10	13	22	20	18	29	32	21	165
Colombia	52	36	43	66	159	605	617	296	1.874
Ecuador	38	37	25	59	62	58	43	24	346
Perú	69	79	169	180	248	342	488	410	1.985
Venezuela	11	16	16	26	21	42	43	45	220

Fuente: Subdirección General de Títulos y Reconocimiento de Cualificaciones, Ministerio de Educación de España, citada por Velazco, 2008.

Tabla 13. Homologaciones del título de enfermería en España, de nacionales de los 6 países andinos 2002 – 2009.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL
Bolivia	1	2	0	8	14	22	18	7	72
Chile	3	8	15	17	13	13	20	11	100
Colombia	24	66	42	47	86	435	549	187	1.436
Ecuador	20	34	42	34	48	40	38	33	289
Perú	40	60	116	136	178	215	223	309	1.277
Venezuela	1	9	25	19	13	28	23	21	139

Fuente: Subdirección General de Títulos y Reconocimiento de Cualificaciones, Ministerio de Educación de España, citada por Velazco, 2008.

Estos datos permiten construir una serie temporal de homologaciones, mostrándose el crecimiento significativo que tuvo en el caso de medicina, entre el año 2002 (246 homologaciones), y los años 2008 (4230 homologaciones), y 2009 (3534 homologaciones).

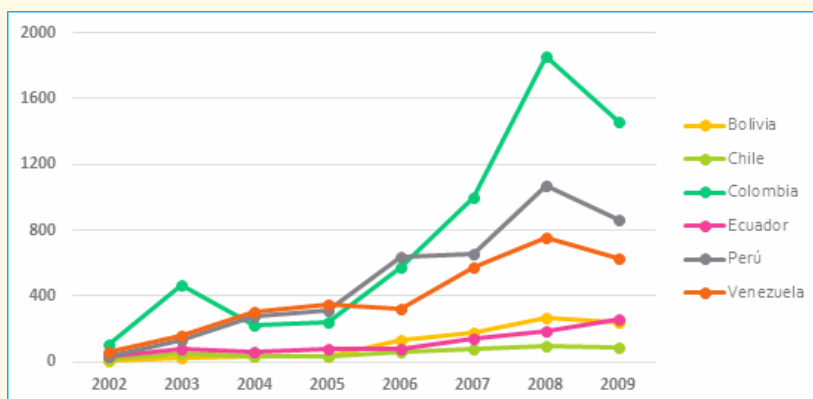


Figura 14. Homologaciones de título de medicina en España de profesionales provenientes de los 6 países andinos, 2002 - 2009. Fuente: Velazco, 2008.

La Tabla 14 presenta los datos de los postulantes admitidos a la Proceso MIR en España, en las convocatorias 2010 y 2011. Es importante señalar que esta tabla considera admitidos, no necesariamente adjudicados, aun cuando se estima que esta cifra fluctuaba alrededor del 50%, la incorporación de un cupo para extranjeros extracomunitarios modificaría la cifra de adjudicados con una vacante.

Los médicos españoles admitidos supusieron el 54,85% habiendo pasado de 7.164 a 7.451. Los médicos extranjeros admitidos representaron el 45,15% del total habiendo pasado de 6.039 a 6.133. De estos, los médicos extranjeros extra-comunitarios admitidos pasaron de 5.488 a 5.550. Finalmente de estos, los extracomunitarios provenientes de los 6 países andinos pasaron de 3583 a 3611.

Los extranjeros extracomunitarios eran asignados en 2 grupos (ver Tabla 14): a) Aquellos no afectados por el cupo de extranjeros (SIT 1-SIT 2-SIT 3); y b) Aquellos que están afectados por el cupo (SIT 4-SIT 5)

El cupo de extranjeros extracomunitarios se concretaba en dos límites en el conjunto de las plazas y no por cada especialidad. El primero se hacía efectivo en la convocatoria general y supone la adjudicación como máximo de un número de plazas (el 10% de las convocadas) a extranjeros extracomunitarios. Eligiéndose siguiendo el orden de mérito de manera estricta, junto con el resto de postulantes. Habiendo 6707 plazas,

el límite es de 671 plazas (10% del total). Adjudicadas estas 671 plazas, ningún otro extranjero extracomunitario puede acceder a una plaza en esta convocatoria general. En la segunda convocatoria, el límite máximo para este grupo queda determinado por la mitad del límite máximo de la convocatoria general.

Tabla 14. Médicos Admitidos en las Convocatorias MIR 2010 y MIR 2011.

	SIT	Colombia	Perú	Ecuador	Venezuela	Bolivia	Chile
2010	SIT 1	46	29	7	31	15	5
	SIT 2	425	203	30	35	81	2
	SIT 3	54	33	8	7	20	2
	Subtotal	525	265	45	73	116	9
	SIT 4	457	204	24	159	137	33
	SIT 5	574	503	225	102	101	31
	Subtotal	1031	707	249	261	238	64
	TOTAL	1556	972	294	334	354	73
2011	SIT 1	88	49	15	68	26	7
	SIT 2	6	9	2	2	7	
	SIT 3	401	239	30	37	94	5
	Subtotal	495	297	47	107	127	12
	SIT 4	409	204	49	197	167	21
	SIT 5	506	492	310	70	53	48
	Subtotal	915	696	359	267	220	69
	TOTAL	2820	1986	812	748	694	162

Leyenda:

- SIT : Situación Administrativa en España en las Pruebas.
 SIT 1 : Asimilados a la Unión Europea SIT 1 (cónyuges o hijos dependientes de comunitarios).
 SIT 2 : Residentes Permanentes
 SIT 3 : Residentes Temporales
 SIT 4 : Estancia con permiso por estudio
 SIT 5 : Otras situaciones, extranjeros que acuden para la Prueba

5.4. Análisis causal

La migración de profesionales de la salud, y en realidad la migración de las poblaciones en general puede ser analizada desde diversos niveles y perspectivas. Así, la antropología, el derecho, la sociología, etc. enriquecen y complementan el entendimiento sobre el tema. La Tabla 15 muestra algunos de los diferentes abordajes que se puede tener con respecto a la migración.

Tabla 15. Abordaje de la Migración desde diversas disciplinas.

Disciplina	Algunas de las preguntas centrales	Niveles y unidades de análisis
Antropología	¿Cuáles son las implicancias de la cultura como causa y efecto de la migración?	Micro / individuos, familias, grupos
Demografía	¿Cómo la migración afecta el perfil demográfico?	Macro / poblaciones
Economía	¿Cuáles son los factores que explican la decisión de migrar?	Micro y Macro / individuos
Historia	¿Cómo y porque se ha desarrollado el proceso migratorio?	Micro / individuos, grupos
Derecho	¿Cómo la ley influencia el proceso migratorio?	Macro / sistema legal
Ciencia Política	¿Cómo los Estados regulan y puede regular la migración?	Macro / Sistema político
Sociología	¿Cuál es el rol de las redes sociales en la migración?	Macro / Sistema social
Salud Pública	¿Cuáles son las implicancias de la migración en el derecho a la salud de la población?	Macro / Sistema de Salud

Fuente: Tabla elaborada, parcialmente modificada, a partir de Brettell and Hollifield, 2000.

Algunos perciben el problema de la migración como un problema de desarrollo, otros como un asunto de derechos humanos, y otros como un problema de relaciones internacionales. Finalmente esta forma de explicar el problema es determinante y se traduce en el enfoque dominante desde el cual se aborda el tema migratorio (CEPAL, 2010). Aun cuando existen diversas políticas y estrategias que pueden ser empleadas para aumentar la dotación de recursos humanos, en los países desarrollados existen características estructurales tales como el perfil epidemiológico con una creciente necesidad de fuerza laboral, los tiempos e inversiones necesarias para la reposición, el perfil del contingente de profesionales que en términos de edad, preferencias y

exigencias, que hacen que el reclutamiento externo sea una opción considerada (Babio Pereira, 2011). En cualquier caso, la contratación internacional de trabajadores de la salud es un abordaje para el corto plazo; pero más importante aún, al llenarse las vacantes en los países receptores puede distraer la atención sobre las causas subyacentes de la escasez de esta fuerza laboral, disminuyendo el ímpetu por acometer los problemas de fondo (Humphries et al., 2013).

Una forma de enfocar el proceso migratorio ha sido a partir de la presencia de factores atractores y expulsores que inciden en las condiciones y la propia decisión de migrar. Entre los factores expulsores se han señalado las condiciones de vida, los problemas políticos-sociales incluyendo aquellos vinculados a la seguridad, y la situación económica³⁰. Entre los factores atractores se ha de considerar la demanda no atendida, las oportunidades económicas y laborales, así como las de desarrollo profesional, y la estabilidad y libertad política.

³⁰El caso del Perú puede ser muy aleccionador y dar muestra de la importancia y la magnitud decisiva que el tema económico puede tener: entre 1965 y 1980 la tasa de crecimiento del Perú estuvo entre 0,5 y 0,9%, por debajo de la de Latinoamérica. En los 80s la caída del PBI sería muy significativa, y aun cuando el PBI regional cayo, en el caso del Perú la caída fue 3 veces superior a la del promedio de la región. En 1992 el PBI per cápita había retrocedido a los niveles de 1960, y el salario equivalente a 100 soles de 1980 se había reducido a 42 soles en 1992 (Germaná et al., 2005)

Son diversas las aproximaciones explicativas que se han empleado para analizar las consideraciones causales del proceso migratorio de los profesionales de la salud Edge & Hoffman realizan una síntesis de la perspectiva de factores expulsivos y atractivos, como se observa en la Tabla 16:

Tabla 16. Factores expulsivos y atractivos en la migración de trabajadores de salud.

Factores expulsivos que inciden en la emigración desde el país de origen	Bajas remuneraciones
	Preocupación ante las condiciones de seguridad personal
	Perspectivas limitadas de carrera y oportunidades de promoción
	Condiciones de vida pobres
Factores atractivos que inciden en la inmigración en el país de destino	Mejores remuneraciones
	Ambientes más seguros
	Oportunidades de desarrollo profesional y en la carrera laboral
	Mejores condiciones de trabajo
	Altos estándares de vida

Fuente: Edge and Hoffman, 2013.

Sin embargo, lejos de ser un proceso pasivo, este se viene tornando fuertemente activo, merced al reclutamiento activo que realizan agencias privadas y en algunos casos países desarrollan (Edge and Hoffman, 2013; OMS, 2006)

Un problema central es el no alineamiento entre las expectativas de los profesionales de la salud con las características y posibilidades del sistema de salud dando curso a un ciclo de frustración y búsqueda de otros escenarios (Humphries et al., 2013). En este ámbito se encuentra las diferencias remunerativas entre países latinoamericanos y los países desarrollados; se muestra en la siguiente Tabla las remuneraciones en algunos de estos últimos países:

Tabla 17. Remuneraciones de profesionales de medicina y enfermería en países seleccionados.

País	Enfermería (USD)	Medicina (USD)
Estados Unidos de N.A.	3,056	10,554
Reino Unido	2,576	7,676
Francia	2,133	5,120
Canadá	2,812	8,472
Australia	2,832	5,438

Fuente: datos de WHO, citados por Vujicic et al., 2004.

