

MIGRACIÓN CALIFICADA EN SALUD, IMPACTO FINANCIERO, RECONOCIMIENTO DE TÍTULOS



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



**RETOS Y PERSPECTIVAS
EN LOS PAÍSES DE LA REGIÓN ANDINA**

MIGRACIÓN CALIFICADA EN SALUD, IMPACTO FINANCIERO, RECONOCIMIENTO DE TÍTULOS

RETOS Y PERSPECTIVAS EN LOS PAÍSES DE LA REGIÓN ANDINA



**Organización
Panamericana
de la Salud**

*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*



110.º ANIVERSARIO

Catalogación hecha por la Biblioteca de la Organización Panamericana de la Salud

Migración calificada en salud, impacto financiero, reconocimiento de títulos: retos y perspectiva en los países de la región andina / Organización Panamericana de la Salud. Lima: OPS, 2013

210 p.

RECURSOS HUMANOS EN SALUD / MIGRACION / MIGRACION INTERNACIONAL

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2013-02489

ISBN: 978-9972-222-28-3

**Migración Calificada en Salud, Impacto Financiero, Reconocimiento de Títulos:
Retos y Perspectivas en los Países de la Región Andina**

© Organización Panamericana de Salud
Los Pinos 251, Urb. Camacho, La Molina - Lima 12, Perú
Teléfono: (511) 319-5700

Primera edición: febrero 2013

Tiraje: 1000 ejemplares

Diseño e impresión: SINCO editores SAC

Jr. Huaraz 449 - Breña

Telf: 433-5974

sincoeditores@yahoo.com

Impreso en Perú, febrero 2013

Coordinación general: Organización Panamericana de la Salud - Subregión Andina

Mónica Padilla, Asesora de Recursos Humanos en Salud. OPS/OMS, Área Subregional Andina

Norbert Dreesch, Asesor de Recursos Humanos en Salud. OPS/OMS, Área Subregional Andina

Coordinación técnica:

Migración Calificada en Salud

Margarita Velasco, Fundación Observatorio Social del Ecuador, FOSE

Impacto Financiero-Económico de las Migraciones

Julio Gamero, Perú

Reconocimiento de Equivalencia de Títulos (Homologación)

Jorge Castellanos Robayo, Colombia

Equipo Central de Investigación en Ecuador, FOSE

Soledad Álvarez

Alexandra Escobar

César Chalén

Fernando Carrasco

Consolidación final de este documento:

Jorge Castellanos Robayo, Colombia

Yelitza Rubio González, Colombia

Equipos nacionales de investigación:

Bolivia

Myriam Gamboa, Ministerio de Salud

Leopold Montecinos, Consultor Nacional

Hugo Rivera, Consultor Nacional de RHUS, OPS/OMS

Colombia

Luis Carlos Ortiz, Director Desarrollo de Talento Humano en Salud, Ministerio de Salud y Protección Social

Alexandra Matallana Consultora Nacional, Componente Migración Calificada

Yelitza Rubio González, Ministerio de Salud y Protección Social

Gerardo Alfaro, Asesor Sistemas y Servicios de Salud en Colombia, Proyecto RHUS Representación OPS/OMS

Oswaldo Salgado, Asesor Sistemas y Servicios de Salud en Colombia, Proyecto RHUS Representación OPS/OMS

Chile

Verónica Bustos, Ministerio de Salud

Mauricio Feliu, Ministerio de Salud

Carlos Becerra, Consultor Nacional Componente Migración Calificada

Julio Suárez, Consultor en Sistemas y Servicios de Salud, OPS/OMS

Ecuador

Rocío Segovia, Consultora Nacional Componente de Migración Calificada

Cristina Merino, Consultora Nacional de RHUS, OPS/OMS

Perú

Manuel Núñez, Director de Recursos Humanos, Ministerio de Salud

Giovanni Escalante, Consultor Nacional de RHUS, OPS/OMS

Amado Rodríguez, Consultor Nacional componentes de migración calificada del país

Catalina Tenorio, Consultor Nacional componentes de migración calificada del país

Marco Ramírez, Consultor Nacional OPS/OMS

Venezuela

Raquel Mata, Ministerio del Poder Popular para la Salud

Luisa Castillo, Directora de investigación

Tulia Hernández, Consultora Nacional Componentes de Migración Calificada

Víctor Zamora, Asesor Internacional en Sistemas y Servicios de Salud, OPS/OMS

España

Helena Sanabria, Consultora Proyecto Migración Calificada en Salud. España

Diego Falconí, Consultor Proyecto Migración Calificada en Salud

Escuela Andaluza de Salud Pública - EASP:

Silvia Sánchez, EASP

Maritxu Pando Letona, EASP

Organismo Andino de Salud, Convenio Hipólito Unanue ORAS-CONHU

Patricio Yépez, Organismo Andino de Salud, Convenio Hipólito Unanue ORAS-CONHU

Ricardo Cañizares, Organismo Andino de Salud, Convenio Hipólito Unanue ORAS-CONHU

Revisión final

Benjamín Puertas, Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS

Ricardo Cañizares, Organismo Andino de Salud, Convenio Hipólito Unanue ORAS-CONHU

* Varias de las autoridades y consultores mencionados en esta sección, corresponden a la época cuando se realizó el estudio; a la fecha de publicación ya no ocupan dichos cargos.

CONTENIDO



Prólogo	11
Presentación	15
Resumen ejecutivo	19
Antecedentes	29
Migraciones de profesionales, oportunidades para el desarrollo compartido. Comunidad Europea - Región Andina 2010	35
Introducción	36
Metodología	37
Limitaciones del estudio y reflexiones pendientes	40
Marco conceptual	41
- Las migraciones internacionales en el actual contexto de la desigual integración capitalista global	41
- El mapa migratorio latinoamericano	43
- La migración calificada de latinoamericanos en el escenario global	48
- Perspectivas teóricas para analizar la migración calificada	50
- Factores que determinan o contribuyen a la migración calificada	52
Principales hallazgos	54
- Aspectos generales de la migración de profesionales de salud	55
- Una mirada a la inmigración contemporánea en la Unión Europea	58
- Médicos y enfermeras latinoamericanos en España	60
- Características de los y las profesionales de salud migrantes en España	62
- Emigrantes en destino	62
- Emigrantes que retornaron	67
- Estudiantes con intención de migrar	70
Respuesta estatal a la migración profesional calificada	71
- Flujo y magnitud de la migración calificada en salud	71
- Sistemas de información en salud	72
- Planificación de Recursos Humanos en salud en países andinos	75

- Dotación de personal de salud	76
- Los planes de estudio de médicos y enfermeras	76
Recomendaciones de los encuestados	77
- Acciones recomendadas en el orden nacional	78
- Acciones recomendadas en el orden internacional	80
Recomendaciones de los investigadores	80
- Propuesta para el Sistema de Información de la Migración Calificada en Salud en el área andina	80
Conclusiones	86
Impacto financiero de la emigración de médicos y enfermeras del área andina	91
Introducción	92
Síntesis de la discusión	93
Costos de la migración de Recursos Humanos de la Salud (RHUS)	94
Medición del costo económico	96
Consolidación de los datos regionales	103
Estimación del impacto financiero sobre las exportaciones	106
Conclusiones	116
Reconocimiento de equivalencia académica de títulos y su convalidación para el ejercicio profesional	121
Introducción	122
Antecedentes en el reconocimiento de títulos	123
- Orígenes e instrumentación inicial	123
- Tratados, convenios y acuerdos multilaterales	123
Evolución de los convenios en el contexto de la globalización	126
Situación actual de los procesos de reconocimiento de títulos	127
- Motivaciones	128
- Actores institucionales que intervienen en el proceso de reconocimiento de títulos: roles y funciones	130
- Normas y trámites en el reconocimiento de títulos	132
- Denominaciones utilizadas en el proceso de reconocimiento de títulos	137
Conclusiones	151
Recomendaciones	155

Perspectivas y propuestas de líneas de acción	159
Análisis de resultados y reflexión sobre líneas de acción	159
Conclusiones y recomendaciones de la Reunión - Taller	175
Anexo: Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud	187
Referencias bibliográficas	197
Bibliografía	201

ÍNDICE DE CUADROS



Cuadro 1		
	RHUS: Número anualizado de médicos y enfermeras migrantes	104
Cuadro 2		
	RHUS: Costos de formación profesional por alumno (en USD)	108
Cuadro 3		
	RHUS: Tasas de retorno de la formación profesional por tipo de universidad	109
Cuadro 4		
	RHUS: Costo acumulado por emigración (en millones de USD)	110
Cuadro 5		
	RHUS: Costo anualizado de emigración (en millones de USD y % respecto del Grupo Andino)	111
Cuadro 6		
	RHUS: Costo anualizado de emigración (en millones de USD) y comparación con nivel de exportaciones (en millones de USD FOB, 2008)	112
Cuadro 7		
	RHUS: Valor presente neto (en millones de USD) y comparación con el PBI corriente (en millones de USD, 2008)	114
Cuadro 8		
	El Reconocimiento de títulos profesionales en salud en países del área andina. Marco legal, actores institucionales e instancias operativas. Síntesis, septiembre 2010	135
Cuadro 9		
	Solicitudes en España de homologación del título de medicina por nacionales de países del área andina. Período 2002-2009	147
Cuadro 10		
	Solicitudes en España de homologación del título de enfermería por nacionales de países del área andina. Período 2002-2009	148
Cuadro 11		
	RHUS: Número anualizado de médicos y enfermeras migrantes	168

ÍNDICE DE GRÁFICOS



Gráfico 1	Dinámica del sistema de información sugerido	84
Gráfico 2	Promedio anual de médicos migrantes por país (porcentaje respecto del área andina)	105
Gráfico 3	Promedio anual de enfermeros(as) migrantes por país (porcentaje respecto del área andina)	105
Gráfico 4	Medicina: Costos de formación profesional por alumno (en miles de USD)	106
Gráfico 5	Enfermería: Costos de formación profesional por alumno (en miles de USD)	107
Gráfico 6	RHUS: Costo anualizado de emigración por país (porcentaje del nivel de exportaciones FOB, 2008)	113
Gráfico 7	RHUS: Costo anualizado de emigración del área andina (porcentaje del total de exportaciones del área andina FOB, 2008)	113
Gráfico 8	VPN total anualizado y su participación en el PBI, 2008 por país andino (en un contexto de incrementos salariales)	115
Gráfico 9	RHUS: Costo anualizado de emigración como porcentaje del nivel de exportaciones FOB 2008, por país en la región andina	169





Prólogo

Existe consenso en que el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y de los objetivos nacionales de salud se encuentran en peligro a menos que en muchos países se adopten políticas de cambio que aseguren el acceso universal a servicios de salud de calidad, coherentes con la renovada estrategia de Atención Primaria de la Salud. En materia de recursos humanos, esto significa la adopción de un conjunto de medidas orientadas a un incremento sustantivo de personal y a su mejoría con relación a su composición, distribución, compromiso con el servicio y capacidad de intervención.

El logro de las metas de los principales acuerdos internacionales, así como de las políticas nacionales de salud, exige que la cuestión de los recursos humanos sea abordada por los gobiernos de la Región, y que se establezcan mecanismos adecuados para la formulación de políticas y planes nacionales eficaces referidos a la formación y asignación de los recursos humanos.

Asimismo, en el contexto de los procesos regionales de integración y de la elevada movilidad tanto de los proveedores de servicios de salud como de la población, es imperativo el fortalecimiento de los intercambios entre los Estados Miembros en los asuntos de interés común.

La migración de personal de salud constituye un tema de preocupación creciente en la Región de las Américas, de grave impacto en el Caribe y en algunos países de América Central, y de incipientes pero amenazantes consecuencias en América del Sur. La migración está creando problemas para el funcionamiento de los sistemas de salud de países proveedores, siendo tema de discusión en foros internacionales que

buscan modos efectivos para enfrentar la situación. Un factor principal está constituido por el reclutamiento internacional activo.

Los países proveedores tienden a retener personal menos calificado y a reducir sus plantas ocasionando problemas de cobertura y accesibilidad y aumentando la carga de trabajo del personal que queda. Otra condición observada se relaciona con la subutilización y críticas condiciones de trabajo del personal de salud inmigrante en algunos países receptores alimentado por diversos factores personales, de adaptación y de legalidad.

El tema ocupa un lugar destacado en las deliberaciones de foros gubernamentales y fue objeto de la agenda de la Conferencia Iberoamericana de Ministros y Ministras de Salud (Montevideo, 2006) que condujo a la creación de la Red Interministerial Iberoamericana de Migración de Profesionales de Salud (RIMPS). Al mismo tiempo, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud vienen dando atención al problema mediante, por un lado, la aprobación por la Asamblea de la OMS del Código Global de Práctica sobre la Contratación Internacional de Personal de Salud y, por otro, la inclusión en resoluciones de la OMS y de la OPS. En las Américas, desde el año 2005 el tema fue discutido en la Reunión de Toronto que definió a la migración como uno de los cinco desafíos críticos de recursos humanos para la salud y luego lo integró en las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud (resolución 2007 de la Conferencia Sanitaria Panamericana), estableciéndose un programa de cooperación técnica continental para contribuir a la comprensión del fenómeno y a la gestión responsable de las migraciones.

La vigencia del tema en la Sub Región Andina determinó la necesidad de estudiar las características y procesos asociados a la migración calificada de personal de salud en estos países, así como de investigar tendencias y analizar líneas de acción posibles que aseguren al mismo tiempo el acceso a la atención de salud y el derecho a la movilidad y a la libertad de los profesionales para satisfacer sus aspiraciones de desarrollo personal y profesional.

La concepción inicial de esta investigación, consideró la necesidad de establecer la magnitud, los flujos y las características relevantes de los movimientos migratorios del personal de salud, así como posibles impactos de orden económico y financiero, en especial, para los países de origen. Por otra parte, teniendo en cuenta áreas prioritarias definidas en el Plan Andino de Recursos Humanos para la Salud, se decidió incluir la revisión de aspectos académicos, legales y técnico-administrativos, relacionados con la homologación de títulos.

La amplitud y profundidad con que se ha avanzado merecen que se destaque el esfuerzo invertido por los países andinos en el abordaje de esta cuestión de salud,

como así mismo, la importancia de su colocación en la agenda de la REMSA y su indiscutible liderazgo regional, digno de emular.

Esperamos que Migración calificada en salud: impacto financiero y reconocimiento de títulos sea un aporte técnico que contribuya a la discusión y a la propuesta de soluciones integrales que mejoren la gestión de recursos humanos de salud en la subregión andina.

*Charles Godue
Coordinador
Proyecto de Recursos Humanos para la Salud
Área de Sistemas de Salud basados en la
Atención Primaria de la Salud
OPS/OMS*





Presentación

Los Recursos Humanos son el pilar fundamental en el funcionamiento de los sistemas universales de salud, los cuales requieren profesionales y trabajadores competentes y comprometidos, pero a la vez en número suficiente, adecuadamente distribuidos y con trabajo y salario dignos. Sin embargo, existen dificultades en el campo de los recursos humanos, que se expresan en una distribución poco equitativa del personal de salud, ausencia o débil presencia de un marco laboral que soporte una carrera sanitaria, presencia de importantes franjas de trabajadores en condiciones de empleo precario, desarticulación entre instituciones prestadoras y formadoras, pérdida de personal calificado por la migración desregulada, y niveles importantes de conflictividad laboral, entre otros. Estas dificultades están presentes en mayor o menor medida en nuestros países andinos, y se constituyen en retos que requieren ser enfrentados, si queremos avanzar en los objetivos sanitarios establecidos.

Por ello, en los últimos años se ha desarrollado una intensa movilización en la región de las Américas, y en particular en los países de la Subregión Andina, para abordar estos problemas, con el fin fortalecer la planificación y la gestión de los recursos humanos en salud, y se garantice el derecho de la población a la atención en servicios de salud con equidad, calidad y eficiencia.

Así tenemos que en el ámbito andino, las Ministras y los Ministros de Salud de los países miembros del Organismo Andino de Salud (ORAS/CONHU), con el apoyo de la OPS/OMS, empezaron tempranamente a liderar la búsqueda de soluciones aprobando los lineamientos del Plan Andino de Recursos Humanos en Salud en el 2008 (Resolución REMSAA XXIX/449), expresando la decisión de articular esfuerzos y definir objetivos comunes entre los países.

Esta priorización de buscar soluciones conjuntas se ratifica en el Plan Estratégico 2009-2012, del Organismo Andino de Salud–Convenio Hipólito Unanue, en el que la gestión integral de los recursos humanos en salud es una de sus líneas estratégicas.

Un avance trascendental se dio en la REMSAA XXXII realizada en Santiago de Chile el 1 de abril del 2011 donde se aprueba la Resolución 468 por la cual las ministras y los ministros de salud de los países miembros encargan al Grupo Técnico en Recursos Humanos la preparación de una Política Andina para la Planificación y Gestión de recursos humanos en salud en la que se incluya como un eje clave la regulación de la Migración del personal de salud. El proceso para llegar a la aprobación de esta Resolución es una clara demostración de la potencia que tiene el trabajo armonizado y complementario entre los organismos de integración y cooperación en salud, ya que se presentaron ante los ministros los resultados de los estudios que se están publicando en este libro. En la ejecución de estos tres estudios participaron investigadores y técnicos de los países, y contó con la conducción de la OPS y la participación del ORAS-CONHU.

A modo de un breve resumen abordaré los tres estudios con las palabras de los mismos investigadores:

MIGRACIONES DE PROFESIONALES OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO COMPARTIDO COMUNIDAD EUROPEA - REGIÓN ANDINA. Este estudio evidencia factores condicionantes de la migración calificada en salud en la Subregión Andina; ofrece luces para comprender sus múltiples dimensiones y, por ende, su complejidad. Amplía el panorama sobre la diversidad de aspectos sociales, culturales, económicos y políticos, que requieren ser considerados a la hora de diseñar y ejecutar acciones estatales que busquen controlar y, mejor aún, revertir la aparente “inevitabilidad”, que en principio entraña este tipo de migración. Los análisis realizados, alertan sobre la necesidad crítica de generar e implementar políticas de retorno para los profesionales que migraron.

IMPACTO FINANCIERO DE LA EMIGRACIÓN DE MÉDICOS Y ENFERMERAS DEL ÁREA ANDINA. Este estudio consolida los resultados de la estimación del costo económico y financiero de la emigración de médicos y enfermeras en los últimos años en los países de la Subregión Andina.

La emigración de recursos humanos configura una pérdida económica para los países de origen de los migrantes. Los principales resultados del estudio indican que los costos de la migración de recursos humanos son importantes para la subregión andina; repercuten en la cantidad y calidad de la oferta local y, en esa medida, afectan el desarrollo humano y bienestar de los ciudadanos. Si se asume que los migrantes profesionales en salud se formaron en universidades públicas, se observa que el costo para el conjunto de los países ascendería a un 9,1% del total de sus exportaciones para el año 2008. Frente a estas constataciones, las políticas locales deben enfocarse

en el análisis y diseño de esquemas de incentivos que “compitan” con lo ofertado por los países de destino.

RECONOCIMIENTO DE EQUIVALENCIA ACADÉMICA DE TÍTULOS Y SU CONVALIDACIÓN PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL. Este componente de la investigación, revisó y analizó los procesos de reconocimiento de títulos profesionales en salud: su evolución, denominaciones y áreas de actuación, normas y regulaciones que los rigen, así como su relación con la migración calificada en salud y sus proyecciones en la integración subregional andina. Una de sus principales conclusiones indica que en relación con los procesos de integración subregional, es claro que en el área de educación en general y de reconocimiento de títulos profesionales en salud en particular, existe un amplio espacio para trabajar programas conjuntos de gran potencial para contribuir a la articulación educativa y al logro de una verdadera homologación académica y de los títulos correspondientes.

Finalmente quiero insistir en el alto beneficio que significa para los países andinos el trabajo articulado entre los diferentes organismos vinculados a salud. En este caso concreto se trabajó conjuntamente (Técnicos de los Ministerios de Salud, OPS/OMS y el ORAS-CONHU) para producir evidencia científica que permitió a los altos directivos de salud de los países andinos tomar la decisión de elaborar una Política Andina con el propósito desarrollar y fortalecer la gestión de los recursos humanos en la Subregión Andina, como parte esencial y complementaria a los esfuerzos nacionales por garantizar el acceso universal a una atención integral y oportuna de la población a una Red Integrada de Servicios de Salud de Calidad, haciendo plenamente vigente el derecho a la salud.

Caroline J. Chang Campos
Secretaria Ejecutiva
Organismo Andino de Salud





Resumen Ejecutivo

Estudio Multicéntrico Migración Calificada en la Subregión Andina

Antecedentes y justificación

La migración de profesionales, del área de la salud de países en desarrollo a países desarrollados, es una realidad mundial, reconocida desde hace varias décadas, con tendencia de incremento progresivo. En la región de las Américas, en particular en los países andinos, esta situación no ha sido extraña al cotidiano acontecer de los servicios de salud. La pérdida de personal calificado, a la par de otros factores que afectan el desarrollo de recursos humanos en salud, estimularon a los países de esta subregión, a requerir colectivamente de la OPS/OMS, acciones nacionales e internacionales para fortalecer este componente esencial en sus sistemas de salud.

En ese contexto, en la década pasada, con el liderazgo y apoyo técnico de la Unidad Subregional Andina de Recursos Humanos de OPS/OMS, se gestaron importantes iniciativas para la recuperación de espacios políticos y gerenciales del tema de Recursos Humanos en Salud para su ulterior desarrollo. En esa línea, se destacan la creación del Observatorio Subregional Andino de Recursos Humanos en Salud, la organización de observatorios homólogos en los países de la subregión; la adopción, en el marco del “Llamado a la Acción de Toronto”, de las “Metas Subregionales y Nacionales para el Desarrollo de Recursos Humanos en Salud (2007- 2015)” y el trabajo conjunto con el ORAS-CONHU para la elaboración y la aprobación por las autoridades nacionales

de Salud (XXIX REMSAA), del “Plan Andino de Recursos Humanos en Salud”¹, que, entre sus prioridades, destacó la investigación y la gestión de la migración, orientada a identificar líneas conjuntas de trabajo y estimular la adopción de incentivos para comprender mejor y gestionar estos fenómenos².

Coherente con estas definiciones, las autoridades de salud de los países andinos, la Organización Panamericana de la Salud - OPS/OMS, la Unión Europea y la Escuela de Salud Pública de Andalucía, acordaron realizar la presente investigación sobre la migración calificada de salud en la subregión –con especial referencia a las profesiones de Medicina y de Enfermería– orientada por los siguientes objetivos:

- Analizar el proceso migratorio en los países andinos tomando en cuenta sus causas internas –propias de los individuos– y externas –propias de los países de origen y de destino–, así como las motivaciones sociales, económicas y culturales de la migración calificada en salud; diferenciando los colectivos de médicos y enfermeras.
- Precisar si la magnitud de este proceso social ha sido detectada por los Estados, de los países andinos, para diseñar e implementar sistemas de prevención frente a las consecuencias e impactos, en el mediano y largo plazo, de la salida de este personal calificado, en los sistemas de salud.

Para este efecto se definieron ejes descriptivos dirigidos a establecer: a) las características pertinentes de las migraciones, en particular, magnitud y flujos; b) las fuentes y sistemas de información para “monitorear” esos desplazamientos del personal de salud; c) el impacto económico y financiero de los mismos, en los países de origen de los emigrantes; d) la producción y planificación de los recursos humanos en salud, en los países de origen, y e) la revisión de procesos de homologación de títulos en salud en los países andinos; su relación con la migración del personal de salud y las posibles proyecciones en la integración subregional andina.