Un estudio reciente encontró que una disminución de un punto porcentual en el PIB per cápita aumentaba la migración médica en el siguiente período en 3 a 3,6%, mostrando un impacto significativo de las condiciones económicas de los países en la migración de los profesionales médicos (Okeke, 2013)

En los estudios realizados anteriormente en la región andina se ha mostrado un viraje en el flujo migratorio de profesionales de la salud, especialmente en el caso de los médicos hacia España, a diferencia del flujo que anteriormente se orientaba hacia los Estados Unidos. Como hemos señalado anteriormente (ver página 51), un factor que catalizó este flujo fue el Convenio Andrés Bello, que permite una homologación de títulos casi de manera automática. Adicionalmente, el gobierno de España eliminó en 1999 la cuota del 10% que anteriormente existía para aquellos postulantes extracomunitarios al MIR (residentado médico) desde 1999 (Núñez, 2006), cuota que sería restaurada recientemente.

Entre otros factores que contribuyeron a este flujo migratorio debemos señalar también la fuerte expansión en la oferta educativa que ha sucedido en todos los países andinos, así como a las mejores condiciones remunerativas que hubo en España y las oportunidades de especialización existentes³¹. Sin embargo, se ha mostrado que este flujo es más acentuado en algunos países (p.e. Perú) que en otros (Chile). Este flujo presenta una aceleración, llegando a transformarse de un canal en una red de migración lo que se vio a su vez catalizado por la presencia y acción de agencias y

³¹En Perú, por ejemplo, hasta uno de cada 6 médicos sin vínculo laboral con el Estado logran acceder a programas de especialización, mientras que en España teóricamente todos podían lograr este acceso (Núñez, 2006).

academias de España en diversos países latinoamericanos, incluyendo los andinos, como se ha descrito anteriormente (ver página 58).

En el estudio sobre percepción en los directivos del campo de los recursos humanos en la región andina sobre la migración de profesionales de la salud (Núñez, 2006), se abordó los factores atractores y expulsores que inciden en la decisión de migrar de los médicos. Los resultados son presentados en las siguientes figuras y muestran que las remuneraciones, el desarrollo profesional, la estabilidad económica, el idioma y la cultura están entre los factores más importantes. De esta manera se perciben que son múltiples los factores intervinientes, constatación fundamental en el momento de diseñar estrategias de retorno y retención de los profesionales de la salud.

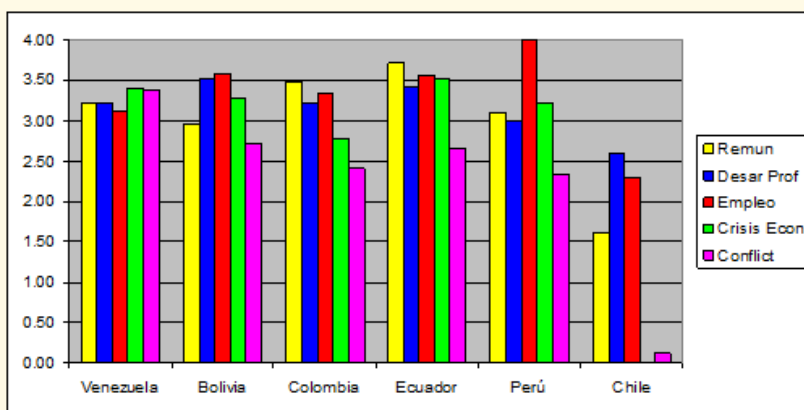


Figura 15. Factores en el país de origen que determinan la decisión de migrar de los médicos³².
 Leyenda: 0: nada importante; 1: poco importante; 2: algo importante; 3: importante; y 4: muy importante. Fuente: Núñez, 2006.

³²El enunciado de la pregunta fue: "¿Cómo caracterizaría el peso de cada uno de los siguientes factores que existen en su país en la decisión de emigrar que adopta un médico?".

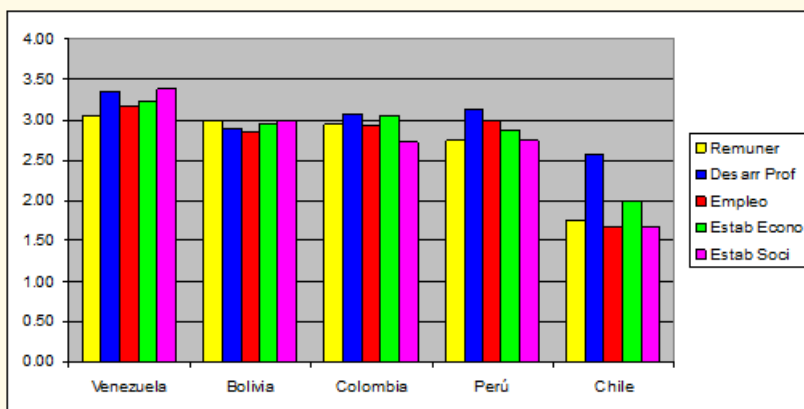


Figura 16. Factores atractores (primer grupo) en España que determinan la decisión de migrar de los médicos³³. Leyenda: 0: nada importante; 1: poco importante; 2: algo importante; 3: importante; y 4: muy importante. Fuente: Núñez, 2006

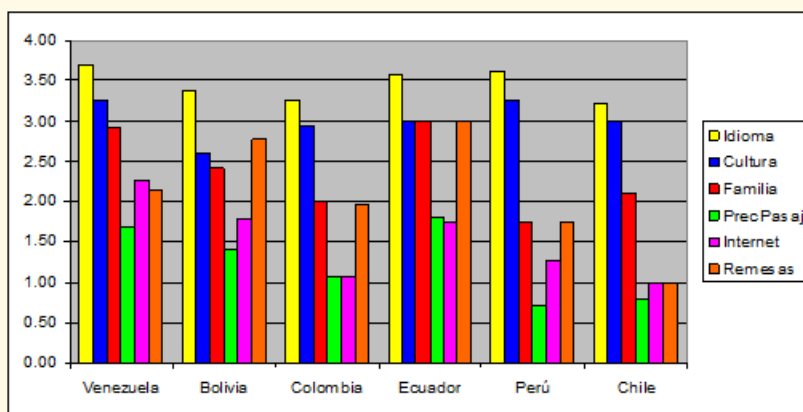


Figura 17. Factores que determinan la decisión de migrar de los médicos. Leyenda: 0: nada importante; 1: poco importante; 2: algo importante; 3: importante; y 4: muy importante. Fuente: Núñez, 2006.

³³El enunciado de la pregunta fue: "¿Cómo caracterizaría el peso de cada uno de los siguientes factores que existen en España en la decisión de emigrar que adopta un médico de su país?".

5.5. Impacto

En el año 2010, en el marco de la acción “Migración de Profesionales de la salud entre América Latina y Europa: Análisis y oportunidades para el desarrollo compartido” , se desarrolló una consulta internacional con el propósito de analizar el papel que las agencias de cooperación al desarrollo pueden jugar en la ejecución de las políticas sectoriales de salud vinculadas al proceso migratorio (Sánchez Hernández, 2011). Entre las principales conclusiones de este estudio se identificaron los siguientes aspectos positivos de la migración en el país de origen:

- Introducir mejoras en todos los niveles de formación (pregrado, especialización, y continuada), potenciadas a través de la promoción del retorno de migrantes y derivadas de la mínima homogeneización de competencias necesaria para la libre circulación.
- Adaptar y redefinir los perfiles necesarios para reforzar el sistema de salud en base al modelo de atención primaria, dando respuesta a las necesidades locales.
- Introducir mejoras en los sistemas de información y de planificación de recursos humanos, teniendo en cuenta las causas de la emigración y las respuestas a las mismas con estrategias de retención y/o fidelización.
- Revalorizar socialmente las carreras sanitarias mostrándolas como fuentes de mayores oportunidades.
- Reforzar la capacidad de negociación del sector Salud con los actores de la cooperación internacional para la gestión de compensaciones.
- Resituar las profesiones sanitarias en el ámbito de los valores vinculados al servicio público.
- Crear redes de conocimiento entre profesionales permanentes y migrados.
- Aumentar los ingresos económicos a través de las remesas.

Entre los aspectos negativos de la migración en el país de origen se identificaron:

- Dificulta el acceso equitativo de la población a recursos profesionales de calidad y el desarrollo de las políticas de salud, generando con ello un aumento de las desigualdades entre zonas rurales y urbanas o entre zonas y poblaciones ricas y pobres.
- Debilita específicamente el sistema público de salud.

- Contribuye a la pérdida de la capacidad de formación en los propios países por la reducción de sus recursos especializados.
- Intensifica la dependencia de los gobiernos de los países de origen en las normas establecidas desde los países desarrollados. En consecuencia, los países de origen pagan royalties por bienes producidos en el primer mundo, mientras que los países de destino se llevan los recursos formados sin coste alguno.
- Potencia mercados paralelos relacionados con la movilización de personas y remesas.
- Contribuye a la mercantilización de la atención sanitaria, quedando a merced del mercado y haciendo inviable la intervención de la cooperación internacional.
- Mina las condiciones básicas para el desarrollo, contribuyendo a la perpetuación de la desigualdad y dificultando el desarrollo de las capacidades sociales e individuales.

Se identificaron los siguientes aspectos positivos de la migración en el país de destino:

Obtener fuerza de trabajo de salud sin costes previos en formación ni pagos de compensaciones.

- Enriquecer el sistema de salud al incorporar nuevas miradas, enfoques y experiencias.
- Destacar la diversidad cultural y aumentar la capacidad para la atención multicultural en las actuales sociedades.
- Mejorar los sistemas de información y de planificación de recursos humanos en salud.
- Potenciar el desarrollo de políticas laborales no discriminatorias.
- Contribuir a la homogeneización de perfiles y competencias profesionales para la práctica.
- Promocionar valores solidarios.
- Potenciar la viabilidad de la firma de acuerdos multilaterales y bilaterales que contemplen la necesidad de gestionar reciprocidad en los beneficios.

Se identificaron los siguientes aspectos negativos de la migración en el país de destino:

- Desincentiva la planificación eficaz de los recursos humanos, al tener la posibilidad de solucionar el déficit obteniendo el personal de otros mercados.
- Infrautiliza recursos al destinarlos a funciones no vinculadas a las competencias adquiridas.
- Promociona la mercantilización de los profesionales de la salud en el marco de la globalización.
- Potencia la aparición de subclases profesionales dentro de las ya existentes.
- Disminuye la preocupación por la autosuficiencia en la producción y la inversión en formación propia.
- Deteriora el marco de valores del sistema de salud, al no preocuparse por la compensación o por la creación de políticas antidiscriminatorias.
- Aparecen problemas de comunicación e integración en el nuevo contexto laboral y con la población a atender.

Martín llama la atención a otro elemento a considerar y es que la presencia de profesionales extranjeros agregan oferta en el mercado laboral del país de destino, y en algunos lugares en particular, pueden ayudar a mantener las remuneraciones en un rango menor, reduciendo a su vez los costos de la prestación de servicios (Martin, 2006).

5.5.1. Costos e impacto financiero

Peter Balacs en un informe presentado en 1975 a las Naciones Unidas estudiando el período entre los años 1961 y 1972, analizaba el éxodo intelectual hacia tres países: el Reino Unido, los Estados Unidos de América y Canadá, señalando que el valor traducido en dinero de esta migración significaba un monto mayor que la ayuda para el desarrollo que esos países brindaron a los países de origen de la migración (Norza, 2009).

En esta línea, se ha estimado que en los primeros años del siglo XXI, tres millones de migrantes con título universitario llegaron a vivir en países desarrollados; así, la inversión realizada por los países de origen para formar a estos profesionales representaba una transferencia de riqueza calculada entre 45 y 65 mil millones de dólares (Norza, 2009).

El personal emigrante se ubica en los rangos de edad de mayor productividad para los profesionales, en los que el país acaba de invertir y aún no ha recibido el retorno esperado por dicha inversión, mediante la esperada prestación de servicios a la población (OMS/OPS - CE - OSE - EASP, 2010).

En esta línea, un aspecto de preocupación en el proceso migratorio ha sido el impacto económico – financiero que tendría esta migración de profesionales de la salud, lo cual se ve catalizado por la expansión de la demanda de servicios en los países desarrollados y en vías de desarrollo, lo que exige una fuerza laboral en número y competencia, que en muchos casos no se adecuadamente provisto por el mercado formativo.

Frenk y cols determinan los costos de formación de profesionales de medicina y enfermería/obstetricia. Se estima que los gastos anuales de formación de profesionales de medicina, enfermería, salud pública y otras profesiones de ciencias de la salud a nivel global son de alrededor de 100,000 millones de dólares. La educación de médicos irrogaría 47,6 mil millones de dólares y la de enfermeras 27,2 mil millones de USD. Se estima en el estudio un costo de 122,000 USD para formar un médico y 50,000 USD para formar un profesional de enfermería. Los datos presentados en la Tabla 18 muestran que el costo de formación varía ampliamente, estimándose en el caso de Latinoamérica en 132,000 dólares para los profesionales de medicina, y 26,000 dólares en el caso de profesionales de enfermería (Frenk et al., 2010)

Tabla 18. Costos de formación de profesionales de medicina y enfermería, según región y subregión.

	Doctors			Nurses/midwives		
	Estimated number of graduates per year (thousands)	Estimated expenditure per graduate (US\$ thousands)	Total expenditure per graduate (US\$ billions)	Estimated number of graduate per year (thousands)	Estimated expenditure per graduate (US\$ thousands)	Total expenditure (US\$ billions)
Asia						
China	175	14	2.5	29	3	0.1
India	30	35	1.0	36	7	0.2
Other	18	85	1.6	55	20	1.1
Central	6	74	0.4	15	13	0.2
High-Income Asia-Pacific	10	381	3.8	56	75	4.2
Europa						
Central	8	181	1.4	28	39	1.1
Estern	22	151	3.4	48	29	1.4
Western	42	400	17.0	119	82	9.8
América						
North América	19	497	9.7	74	101	7.5
Latin América/Caribbean	35	132	4.6	33	26	0.9
Africa						
North Africa/Middle East	17	113	1.9	22	24	0.5
Sub-Saharan Africa	6	52	0.3	26	11	0.3
World	389	122	47.6	541	50	27.2
Webappenda pp 6-11 shown data nourn and regional distribution						

Fuente: Tabla obtenida de Frenk et al., 2010.

Torrey estudia la relación entre los costos de entrenamiento de médicos que laboran en Estados Unidos y se han graduado en países del extranjero y las correspondientes ayudas recibidas por estos países. La Tabla 19 muestra que en determinados países, el costo es superior a la ayuda recibida, aun cuando se considera que la diferencia inclusive puede ser mayor si se considera a emigrantes de otras profesiones (Torrey and Torrey, 2012).

Tabla 19. Costos de entrenamiento de médicos graduados en el extranjero comparados con la ayuda de EE.UU, en países seleccionados.

	MGE	Costo de Entrenamiento (Miles USD)	Costo total entrenamiento (millones USD)	AID (millones USD)	Departamento Estado (millones USD)	Total (millones USD)	Costo total de Entrenamiento menos Ayuda externa
Armenia	315	\$85	\$26.8	\$0.4	0	\$0.4	\$26.4
Camerún	63	\$52	\$3.3	\$1.5	\$1.3	\$2.8	\$0.5
China	5,584	\$14	\$78.2	\$4.0	\$3.0	\$7.0	\$71.2
El Salvador	373	\$132	\$49.2	\$5.5	0	\$5.5	\$43.7
Georgia	208	\$85	\$17.7	0	\$0.9	\$0.9	\$16.8
Guatemala	558	\$132	\$73.7	\$14.6	0	\$14.6	\$59.1
Honduras	166	\$132	\$21.9	\$11.0	\$1.0	\$12.0	\$9.9
India	5,2874	\$35	\$1,850.6	\$78.2	\$9.0	\$87.2	\$1,763.4
República Kirguisa	30	\$74	\$2.2	\$1.2	\$0.5	\$1.7	\$0.5
Nicaragua	330	\$132	\$43.6	\$5.9	\$0.9	\$6.8	\$36.8
Pakistán	12,433	\$35	\$435.2	\$29.7	0	\$29.7	\$405.5
Paraguay	263	\$132	\$34.7	\$2.1	0	\$2.1	\$32.6
Filipinas	20,625	\$85	\$1,753.1	\$33.2	0	\$33.2	\$1,719.9
Sudan	353	\$113	\$39.9	\$30.0	\$7.0	\$37.0	\$2.9
Tayikistán	55	\$74	\$4.1	\$1.5	\$0.5	\$2.0	\$2.1
Tailandia	1,688	\$85	\$143.5	\$1.0	\$0.5	\$1.5	\$142.0
Ucrania	1,56	\$151	\$235.6	\$4.0	\$14.7	\$18.7	\$216.9
Uzbekistán	124	\$74	\$9.2	\$2.4	\$0.6	\$3.0	\$6.2
Vietnam	1,164	\$85	\$98.9	0	\$95.0	\$95.0	\$3.9

Fuente: datos de WHO, citados por Vujcic et al., 2004.

En un estudio pionero, Kirigia encuentra en el año 2006 en Kenia, que el costo total de la educación de un médico desde la educación primaria hasta la universidad es \$ 65,997; y por cada médico que emigra, el país pierde alrededor de \$ 517931 dólares en retornos de inversión. En el caso de enfermería el costo de educación es \$ 43.180; y el costo de la pérdida de estos profesionales que emigran es \$ 338,868 dólares (Kirigia et al., 2006).

Para abordar este tema en el ámbito andino, recientemente Julio Gamero estudia el impacto de esta migración de profesionales de la salud (OPS, 2013) en la región andina, considerando³⁵:

- Los costos de formación, incluyendo el costo en la formación básica y la educación superior, a partir de lo cual se estima...
- La proyección del valor futuro acumulable de esta inversión y el cálculo del valor presente neto de todos los ingresos y costos futuros de un profesional que se queda a vivir en el país.

De esta forma un primer enfoque fue el método de costos totales, el cual nos señala los retornos de los ingresos perdidos por la sociedad cuando un profesional emigra, para lo cual se “multiplicó el costo total medio de educar un profesional de la salud por un tipo de interés compuesto”. Así la ecuación empleada fue la siguiente:

$$R_i = (1+r)^i$$

Donde E es la suma total de costos de formación y manutención. Es decir, es el valor de la inversión que se realiza para formar un profesional de la salud. “r” representa la tasa de interés y “t” el tiempo que se espera labore este profesional a partir de la fecha más probable de migración³⁶. Seguidamente, el “Ri” hallado se multiplicó por el número de profesionales que emigran, diferenciando desde un inicio profesionales de medicina y enfermería.

Un segundo enfoque empleado por Julio Gamero es el método del Valor Presente Neto, para lo cual considera la inversión total realizada durante su formación³⁷

³⁵Los siguientes párrafos sintetizan en gran medida la investigación realizada por Julio Gamero por encargo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2013).

³⁶Para el efecto en una primera fase se analiza los datos de Perú, estimándose “r” a partir de estimaciones previas realizadas por Gustavo Yamada, determinándose en 14,7%, 12,2% y 12%, las tasas de rentabilidad para el caso de profesionales que estudian en una universidad pública y privada, así como la tasa interna de retorno social. Por otro lado “t” se estimó en 35 años para los médicos, considerando el periodo entre los 30 años y los 65 años como edad de retiro. En el caso de las enfermeras “t” se estimó en 40 años, considerando un periodo entre los 25 años y los 65 años.

³⁷En el caso de los médicos incluye el costo de titulación, la realización del SERUMS (para el caso del Perú), la colegiatura y la especialidad; asimismo incluye los ingresos futuros a recibir hasta su jubilación y los costos de manutención (OPS, 2013).

Los resultados principales de este estudio fueron los siguientes:

- Los costos de formación varían entre los países andinos, dependiendo de la carrera profesional y si la institución es pública o privada.
- El costo de la formación pública en la carrera de medicina es mayor en Venezuela (132,000 USD) y menor en Bolivia (18,900 USD). En el caso de la formación privada el costo mayor se encuentra en Chile (126,900 USD) y menor en Bolivia (23,200 USD), no encontrándose en este caso datos para Venezuela. Los demás países fluctúan entre estas cifras.
- En el caso de enfermería, el mayor costo en la formación pública se encontró en Venezuela (122,300 USD) y el menor en Bolivia (17,400 USD). Cualitativamente el patrón fue el mismo en la formación privada en Venezuela (102,300 USD) y Bolivia (19,300 USD).
- El costo acumulado por emigración de profesionales (medicina y enfermería) alcanzaría la cifra de 221'804,100 USD en lo correspondiente a la formación pública y 153'987,800 USD en la formación privada. Notablemente, en el caso de la formación pública, la contribución porcentual sería significativamente mayor en el caso de Perú (53%), seguido de Venezuela (18,9%), Chile (12,6%), Ecuador (9,7%), Colombia (5,1%) y Bolivia (0,5%). En el caso de la formación privada, igualmente la mayor participación es de Perú (39,9%), seguido de Chile (27,5%), Ecuador (14,7%), Venezuela (11,9%), Colombia (5,1%) y Bolivia (0,9%), ver Tabla 20.
- La comparación de los costos anualizados de emigración de profesionales de medicina y enfermería con el nivel de exportaciones FOB 2008, se encuentra que esta cifra fluctúa para la región andina entre 9,1% y 7,9% para la formación pública y privada, respectivamente (Tabla 21).
- Considerando el Valor Presente Neto (VPN) la cifra encontrada representa en el caso de Bolivia el 1,02% de su PBI, cifra significativamente alta, seguido de Perú (0,36%) Ecuador (0,19%), Venezuela (0,08), Colombia (0,04%) y Chile (0,02%),

Tabla 20. Costo acumulado por emigración de profesionales de medicina y enfermería (millones USD).

País andino	Colombia		Ecuador		Bolivia		Venezuela		Chile		Perú		Total Grupo Andino	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
Medicina (1)	9 341,3	6 682,1	21 414,2	22 620,0	792,2	972,4	41 076,6	17 819,9	3 571,1	6 853,3	53 138,7	32 246,9	129 334,0	87 194,5
Enfermería (2)	2 531,1	1 190,6	n.d.	n.d.	345,3	381,6	772,8	465,4	24 486,2	35 563,1	64 334,7	29 192,5	92 470,1	66 793,3
Total RHUS (1)+(2)	11 872,4	7 872,7	21 414,2	22 620,0	1 137,4	1 354,0	41 849,4	18 285,3	28 057,3	42 416,4	117 473,4	61 439,4	221 804,1	153 987,8
Participación sobre el Total Grupo Andino	5,4%	5,1%	9,7%	14,7%	0,5%	0,9%	18,9%	11,9%	12,6%	27,5%	53,0%	39,9%	100%	100%

Fuente: (OPS, 2013)

Tabla 21. Costo anualizado de emigración (millones USD) y comparación con nivel de exportaciones (millones USD FOB, 2008).