Con el fin de evidenciar las complejidades de este fenómeno migratorio, el marco conceptual destaca dos aspectos fundamentales:

- La migración profesional de personal de salud, debe entenderse en el contexto histórico que caracteriza la migración calificada en escenarios globales, es decir, la desigual integración capitalista entre países de origen y países de destino.

¹ Red Andina de Observatorios de RHUS (www.observarh.org).

² Organismo Andino de Salud, Convenio Hipólito Unanue, Organización Panamericana de la Salud - OPS/OMS; Plan Andino de Recursos Humanos en Salud, Resumen Ejecutivo, abril 2008.

- La perspectiva teórica metodológica, para el análisis de la migración calificada, debe permitir respuestas para la formulación de una política migratoria integral que considere: dónde, cómo y cuáles, son los acuerdos en una situación de doble vía, en la cual, los países de destino y de origen están interconectados por necesidades propias de recursos humanos en salud calificados.

Se reconocen también –como efectos de la incorporación de la migración en las agendas políticas–, el aumento de medidas de control, de seguridad fronteriza y de contención migratoria, que caracterizan el contexto de la globalización. Asimismo, hacen parte de este análisis: la feminización de la migración, los factores característicos del mapa migratorio latinoamericano –que profundizan asimetrías económicas y sociales existentes– y, en especial, las diferencias de contexto de los países de destino (condiciones demográficas, demanda tecnológica y políticas de reclutamiento de personal calificado); con las de los países de origen (situaciones laborales y condiciones educativas y de investigación); el protagonismo de empresas multinacionales y organismos internacionales; el desarrollo tecnológico y la globalización de medios de comunicación y transporte y, finalmente, la configuración histórica de redes migratorias transnacionales.

Principales hallazgos y conclusiones de la investigación

Estudio de migraciones

Los hallazgos del trabajo de campo, en este componente de la investigación, destacan la carencia de registros e información que permitan conocer y dimensionar la magnitud de los problemas existentes. Se plantea, así, la necesidad de sistematizar en todos los países de la subregión, registros apropiados para generar información fidedigna y oportuna, respecto a la magnitud y otras características de los flujos migratorios, en general y de salud en particular.

Estas acciones deberán contribuir de manera efectiva, a la adopción y aplicación conjunta de políticas públicas, que conduzcan a la ejecución compartida por los países, tanto de origen como de destino, de medidas para racionalizar el manejo de los movimientos migratorios del personal de salud y controlar los efectos negativos en la atención de salud de sus poblaciones.

Acorde con lo anterior, se requiere posicionar el tema de la migración calificada en salud, para adoptar políticas sólidas y realistas que permitan, en el mediano plazo, logros concretos, que contribuyan a preservar el desarrollo y funcionamiento de los sistemas de salud de los países andinos; y a garantizar el derecho de su población a la

atención de salud, sin afectar la libertad de movilización que asiste a los profesionales de la salud, ni su legítimo derecho y aspiraciones a un trabajo digno.

El estudio evidencia factores condicionantes de la migración calificada en salud en la Subregión Andina; ofrece luces para comprender sus múltiples dimensiones y, por ende, su complejidad. Además amplía el panorama sobre la diversidad de aspectos sociales, culturales, económicos y políticos, que requieren ser considerados a la hora de diseñar y ejecutar acciones estatales que busquen controlar y, mejor aún, revertir la aparente “inevitabilidad”, que en principio entraña este tipo de migración.

Este estudio entrega un panorama que, con carácter apremiante, reclama de parte de los países de origen de los migrantes, en el corto plazo, la adopción de medidas para fortalecer sus sistemas de educación y de investigación, que contribuyan a la identificación y apertura de nuevos nichos laborales, y de oportunidades vitales, que apoyen medidas de control de la fuga de profesionales calificados del área de salud.

En igual sentido, los análisis realizados, alertan sobre la necesidad crítica de generar e implementar políticas de retorno para que los profesionales que migraron, en especial aquellos que puedan estar siendo “desperdiciados” en los países de destino, para que regresen a insertarse laboralmente, en su propio país.

En el contexto actual de acelerada integración global, para los países afectados por la migración calificada en salud es perentorio adoptar políticas y medidas compartidas, que les permitan responder, con algunas posibilidades de éxito, la salida y pérdida de sus profesionales de la salud. En esa línea, es esencial la creación de sistemas de información regional que permitan monitorear la ocurrencia y evolución de la migración calificada en salud; adoptar medidas conjuntas y realizar un trabajo colectivo entre países y regiones –de origen y de destino–, a fin de aminorar los efectos de la pérdida de profesionales calificados, que representan recursos valiosos para el desarrollo latinoamericano.z

En América Latina, en las agendas públicas y en los ámbitos y espacios de organismos como MERCOSUR y UNASUR, se deberá abordar, con prioridad, la consideración de procesos migratorios de la región, en particular los de la migración calificada en salud.

Un desafío aún mayor, que debe ser tratado con decisión, es la necesidad de tomar posiciones críticas y adoptar medidas que cuestionen la desigual interdependencia global que, desde mediados del siglo pasado, ha justificado el reclutamiento de profesionales en países pobres, beneficiando ampliamente a los países ricos. De lo contrario, la salida de migrantes, calificados o no, seguirá en aumento como respuesta directa a esas profundas desigualdades generadas por el capitalismo contemporáneo.

Estudio del impacto económico - financiero de las migraciones

Este estudio, basado en una metodología, de inicio validada en Perú y luego aplicada en los demás países, consolida los resultados de la estimación del costo económico y financiero de la emigración de médicos y enfermeras en los últimos años en los países de la Subregión Andina.

El estudio aborda el problema de la migración internacional de Recursos Humanos de la Salud (RHUS), en el marco amplio del actual fenómeno mundial de globalización de la mano de obra, cuyas cifras de movilización internacional en los países desarrollados indican una amplia necesidad de incorporar mano de obra –en razón de los cambios en sus pirámides demográficas– que requieren fuerza laboral joven para responder a necesidades de prestación de servicios de salud para lograr aportes frescos a los sistemas públicos de seguridad social y, en ambos campos, para atender a una población cada vez de mayor edad.

La emigración de recursos humanos configura una pérdida económica para los países de origen de los migrantes. Para dimensionar la magnitud de esa pérdida económica en que incurren los países andinos –al formar profesionales que luego van a trabajar a otras latitudes–, el estudio plantea la utilización de dos métodos de cálculo del costo financiero. En primer lugar, el “método de costos totales”, que incluye los costos de educación básica y superior; los costos en que se incurre durante la carrera, así como los ingresos que se perciben al final de la misma. El segundo, “método de valor presente neto” que busca traer a valor presente los flujos generados por el profesional una vez terminados los estudios universitarios.

Se destacan en este componente los siguientes hallazgos:

- En todos los países fueron evidentes las dificultades para obtener información de los flujos migratorios.
- Con la información recabada, se ha estimado que 3 284 profesionales de la salud habrían venido emigrando anualmente de la subregión andina, siendo el Perú el país que estaría aportando más a estos flujos migratorios
- En relación con costos de formación, los datos uniformizados en dólares, para los médicos, por alumno, en universidades públicas fluctúan entre 49,5 y 65,3 mil dólares; en universidades privadas, el costo de formación alcanza los 126,9 mil dólares.

- Respecto a enfermería, los datos indican que para unos países los costos de formación en una universidad pública implican la mayor erogación (Venezuela). En Bolivia este costo es el menor de la subregión.
- Si se asume que los migrantes profesionales en salud se formaron en universidades públicas, se observa que el costo para el conjunto de los países ascendería a un 9,1% del total de sus exportaciones en 2008; ese costo fluctúa entre 1,1% (Bolivia) y 25,7% (Perú), pasando por 2,9% (Venezuela), 6,8% (Ecuador), 10,2% (Chile) y 12,6% (Colombia).
- Si se asume que los profesionales en salud, migrantes, han sido formados en universidades privadas, para el conjunto de los países el costo estaría significando un 7,9% del total de sus exportaciones.
- Estas anotaciones sobre los principales resultados del estudio, indican que los costos de la migración de recursos humanos son importantes para la subregión andina; repercuten en la cantidad y calidad de la oferta local y, en esa medida, afectan el desarrollo humano y bienestar de los ciudadanos. Por otro lado, la globalización, los cambios en la demografía de los países receptores y los diferenciales de ingresos relativos entre los países, generan incentivos para que continúe la emigración. Frente a estas constataciones, las políticas locales debieran enfocarse en el análisis y diseño de esquemas de incentivos que “compitan” con lo ofertado por los países de destino. Esto supone, entre otras acciones, determinar el costo de retener dichos profesionales. Una estimación de ese costo de retención puede identificar, a su vez, un portafolio de opciones que podría adaptarse en función a la particularidad de cada país.

Reconocimiento de equivalencia de títulos

Este componente de la investigación, revisó y analizó los procesos de reconocimiento de títulos profesionales en salud: su evolución, denominaciones y áreas de actuación, normas y regulaciones que los rigen, así como su relación con la migración calificada en salud y sus proyecciones en la integración subregional andina.

En general, en la Subregión Andina, los procesos y acciones de reconocimiento de títulos educativos, incluida el área de salud, han evolucionado en varias etapas:

En un primer período, hasta mediados del siglo pasado, esos procesos estuvieron orientados por los convenios de intercambio y reconocimiento mutuo de títulos expedidos por entidades educativas en los países signatarios, avalados o refrendados por los respectivos Ministerios de Educación y de Relaciones Exteriores o Cancillerías. Esos convenios, básicamente, respondían a expresiones de “buena vecindad”.

En una siguiente etapa, (años cincuenta en adelante), se formalizaron acuerdos específicos, para acciones subregionales conjuntas, en salud y educación, con nuevas proyecciones en ámbitos e instancias operativas. Así surgieron los Convenios: Andrés Bello (1970), en busca de Integración Educativa, Científica, Tecnológica y Cultural y, el Hipólito Unanue, para acciones en el sector salud (Lima, 1971). Dentro de similar orientación se establecieron tratados con países de otras subregiones: MERCOSUR, el Grupo de los Tres, UNASUR, América Central, etc. En estos convenios y tratados, bajo diferentes denominaciones, las disposiciones referentes al reconocimiento de títulos académicos, en especial respecto a salud, se mantienen en el ámbito educativo, sin comprometer la esfera del ejercicio laboral.

En una tercera etapa, (año 2000 en adelante) los fenómenos de la globalización marcan, para el reconocimiento de títulos profesionales, una nueva tendencia hacia la articulación de instituciones educativas de diferentes países de la subregión y de fuera de ella. Surge una nueva ruta orientada al otorgamiento interinstitucional de títulos académicos y en ese contexto se abren nuevas proyecciones y perspectivas para la formalización de títulos académicos, que en el futuro podrían facilitar acuerdos regionales y programas conjuntos de acreditación y de evaluación que, eventualmente, pudieran llegar a sustentar una verdadera homologación de títulos profesionales en el área de la salud de la subregión.

En la regulación de títulos, los países andinos distinguen dos conjuntos normativos: uno, las normas para la expedición de grados y títulos profesionales, y su aplicación para reconocimiento de equivalencia académica, de aquellos obtenidos en otros países, y dos, las normas que regulan el otorgamiento de autorización o licencia para el ejercicio profesional, que igualmente aplican en el caso de títulos obtenidos en otros países.

Los trámites del proceso de reconocimiento académico son, en general, similares en los seis países de la subregión. La evaluación de la equivalencia académica de los títulos profesionales, en general, toma en cuenta la existencia en el país receptor de las solicitudes de programas con características iguales o similares a las que respaldan el título, para el cual se busca reconocimiento. En los seis países existen providencias específicas para el manejo de títulos en áreas en las cuales sus entidades educativas no tienen programas.

En el reconocimiento académico de títulos profesionales en salud, en general, se toman en cuenta los acuerdos plasmados en convenios o tratados inter-países; pero para facilitar el respectivo trámite, los convenios, salvo pocas excepciones, no exigen del cumplimiento de requisitos ni de presentación de la documentación requerida.

Para obtener autorización (licencia) de ejercicio de una profesión de salud en un país del área andina, a partir de títulos obtenidos en otros países, primero se debe gestionar el reconocimiento académico del título y una vez obtenido este, realizar ante la autoridad de salud competente (Ministerio), el respectivo proceso que implica dar cumplimiento a todos los requisitos exigidos a los profesionales homónimos graduados en el país para lo cual se solicita el reconocimiento del título o diploma profesional.

En relación a denominaciones del proceso de reconocimiento académico de títulos, la revisión por países de instrumentos legislativos y de normas pertinentes, muestra una amplia gama de interpretaciones de los mismos términos. Se identifican y analizan en el contexto normativo de cada país los términos, *validación*, usado en forma genérica en la mayoría de los documentos revisados; *revalidación*, *convalidación*, *homologación de estudios* y *equivalencia de estudios*. En ese marco de diversidad de interpretaciones de un mismo término no procede buscar equivalencia de denominaciones.

El estudio documental realizado en este componente de la investigación ha permitido establecer un panorama individualizado de normas que regulan el reconocimiento de títulos profesionales del área de la salud, en particular medicina y enfermería, en los seis países andinos. Esta revisión, muestra una tradición de atención al tema en la subregión y evidencia el interés de los países en mantener actualizadas esas normas, en las cuales, en todos los casos se preserva la distinción de las dos áreas de acción, educativa y laboral, complementarias.

La aplicación de estas normas las realizan, en principio, los organismos competentes del Estado: Ministerios de Educación y de Salud; pero también, entidades públicas o privadas, en especial universidades públicas que expiden títulos iguales o similares a aquellos que son motivo de la solicitud de reconocimiento –a las cuales se delegan usualmente en forma parcial estas funciones–.

La revisión documental efectuada no detectó indicación alguna de existencia de relación, ni favorable ni desfavorable, de los procesos de reconocimiento de títulos profesionales, medicina y enfermería en particular, y los desplazamientos migratorios de estos profesionales. En contraste, en relación con los procesos de integración subregional, es claro que en el área de educación en general y de reconocimiento de títulos profesionales en salud en particular, existe un amplio espacio para trabajar programas conjuntos de gran potencial para contribuir a la articulación educativa y al logro de una verdadera homologación académica y de los títulos correspondientes.

Se observó, igualmente, que en la construcción de las normas y en su proceso de aplicación en los seis países, se ha logrado un balance en la definición de funciones y responsabilidades, que reconoce las áreas de competencia institucional que por su

naturaleza, corresponden a diferentes actores que intervienen en estas actividades. Así, se evidencia un ejercicio de la función central de rectoría en el proceso, que es primordialmente atributo de los organismos del Estado y se reconoce y se valora la competencia académica y la autonomía de las universidades y sus cuerpos representativos, a la vez que según proceda, se invoca el concurso de asociaciones científicas y gremiales de los profesionales.

Perspectivas y propuestas de líneas de acción

En marzo 22 - 24 de 2011, se realizó en La Paz, Bolivia, un encuentro de los Directores de Unidades de Recursos Humanos de los Ministerios de Salud de los países andinos, con los coordinadores de las áreas de investigación del proyecto "Migración Calificada en Salud en la Subregión Andina". Participaron además, autoridades de salud y personal técnico del Ministerio de Salud del país sede, miembros de la Representación de OPS/OMS y Directivos de ORAS-CONHU.

El propósito de este encuentro fue revisar y analizar resultados de los estudios efectuados en el proyecto y preparar la presentación de información pertinente a la XXXII Reunión de los Ministros de Salud de los países andinos - REMSAA.

A partir del análisis de resultados, conclusiones y recomendaciones de los componentes del proyecto, y de la revisión del Código de Contratación Internacional de Personal de Salud propuesto por la Organización Mundial de la Salud - OMS; se concluye que "Es perentorio analizar integralmente todos estos elementos, de cara a presentar y aprobar una Resolución de la REMSAA para elaborar una política Andina para el Desarrollo de los Recursos Humanos en salud.





Antecedentes

En las décadas de los años sesenta y setenta del siglo pasado, existió un interés especial en los países de la Subregión Andina en relación con Recursos Humanos en Salud, el cual se tradujo en importantes estudios nacionales sobre el tema y en el establecimiento de tratados y acuerdos internacionales que estimularon y propiciaron políticas y acciones compartidas, tanto en el campo de la salud (Convenio Hipólito Unanue, 1971) como en los de educación (Convenio Andrés Bello, 1970).

Estos convenios entre los países andinos, expresaron un interés político y técnico por aspectos relacionados con la planificación y el desarrollo del personal de salud, y dieron origen a diversas iniciativas en estas áreas, tanto al interior de los países signatarios como en el conjunto de la subregión. En tal sentido, en esta revisión de antecedentes, se debe destacar en especial el Convenio Hipólito Unanue “sobre cooperación en salud de los países del área Andina”³

Este convenio, desde su iniciación en 1971, destacó, dentro de las acciones orientadas al logro de sus objetivos, el “Realizar el estudio de la situación actual del sector salud con respecto a los recursos humanos para determinar las necesidades de formación de personal a todos los niveles, teniendo como marco de referencia los Planes Nacionales de Salud y el proceso de integración. Lo anterior con miras a la posible complementación ante las necesidades de formación y capacitación del personal de salud en los países del área Andina” (2).

Las acciones acometidas en el marco de este convenio, apoyadas desde sus comienzos por la Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS y las actividades realizadas por los propios países, marcaron, en los años setenta, el comienzo de una tendencia promisoría para el desarrollo de Recursos Humanos en Salud, en los países andinos.

³ Convenio suscrito por los Ministros de Salud de Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela, en Lima, diciembre 18 de 1971 y así denominado en homenaje al destacado médico peruano.

Esas buenas perspectivas y augurios, sin embargo, se vieron frustrados con la ola de procesos de reforma de los sistemas de salud que, impulsadas por las corrientes de un pensamiento político, extraño a las realidades y necesidades nacionales, se instauró en los años ochenta y noventa en el contexto social y económico de los países de América Latina. En tales reformas, sustentadas en modelos de desarrollo que enfatizaron y privilegiaron acciones orientadas a fortalecer y desarrollar abordajes de mercado, los temas inherentes al desarrollo general de recursos humanos, en este caso, y en particular a los relacionados con el personal de salud, se vieron fuertemente desplazados a un segundo o tercer plano, lo cual llevó prácticamente a la desaparición del tema en la agenda política de los países andinos.

La desregulación laboral, la precarización del empleo, la desinstitucionalización de funciones públicas esenciales, entre otros aspectos, que caracterizaron estas reformas, trajeron consigo, a más de otros efectos negativos en los sistemas de salud, la declinación y en algunos casos la desaparición del ejercicio estatal de responsabilidades y funciones que en materia de planificación, formación y regulación del desempeño del personal de salud, habían sido, por principio, campos propios de su competencia. Las implicaciones de tales orientaciones, claramente lesivas para el desarrollo de dicho personal, contribuyeron a crear situaciones de detrimento en la organización y en la prestación de servicios y, por ende, para la atención de salud de las poblaciones de la Subregión Andina, cuyas dimensiones y alcances no han sido aún determinados, ni serán fáciles de precisar.

El reconocimiento de esas falencias y distorsiones, hizo evidente la necesidad de estimular una activa recuperación de espacios para la adopción de políticas en materia de recursos humanos en salud. Surgió así la iniciativa formulada por la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS (Santiago de Chile 1998), de crear Observatorios de Recursos Humanos en Salud, para vigilar las repercusiones de las reformas del sector salud en su fuerza laboral (Santiago de Chile, 1998) y, en esa línea, orientados a propiciar el análisis del tema y promover la recuperación de propósitos misionales que permita restituir proyecciones y avivar una visión, siquiera del mediano plazo, para el desarrollo del personal de salud.

El movimiento regional americano generado por esta iniciativa, encontró una amplia y fructífera acogida en la Subregión Andina, eficaz y visionariamente impulsada por la Unidad Subregional Andina de Recursos Humanos en Salud de OPS/OMS. El liderazgo asumido por esta Unidad logró convocar y estimular la voluntad política de los Gobiernos y concertar el concurso y la capacidad técnica de las Direcciones de Recursos Humanos de los Ministerios de Salud de los países de la subregión, para gestar una sólida plataforma de acción en función del desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la Subregión.

Esta línea de acción se operacionalizó en la integración de “un grupo de trabajo, conformado por los Directores Nacionales de RHUS y los consultores de Sistemas y Servicios de Salud o de Recursos Humanos de la OPS de los seis países andinos” el cual, “mediante encuentros anuales de planificación e intercambio de experiencias, elaboró una agenda conjunta” que a partir de 2005 ha orientado el resurgir del tema de Recursos Humanos y concretado importantes desarrollos en esta área en la subregión⁴.

La coordinación lograda de la cooperación en estas actividades, de los organismos internacionales que actúan en la subregión, en particular el Organismo Andino de Salud, ORAS-CONHU⁵ y de las acciones pertinentes de otras agencias de asistencia técnica, incluida UNASUR, han aportado valor agregado a este proceso, contribuyendo a generar espacios políticos y técnicos propicios para restaurar el reconocimiento de la importancia de los Recursos Humanos en Salud y estimular la realización de una serie de actividades y eventos que, en este período, han marcado significativos derroteros y una nueva ruta para su desarrollo (3).

En ese contexto, entre los avances logrados en la renovación del devenir de los recursos humanos en salud, en la Subregión Andina, por su relevancia como antecedentes de la investigación que presenta esta publicación, cabe destacar, en primer lugar, la ya mencionada formalización de observatorios nacionales de recursos humanos en todos los países de la subregión.

Estos observatorios han cumplido un rol importante, en la actualización y mantenimiento de la vigencia del tema en los respectivos ámbitos nacionales; pero además, han contribuido a generar aportes sustantivos de los países andinos, en definiciones de alcance regional americano, entre los cuales se debe señalar la adopción, por los Cuerpos Directivos de OPS/OMS de Resoluciones fundamentales para el “desarrollo y fortalecimiento de la Gestión de RHUS” (CD43.R6; 2001) y para “explorar maneras de abordar la contratación activa de profesionales provenientes de países en desarrollo, dentro de un marco de emigración ordenada” (CD45-R9, Washington 2004).

En la misma línea, se deben, igualmente, señalar, la consulta realizada por la OPS a la VII Reunión Regional Americana de Observatorios de RHUS, respecto a los principales retos que enfrentaban los países en este campo y que dio origen al “Llamado a la Acción para una Década de RHUS” (Toronto, Canadá, 2005); la XXVIII Reunión de

⁴ Al respecto se sugiere consultar la publicación “La política de recursos humano y el compromiso con el derecho a la salud; resultados de la primera medición de las Metas Regionales de recursos humanos para la salud 2007-2015 en los Países de la Región Andina” - Organización Panamericana de la Salud OPS- Organismo Andino de Salud, Convenio Hipólito Unanue.

⁵ Resultante de la fusión de Unidad de Salud de la Comunidad Andina de Naciones - CAN y el Convenio Hipólito Unanue.

Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA, 2007) –que acordó la formulación de un plan decenal de RHUS– y, en cumplimiento de esa decisión, la elaboración y aprobación del “Plan Andino de Recursos Humanos en Salud” 2008 (3).

El “Llamado a la Acción” acordado en Toronto, Canadá (2005), que sintetizó las conclusiones de la VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, precisó cinco desafíos críticos en materia de disponibilidad, distribución y características fundamentales de los recursos humanos en salud en la Región Americana y planteó lineamientos definidos para subsanar esas situaciones en un horizonte de diez años (2006-2015). Así mismo, este “Llamado a la Acción”, convocó a una movilización de diferentes sectores, nacionales e internacionales, para adoptar políticas y promover líneas de intervención que, desde el campo de los recursos humanos en salud, contribuyeran al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en los países y en la Región. A la vez, esta convocatoria destacó las características de los recursos humanos como un componente consubstancial de los servicios de salud y enfatizó la importancia de su desarrollo “como un proceso social (no exclusivamente técnico) orientado a mejorar la situación de salud de la población y la equidad social, a través de una fuerza de trabajo bien distribuida, saludable, capacitada y motivada” (4).