País andino	Colombia		Ecuador		Bolivia		Venezuela		Chile		Perú		Total Grupo Andino	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
Medicina (1)	3 736,5	2 672,8	1 381,6	1 459,4	52,8	64,8	2 738,4	1 188,0	892,8	1 713,3	3 542,6	2 149,8	12 344,7	9 248,1
Enfermería (2)	1 012,4	476,2	n.d.	n.d.	23,0	25,4	51,5	31,0	6 121,6	8 890,8	4 289,0	1 946,2	11 497,5	11 369,7
Total RHUS anualizado (1)+(2)	4 748,9	3 149,1	1 381,6	1 459,4	75,8	90,3	2 790,0	1 219,0	7 014,3	10 604,1	7 831,6	4 096,0	23 842,2	20 617,8
Exportaciones (FOB)	37 625,4		20 295,5		6 952,7		97 300,0		69 084,7		30 425,3		261 683,6	
Costo anualizado de emigración (como % sobre exportaciones del país)	12,6%	8,4%	6,8%	7,2%	1,1%	1,3%	2,9%	1,3%	10,2%	15,3%	25,7%	13,5%	9,1%	7,9%

Fuente: (OPS, 2013)

Así, los datos presentados permiten señalar el alto costo que representa para el país la emigración de profesionales, inclusive más allá de la pérdida que representa para el sistema de salud, explicitando además el costo económico financiero que representa para el país, llegando a alcanzar la cifra de USD 23 842 millones si la formación fue en una universidad pública y USD 20,168 millones si esta se realizó en una universidad privada (Gamero, 2010b). Estos costos son importantes, al afectar el propio desarrollo nacional y el bienestar de los ciudadanos.

5.5.2. Impacto en los sistemas de salud

El término “brain drain” o fuga de cerebros, tiene a la base una pérdida de recursos humanos calificados por los países que los forman³⁸. Esta mirada ha sido contrapuesta con una mirada de circulación de talentos o intercambio de talentos (brain circulation and brain Exchange) que apunta a enfatizar la movilidad actual y en intercambio de recursos de alta calificación (Norza, 2009; Özden and Schiff, 2006).

Desde esta perspectiva la migración amenazaría el funcionamiento de los sistemas de salud si se produce una pérdida neta del recurso humanos, considerando las esferas cuantitativas y cualitativas de esta. Lo real es que en los países andinos, aun cuando faltan datos precisos, estamos ante una pérdida neta de este personal calificado. Pero a la vez, por la naturaleza de personal calificado, el tiempo de reposición de este personal puede ser prolongado.

Otro punto a considerar es que los sistemas de salud dependen de una combinación equilibrada y en muchos casos frágil de habilidades profesionales, adecuadamente disponibles para una cobertura equitativa (Stilwell et al., 2003). Así, el análisis requiere considerar que el impacto puede ser de manera general en el sistema, pero también representar un grave problema si se desarrolla en áreas críticas de este (Núñez, 2006)

Un escenario como el anterior puede ser verificado por ejemplo en la Tabla 22 en que se muestra en el caso de Perú, la distribución de especialistas por departamento. Así, la existencia de departamentos con un número muy escaso de especialistas, generará situaciones de extrema fragilidad para el sistema de salud, que comprometen directamente la capacidad resolutive requerida.

A esto debemos agregar que el ciclo de formación en pregrado fluctúa entre 5 y 7 años y en especialización 2 a 5 años, lo que implica periodos prolongados en los que la reposición del personal perdido no podrá ser atendida por el sistema educativo local. Formar nuevamente el contingente de profesionales y especialistas puede demorar años, a menos por supuesto que se reclute personal que no ejerce (cesantes, o profesionales ocupados en otras labores) lo que presenta varias limitaciones (Martin, 2006).

³⁸The Royal Society en Reino Unido estableció el término “brain drain” con el fin de describir la emigración de científicos a los Estados Unidos de N.A. y Canadá en los años 50s y 60s del siglo pasado (Aráuz Torres and Wittchen, 2010).

Tabla 22. Dotación de médicos especialistas en 5 especialidades prioritarias en establecimientos del Ministerio de Salud y los gobiernos regionales, según departamento. Perú, 2012.

Departamento	Total	Principales Especialidades					
		Anestesiología	Cirugía General	Ginecología y Obstetricia	Medicina Interna	Pediatría	Otras Especialidades
Perú	7.066	586	677	1.007	535	1.026	3.235
Amazonas	41	6	6	7	1	6	15
Ancash	140	7	22	28	11	26	46
Apurímac	43	4	6	6	5	6	16
Arequipa	309	28	44	36	30	48	123
Ayacucho	55	8	6	14	5	7	15
Cajamarca	68	5	14	15	3	11	20
Callao	484	37	43	63	40	67	234
Cusco	191	16	24	30	17	24	80
Huancaavelica	29	6	6	4	4	5	4
Huánuco	79	12	6	21	5	10	25
Ica	211	27	34	37	26	40	47
Junín	131	13	25	22	9	13	49
La Libertad	396	40	45	68	36	60	147
Lambayeque	170	14	23	21	10	20	82
Lima 1/	4.095	306	294	505	290	587	2.113
Lima Metropolitana	3.856	283	266	457	270	555	2.025
Lima Región	239	23	28	48	20	32	88
Loreto	85	8	6	14	9	12	36
Madre de Dios	12	2	1	2		2	5
Moquegua	34	3	5	5	1	5	15
Pasco	51	6	12	14	4	8	7
Piura	130	14	13	32	6	25	40
Puno	108	8	11	27	5	13	44
San Martín	47	4	7	10	2	5	19
Tacna	79	8	11	14	8	12	26
Tumbes	29	2	7	4	4	5	7
Ucayali	49	2	6	8	4	9	20

Fuente: Observatorio Nacional de Recursos Humanos, Ministerio de Salud de Perú, 2012.

Esta situación puede reproducirse de manera equivalente en departamentos y servicios asistenciales de mayor o menor complejidad, inclusive de nivel nacional, que ven de esta manera comprometida la capacidad resolutoria del conjunto del sistema de salud. La siguiente Tabla muestra las especialidades críticas, en que se prioriza el Programa Ecuador Saludable Vuelvo por ti, impulsado por el gobierno del Ecuador (ver página 93):

Tabla 23. Especialidades con Brecha de Especialistas. Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013.

Anestesiología
Emergenciología
Fisiatría
Epidemiología
Neonatología
Terapia Intensiva
Hematología
Imagenología
Medicina Familiar
Gastroenterología
Coloproctología
Radio-oncología
Cirugía Cardiorácica

Fuente: (Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2013)

Sin embargo, la pérdida de este personal tiene otras varias implicancias, además de la pérdida de la capacidad resolutive y los graves problemas para reponer este potencial humano perdido, incluyendo la recarga laboral sobre el personal que queda con un incremento en muchos casos significativo en la carga laboral y con las consiguientes reacciones adversas expresadas en el clima organizacional. Asimismo la reasignación de responsabilidades a otros grupos ocupacionales o especialistas, con el menoscabo en la calidad de la prestación, el compromiso del proceso formativo en pre y sobre todo posgrado al ir este éxodo de la mano con la pérdida de cuadros docentes, igualmente en muchos casos difíciles de reponer.

Pero por otro lado es importante considerar que si todos los trabajadores migrantes optasen por regresar a sus países de origen, el sistema de salud, con las debilidades en muchos casos existentes, podría no ser capaz de crear los puestos de trabajo para todos ellos, ni mantenerlos en los lugares donde más se necesitan (Stilwell et al., 2003).

En un estudio realizado en el año 2006 en la región andina se exploró la percepción que existía por parte de los directivos del sector salud sobre el proceso migratorio de profesionales de la salud. Específicamente un grupo de preguntas estuvo direccionado al impacto que este tendría en el sistema nacional de salud. Los resultados mostraron un patrón homogéneo en términos generales de preocupación, con excepción de Chile, considerando el privar al país de personal altamente calificado, así como en el primer nivel de atención y comprometer la perspectivas futuras de la fuerza de trabajo (Núñez, 2006), resultados que se presentan en las siguientes figuras:

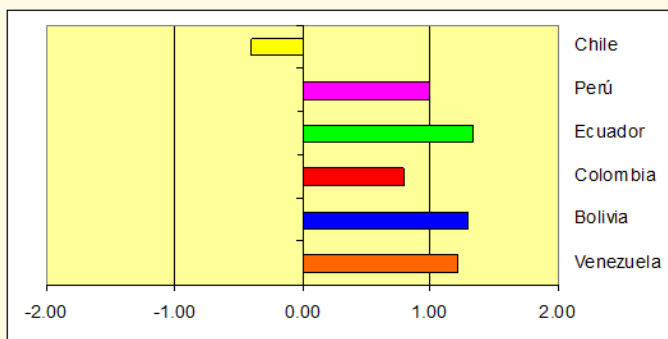


Figura 18. Percepción del impacto de la migración de profesionales de la salud en la disponibilidad de personal altamente calificado³⁹. Leyenda: -2: muy en desacuerdo; -1: en desacuerdo; 0: indiferente; 1: de acuerdo; y 2: muy de acuerdo. Fuente: Núñez, 2006.

³⁹El enunciado formulado fue: “La migración de médicos hacia el exterior es un proceso que afecta la calidad de los sistemas de salud en mi país al privar a éste de personal altamente calificado.”

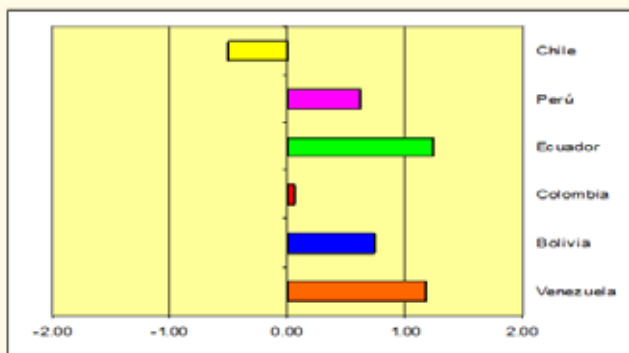


Figura 19. Percepción del impacto de la migración de profesionales de la salud en la equidad y el primer nivel de atención⁴⁰. Leyenda: -2: muy en desacuerdo; -1: en desacuerdo; 0: indiferente; 1: de acuerdo; y 2: muy de acuerdo. Fuente: Núñez, 2006.

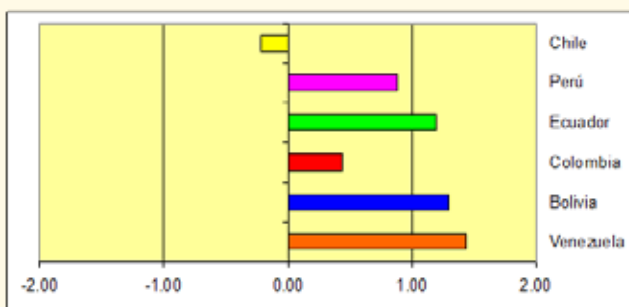


Figura 20. Percepción del impacto de la migración de profesionales de la salud en la disponibilidad futura de la fuerza de trabajo⁴¹. Leyenda: -2: muy en desacuerdo; -1: en desacuerdo; 0: indiferente; 1: de acuerdo; y 2: muy de acuerdo. Fuente: Núñez, 2006.

⁴⁰El enunciado formulado fue: “La migración de médicos hacia el exterior es un proceso que afecta la equidad del sistema de salud en mi país al privar a éste de personal especialmente en el primer nivel de atención.”

⁴¹El enunciado formulado fue: “La migración de médicos, por incidir principalmente en los médicos jóvenes y recién egresados, compromete de manera significativa las perspectivas de la fuerza de trabajo médica.”

5.6. Estrategias propuestas e iniciativas en curso

El papel crítico que tienen los mercados no implican que las instituciones tengan un papel insignificante; inclusive Amartya Sen ha llamado la atención a la cantidad de estudios empíricos que muestran que los resultados del mercado se encuentran considerablemente influenciados por las políticas públicas en materia de educación, epidemiología, protecciones legales, etc. (Sen, 2007).

La migración descontrolada de profesionales de la salud que afecta en particular a países con un déficit de este personal expresa en gran medida la ausencia o el fracaso de políticas y estrategias en el campo de los recursos humanos (Brito et al., 2011). Por ello, la respuesta requiere ser integral, e incorporar estrategias que aborden una mejora de las condiciones de trabajo, las oportunidades laborales y el desarrollo personal, especialmente de los jóvenes profesionales, estimulado su permanencia en el sistema nacional de salud (Humphries et al., 2013). Sin embargo estas estrategias requieren incorporar también consideraciones éticas en el desarrollo de estrategias, brindando un equilibrio entre ganadores y perdedores (Stilwell et al., 2003).

Más aún la magnitud y características de la situación actual sugiere que la solución a largo plazo sólo se puede encontrar al abordar el problema desde una perspectiva global - internacional; en particular, con la eliminación de la escasez de personal de salud en los países desarrollados y en desarrollo, y no principal ni necesariamente a través de políticas restrictivas (Witt, 2009).

La consulta internacional desarrollada en el año 2010, en el marco de la acción "Migración de Profesionales de la salud entre América Latina y Europa: Análisis y oportunidades para el desarrollo compartido", permitió identificar los aspectos positivos y negativos en los países de origen y de destino, según se describe en la página [Error! Marcador no definido.](#) (Sánchez Hernández, 2011). Esta consulta además permitió generar una propuesta de estrategias y acciones⁴² de cooperación en el país de origen y de destino. La propuesta de intervenciones en el país de origen es:

- Aumentar las capacidades de planificación nacional mediante la mejora de los sistemas de información, formación, y apoyo a los procesos de planificación RHS.

⁴²El estudio desagrega las estrategias y acciones según si se vinculan a elementos positivos o negativos de la migración, por país de origen o destino, pero también analizando la opinión de los participantes en el estudio sobre la relevancia y viabilidad de estas intervenciones, ver (Sánchez Hernández, 2011).

- Estudiar el “mercado” sanitario nacional, incorporando los factores desencadenantes de la emigración para diseñar intervenciones específicas.
- Dotar de fondos comunes, sostenibles y previsibles en el tiempo, para el refuerzo de los sistemas de salud de origen.
- Formalizar convenios de hermanamiento entre instituciones emisoras y receptoras que contemplen circulación y apoyo permanente.
- Becar y apoyar a estudiantes para que puedan acceder a las carreras sanitarias.
- Reforzar las redes de profesionales.
- Vincular la contratación en los países de origen a estrategias explícitas de refuerzo de las instituciones formadoras de profesionales
- Desarrollar programas de profesionalización de la fuerza de trabajo en salud que permanece, apoyando la formación continuada y el desarrollo de carrera profesional.
- Reforzar el sistema de salud basados en la APS
- Proporcionar soporte a las estrategias orientadas a mantener la accesibilidad a recursos profesionales en zonas desatendidas.
- Mejorar directamente las condiciones de trabajo.
- Desarrollar programas que hagan posible la migración circular.
- Abogar por convenios en el marco de los principios establecidos en el código y las buenas prácticas en cooperación internacional.
- Apoyar a procesos de formación en el exterior que contemplen compromisos de retorno.
- Favorecer, mediante apoyo sectorial, la distribución equitativa de los recursos humanos.
- Potenciar las acciones intersectoriales para aumentar en cantidad y calidad la fuerza de trabajo.
- Sensibilizar a la población en general y al cuerpo de profesionales en concreto, sobre el valor social que tiene la inversión de la formación en salud
- Generar compensaciones directas ante la captación de recursos.

- Llevar a cabo refuerzo presupuestario.
- Armonizar iniciativas de los distintos actores y operadores de la CI en cada contexto.
- Dificultar la contratación en origen

La propuesta de intervenciones en el país de destino es:

- Apoyar los procesos de certificación y acreditación
- Sensibilizar política y socialmente sobre los efectos derivados de la fuga de cerebros en países de origen
- Hacer viables procesos bidireccionales de migración circular, orientados a la transferencia de conocimientos y al apoyo a la especialización (becas, programas de colaboración y fomento del retorno)
- Realizar un seguimiento de la aplicación del código de buenas prácticas recientemente firmado
- Denunciar las malas prácticas y las situaciones de abuso
- Abogar en los países de destino por una contratación no discriminatoria y una firma de acuerdos entre instituciones de colaboración que generen compensación y/o reciprocidad de beneficios en el marco de valores de la cooperación
- Clarificar condiciones del ejercicio en destino y diseñar procesos de adaptación profesional y cultural
- Reforzar las asociaciones profesionales con presencia de personal migrado.
- Realizar estudios comparativos sobre las condiciones laborales en los diferentes contextos implicados
- Abogar por la contratación decente y adecuada promoviendo marcos legales que impidan la discriminación y que eliminen el dumping salarial.
- Promover la correcta planificación de RHS orientada hacia la autosuficiencia en la producción, incorporando sistemas de registro adecuados que contemplen la realidad de la migración.
- Apoyar las políticas que favorezcan la retención en origen

- Aportar una perspectiva global de los procesos migratorios de RHS
- Facilitar procesos de información activa en origen y destino sobre las verdaderas condiciones de trabajo, derechos y obligaciones.
- Promover intercambios de profesionales y de conocimientos que favorezcan la migración circular
- Enmarcar la llegada de profesionales en acuerdos específicos bi-multinacionales que contemplen la reciprocidad de beneficios y/o la implementación de mecanismos de compensación
- Apoyar los procesos de adaptación socio-laboral y competencial del profesional migrante, garantizando su inclusión en la carrera profesional adecuada a su calificación.
- Apoyar desde la CI la implementación de proyectos conjuntos (países de origen y de destino) de investigación y formación
- Evitar la contratación de profesionales de países con déficit absoluto
- Forzar la rendición de cuentas en relación a la aplicación del código de buenas prácticas.
- Promover la adopción de contenidos curriculares básicos comunes que faciliten la homologación
- Controlar a las empresas de contratación con ánimo de lucro.

La percepción de los directivos del campo de los recursos humanos sobre el impacto que tendrían las estrategias a desarrollar, en la migración de profesionales de la salud es analizada en el año 2006 , mostrándose que se percibe en un grado elevado, en particular aquellas relacionadas al desarrollo profesionales y el empleo.

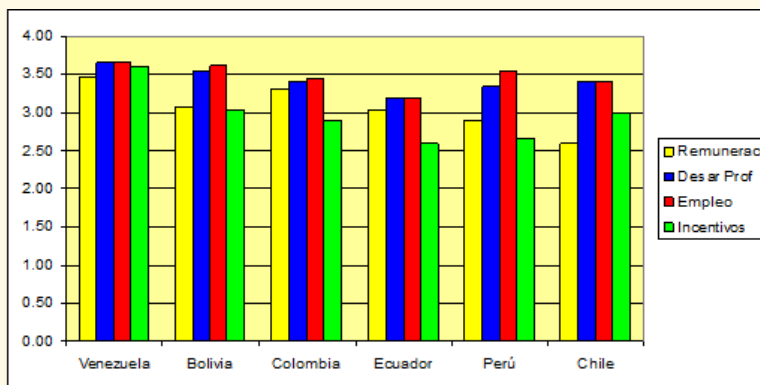


Figura 21. Percepción del impacto de estrategias para abordar los factores determinantes de la migración de profesionales⁴³. Leyenda: 0: nulo impacto; 1: poco impacto; 2: algo de impacto; 3: impacto; y 4: alto impacto. Fuente: Núñez, 2006.

Igualmente se exploró la percepción sobre la factibilidad de implementar una política común de los países andinos, encontrándose los resultados que se muestran a continuación:

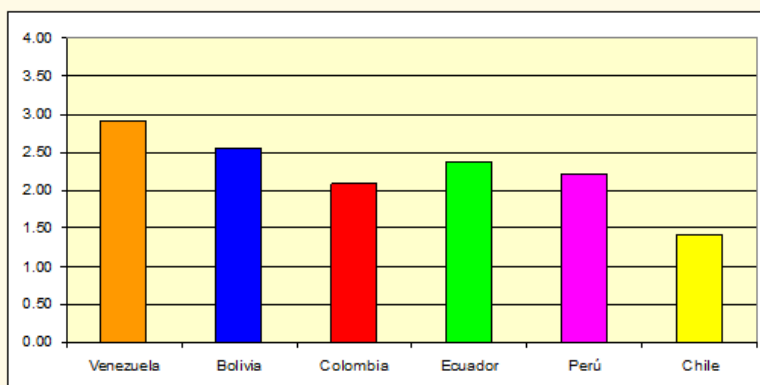


Figura 22. Percepción de la viabilidad de desarrollar una política común andina en el tema de migración de profesionales de la salud⁴⁴. Leyenda: 0: nada factible; 1: poco factible; 2: algo factible; 3: factible; y 4: muy factible. Fuente: Núñez, 2006.

⁴³El enunciado fue: "Asumiendo que se mejoren los siguientes factores de manera significativa ¿Cuál sería el impacto de estas mejoras en modular la migración de médicos al exterior?"

⁴⁴El enunciado fue: "Asumiendo que se mejoren los siguientes factores de manera significativa ¿Cuál sería el impacto de estas mejoras en modular la migración de médicos al exterior?"

Programa Ecuador Saludable Vuelvo por Ti

Es un plan conducido por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador y que promueve el retorno de los profesionales de la Salud que se encuentran en el exterior con el objetivo fundamental de cubrir los requerimientos de las áreas críticas y regiones desabastecidas en el sistema de salud.

El programa incorpora remuneraciones con bonos y beneficios, según lo que se describe en las siguientes Tablas:

Tabla 24. Remuneraciones de Profesionales de medicina – Programa Ecuador Saludable Vuelvo por Ti., 2013 – Ecuador.

Grupo Ocupacional	RMU	Beneficios de Ley IESS, Vacaciones, 13ero, 14to, Fondos de Reserva	Bonificación Geográfica (Previo análisis)	Viático de Gastos Residencia (previo análisis)	Total Mensual	Total Anual
SERVIDOR PUBLICO 13 Jefe de Servicio-Subespecialista o Doble especialista a fin al puesto	\$ 2.967,00	\$ 949,44	\$ 593,40	\$ 875,50	\$ 5.020,84	\$ 60.250,08
SERVIDOR PUBLICO 12 Médico especialista	\$ 2.641,00	\$ 845,12	\$ 528,20	\$ 795,00	\$ 4.525,32	\$ 54.303,84
SERVIDOR PUBLICO 9 Médico General con más de 5 años de experiencia	\$ 2.034,00	\$ 650,88	\$ 406,80	\$ 715,50	\$ 3.602,68	\$ 43.232,16
SERVIDOR PUBLICO 7 Médico General	\$ 1.676,00	\$ 536,32	\$ 335,20	\$ 566,00	\$ 3.113,52	\$ 36.702,24

Nota: Para Galápagos la remuneración es el doble. Fuente: (Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2013).

Los profesionales de la salud que estén dispuestos a retornar pueden además acceder a los beneficios que ofrece la Secretaría Nacional del Migrante (SENAMI) a través de su Plan Bienvenidos a Casa, y que incluyen a la propia familia. Estos mecanismos son:

- Menaje de Casa: cuenta con la exoneración de aranceles para el traslado de menaje de casa.
- Bono para la vivienda a través del Ministerio de Desarrollo Urbano para la Vivienda (MIDUVI); para la remodelación o construcción en terreno propia o bien para la adquisición de una propiedad.