Consistente con esa convocatoria, en la 140 Reunión del Comité Ejecutivo de la OPS (Junio, 2007), para enfrentar los Cinco Desafíos de Toronto, se adoptaron Metas Regionales en Recursos Humanos en Salud que, dada su trascendencia, se convirtieron en directrices centrales de las actividades en este campo en la subregión. En particular cabe señalar la Meta 10, la cual determina que “Todos los países de la Región habrán adoptado un Código de práctica global o habrán desarrollado normas éticas sobre reclutamiento internacional de trabajadores en salud” (5).

En el marco de estos señalamientos, para la investigación –cuyos resultados se presentan en esta publicación–, revistió especial relevancia el Desafío Tres de Toronto, que indica: “Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de la salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población” y, por consiguiente, las líneas de acción colaborativas pertinentes, recomendadas a los países, en especial la “Ampliación de la base de información y evidencias en Recursos Humanos”, entre otras acciones, mediante la “generación/fortalecimiento de sistemas de información que permitan monitorear la formación, existencia y movilidad de la fuerza de trabajo en salud a través de expansión de los observatorios y estrategias similares” (6).

Lo anterior constituyó un antecedente fundamental para el Plan Andino de Recursos Humanos en Salud para el período 2008-2015, cuya formulación fue acordada por “Las Ministras y Ministros de Salud de los países miembros en la XXIX REMSAA” (Abril

2008, Quito, Ecuador) (7) –a partir de las conclusiones y recomendaciones del “Llamado a la Acción de Toronto”, y teniendo en cuenta los análisis y reflexiones en diversas reuniones y foros de carácter subregional del área andina.

En desarrollo de esas definiciones, el Plan Andino de Recursos Humanos en Salud, contempla actividades en cinco áreas prioritarias que comprenden: el monitoreo de las Metas Regionales de Recursos Humanos en Salud; la formación de capacidades; el desarrollo de sistemas de información y la generación de conocimientos y gestión de la migración.

En esta última área, el Plan Andino precisó –literal “e”–. orientaciones para “La investigación y la gestión de la Migración, que incluirá: reconocimiento de la necesidad e importancia de establecer la caracterización de las migraciones de recursos humanos, mediante investigaciones específicas, de preferencia en los países receptores, tanto en ámbitos intrasubregional como extrasubregional las investigaciones colaborativas multicéntricas entre los países e instituciones de la subregión; la identificación de líneas conjuntas de trabajo y la exploración de incentivos para regular la migración” (7).

Estas definiciones de política, estimularon el interés en el tema de las migraciones del personal de salud, al abrigo del cual se gestaron iniciativas de estudio y análisis de estos desplazamientos de recursos humanos, apoyadas por la Organización Panamericana de la Salud-OPS/OMS, entre los cuales se destacó el Estudio Multicéntrico, realizado con la participación activa de la Red Andina de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina (8), que tiene una especial significación en esta materia en la subregión. Igualmente se realizó, en marzo de 2009 (<http://www.observarh.org/migracion/index.html>) una reunión en la cual se estableció un conjunto de decisiones operativas para trabajar el tema de migración con los países andinos.

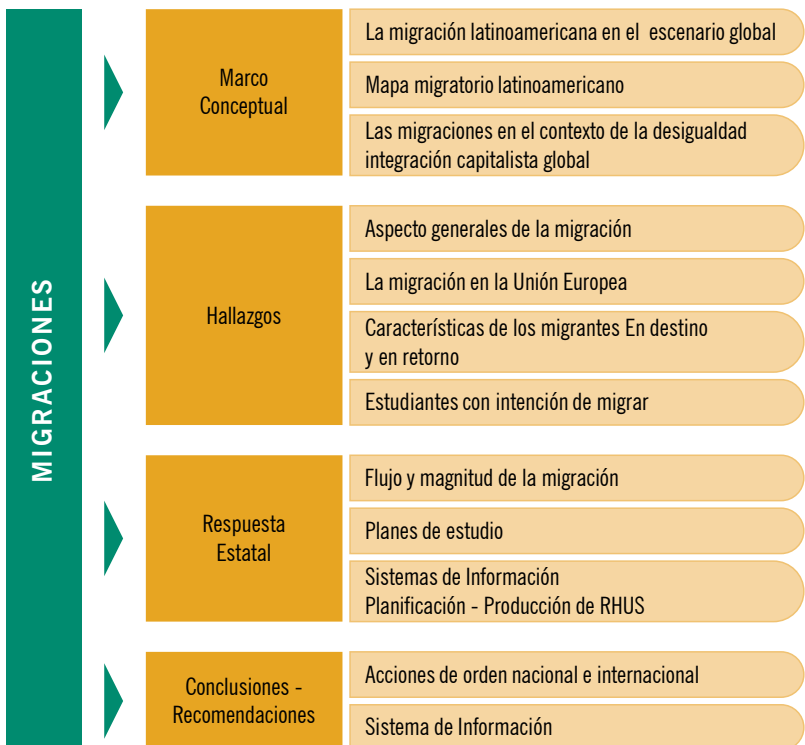
La realización de las actividades, sumariamente aquí reseñadas, trajo efectos muy positivos en el campo de los recursos humanos en salud en la subregión. En primer lugar, la obtención de recursos financieros adicionales –mediante el apoyo de Canadá, España y Brasil–, que contribuyeron de manera importante a la financiación y apoyo técnico, para el desarrollo de los Observatorios de Recursos Humanos de la subregión y para la realización de reuniones periódicas, de los mismos, que hicieron posible su consolidación. Se apoyaron asimismo actividades de capacitación y motivación de técnicos nacionales que, como actores directos en este proceso, luego no tuvieron dificultad para integrarse a los equipos nacionales de la investigación de Migración Calificada en Salud a que se refiere esta publicación. Mediante las acciones citadas, en esta revisión de antecedentes, no solo se rescató el tema de Recursos Humanos en Salud, si no que además se restituyó un espacio político y una motivación, respecto al mismo, que permiten esperar continuidad y buenos resultados en su desarrollo.





Migraciones de profesionales, oportunidades para el desarrollo compartido

Comunidad Europea - Región Andina 2010



Introducción

El documento, cuya síntesis se consigna en esta sección, presenta el Informe final del estudio multicéntrico: Migración Calificada en Salud. Es uno de los primeros ejemplos de investigaciones integrales en la Subregión Andina, en el que confluyen diversos esfuerzos institucionales. El documento original, contiene la información extensa resultante del estudio realizado con la organización y participación de grupos de investigadores en los seis países andinos (Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela) y de técnicos de la Escuela Andaluza de Salud Pública, la Unión Europea, la Organización Panamericana de la Salud y la Fundación Observatorio Social del Ecuador. Los resultados que se ofrecen sintetizan el trabajo de recolección de información y análisis de un año, en el que participaron 25 investigadores locales ligados en red, bajo la coordinación de la Fundación Observatorio Social del Ecuador.

Un antecedente fundamental, para la realización de este estudio, ha sido el intenso trabajo previo desarrollado por la OPS subregional Andina desde Perú⁶, que logró la conformación, en los últimos cuatro años, de una red de expertos en los temas de recursos humanos en salud, mediante la cual, con el liderazgo de los Ministerios de Salud, se ha iniciado un monitoreo sobre la situación de Recursos Humanos, en base a parámetros compartidos, constituidos por los Cinco Desafíos de Toronto (2005) y las Metas Regionales de Recursos Humanos en Salud (20), conformando así, una suerte de Agenda Regional de políticas públicas de recursos humanos, dentro del marco de los sistemas de salud.

Como expresión de esos logros, se hizo evidente la necesidad de profundizar en el estudio de la migración de los recursos humanos calificados en salud, tema que, aunque fundamental, solo ha tenido un frágil abordaje en la agenda política subregional. En esa línea, se planteó esta investigación, cuyos resultados se espera estimulen la adopción de políticas públicas, cuya aplicación permita enfrentar la migración como parte del desafío y las oportunidades que generan la globalización y la internacionalización consiguiente del trabajo.

En la recolección de la información, para cumplir los objetivos de esta investigación previamente definidos por la UE, se utilizaron diversos instrumentos que fueron probados inicialmente en Ecuador y luego aplicados en las realidades nacionales de

⁶ El Informe, a este respecto, hace referencia al trabajo realizado y a los amplios resultados positivos obtenidos en los últimos cuatro años, por la Unidad Subregional Andina de Recurso Humanos en Salud, de la OPS/OMS, a cargo de la Dra. Mónica Padilla, quien impulsó y logró aglutinar voluntades y acciones inter-institucionales, así como recursos, para rescatar espacios y abrir nuevas oportunidades para posicionar el Tema de Recursos Humanos en Salud en las agendas políticas y técnicas de los Países y de la Subregión en su conjunto y establecer así, bases sólidas para su futuro desarrollo.

los otros cinco países andinos. Los resultados consignados en los respectivos informes parciales, fueron referidos a las áreas temáticas motivo del estudio, a saber:

- Magnitud, flujo de la información y el respectivo levantamiento de fuentes locales de dicha información
- Sistemas de información
- Planificación de recursos humanos y dotación de profesionales médicos y enfermeras por país, así como sus planes de estudio
- Características sociodemográficas, motivación de médicos y enfermeras emigrantes y, estudiantes con intención de migrar.

Las limitaciones, financieras y de tiempo, obligan a dejar aplazadas ciertas partes del estudio que son fundamentales para definir políticas frente a la migración. En tal sentido, se deja abierta una puerta para profundizar en el tema, y proseguir en la reflexión del mismo y en la difusión de sus resultados entre los tomadores de decisión. La tarea pendiente es posicionar el tema, hasta lograr la adopción de una política sólida y consistente sobre la migración calificada en salud; para preservar el funcionamiento de los sistemas de salud en los países andinos, garantizar el derecho de su población a la atención de salud, y a la vez, asegurar el derecho a la libre movilidad de los seres humanos, el reconocimiento universal al trabajo digno y a la dignidad humana y profesional de estos colectivos de la salud.

El equipo coordinador de la investigación, perteneciente a la Fundación Observatorio Social del Ecuador, consigna su agradecimiento a quienes integraron los grupos de investigación local en los seis países y resalta su compromiso y dedicación a las acciones que les fueron encomendadas. Asimismo, destaca la importante contribución y apoyo, de las Representaciones locales y de la Oficina Subregional de OPS/OMS, al igual que el de la Escuela Andaluza de Salud Pública, en la realización de este trabajo.

Metodología

El diseño multicéntrico de este estudio está determinado, en primer lugar, por cinco ejes descriptivos, formulados por la Escuela Andaluza de Salud Pública, y a partir de éstos, por el marco conceptual, objetivos y áreas de trabajo e instrumentos específicos, definidos por el equipo nuclear ecuatoriano, para describir y analizar el fenómeno migratorio.

Dentro de esa orientación, se reseñan la dinámica del estudio y sus áreas de trabajo –que comprenden las fuentes de información, los sistemas de información y la planificación de recursos humanos en salud–, con sus respectivos objetivos e instrumentos. Las características y alcances de estos varios componentes del estudio se sintetizan en la siguiente forma:

a) **Los cinco ejes descriptivos** comprenden:

- Magnitud y flujos de la migración calificada en salud
- Fuentes y sistemas de información para monitorear la migración calificada en salud
- Características de la migración calificada en destino, retorno y en intención de migración
- Recursos humanos en los países de origen: producción, planes de estudio, planificación, dotación y Direcciones de Recursos Humanos
- Homologación de Títulos profesionales en la subregión andina y en el país de destino (España).

b) **El marco conceptual** que, según indica el informe, “permitiría comprender las implicaciones del estudio” se expresa así:

- “La migración profesional de personal de salud no puede entenderse fuera del marco histórico que caracteriza la migración calificada en el escenario global, es decir la desigual integración capitalista entre países de origen y países de destino”.
- “La perspectiva teórica metodológica para el análisis de la migración calificada que esta investigación describe, debe lograr identificar: respuestas para la formulación de una política migratoria integral: ¿dónde, cómo y cuáles son los acuerdos en un problema de doble vía, en el que países de destino y origen están interconectados por necesidades propias de recursos humanos en salud calificados?”

c) Los objetivos generales

- Analizar el proceso migratorio en los países andinos tomando en cuenta sus causas internas –propias de los individuos– y externas –propias de los países de origen y de destino–, así como las motivaciones sociales, económicas y culturales de la migración calificada en salud, diferenciando los colectivos de médicos y enfermeras.
- Indagar si la magnitud de este proceso social ha sido detectada por los Estados de los países andinos para diseñar e implementar sistemas de prevención frente a las consecuencias mediatas y de largo plazo, de la salida del personal de salud calificado y sus impactos en los sistemas de salud.

En el marco conceptual de esos objetivos, cabría interpretar el propósito general del estudio, como: “Contribuir a estimular la reflexión para propiciar la adopción de políticas públicas para profundizar, dimensionar apropiadamente el problema y sus posibles soluciones en un marco prospectivo de integración Subregional Andina y de América del Sur”.

d) Dinámica del estudio

Debido a limitaciones financieras, no fue posible realizar una encuesta subregional dirigida a una muestra representativa de estudiantes de los últimos años en las facultades de medicina; ni a grupos de migrantes en países de destino en la Unión Europea; como tampoco actuar con las entidades pertinentes, para levantar información mediante muestras *ad hoc*, a fin de desagregar las profesiones de los migrantes y establecer sus perfiles sociodemográficos y sus motivaciones para migrar. Por estas razones se determinó utilizar la metodología de “estudio de casos”, centrando la acción en países de origen y principal país de destino –España– y en éste, en emigrantes viviendo en Barcelona.

Para la ejecución del estudio, acorde con el propósito de posicionar el tema en las agendas políticas subregionales, la OPS promovió la conformación de ocho grupos de investigación, seis en los países andinos, uno en España y un núcleo de articulación central, ubicado en la Fundación Observatorio Social del Ecuador, el cual coordinó la realización de la investigación, en asocio de la Unidad Subregional Andina de Recursos Humanos en Salud de OPS/OMS, con base en Lima, Perú⁷.

⁷ A cargo, inicialmente de la Dra. Mónica Padilla hasta agosto de 2010 y actualmente del Dr. Norbert Dreesch, ambos Consultores Subregionales de Recursos Humanos en Salud de la OPS/OMS.

El estudio del componente “Homologación de Títulos”, fue conducido por un Consultor, contratado por OPS/OMS para ese efecto, quien actuó en coordinación con el Núcleo Central de la investigación y recibió el apoyo de los seis equipos de los países para la recopilación de la información correspondiente a esa área de la investigación⁸.

En trabajo de campo, se efectuaron 56 entrevistas a informantes claves de la región andina y se revisaron fuentes documentales en todos los países –incluyendo España–, a partir de instrumentos de recolección y sistematización de la información. Para el análisis de características de los profesionales emigrantes, se levantaron 24 entrevistas a profundidad, a médicos y enfermeras residentes en España; y a 12 profesionales que habían retornado a los países de origen. Para complementar la visión del conjunto, se efectuaron 110 entrevistas a estudiantes de las escuelas de medicina y enfermería de la región andina que pertenecían a las universidades estatales con la mayor matrícula de cada uno de los países.

Los seis equipos localizados en los países participantes, aplicaron instrumentos diseñados y probados por el Observatorio Social del Ecuador, para realizar entrevistas a informantes claves, médicos y enfermeras, en cada país, quienes fueron Decanos o Directores de Escuelas o Facultades de Medicina o Enfermería, Miembros de Asociaciones de esas Facultades o Escuelas, Directores de Recursos Humanos de los Ministerios de Salud y funcionarios de Ministerios de Educación y de Relaciones Exteriores, según cada contexto nacional.

Limitaciones del estudio y reflexiones pendientes

En primer lugar, se señala la falta de información sistemática sobre la migración de profesionales de salud que se han desplazado a diferentes países, lo cual inhabilita toda posibilidad de análisis comparativo de estos fenómenos migratorios. La segunda restricción fue de orden financiero, que impidió ampliar el marco muestral en los seis países andinos. El apoyo de OPS y la voluntad de los investigadores locales lograron compensar parcialmente esta restricción.

La tercera y cuarta limitación que enfrentó el estudio, se ubican en el terreno de su proyección en el tiempo. En cuanto se ha cumplido la fase inicial –que se consolida con la presentación del presente informe–, queda por acometer una siguiente etapa, que permitiría integrar analíticamente elementos planteados en el marco teórico, con

⁸ Jorge Castellanos Robayo, Consultor OPS/OMS, actuó desde Colombia.

resultados empíricos obtenidos en el trabajo de campo y dar respuesta a preguntas, en aspectos esenciales, para orientar la formulación de una política pública subregional sobre migración; lo que daría un valor agregado de gran importancia a los resultados obtenidos en esta primera fase.

En esa línea, sería posible reflexionar y responder a preguntas analíticas relacionadas, entre otros aspectos con: a) las pérdidas y ganancias para ambos, países de origen y de destino; b) la responsabilidad compartida entre estos actores en los fenómenos migratorios; c) las medidas necesarias de prevención y control de los daños ocasionados en los sistemas de salud y en las poblaciones afectadas; y d) cómo mitigar el impacto (dolor, nostalgia, etc.) de la migración en los profesionales migrantes.

Marco conceptual

Como referentes fundamentales, para el análisis de la migración calificada en salud en los países andinos, el Núcleo Coordinador de la investigación, en el Observatorio Social del Ecuador, consideró los siguientes aspectos:

Las migraciones internacionales en el actual contexto de la desigual integración capitalista global

Existen diversos factores de orden demográfico, ambiental y, en especial, de carácter social, económico y político, que han sido determinantes de los desplazamientos migratorios, voluntarios o forzados de las poblaciones. En la época contemporánea, varios autores destacan que los rasgos característicos de estos movimientos migratorios están relacionados con la instauración, a finales de los años setenta, de un nuevo régimen de acumulación capitalista flexible, que ha incidido directamente en una polarización acelerada y cada vez más honda entre países ricos y pobres.

En ese contexto de “desigual integración capitalista global” (9), las migraciones de países pobres de África, Asia y América Latina, hacia países ricos del mundo (Estados Unidos, Canadá, naciones de Europa Occidental, Japón, Australia, Nueva Zelanda) no solo evidencian los conflictos e incrementos en las desigualdades existentes, sino que además ponen de presente una diversificación y una mayor complejidad de tales fenómenos.

Se precisan así determinados rasgos que definen lo que se ha llamado “la era de la migración” (10), en la cual se identifican:

- “La globalización de la migración, cada vez más países afectados,
- la diferenciación de la migración, los países sean emisores o receptores evidencian diferentes tipos de migración: laboral, documentada o indocumentada, en tránsito, forzada, reunificación familiar, temporal, o migración calificada, etc.
- la aceleración de la migración, en ámbitos nacionales o internacionales, cada país puede ser emisor, receptor o un espacio de tránsito,
- la feminización del proceso migratorio, cada vez más mujeres migrantes, y
- la incorporación de la migración dentro de las agendas políticas bilaterales, regionales y multilaterales, así como el incremento de políticas de control, seguridad fronteriza y contención migratoria, en especial en los países centrales”(10).

En términos numéricos, estos fenómenos migratorios significan:

- Un incremento de 150 millones en el año 2000 a 214 millones en el 2009; es decir, que actualmente una de cada 33 personas en el mundo, es un migrante, a diferencia de hace 10 años, cuando la proporción era de una por cada 35 personas.
- La Organización Internacional de las Migraciones (OIM), a partir de estas cifras, afirma que si todos los migrantes habitaran en un solo país, éste sería el quinto más poblado del mundo;
- Estos migrantes, hombres o mujeres, documentados o indocumentados, contribuyen directamente en los flujos económicos globales, mediante las remesas (en dólares) que envían a sus países de origen. Solo en 2009, esas remesas a los países pobres llegaron a los 316 000 millones de dólares, cifra que podría equivaler a tres veces la cuantía del apoyo oficial otorgado a esos países en ese mismo año (11). En esta forma, las migraciones internacionales son un determinante y a la vez un producto de la desigual globalización capitalista contemporánea.

Adicionalmente, otra señal particular de la época actual que influye directamente en las migraciones internacionales, es la tendencia a la integración entre países con fines económicos y bajo tratados marco, que benefician más a los países centrales y menos a los países pobres. Esta tendencia lleva a una redefinición de las fronteras nacionales, con un control fronterizo selectivo, que permite y fomenta la libre circulación de bienes y servicios y en menor medida de personas, sobre todo de ciertos tipos de flujos migratorios, personas calificadas, turistas, inversionistas, agentes económicos, etc. Esta

tendencia, genera contradicciones: por un lado, políticas macroeconómicas mundiales, originadas en los países centrales e instrumentadas por organismos multilaterales (BM, OMC, BID), que propician, en los países pobres, medidas estatales que permiten apertura selectiva de las fronteras nacionales al libre comercio global. Por el otro lado, adopción de medidas de contención migratoria (en los países centrales) que restringen cada vez más el libre paso de personas. Se procura así la integración económica, y por otra parte se previene la integración social y cultural, dando como resultado mayores costos sociales y por ende mayores procesos migratorios.

Esta contradicción, propia de la desigual integración capitalista, ocurre mientras los procesos globalizantes generan a su vez una reconfiguración espacial y temporal, en la cual los avances tecnológicos, en los medios de transporte y en las comunicaciones han facilitado la gestación de múltiples redes sociales y financieras transnacionales, incluidas redes migratorias globales que reconfiguran los espacios nacionales, ponen en entredicho los controles fronterizos estatales y dan paso a permanentes traslapes entre lo local y lo global.

En este complejo contexto contemporáneo, signado por la flexibilización y por esa tendencia a la acelerada interconexión global, es en donde se han establecido nuevas relaciones de trabajo, de seguridad social, de convivencia, que enfrentan situaciones y desafían a la actual y excluyente organización social y sobre todo, que exigen un replanteamiento de la relación entre los individuos y de ellos con los Estados nacionales. En la actual geografía de la desigualdad global, la tendencia mayor es a impedir cada vez más la libre movilidad de las personas, y a la par, como nunca antes en la historia humana, a que las migraciones internacionales crezcan aceleradamente, a pesar de las barreras fronterizas y del control migratorio que impera.

Para comprender mejor las especificidades de estos flujos migratorios, en este escenario global donde la migración de personal calificado de la salud acontece, en particular el que ocurre desde la Región Andina a países de la Unión Europea, es fundamental repasar las principales características de esas corrientes migratorias las cuales no son ajenas a las enunciadas tendencias contemporáneas. De hecho, América Latina, y en particular la Región Andina, tienen roles protagónicos en el actual escenario global.

El mapa migratorio latinoamericano

En el marco de referencia global anterior, respecto a movimientos migratorios en el conjunto de países de la América Latina, se destaca que según datos del Banco Mundial (12), de una población estimada para el 2005 de alrededor de 556 millones de personas, el 5,1%, equivalente a 28,3 millones de habitantes residían en países

distintos al de su lugar de origen. Entre los principales países emisores se encontraban México, Colombia, Cuba, Brasil, El Salvador, República Dominicana, Jamaica, Ecuador, Perú y Haití (tres del Área Andina).