Adicionalmente se consideran los siguientes beneficios:

Acceso a préstamo hipotecario para adquirir casa o departamento, préstamos de consumo otorgados por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, becas de posgrado para estudios de especialización y programas de formación continua.

Perú: retorno de médicos formados en la ELAM

El Ministerio de Salud de Perú desarrolló en los años 2012 y 2013 un importante proceso de coordinación del retorno de médicos peruanos graduados en la Escuela Latinoamericana de Medicina de Cuba⁴⁵, incorporándolos en el Programa SERUMS⁴⁶. Cabe anotar que conjuntamente con los formados en Rusia, Ucrania y Bolivia, entre otros, representaron aproximadamente 400 los médicos que retornaron al Perú. Esto como parte de una importante relación de cooperación⁴⁷. Aquellos médicos peruanos que han retornado han formado la Asociación de Médicos Peruanos Egresados de la Escuela Latinoamericana de Medicina de Cuba (AMEP-ELAM). Se estima que el número de médicos peruanos graduados en Cuba que han retornado al Perú es de alrededor de 2,000 médicos, formados con un enfoque en la Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar durante una carrera que dura 7 años. Varios de ellos han sido incorporados en proyectos de Médico de Familia en varias provincias del Perú.

Chile: Contrato de médicos extranjeros

Chile desarrollo en los años 2012 y 2013 un importante esfuerzo por atraer médicos extranjeros, incluyendo en particular españoles, a su Sistema de Salud. Sin embargo la iniciativa fue resistida por el Colegio Médico, argumentando que estos médicos no habían rendido el Examen Único Nacional de Conocimiento de Medicina (EUNACON)⁴⁸. En diciembre del 2013, la Contraloría General de la República de Chile dictaminó que es admisible contratar a médicos especialistas extranjeros, aun cuando no hayan rendido el Examen Médico Nacional (EUNACOM). Esta decisión se basó en la necesidad de especialistas, con el objetivo garantizar la prestación de servicios especialmente en áreas carentes de cobertura. Sin embargo, también dictaminó el que el Ministerio de Salud debe comprometerse a que los médicos contratados rindan el examen a la brevedad.

⁴⁵Este programa, inicialmente denominado IMAN, tuvo como antecedente la suscripción en el año 1999 de un Convenio de cooperación Perú Cuba y posteriormente un Convenio Complementario suscrito en enero de 2013

⁴⁶El SERUMS es un programa de servicio social en áreas rurales y peri-urbanas que deben cumplir todos los profesionales de la salud, con una duración DE un año y que es requisito para laborar en el sector público.

⁴⁷Cooperación que tienen como hitos los terremotos de 1970 y de 2007, con la atención de las Brigadas Médicas Cubanas “Henry Reeve” y “Wilma Espín Guillois” que laboraron en el Sur del Perú hasta el año 2012.

⁴⁸ El EUNACOM es un examen teórico-práctico de medicina general que se aplica desde el año 2009, y que es la continuación directa del Examen Médico Nacional (EMN), examen teórico que se aplicó de 2003 a 2008. El examen es encargado por el Estado a la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH), que fue responsable de la creación y administración del Examen Médico Nacional (EMN). La ley exige la obtención de un puntaje mínimo (definido por el Ministerio de Salud) para que un médico pueda: a) ser contratado en cargos médicos en los servicios de salud dependientes del Ministerio de Salud; b) ser contratado en establecimientos de salud municipal; c) otorgar prestaciones a beneficiarios FONASA en modalidad de libre elección; y d) postular a programas de especialización médica. La aprobación del EUNACOM significa la revalidación automática del título de médico obtenido en el extranjero. Aparte de los usos anteriores, definidos en la ley 20.261, ASOFAMECH considera el puntaje obtenido en el EUNACOM para seleccionar candidatos a sus programas de especialización.

Proyecto “Migraciones profesionales entre América Latina y Europa. Creación de oportunidades para el desarrollo compartido” – II Fase

En la página 39 se relató lo referido a la primera fase de este proyecto. Este proyecto tiene particular relevancia por representar la convergencia de 3 importantes instituciones con un rol diferente, pero complementario, en la agenda de recursos humanos: una entidad rectora nacional: el Ministerio de Salud Pública de Uruguay, un organismo de cooperación e integración regional, como la Organización Panamericana de la Salud, miembro del Sistema de Naciones Unidas, y una institución especializada en la gestión del conocimiento en salud pública del ámbito europeo (Escuela Andaluza de Salud Pública).

En esta segunda fase para el periodo 2013 – 2015 (ver MPDC Uruguay, 2013), a la que se ha incorporado la OMS como entidad asociada, se propone el objetivo general de contribuir a la gestión eficaz de los flujos migratorios de profesionales del área médica y de enfermería en el espacio iberoamericano y de la UE, a través del alcance del siguiente objetivo específico: Poner en práctica experiencias de gestión de flujos migratorios basadas en acuerdos bilaterales, ayudando a crear capacidad en los países de la región para el adecuado seguimiento del proceso, mejorar la gestión de los flujos migratorios, de los procesos de planificación de recursos y el conocimiento sobre las consecuencias del proceso migratorio en los sistemas de salud.

Los resultados esperados son los siguientes:

Experiencias de gestión de flujos migratorios del personal de salud desarrolladas y evaluadas.

- a. Mejorados los sistemas de información y de intercambio entre países para el seguimiento de la migración profesional.
- b. Mejorada la capacidad de planificación de recursos humanos en los ministerios de salud de la región.
- c. Mayor conocimiento sobre el impacto en los servicios de salud y las consecuencias económicas de la migración de profesionales de salud.
- d. Red Iberoamericana de Migraciones de Profesionales de Salud fortalecida.

En el marco de la acción se desarrollarán las siguientes actividades:

- a. Diseño, puesta en práctica, sistematización y socialización de las experiencias de gestión de flujos migratorios que promuevan beneficio mutuo y formulación de guías de buenas prácticas para la promoción de su aplicación en las Américas y en otras regiones OMS que puedan verse favorecidas por las mismas.
- b. Mejora de los sistemas de información e intercambio entre los países para el seguimiento de la fuerza de trabajo y del fenómeno migratorio en el sector salud.
- c. Capacitación en planificación de recursos humanos en búsqueda de la autosuficiencia, tomando en cuenta el fenómeno migratorio.
- d. Análisis del impacto de la migración de profesionales de salud en los servicios de salud en sus diferentes niveles de atención en países proveedores y de las consecuencias económicas de la misma.
- e. Fortalecimiento de la RIMPS y apoyo a la implementación de su plan de acción para la gestión responsable de las migraciones.

SEGUNDA PARTE

Sistema de Monitoreo de la migración en salud en los países andinos y Recomendaciones para el proceso de implementación

1. INTRODUCCIÓN

En la reunión realizada en el año 2011 convocada conjuntamente por el Organismo Andino de Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS-ORAS, 2011) para analizar los estudios sobre migración calificada en salud, impacto financiero y reconocimiento de títulos, se generaron las siguientes recomendaciones:

- a. Cambiar las condiciones de trabajo más allá del incremento de salarios ofertando capacitación, tecnología, puestos de trabajo seguros, elementos constitutivos de la Carrera sanitaria.
- b. Desarrollar la capacidad de los países para lograr una gestión estratégica de sus recursos humanos en salud bajo la rectoría de los Ministerios de Salud Pública.
- c. Impulsar y fortalecer los ámbitos de la gestión de la educación integrando la formación y la educación en el trabajo para el logro de las metas de los sistemas de salud y las necesidades de la población andina.
- d. Avanzar en el logro de los cambios estructurales que permitan un mayor desarrollo de los países de origen no solo en términos de lucha contra la pobreza y la inequidad, sino en el mejoramiento de los sistemas de justicia, la estabilidad política y el cumplimiento de los derechos humanos.
- e. Diseñar una política sobre migración calificada con la participación de países receptores y de origen que preserve los derechos al trabajo digno, la libre movilidad y la no lesión de los países de origen por el alto costo de inversión.
- f. Avanzar en los procesos de acercamiento en aspectos críticos de sistemas educativos: acreditación, sistemas de créditos, perfiles, y competencias profesionales básicas, como pasos previos a la homologación de títulos.

Posteriormente, en noviembre del 2012, las Ministras y Ministros de Salud de los países andinos agrupados en el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, aprobaron el nuevo Plan Estratégico 2013 – 2017 del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (REMSAA, 2012a). El Objetivo 4 de este Plan señala el “Establecer políticas para el desarrollo y gestión integral de Recursos Humanos en

Salud". Asimismo, en esta misma Reunión se aprobó la Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos en Salud (REMSAA, 2012b), la que en su 3ª línea estratégica correspondiente al "Fortalecimiento de la capacidad de planificación para disminuir la brecha de recursos humanos, incluyendo la gestión de la migración" señala como Política el:

c.4. Desarrollar, colaborativamente entre los países de la Subregión Andina, sistemas de monitoreo, reclutamiento y retención para afrontar la migración del personal de salud, conformes con los principios del Código Ético Internacional de Contrataciones de Personal de Salud."

Más aún, el Plan de la Política Andina de Recursos Humanos señala dos actividades concretas:

c.4.1. Elaboración, validación e implementación de sistema de monitoreo de la migración.

La presente propuesta se enmarca en este mandato, y procura generar una propuesta inicial de Sistema de Monitoreo de la migración en salud en los países andinos.

2. MARCO CONCEPTUAL

Se establecen las siguientes definiciones:

- Sistema de monitoreo: conjunto de unidades nacionales y subregionales, procesos procedimientos e instrumentos coherentemente organizados, enlazados y funcionando para proveer información actualizada, oportuna y confiable. El sistema incluye los procesos de recopilación, sistematización, análisis y formulación de propuestas.
- Monitoreo⁴⁹: Proceso continuo de recolección sistemática de datos sobre indicadores específicos, seleccionados con la intención de que provean de información para evaluar la situación, las tendencias, los factores concurrentes y el impacto que tiene la migración de profesionales de la salud. Se aborda en el caso de la migración el proceso desde una perspectiva multidimensional.

⁴⁹Se asume la definición de seguimiento establecida en Poz, 2009.

- **Indicador:** parámetro que indica un determinado estado, ofrece información sobre él o lo describe. Suele estar representado por un dato correspondiente a un momento, un lugar u otras características determinadas.
- **Datos:** característica o información, a menudo numérica, que se recopila mediante la observación. Pueden considerarse información representada físicamente de una manera adecuada para ser procesada, analizada, interpretada y comunicada.

El enfoque asumido tiene como punto de partida el considerar que el proceso de migración de profesionales de la salud se da en un escenario dado por determinantes sociales y sanitarios existentes en el sistema de salud. Este escenario marco ha de ser monitoreado por el Observatorio Andino de Sistemas Universales de Salud, propuesto por las Ministras y Ministros de Salud.

Un segundo escenario es el determinado en el campo de los recursos humanos, en el que los determinantes vinculados a rectoría y conducción, gestión del trabajo y gestión de capacidades inciden directamente en el proceso migratorio, determinando los componentes de planificación y gobernanza de la migración, el perfil y la dimensión de los flujos migratorios y finalmente el impacto que estos tienen tanto en el campo de los recursos humanos (incluyendo a los propios migrantes), como en el sistema de salud. Este escenario es el objeto de estudio del Sistema Andino de Migración de Profesionales de la salud, tal como se muestra en la siguiente figura.