Datos más recientes, de la misma fuente, indican que el 79% de los emigrantes latinoamericanos tienen como destino Estados Unidos (el primer lugar de destino a nivel mundial), Canadá o países de la Unión Europea. En los países latinoamericanos, que antes fueron receptores de flujos de inmigrantes –sobre todo de europeos–, hacia la segunda mitad del siglo XX, se revirtió esta tendencia, y estos países comenzaron a ser una región emisora de migrantes. Así, en las seis últimas décadas se han ido configurando redes migratorias transnacionales, creando “circuitos migratorios contemporáneos que involucran a por lo menos tres generaciones de migrantes, para quienes el salir de sus países se ha convertido en una de las principales opciones de vida” (13 - 15). Esta condición regional latinoamericana, de espacio emisor de emigrantes, se fue profundizando, desde los años setenta. Los cambios políticos ocurridos en los países, indujeron nuevos modelos de desarrollo neoliberales, que impulsaron el papel del mercado y preconizaron la reducción del rol del Estado en los distintos contextos nacionales. Estos fenómenos políticos y económicos trajeron consigo asimetrías económicas y sociales que a su vez condujeron a la configuración de flujos emigratorios en este período, los cuales además, han sido estimulados por los efectos de las crisis económicas que los países se han visto precisados a enfrentar en los años finales del siglo XX y primera década del presente siglo.

Estas expresiones del acontecer político y social de los países de la región, junto con las manifestaciones de la desigual integración capitalista global, en el medio latinoamericano, han impulsado el incremento cada vez mayor del número de emigrantes que salen de esta región. De hecho, si todos los migrantes latinoamericanos habitaran en un mismo país, cita el Informe, este país sería de tamaño intermedio, como Perú o Venezuela (15).

En relación con población, datos del 2005 (16) indican, para países andinos, las siguientes cifras y proporciones: Bolivia, población, en millones 8,428 (4,1% emigrantes); Colombia: 42,321 (3,4%); Ecuador: 12,229 (4,8%); Perú: 25,939 (2,4%) y Venezuela: 24,311 (0,9%).

En las décadas recientes, los flujos migratorios latinoamericanos, no solo han crecido en cifras; también se ha diversificado su perfil. En su mayoría, los migrantes contemporáneos de América latina, son jóvenes, de origen urbano y de las varias clases sociales, además, con una creciente participación femenina. Persisten los migrantes económicos, mano de obra barata y estratos sociales bajos; pero adquiere una

creciente relevancia la migración calificada, entre ellos, personal de salud y estudiantes de postgrado.

Los destinos de estos migrantes contemporáneos también se han ampliado. Se mantiene la atracción de Estados Unidos y se ha incrementado la migración hacia Canadá, pero han surgido otros destinos migratorios de interés, para los países andinos: Desde los años setenta se destacó Venezuela, (alrededor de 1 200 000 extranjeros: 4,2% de la población), en especial para colombianos 608 691, peruanos 59 399 y ecuatorianos 28 606 (17). Argentina ha sido igualmente destino atractivo según el censo de 2001, en especial para chilenos, peruanos y colombianos, además de un nuevo y reciente flujo de ecuatorianos, especialmente estudiantes.

Los países de Europa emergieron como un nuevo destino migratorio importante para los latinoamericanos a finales del siglo pasado, y en especial, en la primera década del actual. En razón de esa tendencia migratoria creciente, según Eurostat, para el 2007, en el espacio comunitario residían alrededor de 2,5 millones de latinoamericanos, equivalentes al 10% de la población extracomunitaria. De los seis principales países latinoamericanos, origen de estos migrantes, tres (Ecuador, Colombia y Perú) pertenecen a la subregión andina. Como característica, en su mayoría esos son migrantes calificados, incluyen médicos, enfermeras y estudiantes, cuyos destinos migratorios preferidos serían España, Italia, Portugal y en menor escala, el Reino Unido y Francia.

En esta línea, se citan argumentos de algunos autores respecto a factores que explicarían, el que estos países de la Unión Europea se hayan convertido, a comienzos del siglo XXI, en nuevos receptores de grandes flujos de migrantes latinoamericanos. Se señala así, el endurecimiento de las políticas inmigratorias de los Estados Unidos, a partir del atentado a las Torres Gemelas (septiembre 11 de 2001) y la militarización de la frontera con México por las mismas razones. Por otra parte, en varios países europeos, desde tiempo atrás, se crearon y prevalecen condiciones propicias para recibir inmigrantes de América latina. Entre ellas, ventajas económicas y sociales; necesidad de población joven, debido al acelerado envejecimiento de la población y a la demanda de mano de obra, barata y también calificada, en varios nichos laborales. Además, los vínculos históricos, políticos, culturales y lingüísticos, con España, Italia y Portugal (13, 15, 18, 19).

A lo anterior, se agrega la aplicación de algunas disposiciones de inmigración preferenciales para los latinoamericanos, tales como: a) políticas de atracción de mano de obra calificada (ej. el Programa de Médicos Internos Residentes en España); b) políticas de doble ciudadanía; c) procesos de regularización preferenciales (Brasil-Portugal); d) acuerdos bilaterales para migración de mano de obra barata (España

con Ecuador, Colombia y República Dominicana, firmados en 2001) y e) procesos de re-unificación familiar. Aunque desde 2003 esa tendencia ha ido cambiando en virtud de requisitos de visas establecidos para determinadas nacionalidades (del Área Andina a nacionales de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú). En el Tratado de Schengen, firmado por los países de la Unión Europea, la revisión efectuada muestra que España sigue siendo el principal lugar de destino, dentro de la Unión Europea, para la migración andina.

Dentro de las tendencias de la migración latinoamericana contemporánea, procede destacar el posicionamiento de Chile como nuevo país receptor de migrantes latinoamericanos, en especial, la participación muy amplia, de profesionales de salud; médicos de origen ecuatoriano, en particular, en esos desplazamientos migratorios (20).

Siguiendo con este análisis, se destacan los efectos del nuevo mapa migratorio latinoamericano descrito y, en esa línea, se señalan las ventajas de la emigración tanto para los países de origen como para los receptores. Se considera a estos últimos como los más favorecidos en los procesos migratorios, en cuanto se benefician de la obtención de mano de obra barata (documentada o no, y calificada), que se inserta en nichos laborales, muchas veces en condiciones precarias y sin la debida protección de sus derechos, y cuya vinculación permite que continúe el proceso de acumulación capitalista de esas economías.

En cuanto a los países de origen, latinoamericanos en su mayoría, desde los años noventa se han beneficiado de la llegada de nuevos recursos a sus economías, representados por las remesas en divisas extranjeras, enviadas por los migrantes respectivos. Los montos de esas remesas, en varios países, se han posicionado como rubros importantes de los presupuestos nacionales respectivos (12). De acuerdo con las cifras y fuentes, estas remesas muestran una tendencia creciente. Los montos de esas transferencias, recibidas en países de América Latina y El Caribe, en 1995 llegaron a un total de 13 300 millones de dólares y luego para la década del 2000 (20 000 millones), con incrementos anuales, para alcanzar en 2009 a 62 000 millones. Aunque estas remesas se vieron afectadas por la crisis económica global (decrecimiento del 11% entre 2008 y 2009), las proyecciones de organismos internacionales (BID) indican que ellas recuperarán su tendencia al incremento.

Igualmente, los desplazamientos migratorios llevan consigo efectos negativos, en particular los costos sociales, expresados entre otros, por la reconfiguración familiar, la orfandad de cada vez más niños y adolescentes latinoamericanos, la pérdida de mano de obra calificada, y en ocasiones la confrontación violenta, cuando se trata de indocumentados en tránsito o de la inserción en sociedades receptoras excluyentes,

discriminatorias frente a los inmigrantes. A esto se agrega, la aparición creciente de industrias migratorias, y de redes transnacionales, configuradas para la internación, documentada o no, en los países de destino.

Las características de este nuevo mapa migratorio latinoamericano, para su mejor entendimiento y manejo, plantean la necesidad de distinguir situaciones de inmigración y de emigración. Al respecto, la revisión detallada de las líneas de evolución en cuanto a inmigraciones en los países latinoamericanos, muestra una tendencia a que los Estados receptores asuman un rol de garantizador de los derechos de los inmigrantes, en vez de su papel tradicional asociado al control y a la restricción migratoria. Se señala que aunque se han logrado avances, aún falta mucho terreno por recorrer en aspectos jurídicos y sociales.

Hasta mediados de los años noventa y comienzos de la década pasada, los países de América Latina consideraban a la emigración como una válvula de escape que contribuía a aliviar tensiones sociales, económicas y políticas, lo cual se traducía en una total despreocupación por sus ciudadanos una vez que estos se ubicaban en otro país. Desde entonces, se ha hecho evidente un interés creciente, en las agendas políticas de la región, por los emigrados, a quienes los países ahora reconocen y valoran. Este cambio parece responder, primero a los volúmenes, cada vez mayores de emigrantes que requieren atención; en segundo lugar, a las remesas que envían los emigrados, que, como se ha indicado, representan importantes contribuciones a los presupuestos nacionales y en tercer lugar, al potencial político que representan los votantes en el exterior. Esto ha llevado a políticas consulares más proactivas para garantizar "los derechos de los emigrantes en países de destino sin importar su condición migratoria" (10, 13, 14, 21). Esta situación ha incrementado la preocupación, en los países de origen de los migrantes, respecto a la salida de profesionales que han experimentado en las pasadas tres décadas.

La emigración de estudiantes y profesionales, que incluyen personal de salud, constituye para los países una pérdida de recursos calificados, que restringe su capacidad de respuesta a necesidades y demandas de la población, afecta su competitividad y contribuye a ahondar "todavía más las brechas ya existentes entre países ricos y pobres y confirma cómo, la desigual integración capitalista contemporánea, merma oportunidades de vida y termina condicionando una inevitable salida de hombres y mujeres latinoamericanos de sus lugares de nacimiento" (18). Revertir esa supuesta inevitabilidad de la migración calificada, y recuperar, de algún modo, esos recursos humanos perdidos también se han vuelto objetivos claves que persiguen las actuales políticas emigratorias en los países de la región.

Este complejo mapa migratorio latinoamericano exige repuestas sociales y estatales que se orienten, fundamentalmente, a garantizar los derechos de los migrantes, sin importar su condición migratoria, tanto en los países de origen, como en los de tránsito o de destino. Esto implica una revisión de la noción de “ciudadanía” y de la relación entre el Estado y los ciudadanos, respecto a lo cual, Susana Novick (14) propone que “una de las vías consecuentes con la dinámica realidad migratoria contemporánea es avanzar hacia la consecución de una ciudadanía ampliada que implique el ejercicio permanente de derechos políticos, sociales, económicos y culturales de los migrantes, sin importar su nacionalidad o condición migratoria, en todos los territorios, sean de origen, tránsito o destino”.

Lograr esa condición de “ciudadanía ampliada”, es un formidable desafío, difícil de enfrentar en las circunstancias de búsqueda de la seguridad nacional, cuyo conjunto de medidas, adoptado por los países llamados centrales, afectan el ejercicio del Estado de Derecho, ya sea en los países de origen, de tránsito o de destino. El cómo solucionar esas restricciones sin lesionar los derechos de los migrantes, es el reto contemporáneo.

La migración calificada de latinoamericanos en el escenario global

Existen diferentes definiciones de migración calificada, según los criterios adoptados para el respectivo análisis. El informe elaborado por el Grupo de Investigadores del Observatorio Social de Ecuador, hace una revisión ampliamente documentada del tema, a la cual se refiere, a los lectores interesados. Para los efectos de la presente síntesis se considera pertinente señalar que el informe acoge la tesis de Jorge Martínez Pizarro, quien considera que existen ciertos acuerdos generales que distinguen a este tipo de migración como “una fuerza de trabajo con habilidades y talentos clave para el desarrollo, la innovación, la investigación y la tecnología” (22).

Esta definición, indica su propio autor, no es neutra en cuanto induce a una posible estigmatización respecto a los trabajadores migrantes y a los migrantes en general, lo cual pudiera inducir a la consideración de que este tipo de movimiento poblacional, solo por ser calificado, puede incluso no ser visto como un proceso migratorio, sino más bien como un intercambio de conocimientos, aunque tenga muchos puntos en común, causas, modus operandi y consecuencias, con los otros flujos migratorios.

Al respecto, se encuentran argumentos y posiciones de varios grupos y autores, cuya revisión, muestra la necesidad de contar con una mayor información e investigación, que permita un análisis específico en torno a la migración calificada, en el mapa de un marco migratorio mayor, y sobre todo en el contexto de la desigual integración capitalista global.

A partir de esa determinación operativa, para proseguir en el análisis del marco conceptual propuesto, el informe plantea un interrogante:

“¿Qué tendría entonces en común la migración calificada con los otros flujos migratorios internacionales?”

Retomando información ya revisada, es claro que la migración calificada y no calificada, comparten varias situaciones:

1. Ambas son producto de la desigual integración capitalista contemporánea, y de las brechas sociales, económicas y políticas que esta produce al interior de los países y entre estos, ricos y pobres.
2. Los dos tipos de flujos migratorios, contribuyen al desarrollo, tanto de los países de origen, por el envío de remesas, como en los de destino, por la incorporación de migrantes a la fuerza laboral.
3. Los migrantes, profesionales o no, como tendencia generalizada, trabajan en condiciones de creciente precarización laboral y exclusión social. Los migrantes profesionales, aunque se puedan considerar un sector de elite, también suelen percibir un ingreso menor al de sus pares, con igual formación y capacidades que los ciudadanos de países receptores.
4. Un rasgo compartido, de los migrantes calificados o no, se refiere a la forma de operación de los desplazamientos. En efecto, ambos grupos configuran redes migratorias transnacionales, que arreglan traslados y fungen de soporte emocional y laboral, cuando estos migrantes deben insertarse en el lugar de destino y mantener relaciones con el país de origen.

Establecidas las características anteriores, compartidas por los varios tipos de migración, se estima procedente analizar las peculiaridades de la migración calificada: en primer lugar, la práctica de la captación o reclutamiento de profesionales, que los países desarrollados han venido ejecutando desde mediados del siglo XX, para atender sus necesidades de personal calificado en diversas áreas, incluidos los servicios de salud. En esa línea, que han producido enormes beneficios para los países ricos –se hace referencia a dos estudios clásicos que ilustran estos procesos y llaman la atención sobre sus efectos en países pobres de América Latina, Asia y África–. El primero de estos estudios, *“Physician and Nurse Migration: Análisis and Policy implications”* (23), destaca la importancia del reclutamiento de médicos procedentes de países en desarrollo y su aporte a la consolidación del concepto y rol del Estado Benefactor en países europeos; y el segundo, *La Transferencia inversa de Tecnología: dimensiones, efectos económicos y consecuencias de política* (24), analiza los impactos del llamado *“brain drain”* o fuga de

cerebros, entre 1961 y 1972 en las transferencias de migrantes calificados de países pobres a Estados Unidos, Canadá y Reino Unido.

Estos estudios ilustran la complejidad que entraña la migración calificada, que desde mediados de los años 60, cuando se iniciaron los estudios en los países latinoamericanos, ha dado lugar a la existencia de una constante brecha entre la necesidad de estos recursos humanos y su efectivo aprovechamiento, que se ha ido profundizando con el paso de los años.

En esa línea de reflexión, se analiza la condición de grandes perdedores de cuadros de profesionales, que han debido afrontar los países de América Latina, al no poder generar condiciones y oportunidades laborales atractivas para retenerlos, lo cual en última instancia, restringe sus posibilidades para incrementar su competitividad y consolidar su desarrollo.

En contraste, los países ricos, mediante una selectiva apertura fronteriza –que estimula y favorece la movilidad de profesionales–, y con la implementación de políticas específicas de captación de recursos humanos calificados, aumentan la disponibilidad de profesionales que contribuyen directamente a su desarrollo. Esto hace muy complejo el contexto de la migración calificada que en última instancia se genera en un irremediable círculo vicioso, configurado por: las limitaciones citadas de los países latinoamericanos, las necesidades de los profesionales de tener mejores oportunidades laborales y vitales y las demandas y políticas de captación de los países ricos. En ese contexto la migración calificada, de manera perversa, no solo ahondaría diferencias entre países pobres y ricos, sino que además contribuiría a perpetuarlas. Esto confirmaría la interpretación y la razón del llamado de alerta generado en los estudios de cuatro décadas atrás, respecto a esta migración calificada como la conformación de un subsidio desde el mundo en desarrollo hacia los países más avanzados.

En los siguientes dos acápites, “Perspectivas teóricas para analizar la migración calificada” y “Factores que determinan la migración calificada”, se revisan, aspectos teóricos y de evolución histórica, que se han considerado relevantes, tanto para el análisis social, como para la toma de decisiones públicas, con respecto al tema.

Perspectivas teóricas para analizar la migración calificada

En la línea expuesta, se plantea una visión panorámica de las interpretaciones políticas y sociales de los fenómenos migratorios y su relación con eventos de significación global, empezando con el contexto post segunda guerra mundial y la descolonización en África, Asia y El Caribe. En esa primera visibilización del tema, se entendió la migración calificada como una pérdida para el país de origen de recursos humanos

claves para su desarrollo y se acuñó el término “*brain drain*” o fuga de cerebros, para expresar dicho concepto.

A lo largo de los años, han surgido otras diversas teorías e interpretaciones, sustentadas en concepciones políticas y económicas de los modelos de desarrollo, los roles e influencias del mercado en esos modelos y, en última instancia, la naturaleza y características de las relaciones, en los ámbitos de la economía, de los países ricos y los países pobres.

En el contexto de la América Latina, estos debates fueron especialmente intensos, animados por la presencia de organismos multilaterales, en particular la Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL, cuyas interpretaciones causales de los fenómenos migratorios de profesionales de los países pobres hacia los países ricos, sustentaron la concepción de modelos de desarrollo social y económico que buscarían corregir esas desigualdades y por tanto los efectos de las migraciones de profesionales.

Los resultados de estos intentos no fueron significativos; además, su desarrollo se vio interferido por los cambios que, en la década de los años setenta, alteraron la naturaleza y la composición política de los sistemas de gobierno en la mayoría de los países de América Latina y, entre sus efectos, contribuyeron a intensificar la migración de profesionales de estos países, ahora por razones de orden político y no solamente económico.

Desde mediados de los años ochenta, nuevas corrientes del pensamiento político mundial, dieron origen al surgimiento de un nuevo panorama sociopolítico y económico, que trajo consigo la caída del muro de Berlín y con ello, la configuración de un mundo unipolar, con énfasis en los procesos de globalización y en la adopción de medidas de ajustes macro económicos, cuyas proyecciones en la América Latina propiciaron además el retorno a formas representativas de gobierno. Estos cambios, condujeron a la configuración, en estos países, de nuevos contextos políticos e institucionales, en los que, al parecer, la emigración de profesionales no solo se ha mantenido sino que muestra tendencias de aumento. Infortunadamente, un común denominador de estas situaciones, es la ausencia de suficiente información y documentación que permitan dimensionar apropiadamente tales fenómenos.

La consideración de los anteriores hechos del acontecer político y sus efectos en la migración de profesionales, se complementa con la revisión de su evolución desde una perspectiva académica. En ese campo, las interpretaciones analíticas y las propuestas de migración calificada, han transitado por varias etapas: de la designación de “*brain drain*” (1970), que destaca el concepto de pérdida del recurso humano para los países de origen, a la noción de “*brain circulation*” (circulación de cerebros), que interpreta

a la migración calificada como parte de procesos globalizantes contemporáneos, la creación de redes e intercomunicaciones; en un mundo con fronteras selectivamente permeables para mercancías y ciertos profesionales, quienes retornarían a sus países de origen, con beneficios de experiencia que aportarían al desarrollo local.

Como una variante de esta interpretación, aparece el enfoque de *"brain exchange"* (intercambio de cerebros) en el que, la conectividad que ofrece la globalización, favorece el intercambio virtual de conocimientos y habilidades, sin movilización de personas, lo cual, sin embargo, exige que en los países de origen se generen las condiciones requeridas para el intercambio. A estas posibles alternativas se han formulado observaciones y cuestionamientos que han dado base para otras interpretaciones como *"brain waste"* (desperdicio de cerebros), cuando las condiciones no son favorables para los intercambios y también al *"brain gain"*, (ganancia de cerebros) con propuesta para recuperar los profesionales que emigraron o están subutilizados.

En etapa más reciente (2004) ha aparecido el concepto de *"brain strain"* (presión de cerebros), en el cual, se trataría de juntar "los aportes" hechos desde los enfoques anteriores, con una concepción de la migración calificada, como un proceso de doble vía, donde países de destino y de origen están interconectados, lo que permite entender de mejor manera la relación que existe entre migración calificada y desarrollo económico, a la vez en países emisores y de recepción.

En este nuevo abordaje se resalta la importancia de adoptar un enfoque múltiple que involucre a países de origen y de destino y que permita evidenciar las responsabilidades compartidas frente a la migración de profesionales.

Si bien, esta última propuesta analítica, puede ser la más conveniente, para investigar y generar acciones estatales respecto a la migración calificada, es claro que ninguno de estos enfoques descalifica al modelo de desigual integración capitalista global como factor determinante para la salida de esos profesionales. Así, es básico revisar el *modus operandi* del capitalismo contemporáneo y generar propuestas para corregir esos efectos.

Factores que determinan o contribuyen a la migración calificada

La migración calificada, como se deduce de la revisión sintetizada en las secciones anteriores, responde a múltiples causas y es multidimensional. Se reconoce como causa fundamental de las migraciones, incluida la migración calificada, la desigual integración capitalista global, pero adicionalmente, derivados de esta o asociados a ella, existen otros factores que determinan o contribuyen a la migración de recursos humanos calificados y, al respecto, acoge el planteamiento consignado en el estudio

“Una aproximación al diseño de políticas sobre la migración internacional calificada en América Latina” (18), publicado por la CEPAL.

Estos autores, consideran como factores principales que determinarían esa movilidad de profesionales latinoamericanos, los siguientes:

- El contexto de los países de destino
- El contexto de los países de origen
- El protagonismo de las empresas multinacionales
- El desarrollo tecnológico y la globalización de los medios de comunicación y transporte
- La configuración de históricas redes migratorias transnacionales

En el desarrollo de esta tesis, el Informe revisa en detalle estos cinco grupos de factores asociados a la causa primordial de esta migración calificada, sustenta su análisis en informaciones estadísticas y citas de publicaciones relevantes en cada uno de estos temas y llama la atención, en especial, sobre aspectos específicos relacionados con: a) En los países de destino: condiciones demográficas, demanda tecnológica, políticas de reclutamiento de personal calificado; y b) En los países de origen: limitadas condiciones laborales y condiciones educativas y de investigación.

Esta revisión concluye con un señalamiento explícito respecto a la importancia de reconocer la complejidad y la multidimensionalidad de factores sociales, culturales, económicos y políticos, que han de ser tomados en cuenta a la hora de diseñar y ejecutar acciones estatales que, de algún modo, pretendan paliar y revertir la salida de recursos humanos calificados.

En esa línea, un aspecto clave es el desafío de revertir esa “inevitabilidad”, que al parecer entraña este tipo de migración. En tal sentido, se reconoce como una necesidad apremiante el que los países de origen adopten a corto plazo medidas para fortalecer los sistemas educativos e investigativos, y, sobre todo, para abrir nuevos nichos laborales y oportunidades vitales para evitar esa pérdida de profesionales.

Así mismo, se considera que es inminente generar políticas de retorno, para que los profesionales, en especial los que están desperdiciados en destino, puedan regresar e insertarse laboralmente. En el actual contexto de acelerada integración global, es apremiante que se tomen medidas colectivas entre países para responder a esta pérdida de profesionales. En el contexto de América Latina, tanto MERCOSUR como UNASUR, deben dar prioridad en sus agendas públicas al proceso latinoamericano y

en particular al de la migración calificada. Generar sistemas de información regional, es sin duda un primer paso para tomar medidas conjuntas y apelar a un trabajo colectivo entre regiones de origen y destino.