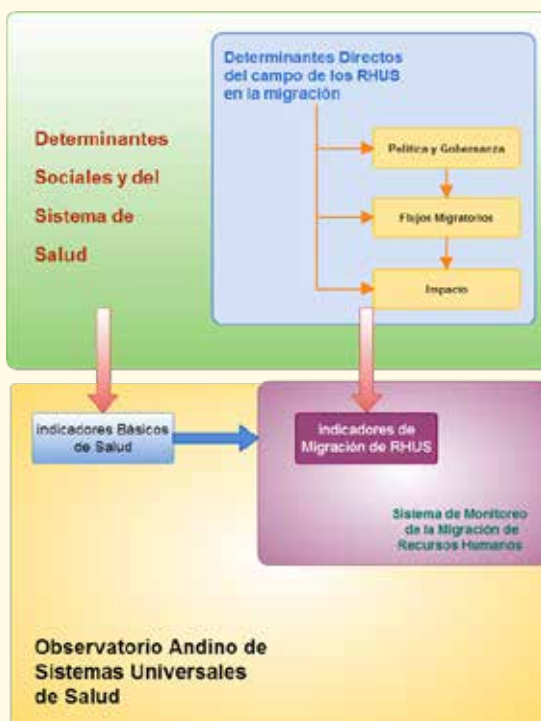


Figura 23. Marco conceptual del Sistema Andino de Migración de Recursos Humanos de Salud.

3. PROPUESTA DE INDICADORES DEL SISTEMA DE MONITOREO

Los siguientes indicadores están agrupadas en componentes y dimensiones vinculadas con la migración de profesionales de la salud. Los criterios en su elección han sido:

- Relevancia en la construcción de estrategias de intervención.
- Pertinencia al proceso migratorio.
- Disponibilidad de los datos.

Consideraciones técnicas generales

- El ámbito de aplicación de estos indicadores incluye a los profesionales de medicina y enfermería y deben ser presentados en forma desagregada, salvo que se enuncie lo contrario.
- Los datos son agregados nacionalmente e incluyen en los casos en que es posible al conjunto del sector salud.
- Los datos a recoger corresponden a un corte transversal al momento de la medición, salvo en los casos en que se explicita al año previo a la medición.
- Las especialidades prioritarias a explorar son: medicina interna, gineco-obstetricia, pediatría, cirugía general, neurocirugía, radiología, oftalmología, anestesiología, cirugía cardiovascular, neonatología, y otros que se consideren necesarios.

Dimensión 1: Política y gobernanza

Componente 1.1. Definición de políticas y estrategias en migración de recursos humanos

- **Indicador 1:** Grado de implementación del Código de Prácticas de la OMS

Se requiere un instrumento cualitativo de medición de avance, que incluya aprobación nacional, plan de implementación, monitoreo de avance, entre otros puntos.

- **Indicador 2:** Grado de avance en la gestión de la migración.

Se requiere un instrumento cualitativo de medición que incluya la generación de datos e información, documentos técnicos, programas, normas legales, entre otros.

Componente 1.1. Sistema de información - Disponibilidad de profesionales

- Indicador 3: Número de profesionales en el sistema nacional de salud.
- Indicador 4: Número de profesionales por 10000 hab.
- Indicador 5: Número de médicos especialistas por 10,000 hab.

Dimensión 2: Determinantes

Componente 2.1. Formación de Pregrado

- Indicador 6: Número de egresados de las facultades de medicina y enfermería.

Componente 2.2. Oportunidades de desarrollo personal

- Indicador 7: Remuneración de un profesional que ingresa al sistema de salud.

Componente 2.3. Oportunidad de desarrollo laboral y profesional

- Indicador 8: Porcentaje de ocupación de profesionales de la salud.
- Indicador 9: Porcentaje de médicos que alcanzan vacante en los procesos de admisión a estudios de segunda especialización.

Componente 2.4. Procesos de reclutamiento activom

- Indicador 10: Número y relación de agencias de preparación y reclutamiento activo de profesionales de la salud.

Dimensión 3: Flujo migratorio⁵⁰

Componente 3.1. Ámbito andino

- Indicador 11: Número total de profesionales graduados en el extranjero que se encuentran habilitados para el ejercicio profesional en el país.
- Indicador 12: Número de profesionales graduados en el extranjero que han sido habilitados para el ejercicio profesional en el año previo.

⁵⁰La premisa que está en la base de esta propuesta, es que la medición de flujos migratorios es más accesible, confiable y precisa en el lugar de destino, que en el de origen, sin descartar este último lugar como fuente de información.

- Indicador 13: Número de profesionales graduados en el extranjero que han obtenido la revalidación del título en el país en el año previo.
- Indicador 14: Número de profesionales graduados en el extranjero que han obtenido la revalidación del título en el país.
- Indicador 15: Número de profesionales que han emigrado y no registrado retorno.

Componente 3.2. Ámbito externo (MERCOSUR, Unión Europea y Estados Unidos de N.A.)

- Indicador 16: Número de profesionales graduados en países andinos que se han presentado para estudios de especialización.
- Indicador 17: Número de profesionales graduados en países andinos que han sido habilitados para el ejercicio profesional.

Dimensión 4: Impacto

Componente 4.1. Impacto en la disponibilidad de personal de salud

- Indicador 18: Tasa de profesionales extranjeros ejerciendo en el país, según nivel de atención.

Componente 4.2. Impacto en la disponibilidad de personal de salud

- Indicador 19: Costo total de emigración de profesionales que migran al extranjero.
- Indicador 20: Costo total de la emigración de profesionales como % del PBI.

4. RECOMENDACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN

En el proceso de implementación del sistema de monitoreo es importante considerar una primera fase, “fase 0”, representada por el respaldo político que requiere el sistema y que está inicialmente por los acuerdos que sustentan el Plan Estratégico del Organismo Andino de Salud (REMSAA, 2012a) y la correspondiente Política Andina de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos (REMSAA, 2012b). Sin embargo, ha de considerarse la necesidad de que el sistema en sí, incluyendo los indicadores definidos, sea aprobado también por las Ministras y Ministros de Salud.

Las 7 fases directamente concernientes al desarrollo del sistema de monitoreo se muestran a continuación:

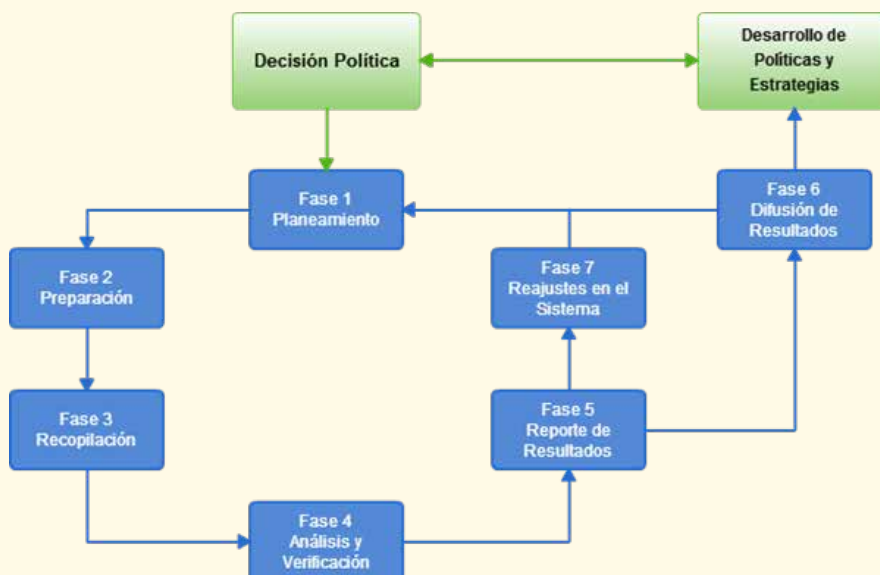


Figura 24. Fases de desarrollo del Sistema de Monitoreo de la Migración de Recursos Humanos – Región Andina.

Fase previa: definición de indicadores y validación del sistema

Una fase previa requerida para el desarrollo del sistema de monitoreo es la de validar y definir este, por el Grupo Técnico de Recursos Humanos, y en el alto nivel por las Ministras y Ministros de Salud. Así se propone los siguientes pasos para este proceso de validación:

Pasos	Semanas														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Distribución de Propuesta Documento inicial (versión 1).															
Presentación de Propuesta, aportes iniciales (Reunión presencial del Grupo Técnico RHUS).															
Elaboración y distribución de (Versión 2).															
Presentación de aportes por Ministerios de Salud.															
Elaboración de documentos con aportes (versión 3).															
Aprobación de documento por el Grupo Técnico RHUS (versión 4) en reunión virtual.															
Presentación de documento y aprobación en REMSAA de versión final.															

Fases en la implementación del sistema de monitoreo

Fase 1: planeamiento

Acciones

- Decidir los objetivos generales del sistema, los indicadores y la frecuencia con que se recopilarán la frecuencia con que hay que recopilar la información. Identificar las posibles fuentes de información.
- Definir y prever el presupuesto requerido.
- Definir responsabilidades en la operación del sistema.

Duración: 3 meses

Fase 2: preparación

- Diseñar y validar los instrumentos técnicos de recopilación y análisis del sistema.
- Desarrollar el soporte informático para la recopilación y sistematización de la información.
- Capacitar técnicamente al personal responsable de la recopilación de la información.
- Realizar las coordinaciones inter-institucionales e intra-institucionales, generar las directivas y mecanismos administrativos y las directa nivel nacional y subregional requeridos para la operación.

Duración: 3 meses

Fase 3: recopilación

- Recojo de la información con la frecuencia establecida, incorporando una práctica rutinaria.
- Monitoreo del proceso.

Duración: 2 meses

Fase 4: análisis y verificación

- Análisis de la información recopilada integrando los indicadores básicos de salud, establecidos por la REMSAA.
- Identificar los cambios en los flujos migratorios y su impacto en los países andinos, así como proponer posibles acciones e intervenciones a desarrollar.
- Identificar datos susceptibles de revisión y verificación.
- Identificar sesgos sistemáticos o no, en la recopilación de la información y proponer posibles acciones.

Duración: 2 meses

Fase 5: reporte de resultados

- Documentar la información y los hallazgos.
- Promover y desarrollar espacios de análisis en los ámbitos nacionales y andino para el análisis de los resultados e implicancias de los mismos.
- Proponer el desarrollo de estudios en profundidad sobre determinados puntos específicos que requieren un mayor nivel de conocimiento.

Duración: 2 meses

Fase 6: uso de resultados

Empleo de los resultados para el desarrollo y reajuste de políticas y estrategias nacionales y de alcance andino.

Duración: continuo

Fase 7: reajustes en el sistema

Revisión de los componentes del sistema y reajuste en los aspectos técnicos y operativos.

Duración: 3 meses

BIBLIOGRAFÍA

Acosta, A. (2006). La migración en el Ecuador: oportunidades y amenazas (Quito: Centro Andino de Estudios Internacionales, Universidad Andina Simón Bolívar : Corporación Editora Nacional).

Altamirano, T. (1996). Migración - El Fenómeno del Siglo (Lima: Fondo Editorial PUCP).

ANF (2011). International recruitment of nurses and midwives, Aprobado en 1998, revisado y aprobado en 2011.

Aráuz Torres, M.A., and Wittchen, U. (2010). Brain Drain across the Globe: Country Case Studies.

Arroyo, J. (2008). Estudio del Perfil de las Unidades de Recursos Humanos de los Ministerios de Salud de América Latina y el Caribe.

Babio Pereira, G. (2011). Migraciones profesionales LA-UE: oportunidades para el desarrollo compartido : buenas prácticas en la regulación del reclutamiento internacional de trabajadores sanitarios y para la distribución equitativa de fuerza laboral de salud ([S.l.: G. Babio).

Blacklock, C., Heneghan, C., Mant, D., and Ward, A.M. (2012). Effect of UK policy on medical migration: a time series analysis of physician registration data. *Hum. Resour. Health* 10, 35.

Brettell, C., and Hollifield, J.F. (2000). *Migration theory: talking across disciplines* (New York: Routledge).

Brito, P., Barria, M.S., Mercer, H., Navarro, P., Martinez, J.I., and Davini, C. (2011). Planificación de Recursos Humanos en Salud. Acción "Migración Prof. Salud Entre América Lat.

Butler, K.D. (2001). Defining Diaspora, Refining a Discourse. *Diaspora J. Transnatl. Stud.* 10, 189–219.

Carrasco Dájer, C. (2010). Programa de Retorno de Médicos Residentes en Chile -Consultoría para obtener las bases científicas a fin de realizar un programa de retorno de personal de salud residente en Chile (Quito).

Castellanos, J. (2010). Recopilación, análisis y sistematización de normas e instrumentos administrativos, con prioridad en medicina y enfermería (formación y práctica profesional).

CEPAL (2006). Cuatro temas centrales en torno a la migración internacional, derechos humanos y desarrollo.

CEPAL (2010). Debates sobre las nuevas tendencias de la migración internacional y los enfoques para comprenderlas. In *Migración Internacional En América Latina Y El Caribe*,.

Chang, C. (2010). Discurso de Posesión como Secretaria Ejecutiva del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unánue.

Cohen, R. (1997). *Global diasporas: an introduction* (Seattle: University of Washington Press).

Commonwealth Health Ministers (2003). *Commonwealth Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers*.

Comunidad Andina (2003). Decisión 545 - Instrumento Andino de Migración Laboral.

Comunidad Andina (2004). Decisión 583 - Instrumento Andino de Seguridad Social.

Comunidad Andina (2011). Decisión 755 - Sistema de Información Estadística sobre las Migraciones en la Comunidad Andina.

Convenio Andrés Bello (1990). *Tratado de la Organización del Convenio Andrés Bello de Integración Educativa, Científica, Tecnológica y Cultural*.

Dumont, J.C., and Meyer, J.B. (2004). The international mobility of health professionals: An evaluation and analysis based. Part III. OECD. In *Trends in International Migration:: SOPEMI 2003*, p. 128.

Edge, J.S., and Hoffman, S.J. (2013). Empirical impact evaluation of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel in Australia, Canada, UK and USA. *Glob. Health* 9:60.

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z.A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., et al. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 376, 1923–1958.

Gamero, J. (2010a). Reclutamiento y migración de recursos humanos de la salud.

Gamero, J. (2010b). Impacto financiero de la emigración de médicos y enfermeras del Área Andina - Un ejercicio de consolidación de documentos país (Lima: Organización Panamericana de la Salud).

Germaná, C., Meneses, M., Valencia, I., and Samamé, D. (2005). La migración internacional: el caso peruano (Lima: Fondo Editorial de la Facultad de Ciencias Sociales, UNMSM).

Van Hear, N. (1998). *New diasporas: the mass exodus, dispersal and regrouping of migrant communities* (Seattle, Wash: University of Washington Press).

HSBC (2013). *How countries compare - Expat Explorer Survey - world's largest expat survey from HSBC Expat*.

Humphries, N., Tyrrell, E., McAleese, S., Bidwell, P., Thomas, S., Normand, C., and Brugha, R. (2013). A cycle of brain gain, waste and drain-a qualitative study of non-EU migrant doctors in Ireland. *Hum. Resour. Health* 11, 63.

ICN (2007). *Ethical nurse recruitment: Position Statement*.

Irish Minister for Health and Children (2001). *The nursing and midwifery resource: guidance for best practice on the recruitment of overseas nurses and midwives* (Dublin: Nursing Policy Division, Dept. of Health and Children).

Jack, W. (2010). *Incentives and dynamics in the Ethiopian health worker labor market* (Washington, D.C: World Bank, Africa Region Human Development Department).

Kapur, D. (2005). *Give us your best and brightest: the global hunt for talent and its impact on the developing world* (Washington, D.C: Center for Global Development).

Kirigia, J.M., Gbary, A.R., Muthuri, L.K., Nyoni, J., and Seddoh, A. (2006). The cost of health professionals' brain drain in Kenya. *BMC Health Serv. Res.* 6, 89.

Lemiere, C. (2011). *Reducing geographical imbalances of the distribution of health workers in Sub-Saharan Africa: a labor market angle on what works, what does not, and why* (Washington, D.C: World Bank).

Leone, C., Conceição, C., and Dussault, G. (2013). Trends of cross-border mobility of physicians and nurses between Portugal and Spain. *Hum. Resour. Health* 11, 36.

Martin, P.L. (2006). *Managing labor migration in the twenty-first century* (New Haven: Yale University Press).

Martínez, J.I., Pando Letona, A., and Hernández, S.S. (2011). Migraciones profesionales LA-UE. Oportunidades para el desarrollo compartido.

Medicos Mundi (2013). Claves para la transformación de los sistemas de salud en América Latina. Bolivia, Guatemala y Perú. Tres experiencias, una sola acción integral e incluyente en atención primaria de la salud.

Ministerio de Salud Pública Ecuador (2013). Programa Ecuador Saludable Vuelvo por Ti.

Ministers of Health for Pacific Island Countries (2007). Pacific Code of Practice for Recruitment of Health Workers. Port Vila, Vanuatu: Seventh Meeting of Ministers of Health for Pacific Island Countries.

MPDC Uruguay (2013). Migraciones Profesionales - Desarrollo Compartido.

Mullan, F. (2005). The metrics of the physician brain drain. N. Engl. J. Med. 353, 1810–1818.

Naciones Unidas (2013). Asamblea General - Diálogo de Alto Nivel sobre la Migración Internacional y el Desarrollo.

Norza, P. (2009). Emigración de Recursos Humanos Calificados y sus Consecuencias Económicas y Sociales para el Desarrollo de ALC.

Novick, M. (2006). Desafíos de la Gestión de los Recursos Humanos en Salud: 2005 - 2015 (Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud).

Núñez, M. (2006). Migración de recursos humanos en salud: Subregión Andina (Lima: Organización Panamericana de la Salud; Red Andina de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina).

OIM (2013). Informe Sobre las Migraciones en el Mundo 2013 El Bienestar De Los Migrantes Y El Desarrollo. (Organización Internacional para las Migraciones).

Okeke, E.N. (2013). Brain drain: Do economic conditions “push” doctors out of developing countries? Soc. Sci. Med. 1982 98, 169–178.

OMS (2006). Informe Mundial de la Salud 2006: Colaboremos por la salud. (Ginebra: Organización Mundial de la Salud).

OMS (2010). Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud.

OMS (2013). Personal de salud: adelantos en las respuestas a la escasez y la migración y preparación ante las nuevas necesidades. 66a Asamblea Mundial de la Salud - A66/25.

OMS/OPS (2006). La migración del personal de salud en la región de las Américas, situación, perspectivas y sugerencias para la acción. VIII Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de salud. Ministerio de Salud de Uruguay, OMS y OPS, Uruguay.

OMS/OPS - CE - OSE - EASP (2010). Migraciones profesionales LA/UE - oportunidades para el desarrollo compartido. Estudio de caso de los países andinos Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela.

OPS (2005). Llamado a la Acción de Toronto 2006 - 2015 - Hacia una Década de Recursos Humanos en Salud.

OPS (2013). Migración calificada en salud, impacto financiero, reconocimiento de títulos: retos en los países de la región andina (Lima: Organización Mundial de la Salud).

OPS-ORAS (2011). Informe de la Reunión "Migración Calificada de los Recursos Humanos de la Salud en la Subregión Andina."

Organización Panamericana de la Salud (2007). 27a Conferencia Panamericana de la Salud - 59a Sesión del Comité Regional - Metas Regionales en Materia de Recursos Humanos.

Organización Panamericana de la Salud (2009). Reunión Andina - Migración de los Profesionales de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud (2013a). Manual de Medición de las Metas Regionales en Recursos Humanos en Salud - Segunda Medición 2013 para los países de las Américas.

Organización Panamericana de la Salud (2013b). Mapa de densidad de recursos humanos en salud por cada 10 mil habitantes.

Özden, C., and Schiff, M.W. (2006). International migration, remittances, and brain drain (Washington, DC: World Bank : Palgrave Macmillan).

Padilla, M. (2009). Informe de la Reunión Andina: Migración de Profesionales de la Salud.

Panfichi, A. (2007). Aula magna: migraciones internacionales (Peru: Fondo Editorial PUCP).

PNUD (2013). Informe sobre desarrollo humano 2013: el ascenso del Sur : el progreso humano en un mundo diverso. (New York, NY: PNUD).

Poz, M.R.D. (2009). Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud: con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos (Ginebra: Organización Mundial de la Salud).

REMSAA (2012a). Resolución REMSAA XXXIII/483 - Plan Estratégico 2013 - 2017 del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue y Plan Operativo 2013.

REMSAA (2012b). Resolución REMSAA XXXIII/474 - Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos en Salud.

Rigoli, F., Rocha, C.F., and Foster, A.A. (2005). Desafíos Críticos de los Recursos Humanos en Salud: Una visión integral. Rev Lat.-Am Enferm. online: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/es_v14n1a02.pdf.

Riitta, L., and Kolehmainen, A. (2010). Planificación de la fuerza laboral de profesionales de medicina y enfermería en una selección de países europeos: Francia, Alemania, España, Suecia y Reino Unido: migraciones profesionales LA-UE, oportunidades para el desarrollo compartido (Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2010).

RIMPS (2011). IV Encuentro Iberoamericano de Migración de Profesionales de la Salud.

Sacoto, F., and Ordoñez, G. (2007). Estudio de Migración de Médicos Ecuatorianos a Chile.

Sánchez Hernández, S., Cantos Vicent, Raquel, Martínez Millán, Juan Ignacio (2011). Migraciones profesionales LA-UE, oportunidades para el desarrollo compartido. El papel de las agencias de cooperación para el desarrollo ante las migraciones de profesionales de la salud. (Granada).

Sen, A. (2007). Primero la gente: una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado (Bilbao: Ediciones Deusto).

Stilwell, B., Diallo, K., Zurn, P., Dal Poz, M.R., Adams, O., and Buchan, J. (2003). Developing evidence-based ethical policies on the migration of health workers: conceptual and practical challenges. Hum. Resour. Health 1, 8.

Torrey, E.F., and Torrey, B.B. (2012). The US Distribution of Physicians from Lower Income Countries. PLoS ONE 7, e33076.

UK Department of Health (2004). UK Code of Practice for international recruitment .

Velazco, M. (2008). Magnitud y flujos de la migración calificada de personal de salud en la Región andina - Estudio Multicéntrico: Migración Calificada en la Subregión Andina.

Velazco, M. (2010). Migraciones de Profesionales: Oportunidades para el Desarrollo Compartido (Quito: Organización Panamericana de la Salud).

Vujcic, M., Zurn, P., Diallo, K., Adams, O., and Dal Poz, M.R. (2004). The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries. *Hum. Resour. Health* 2, 3.

WFPHA (2005). Ethical restrictions on international recruitment of health professionals from low-income countries.

WHO - GHWA (2013). The Recife Political Declaration on Human Resources for Health: renewed commitments towards universal health coverage.

Witt, J. (2009). Addressing the Migration of Health Professionals: The Role of Working Conditions and Educational Placements. *BMC Public Health* 9, S7.

WMA (2003). WMA statement on ethical guidelines for the international recruitment of physicians.

WONCA (2002). A Code of Practice for the International Recruitment of Health Care Professionals: THE MELBOURNE MANIFESTO.



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

ORGANISMO REGIONAL PARA LAS Américas