Persistirá, sin embargo, un desafío mayor, que requiere la adopción de medidas críticas, de mayor alcance y profundidad, que cuestionen la desigual interdependencia global, que desde mediados del siglo XX ha justificado el reclutamiento de profesionales en países pobres, beneficiando ampliamente a países ricos. De lo contrario, la salida de migrantes, calificados o no, solo seguirá en aumento como respuesta directa a esas amplias y profundas desigualdades generadas por el capitalismo contemporáneo. Sin embargo, adoptar medidas que contribuyan a revertir el orden imperante para incidir en la migración de profesionales, solo será posible en la medida en que se pueda contar con información y análisis más específicos en torno a las características y al *modus operandi* de este tipo de migración.

Se concluyen estas consideraciones, señalando que se ha esquematizado un marco global y regional, que permite un acercamiento al proceso multidimensional. Apelando a estimaciones censales se podría intentar establecer el volumen aproximado de migrantes profesionales; pero eso no sería suficiente. Se requiere profundizar en la comprensión de características de esta migración, para lo cual los elementos analíticos y críticos que se han revisado serán de utilidad, teniendo en cuenta que los desplazamientos migratorios de profesionales de la medicina y la enfermería, de la América Latina y de la Subregión Andina, en particular, no son ajenos a la influencia de las tendencias globales y de las causas generales que movilizan la migración calificada latinoamericana en general.

Principales hallazgos

La Escuela Andaluza de Salud Pública, definió los ejes principales para la realización de esta investigación, partiendo del marco conceptual, cuyas características se presentaron en las secciones anteriores; y de una revisión bibliográfica para indagar sobre los siguientes tres aspectos: a) La migración de los profesionales de la salud; b) La inmigración contemporánea de estos profesionales a la Unión Europea, y, c) Estudios previos y reflexiones en torno a la presencia, en España, de médicos y enfermeras, procedentes de América Latina.

Presentamos hallazgos del estudio analítico bibliográfico y los resultados de los estudios de caso, obtenidos en las entrevistas a migrantes en el país de destino; a migrantes retornados a sus países de origen y a estudiantes de medicina y enfermería de los últimos años de estudio, con intención de migrar.

Aspectos generales de la migración de profesionales de salud

La revisión efectuada, indica que con el telón de fondo de la desigual integración capitalista global, al igual que ha ocurrido con otros tipos de migraciones en el área de la salud, existen condiciones de contexto que influyen directamente en la salida de los profesionales de sus países de origen, usualmente naciones pobres, hacia los países calificados como centrales o de destino. Los condicionantes contextuales son, aquí también, limitaciones socioeconómicas, ausencia de oportunidades profesionales y vitales en los países de origen y, en contraste, la existencia de fuentes atractivas para la reproducción social y productiva de esos médicos y enfermeras en los países de destino.

En los países desarrollados, el envejecimiento de la población, las consiguientes mayores demandas de servicios pertinentes que generan más amplios requerimientos de profesionales para la prestación de esos servicios, y las condiciones deficitarias de recursos humanos, frecuentes en estos campos, en dichos países, son factores que inciden y motivan aún más este tipo de migración. Estas situaciones, por otra parte, son factores que coadyuvan a la formulación y ejecución de deliberadas políticas de reclutamiento de médicos y enfermeras, originarios y formados en países pobres.

Con base en este análisis, se señala que de estos condicionantes contextuales, el déficit de recursos humanos en salud, en los países centrales, es quizá uno de los mayores determinantes para este tipo de migración.

No obstante, la carencia de personal de salud, no es exclusiva de los países centrales o del primer mundo; también la comparten los países pobres, como lo evidencian los estudios revisados (25). De acuerdo con estos estudios, los alrededor de 100 millones de personas que a nivel mundial, trabajarían en profesiones relacionadas con el cuidado de la salud, son insuficientes para cubrir las necesidades de la población tanto en países centrales como en países pobres.

En estos últimos, entre los cuales se encuentran los países latinoamericanos y por supuesto de la Región Andina, se deben tomar acciones públicas para intentar revertir los deficientes índices de recursos humanos en salud.

Se calcula que en los países pobres existe un médico por cada 5000 habitantes, cifra que se duplica (1x10000) en países de África (20). Si a esa situación se agrega la migración y más aún la adopción de políticas de reclutamiento de médicos y enfermeras para revertir el déficit de esos profesionales en los países centrales, el impacto negativo en los servicios de salud y en el desarrollo de los países pobres, es devastador; muchas veces irreversible y, obviamente, se torna alarmante y reclama acciones públicas para controlar y, en lo posible, corregir esas situaciones.

Se citan hallazgos obtenidos en diversas investigaciones que profundizan sobre estos aspectos. De esa revisión, para efectos de la presente síntesis, se considera procedente destacar:

- a) La emigración de personal calificado de la salud, termina siendo un subsidio perverso, en cuanto por satisfacer la demanda de estos profesionales, en los países ricos, los sistemas de atención de la salud en los países pobres pierden personal calificado en cuya formación han invertido recursos de suyo escasos.
- b) Estas pérdidas se configuran, por una parte, en las limitadas condiciones socioeconómicas locales y, por la otra, porque repercuten, agravándolos, en los índices de deficiencia de esos recursos humanos, con el empeoramiento consiguiente de los sistemas de salud de los países de origen, contribuyendo así a ahondar y perpetuar la brecha entre países ricos y pobres.
- c) Esta situación se hace más compleja y preocupante en cuanto existen pocas posibilidades de que esa carencia de personal de salud se vaya a revertir a corto o mediano plazo. Por el contrario, estudios pertinentes indican que Estados Unidos y países de la Unión Europea, prevén carencias crecientes de estos profesionales, las cuales se verán agravadas por jubilación prevista de números importantes de los mismos. Si a la vez, en los países de origen, persisten limitaciones de incentivos y precarias condiciones salariales, junto con carencia de tecnología e infraestructura, la migración de profesionales de la salud, no solo persistirá si no que se aumentará.
- d) La complejidad y efectos de los desplazamientos de la migración calificada en salud, se ha convertido en un área de especial preocupación para los Estados nacionales, en especial de los países pobres. Estas situaciones, asimismo, han motivado el interés de organismos internacionales en particular de OIM, OIT, OMS y OPS.
- e) La OMS, en 2006, seleccionó el déficit de personal de salud en el mundo, como el tema de su informe anual y aunque reconoce beneficios individuales para los profesionales que migran y, eventualmente, para sus países de origen por las remesas de divisas que ellos generan, destaca, sin embargo, los efectos negativos que esta migración de personal calificado ocasiona en los servicios de salud de los países pobres. En esa línea, alerta sobre la necesidad urgente de realizar acciones estatales y sociales, conjuntas, de países de origen y de destino, para revertir esas tendencias y evitar el ahondamiento de las inequidades en salud.
- f) Existe una necesidad imperiosa de generar información, tanto cuantitativa como cualitativa, que aborde los distintos aspectos que caracterizan estos fenómenos sociales, en particular, respecto a la migración de médicos y de enfermeras, que

facilite, en el mediano plazo, adoptar decisiones públicas para aminorar los efectos negativos de su migración y, en el largo plazo, hagan posible revertir estas tendencias que conducen a la pérdida de recursos humanos calificados en ámbitos nacionales en donde su presencia es crítica.

- g) Un posible punto de partida para estas acciones, puede ser, el reconocimiento de las particularidades que caracterizan la migración de personal calificado en salud, las cuales, primero, tienen claras relaciones con eventos sociales y políticos que han sido ya revisados respecto a la migración calificada en general, y segundo, se destacan como referentes específicos a ser considerados en el diseño e implementación de los sistemas de información que se recomienda desarrollar.
- h) En ese orden de ideas, procede la consideración de recomendaciones y acciones relacionadas con: la adopción de normas respecto a políticas de reclutamiento y los procedimientos de contratación; el fomento de intercambios o estancias cortas –a través de becas de estudios o de trabajo–, para que ese personal de salud tenga experiencias de formación, laborales y vitales en el extranjero; pero retorne a sus países de origen; el establecimiento de acuerdos bilaterales y multilaterales entre países de origen y de destino, que reconozcan y velen por los derechos de estos migrantes y busquen formas de aminorar los impactos negativos de estos desplazamientos migratorios.
- i) Es evidente, igualmente, la necesidad de que los países de origen adopten medidas para alentar a los médicos y enfermeras a permanecer en sus países; mediante mejoras tanto en sus condiciones laborales y salariales, como en la organización de sus sistemas de servicios de salud, desarrollo de la infraestructura y acceso a tecnologías; así como en la adopción y aplicación de políticas de formación e investigación permanentes en el campo de recursos humanos en salud.
- j) Finalmente, se hace referencia a recientes expresiones de preocupación e interés en el tema de migración de personal calificado en salud, por parte de organismos de cooperación técnica, en particular la OPS/OMS. Al respecto cita, el Llamado a la Acción de Toronto (2005), la adopción de Metas Regionales en Recursos Humanos para el período 2007-2015; la 27 Conferencia Sanitaria Panamericana y la expedición del Código Mundial de Prácticas sobre Contratación Internacional de Personal de Salud (OMS, 63ª Asamblea Mundial de la Salud, 2010 (26); cuyos objetivos contemplan:
 - Establecer y promover principios y prácticas en relación con la contratación internacional ética de personal de salud, tomando en consideración los derechos, las obligaciones y las expectativas de los países de origen, los países de destino y del personal de salud que emigra.

- Servir de referencia para ayudar a los Estados Miembros en el establecimiento o mejoramiento del marco jurídico e institucional necesario para la contratación internacional de personal de salud.
- Proporcionar orientación que pueda utilizarse según corresponda en la formulación y aplicación de acuerdos bilaterales y otros instrumentos jurídicos internacionales, y
- Facilitar y promover el debate internacional, y fomentar la cooperación en los asuntos relacionados con la contratación internacional ética de personal de salud, como parte del fortalecimiento de los sistemas de salud, centrándose en particular en la situación de los países en desarrollo.

Este nuevo Código, es un componente medular de las respuestas bilaterales, nacionales, regionales y mundiales a los problemas de la migración de personal de salud, cuya efectiva implementación, junto con el fortalecimiento de los sistemas de salud, permitirán que los Estados miembros avancen en el cumplimiento de los Objetivos del Milenio, así como de otros propósitos de desarrollo acordados al nivel internacional (26).

- k) La presente investigación busca aportar información que permita a los países andinos el logro de las Metas adoptadas para el 2015, y la aplicación del Código citado.

Una mirada a la inmigración contemporánea en la Unión Europea

En concordancia con el enfoque adoptado, que toma información relevante para analizar la migración de personal de salud, en particular médicos y enfermeras de países del Área subregional Andina a España, el documento, a partir de datos del Banco Mundial (12), revisa cifras relacionadas con los diez principales destinos migratorios, a nivel mundial, los cuales indican, que “el 6,2% del total de la población en la Unión Europea, para 2008, eran extranjeros”.

Los datos revisados, desagregados por país, mostraron que más del 75% de los extranjeros residentes en la Unión Europea, se concentraban en solo cinco países comunitarios, de los cuales, en orden de magnitud, el segundo lugar lo ocupó España, en donde los principales inmigrantes extranjeros incluyeron una nacionalidad latinoamericana, representada por ecuatorianos (423 500, equivalentes al 8,0%) quienes ocuparon el tercer lugar del total (27).

Otro investigador, señala que aunque desde el 2007 se observa un ligero declive en el número de extranjeros que se nacionalizó en la Unión Europea (28), esas

nacionalizaciones todavía persisten, en especial en algunos países, entre los cuales se encuentra España, que en 2008 registró un incremento del 17% en el número de nacionalizaciones, por debajo de Italia (18%) y superando a Francia (4%).

La desagregación que el autor citado hace de estos datos de nacionalizaciones, por grupo etario y por nacionalidades, muestra que los nuevos ciudadanos europeos oscilan entre 30 y 40 años y que entre los cinco países de origen más frecuentes de estos inmigrantes, para 2010, figuró Ecuador en un tercer lugar con 27 300 nacionalizaciones.

Con datos e información generados por el investigador citado, se destaca que de los cinco principales países latinoamericanos de origen de migrantes nacionalizados en la Unión europea, en 2008, los tres primeros lugares fueron para países andinos, a saber: Ecuador 27 300 nacionalizados, el 93,5% (25 536) en España; Colombia 19 000 nacionalizados, el 81,1% (15 408) en España y Perú 10 500 nacionalizado, el 78,55 % (8 206) en España.

Estas cifras dan cuenta de que España es un país preferente en la Unión Europea, para migrantes de tres de los países del área andina, por lo que, se dan antecedentes históricos importantes; que si bien, en alguna forma, pueden haber sido afectados por restricciones derivadas de las políticas y leyes migratorias de la comunidad, actualmente esas normas y disposiciones no parecerían tener tales efectos, frente a las necesidades de renovación poblacional que enfrentan esos países, en particular España.

El Informe, aborda este último aspecto desde la perspectiva España: principal destino europeo de la migración andina. Y al respecto señala que este país, desde finales del siglo XX, después de Estados Unidos, se ha posicionado, en Europa, como el principal país receptor de inmigrantes latinoamericanos. Para esto, se ha dado la confluencia de factores inherentes a las condiciones negativas del desarrollo de América Latina y las características de evolución del momento histórico, sociopolítico y económico, del contexto español.

En los años ochenta se dieron simultáneamente, la consolidación democrática y la incorporación a la, en ese momento, Comunidad Económica Europea, que trajeron consigo una dinamización de la economía española, el crecimiento de centros urbanos y la apertura de nuevos y más amplios nichos y oportunidades laborales –incluidos los requerimientos de nuevos servicios por el envejecimiento de la población. Estas demandas de fuerza laboral, junto a las complejas situaciones en los países latinoamericanos y los nexos históricos y culturales, generaron un campo propicio para que España se transformara en un lugar de destino preferente de las migraciones de estos países.

En ese marco, la inmigración laboral latinoamericana, calificada o no, se ha ido consolidando en diferentes áreas de la economía española, con características importantes, como la feminización de esa migración y su profesionalización, concretamente en el área de atención de la salud.

En concordancia con estos señalamientos, de la revisión de información cuantitativa del "Anuario Estadístico Español de 2009", proporcionado por la Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración de España, para efectos de la presente síntesis, se considera pertinente señalar, lo siguiente:

a) En diez años, 1999 - 2009, el número de migrantes andinos en España se incrementó 15 veces. Los ecuatorianos, 440 304, son los más numerosos, les siguen, en cantidades descendentes, los colombianos, 287 205, los peruanos, 144 620, los bolivianos 117 106, los venezolanos 40 370 y los chilenos 30 068.

b) En la última década, 669 117 hombres latinoamericanos inmigraron a España, en tanto que hicieron lo propio 789 021 mujeres; una diferencia de 119 904 mujeres más, de quienes 66 993 mujeres más que hombres andinos emigraron a España. Esta tendencia de género es válida para todos los países, excepto Chile, que es el único país andino del que han emigrado más hombres que mujeres a España.

Médicos y enfermeras latinoamericanos en España

La revisión bibliográfica realizada, aporta elementos histórico-estructurales para una interpretación inicial de los procesos de la migración calificada latinoamericana. Con base en esos elementos, se conjetura que la migración de profesionales latinoamericanos hacia España, se podría explicar en el marco de una relación de complementariedad entre países de origen y el de destino. En tal caso, en principio, las limitaciones para el ejercicio de la medicina y la enfermería y las oportunidades laborales y vitales existentes en los países de origen, se suplirían en España.

No obstante, es procedente insistir en que, detrás de esa aparente complementariedad, se esconde una perversa relación histórica, producto de la desigual integración capitalista contemporánea. Así, la migración calificada como se ha visto antes, termina beneficiando a los países receptores, en este caso España, y afectando negativamente a los países de origen, que pierden ciudadanos, la inversión en su formación y la posibilidad de que esos profesionales incidan en el desarrollo de su propio país.

En la relación, aparentemente, complementaria, que explicaría parcialmente la inmigración de profesionales de la salud a España, las limitaciones en el país de origen las supliría el país receptor. Esto supondría, que un irremediable y continuo flujo de profesionales migraría; lo cual indicaría, que el comprender las causas de la

complementariedad y la irremediabilidad de esta relación, y afectarlas y modificarlas, debería ser un objetivo mayor de las acciones sociales y estatales que se tomen en los países de origen, para evitar la salida de estos profesionales de la salud.

Teniendo en cuenta aspectos revisados en secciones anteriores, procede profundizar la reflexión, para entender por qué España, de ser un país emisor se convirtió en uno de los principales receptores de inmigrantes a nivel mundial.

En esa línea, surgen dos factores adicionales que impactan en las mayores necesidades de profesionales de la salud. Por una parte, la tendencia al envejecimiento de los recursos humanos en salud (cuatro de cada diez especialistas se jubilarán en los próximos 15 años) y en segundo lugar, porque España registra, en la Unión Europea, los salarios más bajos para los médicos, lo cual genera la migración de estos profesionales hacia otros países de la comunidad. (Estimaciones del Ministerio de Sanidad indican que alrededor de 2 000 médicos han emigrado en los últimos años al Reino Unido, Francia, Portugal y Suecia).

Si se mantienen las tendencias actuales, (según las proyecciones del Ministerio de Sanidad), para el 2025 se requerirán 25 000 médicos adicionales para la atención de la población española, y el sistema educativo no tiene, por sí mismo, capacidad para enfrentar estos requerimientos.

Aunque al respecto, las universidades hacen esfuerzos reconocidos para incrementar las cifras de médicos y enfermeras graduados cada año –para responder a estas necesidades–, las mayores carencias se registran en algunas especialidades, anestesiología, pediatría, cirugía infantil, radiología, urología, traumatología, geriatría y oncología; así como en enfermería, para atender a la creciente población envejecida. En contraste, el MIR, (programa Médico Interno Residente) para la formación de especialistas, recibe cada vez menos demanda. En el 2008, hubo 4 000 estudiantes licenciados en medicina, frente a 7 000 plazas ofrecidas por el MIR. El desperdicio de estos cupos repercute en un incremento de plazas vacantes en el sistema de salud.

Entre las medidas que el Estado español ha adoptado para enfrentar esta situación, se destacan, por una parte, la implementación de políticas de recuperación de los profesionales españoles que están en el extranjero; y por la otra el reclutamiento y la contratación de profesionales extranjeros, lo cual conduce a que los nichos laborales dejados por emigrantes españoles sean ocupados por inmigrantes calificados de la salud, provenientes de países pobres, entre ellos de América Latina. Se conoce que en los últimos cuatro años se ha homologado, un promedio anual de 3 653 títulos de médicos extranjeros, cifra que responde a una de las políticas previstas por el Ministerio de Sanidad de “reclutar a 3 600 especialistas extranjeros cada año”.

Una de las estrategias adoptadas, para estos propósitos de reclutamiento de personal de salud, ha sido la oferta de programas de estudio de postgrado, a través del MIR, en el cual pueden participar ciudadanos de la Unión Europea, ciudadanos de países con los que existen libre circulación de profesionales, y ciudadanos de países que aunque no sean miembros de la Unión europea, tengan convenios vigentes de cooperación cultural con España, entre los cuales están los latinoamericanos y en particular los países andinos.

Así, por medio del MIR, en España se ofrecen anualmente más plazas en hospitales para formar a especialistas de la salud, que en la mayoría de los países latinoamericanos y que en muchos países europeos. Las ventajas que ofrecen estos programas del MIR, además del alto nivel académico, son un menor número de años de formación en comparación con otros países; la obtención de un título reconocido en toda la Unión Europea, sin necesidad de homologación, adicional al prestigio de haberse formado en Europa y la posibilidad de una vez terminado el proceso, acceder a nichos laborales.

Se sabe que en 2001, los médicos provenientes de la UE que iniciaron su proceso formativo fueron 56; en el 2005, la cifra fue de 178. Así mismo, para el 2001 los postulantes no comunitarios fueron 337 y para el 2005 subió a 1 066. En este último grupo, la mayoría fueron profesionales latinoamericanos (8).

Características de los y las profesionales de salud migrantes en España

A continuación se presenta y analiza la información obtenida en la investigación de campo, mediante la realización de las entrevistas y la aplicación de la encuesta.

Emigrantes en destino

Perfil migratorio y profesional

De 24 profesionales encuestados, seis hombres y 18 mujeres, 12 fueron enfermeras y 12 médicos (seis mujeres y seis hombres). De las enfermeras, tres habían cursado estudios de especialización y de los 12 médicos, cinco habían realizado estudios de posgrado y tres estaban realizando esos estudios en el momento de la encuesta. La edad promedio cuando decidieron emigrar, alcanzaba los 29 años y el promedio actual, a la realización de la encuesta, era de 36 años.

Al tomar la decisión migratoria, de los 24 integrantes del grupo, siete tenían contrato laboral fijo en el país de destino y 14 tenían una contratación inestable, lo que pudo influir en su decisión de salir. Solo un encuestado estaba sin empleo.

De los 24 encuestados, 22 habían realizado estudios y obtenido la licenciatura (medicina o enfermería) en sus países de origen. De los dos restantes una, (médica chilena) hizo estudios de pregrado en dos países (Chile y Argentina) y la otra (enfermera chilena) hizo el pregrado en Chile y España.

De los ocho encuestados que tenían estudios de posgrado (tres enfermeras y cinco médicos), solo uno, médico boliviano, hizo referencia al lugar en donde estudió (México). Solo dos de los 12 médicos no contaban con especialización y de las 12 enfermeras nueve no tenían estudios de posgrado. En promedio, los 24 encuestados, tenían cinco años de experiencia laboral antes de salir de sus países de origen, pero el grupo de enfermería declaró un promedio de siete años de trabajo antes de emigrar y el grupo médico 2,5. Los autores del estudio conjeturan que los médicos salen antes para hacer estudios de posgrado. Las diferencias de estos grupos indicarían que en la migración de enfermeras, el país de origen pierde profesionales con amplia experiencia laboral.

Razones para migrar

Se exploraron cuatro grupos de razones: profesionales; personales /familiares; laborales y las vinculadas al contexto del país de origen y de destino.

Los 24 profesionales encuestados indicaron, en orden descendente, razones profesionales como la primera motivación para emigrar. En segundo lugar, con igual importancia, las personales/familiares y las laborales. En último lugar, pero manteniendo interés y motivación, figuraron razones vinculadas con los contextos del país de origen y de destino. Por profesión, para el grupo de enfermería, la principal motivación fueron razones personales/familiares y los médicos señalaron razones profesionales y en menor medida las laborales.

La exploración de estos cuatro conjuntos de motivación para la migración, manteniendo la distinción entre profesiones, muestra:

Ejercicio laboral en destino

De los 24 encuestados, 23 manifestaron estar ejerciendo la profesión que estudiaron. Esto indicaría que no hay desperdicio o subutilización de este recurso calificado. Los autores del estudio consideran que, igualmente, esto confirmaría que las universidades en los países andinos están formando profesionales de la salud que son igual de competentes para ejercer la medicina o enfermería que los profesionales europeos y, también, esto sería una evidencia más de la existencia de un subsidio perverso y de la gran pérdida de recursos humanos que implica para los países andinos.

De los 24 encuestados, 22 ejercen su profesión en zonas urbanas. Dos médicos, un colombiano y un boliviano, trabajaban en zonas rurales de Cataluña. Uno de los 24 encuestados, médico boliviano, no tenía contrato laboral, trabajaba bajo contrato verbal. Los 23 inmigrantes restantes, tenían diversas modalidades de contratación: contrato de plazo fijo tres; funcionarios provisionales tres; y los más populares: cuenta ajena y laboral eventual seis; cuenta y laboral fijo, cinco.

La mayoría contaba con contrato de trabajo, pero esto, no necesariamente, implicaba beneficios sociales para todos. De los 24 encuestados, cinco, dijeron no tener ningún tipo de beneficio social derivado de la vinculación laboral. De los 19 que informaron si tener beneficios sociales, 10 fueron enfermeras y nueve fueron médicos. Todas las enfermeras, informaron tener seguro de salud, y ocho, de ellas dijeron tener otros beneficios, como seguro de desempleo, jubilación, vacaciones y algunos pagos adicionales. Entre los médicos, uno señaló como único beneficio, la jubilación y los ocho restantes, al igual que las enfermeras, indicaron que el seguro de salud, de desempleo y la jubilación figuraban entre los beneficios sociales derivados de su empleo.

De los 24 encuestados, 15 (ocho enfermeras y siete médicos) estaban empleados solo en trabajo de tipo asistencial; una enfermera, laboraba en planificación y gestión de la salud y los ocho restantes tenían trabajos combinados. En donde menos se emplean los profesionales de la salud inmigrantes son en los ámbitos de investigación, docencia y planificación.

En promedio, los 24 encuestados llevaban trabajando cinco años en el sistema de salud español. En promedio seis años las enfermeras y cuatro los médicos.

Expectativas cumplidas

En este rubro se obtuvo información en relación con expectativas referidas a las cuatro categorías o áreas citadas: personales y familiares; laborales; profesionales y referentes al contexto del país de destino.

En general, se encontró que, los profesionales entrevistados: médicos (12) y enfermeras (12), consideraron que sus expectativas “se cumplieron de la forma en la que lo esperaron”. En promedio, según la escala de valoración propuesta en el respectivo instrumento de recolección de información, las cuatro opciones anteriores tuvieron valoraciones entre 3 y 3,5. El Informe conjetura que entre las cuatro áreas, anotadas, se cumplieron “mucho mejor” las expectativas laborales.

Por profesión, se encontró que entre los médicos, los cuatro tipos de expectativas se han cumplido, tal y como ellos lo suponían. Para las enfermeras, las expectativas personales/familiares, laborales y profesionales, se cumplieron como lo esperaban,

no así las referidas al contexto del país de destino, cuya baja valoración, indicaría que las expectativas fueron poco cumplidas. Esto podría estar relacionado con la discriminación que las enfermeras dijeron sentir en el ámbito laboral.

Segunda migración

De los 24 encuestados, trece (siete enfermeras y seis médicos), no volverían a emigrar a otro país, aun cuando ya tengan la ciudadanía europea. Para los 11 restantes (tres médicos y tres enfermeras), Estados Unidos sería el principal destino indicado. Otros destinos en orden descendente de preferencia, serían Inglaterra (tres) o Australia, Canadá e Italia (dos).

Intención de retorno

Para la mitad (seis) de las enfermeras encuestadas, solo alguna motivación familiar haría retornar a sus países de origen. Para tres, las razones económicas serían las motivaciones para el retorno, y para las tres restantes, ningún motivo las haría regresar. En el grupo de los 12 médicos, siete indicaron razones laborales, dos médicos señalaron razones familiares, y para uno eran razones políticas para regresar al país de origen.

Para no regresar a los países de origen, tanto enfermeras como médicos, señalaron las mejores condiciones y oportunidades laborales y vitales que existen en España, para ellos y para sus familias, la posibilidad de estudiar y de acceder a procesos de formación avanzada, trabajar en un sistema de salud que les paga bien, que no es jerárquico ni corrupto, y viajar y conocer a otra gente. Estos factores deberían ser tomados en cuenta por los Estados de los países andinos, para adoptar medidas pertinentes y evitar la salida de profesionales de la salud.

Nostalgia por estar lejos

Todos los encuestados coincidieron en describir la separación de sus seres queridos, padres, hijos, etc., como un proceso y una situación difícil que les ocasiona angustia y dolor permanente y les genera tristeza continua y sentimientos de culpa. El contacto frecuente, vía telefónica (diaria en algunos casos), es una de las formas de aminorar esos sentimientos.

Discriminación

De los 24 encuestados, nueve (tres enfermeras y seis médicos), dijeron no haber percibido formas de exclusión ni en el ámbito laboral ni en el social, en el país de destino. De los 15 restantes, nueve enfermeras y seis médicos, afirmaron lo contrario. En el grupo de enfermería, mayoritario en esta respuesta, cinco consideraron que la

discriminación es frecuente, una, que es muy frecuente y las tres restantes, que es poco frecuente. Como causas de discriminación, figuran en primer lugar las razones laborales “creen que los de fuera les quitan el trabajo”, pero también se señaló como causa, la discriminación racial. Los seis médicos que dieron respuesta afirmativa, coinciden en señalar las razones laborales como causales de la discriminación; cuatro la consideran poco frecuente, uno frecuente y otro como muy frecuente.

Proceso de inserción laboral en destino

Diez de las doce enfermeras encuestadas afirmaron que en el sistema de salud español no encontraron un plan de orientación para los profesionales inmigrantes. No existen mecanismos de aleccionamiento o de nivelación técnica para facilitar su adaptación a las prácticas de la enfermería que existen en el sistema de salud. Tampoco hay información respecto a los derechos laborales, lo cual permitiría prevenir abusos de los que con frecuencia son víctimas. En el grupo de los médicos, ocho de los doce, igualmente indicaron que las iniciativas para recibir profesionales inmigrantes son pocas o nulas; la ausencia de seminarios u otros mecanismos de orientación limitan su inserción laboral. En este grupo sin embargo hubo opiniones de buen trato y orientación inicial que les facilitó su incorporación al sistema de salud español.

Todos los encuestados señalaron diferencias entre la práctica profesional en los sistemas de salud de sus países de origen y el sistema español. Anotaron que este dispone de más recursos tecnológicos y de infraestructura, lo cual, junto con la gratuidad de la atención, facilita el acceso a medicamentos y demás insumos para beneficio de los pacientes. Anotaron igualmente respeto a los derechos y relaciones laborales, que en España se respeta tanto el salario como las horas de trabajo fijadas. También, dentro del sistema de salud, las relaciones interprofesionales son más igualitarias entre médicos y enfermeras, lo cual muestra que las jerarquías (muy presentes en los sistemas de salud de los países de origen) no están presentes en el país ibérico. En contraste, el trato de los profesionales con los pacientes es más frío y distante. Este es también un rasgo de la actitud de los pacientes, que “se incomodan con la amabilidad” y tienen además un alto nivel de información, lo cual les permite exigir y reclamar por sus derechos: “rasgo que a decir de los encuestados, prácticamente es inexistente en los países andinos”. Esta distinción fue identificada por siete encuestados, cuatro enfermeras y tres médicos.

La discriminación en el entorno laboral, la separación de la familia, el trato distinto hacia los pacientes y el idioma catalán, fueron los aspectos negativos que médicos y enfermeras resaltaron. Las enfermeras fueron las que más señalaron tratos excluyentes y hostiles en su entorno laboral. De las nueve que identificaron aspectos negativos, seis hicieron alusión a la discriminación.

Emigrantes que retornaron

Perfil migratorio y profesional

De los 12 emigrantes encuestados que retornaron (siete hombres y cinco mujeres), dos fueron colombianos (un hombre y una mujer); cuatro ecuatorianos (dos hombres y dos mujeres); tres peruanos (dos mujeres y un hombre); dos (hombres) chilenos y un (hombre) boliviano. La edad promedio de estos 12 profesionales, a la encuesta, alcanzaba los 44 años. De España, destino priorizado, retornaron nueve; de Italia dos y uno de Francia.

De los 12 retornados, cinco profesionales de enfermería (cuatro mujeres y un hombre) y siete médicos. Las enfermeras, una colombiana, con especialidad en gerencia de calidad en salud, una ecuatoriana, con especialidad en salud pública, una peruana, con especialidad en oncología médica, y una ecuatoriana sin especialización. El enfermero, colombiano, sin especialización.

De los siete médicos que retornaron, dos ecuatorianos, con especialización en cirugía pediátrica y ginecología, respectivamente; dos peruanos, especializados uno en oftalmología y otro en pediatría; dos chilenos, especializados, uno en salud pública y otro en anestesiología y un boliviano, especializado en cirugía mayor.

Dos de los 12 migrantes que retornaron, dos habían cursado estudios de pregrado en universidades privadas de la región. Los 10 restantes se formaron en universidades públicas de sus países, lo cual evidencia el importantísimo rol de la universidad pública en la Región Andina, en la educación de tercer nivel formando a profesionales de la salud.

En relación con los estudios de posgrado se encontraron diferencias tanto en el tipo de universidad como respecto al país donde se realizaron esos estudios. De los siete médicos especializados, uno, ecuatoriano, hizo la especialización en una universidad pública de su país; un boliviano la hizo en universidad privada, sin especificar el lugar, y los cinco restantes hicieron los estudios de posgrado en universidades públicas europeas; uno de ellos en Francia y los otros cuatro en España.

Las tres enfermeras, entrevistadas, todas hicieron su especialización en sus países de origen, dos en universidades privadas y una en universidad pública.

Estos datos señalan la importancia de las universidades en los países de destino (España y Francia, en este caso), en la formación de especialistas médicos, no así en la especialización de enfermería. Así, las universidades europeas terminan aportando directamente en la formación de esos profesionales.

Excepto un emigrante ecuatoriano, retornado, los restantes, en promedio contaban con diez años de experiencia laboral antes de emigrar. Para los profesionales de medicina, el promedio fue de seis años y para los de enfermería fue de 14 años. Una posible explicación de estas diferencias parecería estar en la oferta y mecanismos de becas, que para los médicos, les facilita el acceso a programas de formación especializada en el exterior en forma más expedita que a las enfermeras.

Razones para retornar

De los 12 encuestados, cinco retornaron por razones familiares (nostalgia por la separación de la familia, en especial por los hijos). Para otros tres, todos médicos, las razones para regresar fueron profesionales: un médico boliviano, retornando de España y un chileno, retornando de Francia, indicaron volver a sus países de origen, porque “allí había mucho por hacer y podrían poner en práctica lo aprendido”; una médica peruana, retornando de España, señaló que “desde un comienzo tenía claro que al concluir sus estudios regresaría a trabajar en Perú. Estos tres casos, son ejemplos del *“brain circulation”* y además ilustran los beneficios que trae para los países de origen, el retorno de profesionales emigrados.

Expectativas cumplidas

Los migrantes profesionales retornados, indicaron que, en términos generales, tal y como esperaban, vieron cumplidas sus expectativas, laborales, familiares, profesionales y referidas al contexto del país de destino, incluso en algunos casos muy por encima de lo que esperaban. Su período migratorio en Italia, Francia o España, cumplió e incluso superó sus expectativas. En concepto de los autores del estudio, este es un elemento clave que incentiva a futuras migraciones, en cuanto esas experiencias se comparten con parientes, amigos, etc., configurando lo que se ha denominado un *continuum* migratorio.

Segunda migración

De los 12 migrantes retornados, siete indicaron que no volverían a emigrar. Los cinco que lo harían, indicaron como posibles lugares de destino para una nueva migración, en su orden a: Estados Unidos, Alemania, Canadá, Inglaterra, Noruega y Francia. Los siete que no volverían a migrar, indicaron que solo habrían permanecido en los países de destino, si hubieran mejorado sus condiciones laborales, si hubieran logrado la reunificación familiar o regularizado su situación migratoria en España.

Reinserción laboral en país de origen

Los doce emigrantes retornados volvieron a ejercer las profesiones que estudiaron, tanto en origen (licenciaturas antes de la partida) como en destino (los posgrados).

Ninguno encontró dificultad en reinsertarse laboralmente y desempeñar su profesión. Solo uno dijo haber tenido tropiezos al reintegrarse al sistema de salud de su país de origen. Cinco de estos doce profesionales retornados (médico boliviano, médica peruana, enfermera ecuatoriana especializada y dos enfermeros colombianos), realizan actividades de docencia e investigación. Dos médicos y dos enfermeras, ecuatorianos, se dedican a la atención de pacientes privados; los restantes (dos médicos y una enfermera) trabajan en actividades asistenciales o de planificación y gestión de la salud.

De los doce profesionales retornados, once tienen contrato de trabajo formal y uno (médico chileno) trabaja en forma independiente. Los once cuentan con seguridad social; tres con seguro privado, tres con seguridad social pública y los cinco restantes tienen acceso a ambos tipos de seguridad social.

De los cinco emigrantes retornados, que realizaron estudios de postgrado en los países europeos, ninguno tuvo dificultades para homologar el título obtenido al llegar a su país de origen. Seis de los doce emigrantes retornados confirmaron la existencia de nichos laborales en sus países de origen para profesionales emigrados.

En cuanto a las repercusiones positivas que la emigración ha traído para los doce retornados, fueron indicadas, en orden de preferencia, “un mayor reconocimiento por la experiencia laboral adquirida en el extranjero” y “la posibilidad de configurar redes transnacionales de intercambio profesional con los nuevos colegas en los países de destino”, dentro del así llamado “*brain exchange*”. También fue señalado “el mayor desarrollo y seguridad profesional”.

Como repercusiones negativas de la emigración, en el aspecto laboral, en una de las dos manifestaciones al respecto, se señaló la pérdida de pacientes en consulta privada.

La valoración que los colegas de trabajo han expresado respecto a la decisión migratoria de estos doce profesionales retornados, en su mayoría, es positiva. Entre las razones expresadas para esa valoración, se incluyen: haber vivido en un país europeo (aportada por dos enfermeros colombianos y un médico ecuatoriano); haber adquirido mayores y nuevas destrezas laborales (indicada por tres médicos, un ecuatoriano y dos chilenos); haber tenido mayor acceso a tecnología y fuentes educativas (reportada por un médico peruano). Estas razones convertirían a los emigrados (y retornados) en profesionales más competitivos y por lo tanto más valorados dentro del sistema de salud de sus países de origen.

La única razón para una valoración negativa de la decisión migratoria de estos profesionales retornados la registró una enfermera ecuatoriana, quien indicó que sus colegas insistían “en que las repercusiones familiares siempre son mucho mayores

que cualquier posible beneficio laboral y por lo tanto, en términos generales, no sería posible calificar de manera positiva la emigración”.

Estudiantes con intención de migrar

Se realizaron 111 encuestas a estudiantes de los últimos años de Medicina y Enfermería, en universidades de los seis países andinos. El perfil de los encuestados corresponde a personas de entre 20 y 30 años (excepto en Venezuela, donde el percentil 95 llega a 35 años), el 83% solteros y sin hijos; 73% de género femenino; 53% tienen planes de especialización y 57% de ellos en el extranjero. Uno de cada tres potenciales migrantes tiene contactos en el país de destino.

Las razones laborales y profesionales fueron las más influyentes motivaciones para la migración, en tanto que las personales y familiares mostraron efectos de retención, pero más débil que las expulsoras. En orden de frecuencia, el primer lugar citado como destino migratorio fue España, seguido por Argentina, Chile, Brasil y México.

En relación con el tema de exclusión, uno de cada dos potenciales migrantes (50%) expresó “temor de ser mal recibido”, principalmente por “su condición étnica”, aunque una proporción importante consideró que “el maltrato no es una condición sistemática”, sino que “depende de características personales, en especial el desempeño profesional”. En la dimensión privada, la poco realista intención de “llevar consigo a sus hijos”, revela lo doloroso que resulta el desarraigo familiar para el migrante potencial.

Los resultados de la encuesta, en general, confirmaron tendencias previamente identificadas, en procesos migratorios profesionales. Se destaca que más del 90% de las especialidades señaladas como motivo de la migración pertenecen a prácticas clínicas o quirúrgicas en ámbito hospitalario; apenas un 7% se refieren a la gestión en salud. Esto indicaría que la formación de estos profesionales tiene una fuerte carga ideológica alrededor de este tipo de práctica, que asocia de manera privativa la calidad y eficacia a la complejidad tecnológica, en desmedro de intervenciones de menor complejidad, pero más costo - efectivas. Esta ideología tiene un importante efecto de expulsión y de distorsión en la distribución de los recursos humanos en salud, lo cual señala la necesidad de diseñar intervenciones también en este nivel.

Respuesta estatal a la migración profesional calificada

Flujo y magnitud de la migración calificada en salud

En este acápite, se presentan hallazgos de la investigación en relación con el proceso decisorio estatal respecto a la migración. Se revisan así: mecanismos existentes, o no, para determinar la magnitud del fenómeno, los destinos migratorios, la existencia de un sistema de información que monitoree el tema, la relación de la migración con una propuesta de planificación de recursos humanos, la dotación de médicos y enfermeras de cada país y los planes de estudio bajo los cuales fueron formados.

Los hallazgos del estudio se pueden sintetizar, así:

- a) Flujo y magnitud de la migración: No fue posible definir la magnitud de la migración de profesionales, médicos y enfermeras, por ausencia de recolección de datos sistemáticos en los países de origen. Se obtuvo un dato indirecto en el Ministerio de Educación de España, donde se lleva un registro de datos de los títulos profesionales andinos homologados en los últimos siete años. A partir de ese registro se construyó una serie histórica, la cual indica que el volumen de médicos provenientes de los países andinos, con títulos reconocidos, paso previo para el ejercicio profesional, se incrementó de 246, en el 2002, a 3 534 en el 2009. Esto significa un incremento de 14 veces en el número de médicos registrados para trabajar en España. Respecto a Enfermería, el número de profesionales andinos con títulos homologados pasó de 89 a 538, o sea un incremento de siete veces más.
- b) En relación con flujos migratorios, se identificaron rutas mayoritarias de los países andinos hacia España. Se determinaron diferencias en los destinos, por profesión. Los profesionales de enfermería van a Italia y Australia y los médicos, en especial, a España. Se destaca además una migración sur - sur, entre países de América Latina y otra hacia Estados Unidos y Canadá, lugares de destino preferidos en particular por los médicos.
- c) En relación con la percepción, respecto a razones o motivación de los emigrantes. Los informantes clave consideraron que, para profesionales de la enfermería, las razones giran alrededor de las bajas remuneraciones en el país de origen, el anhelo de mejorar su situación y la falta de oportunidades laborales. Para los médicos prima el acceso al desarrollo profesional; se sienten atraídos, además, por las posibilidades de desplazamiento con la familia, que ofrecen los países con déficit de recursos humanos en salud, fenómeno que estaría produciéndose a escala mundial.

- d) El tema migración de profesionales de la salud tiene escasa visibilidad en la agenda pública de los países andinos, por lo que no se ha incidido en su análisis y menos aún, este problema fundamental, no se ha tomado en cuenta para la formulación de políticas públicas. Los informantes clave consultados en los países, para esta investigación, coinciden en señalar que la migración profesional no ha logrado un posicionamiento importante –pese a que ha tenido presencia–, en los medios de comunicación, en los ámbitos académicos y en el discurso gubernamental.
- e) Los informantes clave, señalaron igualmente que la existencia de múltiples acuerdos, convenios y tratados, desde su percepción, viabiliza la migración entre países iberoamericanos. Este tipo de tratados son relativamente escasos con otros países, Canadá o Estados Unidos, o países europeos que no sean España, y cuando existen, se dan más bien entre organizaciones gremiales.
- f) En relación con estrategias de retención, se observó una dispersión de criterios, entre los entrevistados en los diferentes países andinos. Para unos no existen tales estrategias; en tanto que otros señalan iniciativas para ampliar la oferta de trabajo, específicamente en el primer nivel de atención, a fin de hacerla más atractiva, mediante incremento de salarios, mejores condiciones de trabajo, formación en servicio, etc. Se mencionaron, así mismo, estrategias de reclutamiento mediante intermediarios y ofertas en internet.
- g) Implicaciones de la emigración de profesionales, médicos y enfermeras en particular, en los servicios de salud. Excepto en Bolivia, fue unánime la percepción entre los consultados de que la emigración provoca déficit de recursos humanos en dichos sistemas, compromete su capacidad para cubrir necesidades de la población, en especial en el primer nivel de atención; dificulta el relevo del personal ya existente y de mayor edad, y le impone una sobrecarga de trabajo al recurso humano que se queda. En Chile se percibe que los inmigrantes vienen a llenar plazas que de otro modo quedarían descubiertas –pero se plantean reparos respecto a la calidad de su formación y a su capacidad de resolución–.

Sistemas de información en salud

- a) **Sistemas de información en recursos humanos en salud.** El estudio hizo evidente, que en los países andinos no existen sistemas de información que recopilen y registren, en forma sistemática y por ende confiable, datos pertinentes sobre movilidad de recursos humanos calificados en salud. Esta imposibilidad de medir magnitud y flujos del fenómeno migratorio, de inmediato alertó sobre la falta de sistemas generales de información, en los países y por consiguiente la ausencia de estos en la subregión en su conjunto.

Esta falta de información, también confirmada para el sector salud, por los informantes clave, tiene relación con la poca visibilidad del tema migratorio en las agendas políticas de los países. Una posible explicación, sería que el impacto de la salida de estos profesionales, pudiera no estar siendo suficientemente percibida en los sistemas de salud. Podría ser, que la relación producción, oferta, demanda, no haya llegado a niveles que efectivamente generen un desequilibrio oferta - demanda para que sus impactos sobre el sistema de salud sean evidentes. Sin embargo, con el retorno del Estado a un rol más protagónico como eje de la protección social, que está ocurriendo en varios países de la subregión, las consiguientes reformas del sector salud, comienzan a hacer más evidente la carencia y restricciones de recursos humanos para suplir las nuevas demandas.

En esta línea, el Informe resalta que la falta de información sistemática, organizada en un sistema lógico y desagregado no es casual. Se relaciona directamente con las necesidades en cuanto a producción de información que el Estado define. Si no hay estos datos recopilados y si el sistema estadístico nacional no los capta sistemáticamente, es porque los problemas migratorios de profesionales en general, no solo los de salud, a diferencia de la migración de mano de obra no calificada, no son un tema de interés en la agenda social de los países andinos.

El monitoreo y la evaluación de las políticas públicas, requiere disponibilidad de información pertinente, por eso, el análisis de fuentes de información válidas, es una de las acciones fundamentales para detectar los vacíos y las necesidades que tienen los países andinos, para conocer y dimensionar apropiadamente los problemas derivados de la migración calificada en salud.

- b) **Fuentes de información.** Las fuentes de información respecto a la migración de profesionales de la salud, usualmente están dispersas en organizaciones de diversa naturaleza: gremios, universidades, ministerios de salud y de relaciones exteriores, la dirección o policía de migración, servicio de rentas internas, registro civil, institutos de estadística y de censos, etc. Por otra parte, con frecuencia, los datos, o no se desagregan (p. ej. por médicos y enfermeras) o las muestras de los registros administrativos son tan mínimas que no pueden ser utilizadas para ponderar el número de personal de enfermería o de medicina, que sale del país.

Exceptuando el Perú, los demás países carecen de información sistemática que permita estimar la magnitud de la migración del personal calificado de salud, lo cual restringe su capacidad de abordar este tema desde la perspectiva de políticas públicas.

A la dispersión anotada de fuentes de información en espacios institucionales diversos, se añade la ausencia de acuerdos metodológicos y de definiciones claras y estandarizadas, lo cual impide que se puedan establecer mediciones comparables entre los países. Esa desarticulación de la información, entonces, hace que esta no sea utilizable en procesos decisorios del orden nacional o de carácter subregional que pudieran facilitar el conocimiento sobre lo que sucede con el personal calificado en salud, motivo de esta investigación.

- c) **Sistemas de información sobre migración calificada.** En ninguno de los seis países andinos, según lo anotado, existen sistemas de información sobre migración calificada. En consecuencia, ninguno de los informantes clave, logró describir las características de la información parcial que algunos afirman existe en sus respectivas instancias de trabajo. En ese marco, por tanto, no es posible conocer los ámbitos de la información, así como su desagregación por género, edad, profesión, años de estudio, especialización y características socio-demográficas, tales como composición de su familia, edades de sus hijos y motivos de migración o de retorno.

En las circunstancias anotadas, es imperativo promover una discusión regional que permita a los países colocar en la agenda pública esta problemática y debatir posibles indicadores que faciliten monitorear la magnitud y caracterización del problema de manera sistemática.

Al respecto, en concepto de los informantes clave, las fuentes de información deberían estar en los lugares en los cuales se registran los títulos o afiliaciones gremiales, y en otros casos en los propios consulados de los países de destino.

En esta línea, se precisaron sugerencias y recomendaciones respecto a algunas de las características del sistema de información que se requiere desarrollar, el cual habrá de ser multi - institucional e intersectorial, con participación de todas las instituciones, públicas y privadas, cuyas principales actividades se relacionan con el tema. Estas, según las respectivas situaciones nacionales, incluirían: ministerios de comercio e industria, además de los convencionales de relaciones exteriores, educación, y protección social; departamentos administrativos pertinentes, entidades educativas (universidades y otras), sociedades científicas, asociaciones académicas y gremiales, y observatorios laborales y de talento humano.

Los Sistemas Nacionales de Información que así se desarrollen, se deberán coordinar entre sí y con otros, en particular del Área Andina.

Planificación de Recursos Humanos en salud en países andinos

Existe una obvia relación entre la disponibilidad de información, incluidas las migraciones de personal de salud, y la planificación de recursos humanos en este campo. Las limitaciones en materia de información, antes anotadas, que afectan el conocimiento sobre las migraciones calificadas en salud, igual inciden, en la Subregión Andina, sobre la planificación de Recursos Humanos en Salud. Esta función, fundamental de cualquier Estado nacional, por las restricciones de información citadas, está también subestimada.

La planificación de Recursos Humanos en Salud, en un país, debe responder a dos preguntas esenciales:

¿Cuántos y de qué tipo de recursos humanos requiere el país, de acuerdo con los perfiles epidemiológicos de la población, el modelo de atención propuesto, el crecimiento vegetativo de la población y la oferta de servicios públicos y privados? Las respuestas a estas preguntas deben complementarse con la definición de metas a corto mediano y largo plazo.

Los Directores de Recursos Humanos en Salud, de los países andinos, actores responsables de la planificación del personal de salud, entrevistados en esta investigación, consideraron que actualmente no existe (en estos países), un sistema de planificación que relacione la producción en las universidades, la utilización en el sistema de salud, sea público o privado, y que defina cuantos trabajadores de salud se retirarán en los próximos años, por edad, y cuantos se requerirán, en número y características, en un horizonte determinado.

Al respecto, Bolivia señala que existe un Plan de Recursos Humanos, pero no se refiere al proceso de planificación que lo ha originado. Chile alerta sobre la preocupación reciente para incorporar criterios epidemiológicos, composición de la red asistencial, listas de espera, procesos de atención y Sistema de Garantías explícitas de salud, entre otros. Colombia ratifica que es el mercado el que guía la oferta y demanda de los recursos humanos y Ecuador, Perú y Venezuela señalan que no existe ese proceso de planificación de recursos humanos en salud.

Estos resultados, primero ratifican la reconocida debilidad de los estados en este tema, comprobada en el estudio de OPS/OMS (29) y, segundo, se relaciona con la ausencia de sistemas de información sobre la dotación y distribución, así como sobre características socio-económicas del recurso humano, en los países respectivos.

Consistente con lo anterior, al analizar los programas de formación de médicos y enfermeras, se encontró que con excepción de la formación de recursos específicamente

destinados al Programa de Salud Integral Comunitaria (Barrio Adentro) en Venezuela, no existe planificación de RHUS en los países de la subregión. La constante, parece ser, la adopción e implementación de respuestas puntuales a requerimientos de los servicios y/o de los gremios.

Dotación de personal de salud

A este respecto, el Informe presenta el número de profesionales de medicina y de enfermería, que trabajaban en el año 2010, en cada uno de los seis países andinos, y relaciona estas cifras con la Meta Regional de 25 trabajadores de salud por 10 000 habitantes, establecida por la Organización Mundial de la Salud - OMS.

De acuerdo con las respectivas cifras, Chile con 32,7/10000 y Venezuela con 30,9/10000 habrían cumplido y sobrepasado la meta establecida; en tanto que Bolivia, con 8,9/10000, requeriría tres veces más recursos humanos para responder a necesidades de su población, en concordancia con el parámetro antes anotado. En orden ascendente sigue Ecuador 17/10000 y Perú 19,47/10000 y luego Colombia 23,8/10000. Estos datos indican que en definitiva, en cuatro de los seis países de la subregión las cifras de dotación de personal de salud estarían por debajo del estándar recomendado por OMS/OPS.

Los planes de estudio de médicos y enfermeras

La revisión efectuada señala que los programas de formación de los médicos, en los países de la subregión, se desarrollan entre cinco y siete años: Bolivia cinco años; Chile, Colombia y Perú, siete años y Ecuador y Venezuela, seis años. Estas cifras, son meramente una referencia general y obviamente no son comparables.

En relación con la formación de los médicos, se analizaron planes de estudio de universidades estatales andinas. Esta revisión, encontró perfiles de salida con respecto a los cuales, en algunos casos, las competencias esperadas, y los ejes del currículum no son correspondientes.

Ninguno de los planes de estudio analizados, para formación de médicos, tiene como eje la atención primaria en salud, sino más bien los elementos biologicistas, las ciencias básicas y los contenidos dirigidos al desempeño clínico - quirúrgico de los egresados de estas carreras.

Caso especial, es el de Venezuela, en donde existen dos modalidades de programas para la formación de médicos: 1) la carrera convencional de medicina que se dicta en las universidades tradicionales y 2) la carrera de Medicina Integral Comunitaria.

Programa Nacional de Formación iniciado en 2005, con un diseño curricular único, que se dicta en espacios del Sistema Público Nacional de Salud, Misión Barrio Adentro, en aulas acondicionadas y en aldeas universitarias, en 318 de los 335 municipios del país. Este programa aprobado por el Consejo Nacional Universitario, se dicta en seis universidades, tiene una matrícula de 27 511 estudiantes y en este año, 2011, egresará la primera promoción de 8 531 médicos.

El médico integral comunitario tendrá competencias diagnósticas, terapéuticas y de investigación e innovación para brindar atención médica integral, mediante acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación del individuo, la familia, la comunidad y el medio ambiente, con el empleo de los métodos, clínico, epidemiológico y socio comunitario, un profundo enfoque social, portador de valores humanísticos, éticos, solidarios y de actitud ciudadana, llamados a transformar la situación de salud. Su campo de trabajo, incluirá, hospitales, clínicas, ambulatorias, atención integral individual, familiar, escolar, laboral y comunitaria.

En relación con enfermería, la formación de las enfermeras es bastante similar en todos los países y en su programación educativa se definen tres ejes fundamentales, relacionados con: atención integral de enfermería, atención primaria y atención a la comunidad. La gestión, planificación y liderazgo, son otros de los elementos presentes en los perfiles de enfermería. Coherentes con este deber esperado, se desarrollan ejes de *currículum* que *a priori* garantizan el logro de las capacidades esperadas por los planes de estudio. Dentro de esa orientación, la carrera de enfermería en las universidades analizadas dura entre cuatro y cinco años y el título que ofrecen es la licenciatura.

Finalmente, en ningún país se reportó la formación de médicos y enfermeras en el posgrado para conocer las especialidades a las que tienen acceso. Tampoco se pudo constatar los perfiles sociales de los estudiantes.

Recomendaciones de los encuestados

Esta sección, está dividida en dos partes. La primera, presenta sugerencias y recomendaciones para la acción estatal –formuladas por los entrevistados (36) en el estudio–, las cuales, en su sentir, “permitirían retener en el país de origen a médicos y enfermeras”. La segunda parte, presenta una propuesta de sistema de información para monitorear la migración de personal calificado en salud –que responde a uno de los productos esperados de este estudio–.

Acciones recomendadas en el orden nacional

Regular, en los países de origen, la producción frente a la utilización de Recursos Humanos en Salud-RHUS

La ausencia de un sistema de planificación en recursos humanos en salud, constatada en esta investigación, es percibida por los migrantes, tanto en destino como por los retornados, como una más de las posibles causas de salida de los profesionales de salud de los países de origen. En ese marco de referencia, se recomienda:

- Regular el número de médicos que se forman en las universidades
- Equilibrar el número de médicos y el número de plazas laborales
- Considerar las necesidades de más médicos en las zonas rurales
- Crear más plazas de trabajo para satisfacer los requerimientos poblacionales
- Crear nuevos y continuos nichos laborales para los profesionales de la salud recién graduados

Mejorar las condiciones de trabajo más allá del incremento de salarios, mediante ofertas de capacitación, acceso a tecnología, puestos de trabajo seguros y carrera sanitaria

- Mejorar el nivel salarial en los países de origen
- Mejorar la infraestructura de los servicios estatales de salud
- Invertir en infraestructura médica, innovar tecnológicamente los procesos médicos y, sin dejar de ser cercanos en trato a los pacientes, apuntar a prácticas médicas que incorporen tecnología de avanzada
- Mejorar incentivos, acceso a becas y mejor trato a los profesionales
- Generar mecanismos que garanticen el cumplimiento de horarios y turnos de trabajo; seguros laborales; mejorías salariales; y jubilación
- Crear condiciones de equilibrio entre vida laboral y personal

Desarrollar en los países la capacidad de gestión estratégica de sus recursos humanos en salud

- Evitar la subutilización del personal de salud dentro de los procedimientos internos; reorganizar el *modus operandi* de los hospitales de tal modo que se optimicen los recursos humanos
- Tomar medidas para que los sistemas de salud dejen de ser tan jerárquicos y que las relaciones entre personal médico y de enfermería sean más profesionalmente igualitarias

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 de necesidades de atención de la población andina

- Fomentar el desarrollo de programas de especialización de alto nivel para médicos y enfermeras; mejorar la infraestructura académica; renovar las bibliotecas médicas con literatura especializada; contar con nuevos laboratorios y tecnología de avanzada para la enseñanza de la medicina y enfermería
- Mejorar el sistema educativo de pregrado
- Mejorar las condiciones laborales de los programas de residencia y especialización
- Regular y ampliar las plazas para especializaciones en áreas médicas

Avanzar en el logro de 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 social y el cumplimiento de los derechos humanos

- Crear condiciones de estabilidad económica, política y social en los países de origen. El sistema de justicia debe operar para que exista seguridad en la vida de los ciudadanos.

Modificar la relación del personal de enfermería con los sistemas de salud e impulsar su autonomía de acuerdo con su calificación y experticia

- Desarrollar un sistema de enfermería que responda a esta orientación
- Eliminar las duplicidades innecesaria de enfermeras y auxiliares
- Reconocer autonomía a la enfermería

Acciones recomendadas en el orden internacional

Promover acuerdos para establecer políticas sobre migración calificada en salud que no restrinjan las oportunidades de movilidad humana ni el trabajo digno, ni afecten la atención de la población en los países de origen o lesionen sus sistemas de salud .

- Implementar programas de cooperación con los países de destino para acordar beneficios mutuos alrededor de los temas migratorios.

Recomendaciones de los investigadores

Propuesta para el Sistema de Información de la Migración Calificada en Salud en el área andina

Justificación

La iniciativa de esta investigación, contempló desde un comienzo, como un elemento fundamental y un producto esperado de su desarrollo, la formulación de una propuesta para el establecimiento de un Sistema de Información que responda a las necesidades del mejor conocimiento de la magnitud y los problemas de la migración calificada en salud en los países andinos.

Los resultados de las indagaciones realizadas, indicaron que ninguna fuente de información, en los países andinos, puede registrar con facilidad y veracidad los datos que permitan conocer integralmente la caracterización del fenómeno migratorio del personal profesional en salud. En otras palabras esto significa que al abandonar sus países, gran parte de los que se van, indican, por ejemplo, en la tarjeta de migración, “el turismo” como causa de partida, ocultando la realidad de su viaje. Este subregistro lleva a preguntar:

¿Por qué debe aparecer oculta una migración que parecería estar en el campo de lo legal?

La realidad es que no se pueden dar respuestas claras a las interrogantes que surgen sobre la migración profesional. Solo se puede concluir que es necesario subsanar la absurda inexistencia de información, que condiciona, el muy limitado conocimiento sobre este tipo de movilización humana en la subregión.

Esta falta de interés en el conocimiento, sin duda está relacionada con la escasa o ninguna visibilidad del tema de Recursos Humanos en el marco de las políticas del sector. Por tal razón, ni siquiera, en los procesos de reforma de los servicios de salud, el tema es considerado para integrar el registro de datos básicos de los sistemas de información estadística; si así ocurriera, se podría contar con información sobre las condiciones laborales, distribución, educación, etc., del personal y también la magnitud de la migración.

En el orden subregional, obviamente se enfrentan similares restricciones. El Tercer Desafío de Toronto para el Desarrollo de los Recursos Humanos de salud –compromiso de todos los gobiernos de América Latina promovido por OPS-OMS para los próximos 10 años–, se refiere precisamente a la migración de personal de salud calificado. Todos los países andinos llegaron, en su línea de base sobre este tema, a un alarmante cero en el punto de partida para la meta definida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre este compromiso.

Las anteriores situaciones, claramente plantean la necesidad inaplazable de enfrentar estas realidades, y desbrozar el camino para construir una plataforma de registro de datos y generar la información que responda, en el área de personal, a las necesidades intrínsecas del sistema de salud y de la misma manera permita, en el marco de las relaciones subregionales, responder a los interrogantes sobre magnitud, causas, e impactos y consecuencias, sobre los sistemas de salud, de la migración calificada de profesionales, en particular en las áreas de medicina y de enfermería.

Definición

Será un conjunto integrado de información, producida por varias fuentes, asentado en la Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, para la consolidación de información sobre todas las profesiones y categorías del personal de salud, en particular de enfermería y medicina, que salen y entran de un país: sus procedencias previas y su destino migratorio.

Propósito

El sistema de información, debe servir para formular políticas eficaces que tomen en cuenta las tendencias y las repercusiones de la migración del personal de salud sobre la población en general. Es deseable que en un momento temprano del proceso de desarrollo del tema migratorio, se pueda llegar a consensos respecto a las definiciones y los métodos comunes para la recopilación de datos (30).

Características del sistema de monitoreo

a. Información cualitativa y cuantitativa

Se propone un monitoreo de la migración que no se base sólo en información cuantitativa. Si bien, para la planificación de recursos humanos en salud es fundamental tener información sobre cuántos se fueron o cuántos están llegando al país, es también importante un monitoreo que incluya una dimensión cualitativa. Solo así se podrá profundizar en el tema para generar a futuro, políticas acertadas al observar la complejidad y peculiaridad que tiene el tema de la migración profesional en salud en cada uno de los países andinos.

b. Posibles fuentes de información periódica

Censos de población y vivienda. Los Censos de Población y Vivienda que levantan todos los países cada 10 años, son una fuente importante de información, en la cual se puede obtener la mejor aproximación a la magnitud y al perfil de los RHUS involucrados en la migración profesional. En general, los censos permiten “mapear” características de los RHUS inmigrantes que residen y trabajan, como médicos y enfermeras, en un país determinado. Para delinear el perfil sociodemográfico de los RHUS que salen de los países de origen, solo será posible divisarlo en función de la información que recopilan los Censos de población y vivienda de los países de destino. Sin embargo, su accesibilidad es limitada.

Al revisar la boleta censal, con el fin de buscar si se registra la emigración (personas de la familia que se fueron del país), se constata que en el apartado referido a población, no se indaga respecto a especificaciones referidas al tipo de profesión, con lo cual se anula la posibilidad de contar con esta fuente de información tal y como hoy se la recoge. La única posibilidad es incentivar a las autoridades pertinentes sobre la importancia del tema migratorio y la necesidad de registrar permanentemente este fenómeno.

Encuestas de hogares. Todos los países andinos toman encuestas de hogares con preguntas bastante similares y definiciones que pueden asegurar una posibilidad de comparación regional. Sin embargo, estas encuestas no recogen, en este momento, valiosa información sobre migración de personal calificado en salud.

En consecuencia, hoy no se puede –a través de ellas– registrar ni la magnitud ni el perfil de los RHUS (inmigrantes y emigrantes). Si bien los institutos de estadísticas y censos hacen esfuerzos para capturar y estudiar de mejor forma el fenómeno de la migración internacional, todavía sus esfuerzos son limitados y no permiten llegar a un nivel de análisis para abordar el tema de la migración de los RHUS en toda su complejidad. Se requeriría que dichas encuestas incrementen considerablemente el número de casos para tener módulos de migración suficientemente robustos para captar datos tanto sobre el tema de la inmigración como el de la emigración de RHUS.

Anuario de migraciones. Se hace referencia al registro que lleva la Policía de Migración, a partir de la tarjeta andina de migración en el momento en que los pasajeros que salen por vía aérea de los países de origen, “chequean” sus boletos y son sometidos a revisión de sus pasaportes. El anuario de migraciones consolida esta información, pero la integra para anotar movimientos migratorios y no personas. Esta información presenta problemas de recolección, pues no existe un control riguroso de los datos que completan los viajeros (entradas y salidas del territorio), por lo cual puede dar lugar a un alto subregistro. Por ejemplo, el ingreso por vía terrestre no exige en todos los países este registro.

Esta es una información que podría ser tomada directamente del pasaporte por parte de la autoridad migratoria, o que en su defecto, debería servir para cuantificar, según profesión, a las personas que ingresan y egresan del país.

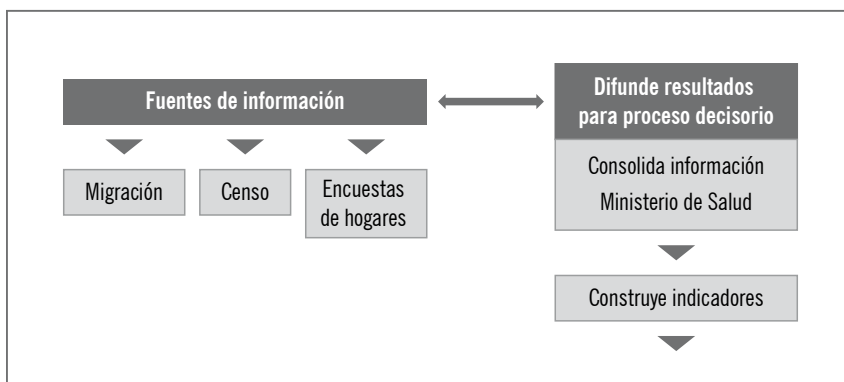
Registro de colocaciones y migración de los ministerios de relaciones laborales o trabajo. Los Ministerios de Trabajo o de Relaciones Laborales registran los contratos en relación de dependencia o civiles que solicitan las empresas para contratar a trabajadores extranjeros. La limitación que presenta esta fuente de información se genera porque solo recopila datos de los trabajadores que están legalmente en los países. Adicionalmente la forma de recolección todavía es precaria y carece de sistemas de seguridad que garanticen la protección de la información ingresada.

Instituto Nacional de Estadística (INE) - España. Encuesta Nacional de Inmigrantes. Esta encuesta es específica y referida al hecho inmigratorio en España. Este tipo de investigaciones específicas son las necesarias para poder profundizar en el ámbito de estudio que interesa. Según la información disponible en la WEB del INE sería posible indagar y determinar el perfil de los RHUS, de otros países, que se encuentran trabajando en España. No obstante para ello será necesario contar con la base de datos de la encuesta, la cual no se encuentra disponible por la vía electrónica.

Las consultas virtuales no permiten desagregar la información para conocer el perfil de profesionales inmigrantes de salud en España. Sin embargo, de tener acceso a la base de datos del INE - España, sería posible realizar la evaluación para calcular esta información pertinente.

Propuesta de organización

Gráfico 1
Dinámica del sistema de información sugerido



El esquema, en primer lugar, señala una multiplicidad de posibles fuentes para recolectar la información, de las cuales las más seguras serían las obtenidas por vía indirecta, de las propias familias de los emigrantes, que se han quedado en el país. Esto otorgaría toda la responsabilidad al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de cada país, que tenga en operación un sistema de encuestas de hogares. Por ejemplo, las encuestas de empleo son sistemáticas y se toman anualmente, incluso por rondas trimestrales. Si a estas encuestas se pudiera incorporar un módulo de migración, se podría contar con datos periódicos y continuos, así como de alta calidad.

En segundo lugar, debe existir una instancia que consolide la información que proviene de estas encuestas. En primer término podría ser el propio instituto de estadística, pero si se considera que el tema migratorio del profesional calificado en salud es un elemento consubstancial y de muy alta importancia, para las Direcciones de Recursos Humanos de los ministerios de salud, corresponde a estos organismos asumir la función en referencia y ejercer en este campo el liderazgo requerido. Por otra parte, es claro, que dada la trascendencia del tema, todo lo que se relaciona con la movilidad de personal de salud debe ser parte de una política de Estado y por tanto, los asuntos referentes a la migración del personal, debe centrarse en la unidad de planificación y estadística del Ministerio de Salud que alimentará, a su vez, a la Dirección de RHUS con indicadores construidos de conformidad con las necesidades de información que ésta tiene y que se relacionan con los procesos de decisión de la política pública de salud y de recursos humanos.

De conformidad con el gráfico, es esencial que estas direcciones cuenten con personal que sea capaz de leer la información y manejarla, así como difundirla, para que pueda ser utilizada en los procesos decisorios del Estado y de la propia sociedad.

Condiciones previas para la operación del sistema

Sin pretender una enumeración exhaustiva, se destacan las siguientes:

- Alta capacidad negociadora de las Direcciones de RHUS para posicionar el tema migratorio en la agenda de políticas sociales del país.
- Creación de vínculos con el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos para generar conciencia en sus funcionarios y directivos sobre la importancia de levantar y procesar información sistemática sobre el fenómeno migratorio.
- Establecimiento de relaciones de cooperación con la Policía de Migración con el fin de potenciar el uso de la información que ellos tienen y llegar a acuerdos sobre los procedimientos a seguir para evitar el subregistro de personal profesional que sale a países de destino.
- Existencia de una unidad de migración del personal calificado, en la Dirección de RHUS de los Ministerios de Salud.

Recomendaciones para la operación del sistema de información

- Garantizar la producción de información anual sobre el volumen y características de la migración calificada de personal de salud.
- Las encuestas de hogares captan esta información con mayor facilidad ya que las preguntas son a las familias de los migrantes que se fueron. Sin embargo tienen limitaciones: no pueden ser desagregadas por unidades territoriales menores; solo logran que se calcule promedios nacionales.
- Convencer al instituto de censos para que se añada una sola pregunta a estas encuestas de hogares que por lo general son anuales en todos los países andinos. La pregunta adicional es: "profesión y si tiene o no especialización". Las características demográficas (edad, sexo, hijos estado civil) provienen de la encuesta general que ya indaga sobre estos temas a todos los miembros del hogar.
- Desarrollar un Formato amigable para actualización permanente, publicada en la WEB del sistema estadístico nacional, para su amplio acceso y difusión.

Conclusiones

En los acápites anteriores de este documento - síntesis, en relación con cada uno de los temas tratados, se ha buscado señalar las conclusiones específicas correspondientes. Como complemento de esos señalamientos, se sintetizan aquí conclusiones principales sobre las cuales los investigadores autores del estudio, consideraron apropiado insistir.

1. En los países de América Latina, hasta hace unos años la migración calificada de personal de salud, dada las limitaciones de la oferta de trabajo de estos países, era considerada como una válvula de escape, por lo cual, en cierta medida, era incentivada. El incremento de esos movimientos migratorios, en los países del Área Andina, actualmente constituyen problemas que exigen la acción de los gobiernos, en especial de las respectivas autoridades de salud. Sin embargo, llama la atención el que en estos países andinos, involucrados en el estudio, no se visualiza aún, en la agenda pública, el fenómeno migratorio de profesionales de la salud.
2. En la migración de profesionales de medicina y de enfermería, contrario a lo que ocurre en otros tipos de migraciones, las regulaciones que fomentan la aplicación de políticas de reclutamiento juegan un rol determinante, en cuanto contribuyen a potenciar e incrementar este tipo de migración (31, p.41). Esas políticas expresan el deseo estatal de llegada de estos emigrantes calificados, lo cual determina en la experiencia migratoria, rutas, redes, homologaciones de títulos y formas de inserción laboral y vital en destino.
3. La emigración de personal calificado de la salud termina siendo un subsidio perverso, como atinadamente lo ha calificado la propia OMS/OPS (8, p.41) debido a que la satisfacción de demanda de profesionales de la salud en los países ricos, implica que los sistemas de atención de la salud, en los países pobres pierdan profesionales, médicos y enfermeras, en particular, en cuya formación han invertido esfuerzos y recursos institucionales y financieros, siempre escasos.
4. Para apoyar el establecimiento de medidas que puedan contribuir a racionalizar el manejo de las migraciones del personal de salud calificado y, en lo posible, frenar el incremento de estos desplazamientos migratorios que generan situaciones críticas y de creciente deterioro de la atención de salud en los países pobres, la Organización Mundial de la Salud - OMS, formuló un Código de Ética (marzo, 2010) que abre un espacio propicio para debatir el tema y procurar la búsqueda de soluciones efectivas a los problemas derivados de dichas migraciones.

5. La ausencia de datos e información sistemáticos, constituyen un obstáculo para medir la magnitud de la migración de personal calificado en salud en todos los países andinos. No obstante, a través del registro de títulos homologados en España en los últimos siete años, fue posible definir una cifra aproximada que evidencia la necesidad de otorgar atención específica a esta situación. El análisis de estos registros indica que el número de médicos que homologaron títulos para poder trabajar en España, en este período, se incrementó 14 veces, pasando de 246 en el 2002, a 3 534 en el 2009. En lo que a Enfermería respecta, el número de títulos homologados pasó de 89 a 538. Es decir un incremento de siete veces más.
6. En el análisis general de estas migraciones se identifican, para la Subregión Andina, tres destinos migratorios principales: en primer lugar la Unión Europea, en especial hacia España, a donde llegan, tanto médicos como enfermeras, de todos los países andinos. En menor proporción el siguiente destino es Italia –en especial para enfermeras, pero también unos pocos médicos– y en tercer lugar, con menor cantidad, Australia. Persiste la migración hacia Estados Unidos preponderantemente de médicos y se constata la movilidad hacia otros países dentro de la propia América del Sur y México
7. Como característica general de estos emigrantes se destaca: su condición de profesionales sobresalientes (migración altamente calificada) ya fuere por tratarse de médicos que tenían especialización previa –sobre todo los que viajaron a la UE– o por la alta experiencia, como es el caso de las enfermeras que contaban con un promedio de seis y más años de experiencia antes de migrar. Sin duda, la pérdida de estos grupos de profesionales calificados, termina debilitando los sistemas de salud en los países de origen y agravando la vulnerabilidad de la población respectiva, debido a la falencia de recursos especializados, cuando así se requiera para su atención (8, p.42).
8. El estudio mostró que los principales centros de formación de profesionales que emigraron, fueron universidades públicas. Dentro de la formación y cultura de las profesiones de la salud existe, en general, la imagen de que la mejor práctica profesional está en los lugares de mayor complejidad tecnológica, con desmedro de aquellos lugares en donde se genera un impacto social alto, como es el trabajo en Atención Primaria de la Salud. Esta formación parecería tener efecto expulsor, en cuanto una proporción importante de los médicos, en especial, viajan en busca de ese desarrollo tecnológico. De igual manera, cuando retornan los profesionales se desencuentran con los niveles tecnológicos de sus países de origen.

9. El estudio, identificó tres razones, como las más poderosas para emigrar: primera, la búsqueda de excelencia académica vinculada al prestigio social al retornar a sus países de origen, prevalente entre los médicos; segunda, la búsqueda de mejores condiciones económicas, motivación prioritaria para las enfermeras; y tercera, dejar atrás situaciones de conflicto político e inseguridad en los países de origen.
10. Se encontró que la prevalencia de la intención de migración es mayor en los estudiantes de medicina que en los de enfermería, igual es más frecuente entre los que no tienen hijos, con respecto a los que sí los tienen y también es mayor para quienes poseen redes migratorias previas. Ninguno de los emigrantes retornados tuvo dificultades para volverse a insertar en los sistemas de salud y encontrar trabajo en sus países de origen.
11. La migración trae consecuencias directas sobre la dotación de recursos humanos en los sistemas de salud de los estados andinos. Sin embargo, no existen políticas de retención en los países de la subregión. Por otra parte, se constató la carencia de un sistema de planificación de recursos humanos en salud. Esta falta de visibilidad del tema de recursos humanos se refleja igualmente en la ausencia de un sistema de información para el registro y monitoreo de la migración en cuanto a magnitud, causas, rutas, trabajo digno y otros asuntos relevantes para el conocimiento real de la situación. Estas deficiencias alertan respecto a la precariedad del abordaje estratégico de la gestión de los recursos humanos en salud, en la Subregión Andina.
12. La migración de médicos y enfermeras no es una situación o problema de exclusiva competencia de los Ministerios de Salud y de responsabilidad única de los países de origen. Estas son situaciones altamente complejas, que requieren la acción de diversas instituciones y agencias al interior de los países e implican respuestas integrales de los Estados, tanto de los países de origen, como de los de destino. Así, la perspectiva teórica metodológica para el análisis de la migración calificada en salud, deberá lograr la identificación de ¿dónde, cómo y cuáles, son los acuerdos, en un problema de doble vía, en el que países de destino y origen están interconectados por necesidades propias de recursos humanos en salud calificados?
13. En general se observa bastante similitud en la concepción y en el diseño de los conjuntos normativos para el reconocimiento de títulos en los países andinos. Se constató la existencia de una infraestructura legal e institucional y una situación normativa de base, que son características favorables para avanzar en la formulación de propuestas concretas que, progresivamente, puedan conducir

a la formalización de una real y efectiva homologación de títulos en salud, por parte de los países de la Subregión Andina. No sería este un certificado de trabajo para ejercer la profesión en cualquier lugar de la subregión, en América o en la UE, pero sería el primer paso para establecer normas conjuntas que permitirían caminar en dicha dirección. Sobre este tema se incluyen conclusiones y recomendaciones más amplias en la siguiente sección de este documento.

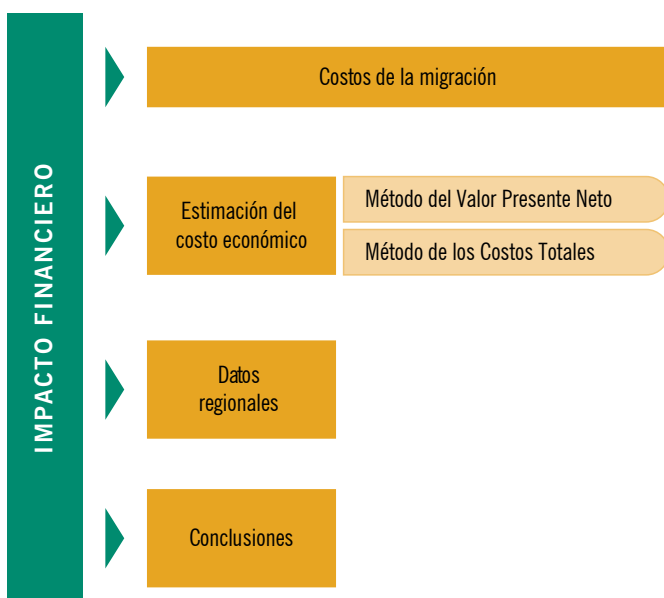
14. La OPS/OMS definió como una de las metas para enfrentar los desafíos del “Llamado a la Acción de Toronto”, el desarrollo de recursos humanos para lograr una densidad de 25 trabajadores de salud por 10 000 habitantes, como la relación aceptable para garantizar la atención de salud en la Región de América. Cuando se comparó la dotación de recursos humanos por población, en la Subregión Andina, se encontró que en Chile, único país que ha llegado a esa meta, la densidad es 32,7 por 10 000 habitantes. En Bolivia la proporción fue de 8,9; en Ecuador, de 17,4; en Perú, de 19,5; en Colombia, de 23,8.
15. Finalmente, se transcribe una pregunta que los testimonios de los emigrantes han formulado: ¿Qué hacen los emigrantes calificados con el desarraigo y exclusión, que refieren sistemáticamente en las entrevistas a profundidad, que no es otra cosa que el dolor profundo por dejar su patria, sus afectos y sus raíces?





Impacto financiero de la emigración de médicos y enfermeras del área andina

Consolidación de documentos país



Introducción

El presente documento consolida los resultados del estimado del costo económico de la emigración de médicos y enfermeras en los últimos años en los países del área andina. Dicho consolidado supuso, inicialmente, la identificación de una metodología, que validada para el caso del Perú, luego fue aplicada en el conjunto de países señalados.

Este texto, al igual que los documentos específicos de cada país, aborda el problema específico de la migración internacional de los Recursos Humanos de la Salud (RHUS) en el marco más amplio del actual fenómeno mundial de la globalización de la mano de obra. Las cifras actuales de movilización internacional de la mano de obra evidencian que existe una profunda necesidad de los países más desarrollados por incorporar mano de obra. Ello es así, como consecuencia de los cambios en la pirámide demográfica de los países desarrollados, donde la cúspide es tan igual o importante que el resto de grupos etarios, requiriendo fuerza laboral joven para atender a una población cada vez de mayor edad, ya sea a través de la provisión de los servicios de salud como también a través del aporte previsional a los sistemas de seguridad social públicos.

De esta manera, los sistemas de reclutamiento de RHUS aparecen como un mecanismo internacional importante para la captación de los servicios de salud que requieren los países desarrollados, aunque no necesariamente ellos cubren a la totalidad de los migrantes profesionales de la salud.

Puesto que los sistemas de salud, de los países en desarrollo, han mostrado un deterioro de la calidad en las últimas décadas, perjudicando sobre todo el área de atención primaria –traducido en bajas remuneraciones y baja infraestructura–, a lo que se suman indefiniciones de línea de carrera y menores oportunidades de capacitación estructurada, se ha generado un importante incentivo de parte de los RHUS para migrar desbordando muchas veces la capacidad de canalización de los sistemas de reclutamiento internacional disponibles.

Así, la divergencia entre los precarios ingresos frente a un capital humano altamente competitivo internacionalmente en el área de salud, es que se ha dado –desde la segunda mitad de los noventa– más impulso a la emigración en los últimos años. Ello ha puesto en riesgo la oferta mínima de RHUS necesarios para cubrir la demanda de la salud de la población de los países en desarrollo, en la búsqueda de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Para dimensionar adecuadamente la pérdida económica en que incurre el país al preparar a estos profesionales, que luego terminan trabajando en el exterior, se calcula el costo total de preparar estos recursos. Se incluye así el costo de la educación básica y la educación superior como la inversión básica que se realiza para conseguir un médico o una enfermera y a partir de allí se realiza un cálculo doble: en primer lugar, la proyección del valor futuro acumulable de esta inversión y, en segundo lugar, el cálculo del valor presente neto de todos los ingresos y costos futuros de un profesional que se queda a vivir en el país (con o sin familia). En el primer caso, el costo social combinado de la migración de los profesionales de la salud desde 1994 puede alcanzar el 45% del PIB del 2008. En el segundo caso, el costo combinado en valor presente neto puede llegar a representar el 6,14% del PIB.

Síntesis de la discusión

De acuerdo con un estudio realizado para el caso de Kenya (32), los RHUS migrantes pueden clasificarse en tres categorías: los científicos especializados (con niveles de maestría o doctorado), que migran para recibir mayor entrenamiento y no retornan al terminar sus estudios; los profesionales de la salud que obtienen entrenamiento avanzado en países desarrollados, retornan al completar sus estudios y luego de trabajar un tiempo vuelven a emigrar; y los profesionales de la salud que se entrenan en instituciones locales pero emigran al terminar sus estudios o luego de trabajar durante algún tiempo.

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

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

conflictos o guerras civiles o políticas, pobreza generalizada, pobre gobernanza y finalmente, la sobrecarga de trabajo.

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

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

Costos de la migración de Recursos Humanos de la Salud (RHUS)

La migración de recursos humanos de la salud (RHUS) constituye una categoría especial de un fenómeno migratorio más amplio. Cada año, millones de personas migran de un país a otro buscando mejores condiciones de vida a través del incremento de sus opciones de educación o la mejora de sus expectativas laborales. Del mismo modo, cientos de miles de personas buscan refugio anualmente en países donde sus derechos e integridad humana puedan ser garantizados porque en su país de origen no lo están. Aún existe un importante flujo de mano de obra bajo condiciones de trata y tráfico de personas (niños y mujeres sobre todo), que constituye una de las caras más penosas de la migración internacional. En conjunto, se estima que en el año 2000 migraron un poco más de 86 millones de personas que equivalen aproximadamente a las dos terceras partes de la población del área andina⁹ (33).

Por otro lado, la Organización de las Naciones Unidas señala que en el año 2000, el número de personas que vivían en un país distinto al que nacieron bordeaba la

⁹ Los países del área andina son Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. Si se consideran las estadísticas actuales de la Organización Internacional de la Migración (OIM), la figura se invierte haciendo que más bien la población migrante represente 1,7 veces la población del área andina. Ello sucede así porque según esta fuente la migración mundial alcanza los 214 millones de personas, representando el 3,4% de la población mundial.

ominosa cifra de los 175 millones. Lo anterior implica que si todas estas personas vivieran en un solo lugar serían el quinto país más poblado del mundo, después de China, India, Estados Unidos e Indonesia (34). A pesar de ello, esta cifra no representa más del 4% de la población mundial, lo que hace que no pocas voces señalen que estos flujos migratorios no sean en realidad un problema, puesto que incluso últimamente hay una fuerte presión de parte de los países receptores para evitar que estos se incrementen.

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

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

En lo que corresponde al problema del desarrollo humano, se evalúa si existe la cantidad óptima de recursos humanos que garanticen la calidad y cobertura necesarias del funcionamiento de los servicios de salud y educación para que la población disfrute de un creciente nivel de bienestar humano.

Si se detecta que existe una brecha creciente en los RHUS necesarios, ello puede deberse a un aumento inesperado de la emigración de estos recursos o a la falta de RHUS formados, lo que prontamente se traduce en un deterioro en la calidad de los servicios de salud ofrecidos. Si este problema llega a extremos insospechados, tanto que pone en riesgo la capacidad de respuesta primaria de atención médica, puede llegarse incluso a fomentar la inmigración de RHUS formados en otros países.

Es en este marco de análisis que se inscribe el diagnóstico y el diseño de políticas que abordan el problema de la migración de RHUS en los países del área andina. De acuerdo con varios diagnósticos, en estos países, la migración de los RHUS está “comprometiendo la viabilidad de las políticas sanitarias y el consiguiente logro de los

objetivos en salud” (30). Los datos recopilados permiten apreciar que este problema se ha acentuado en los últimos años sin conocerse de manera objetiva cuál es el impacto económico que este fenómeno está provocando en los países andinos.

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

Medición del costo económico

Para obtener el costo de entrenamiento de un profesional de la salud¹⁰ (tanto médico o enfermera) agregamos los costos anuales de estudios y manutención hasta completar la etapa más probable de migración del joven profesional de la salud, esto es, antes o durante el SERUMS (servicio de salud que realizan los profesionales de la salud, en la comunidad rural y urbana marginal del país, cuya finalidad es brindar atención integral de salud a las poblaciones más vulnerables).

Primer enfoque

El método de los Costos Totales

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

¹⁰ Por cierto, hubiera sido aconsejable restar de los flujos de costos, los ingresos provenientes de las remesas enviadas a los países por los profesionales RHUS. Lamentablemente la información disponible no permite identificar el monto correspondiente. Para el caso del Perú se estimó dicha cifra en un monto de USD 46 millones anuales provenientes de los profesionales RHUS que venían laborando en Italia. Dicha cifra representaba el 2% de las remesas totales (USD 2.282 millones que equivalían al 1,8% del PBI del 2009).

Ecuación $R_i = E(1+r)^t$

Donde “E” es la suma total de costos de formación y manutención. Es decir, es el valor de la inversión inicial que se hace para producir un profesional de la salud. El valor de “r” es la tasa de interés y “t” el tiempo esperado que se espera laborar a partir de la fecha más probable de migración.

En el caso del Perú, para el caso de “r” se ha optado por tomar las tasas internas de rentabilidad calculadas por el economista Gustavo Yamada para el caso de los profesionales tanto para los que han estudiado en una universidad pública, en una universidad privada y la tasa interna de retorno social, esto es, 14,7%, 12,2% y 12%, respectivamente (35). De acuerdo con este autor, existe evidencia suficiente para anotar que la educación superior universitaria en el Perú ofrece rentabilidades privadas y sociales más ventajosas que otras alternativas de inversión financiera y económica disponible en el país.

Nótese así mismo, que la tasa obtenida para los profesionales de una universidad pública es mayor que los de una universidad privada por el mayor desembolso realizado por estos últimos para desempeñarse en la carrera profesional. Finalmente, el valor de “t”, para el caso de los médicos, la vida profesional se inicia a partir de los 30 años aproximadamente y termina a los 65. Esto es $t = 35$ años.

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

En suma:

Tabla 1
Definición de variables para la ecuación 1

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

Luego de obtener el costo financiero total de un RHUS migrante se multiplica este valor por el número total de profesionales que han migrado de acuerdo con la data de migraciones de cada país. Cabe destacar que en este punto la principal limitación de esta estimación es que no se puede afirmar con seguridad que todos ellos son los profesionales de medicina que están laborando en su profesión en el extranjero. Aún si fuera cierto, probablemente el número tenga problemas de subregistro¹¹ debido a que no todos los profesionales de la salud señalan explícitamente cuál es la carrera a la que pertenecen cuando migran, lo que implicaría que el problema de la pérdida financiera sería mucho mayor a la calculada.

Operacionalización del método

El método de costos totales supone calcular todos los gastos en los que se incurre para formar un profesional de las carreras de enfermería y medicina. Dado que la formación educativa empieza en la etapa escolar, esta también es considerada dentro del cálculo. Así, el presente método termina siendo una agregación de los gastos en la etapa formativa escolar más los gastos en la etapa universitaria.

¹¹ O mejor subreporte, debido a que el problema se debe a que el profesional migrante no menciona su especialidad en todos los casos.

Costos de la educación inicial, primaria y secundaria frente a gasto del Estado

Gasto del Estado		
	Moneda nacional	Matriculados
Inicial		
Primaria		
Secundaria		

Este monto se divide entre el número de alumnos matriculados en escuelas públicas. Si bien la educación pública supone que el Estado asuma el financiamiento de los estudios del menor, existe también un gasto por parte de las familias. De esta manera, este es incluido en el cálculo del costo por alumno.

Para el caso de la educación privada, el dato se ha hallado por medio de una encuesta de hogares a nivel nacional.

Gasto en educación básica	
	Moneda nacional por alumno
Educación inicial	
Primaria	
Secundaria	

Estudios universitarios

Para hallar el costo total de los estudios universitarios y el porcentaje que representa sobre el producto total del país, se realiza un flujo de caja simple. Para ello, se toman en consideración tanto los costos en los que se incurre durante la carrera, como los ingresos que se perciben al final de la misma.

Asimismo, se incluye en el cálculo, el costo de manutención del estudiante durante esta etapa formativa. Se debe tener en cuenta que la formación de los médicos y enfermeras presentan fuertes diferencias, tanto en costos como en duración.

Al igual que en el caso de la educación básica, los estudios universitarios también pueden estar financiados de forma pública o de forma particular.

En el caso de la educación pública el costo que asume el Estado se halla a través del Presupuesto Público asignado a Educación Superior. Dicho monto se ha dividido entre el número de alumnos matriculados en universidades públicas en total, ya que para el caso peruano no existe una desagregación sobre la inversión del Estado para cada carrera en particular.

Cálculo de los retornos

	Años de estudio						
	1	2	3	4	5	6	7
Ingresos (salario mínimo)							
Costo (matricula) seguros)							
Otros costos estudios (libros , fotocopias) otros)							
Manutención (canasta básica per- cápita, Lima)							
Saldo							

Para el caso de los costos de manutención e ingresos, se asumen iguales en el caso de educación pública o privada, ya que estos ingresos corresponden al sueldo mínimo que se suele pagar en las prácticas preprofesionales que deben realizar los alumnos de las carreras de medicina y enfermería.

El costo total (costos de la educación básica y universitaria) se considera la inversión para formar a un profesional, ya que gracias a esta inversión el profesional podrá generar flujos monetarios en el futuro.

Para hallar el valor de estos flujos, se eleva la inversión a una tasa interna de rentabilidad por 35 años. El monto hallado se multiplica por el total de médicos y enfermeras migrantes para hallar la pérdida generada a raíz de su emigración.

Segundo enfoque

Método del Valor Presente Neto

Una forma alternativa de abordar el problema del costo financiero de la migración de los profesionales de la salud es el de calcular el valor actualizado neto de la inversión educativa. Ello incluye:

- La inversión total en los estudios profesionales. En el caso de los médicos incluye el costo de titulación, la realización del SERUMS (para el caso del Perú), la colegiatura y la especialidad.
- Los ingresos futuros a recibir hasta su jubilación y los costos de manutención.
- Este método es la mejor manera para evaluar si una inversión cumple su principal objetivo: maximizar la rentabilidad. Ello se logra si es que luego de descontar a los ingresos futuros, los costos futuros a incurrir y la inversión, se obtiene un valor positivo como saldo.
- Para nuestro propósito se ha asumido que el profesional de la salud (en este caso el médico) tiene dos escenarios de vida. La primera en la que no se hace responsable de una familia (esposa y dos hijos) y la segunda en la que sí lo hace.
- Se asume también, que el médico incurre en todos los gastos necesarios para cumplir cada una de las etapas de su desenvolvimiento profesional, esto es, titularse, colegiarse, realizar el SERUMS (para el caso del Perú) y finalmente la especialización.
- Asimismo se ha tomado como tasa de descuento la inflación de largo plazo establecida en un porcentaje señalado por la autoridad monetaria local (el Banco Central).
- Por otro lado, los ingresos esperados del profesional implican un reajuste de alrededor del 10,3% por cada año adicional de estudios de especialización, y un reajuste trianual del 10% en el total de ingresos (estos son referencias para el Perú que se adecúan a las situaciones particulares de cada país).

Operacionalización del método

El método del valor presente neto busca traer a valor presente los flujos generados por el profesional una vez acabados los estudios universitarios. Para ello, se asume que el profesional percibe ingresos desde el año que egresa de la universidad hasta la edad de jubilación.

Datos básicos	
Tasa de descuento	
Tasa de mejora de ingresos por año de estudio adicional	
Salario mínimo mensual en SERUM	
Sueldo promedio en especialidad	
Inversión inicial de especialidad (costo de prospecto + derecho de examen)	
Matrícula anual especialidad	
Pensión mensual de especialidad	
Manutención mensual	
Mejoras salariales cada tres años	

La tasa de descuento que se usa para traer a valor presente los flujos futuros es la tasa de inflación de largo plazo. Asimismo, se asume mejoras salariales por cada año de estudio y una tasa de mejora salarial que corresponde a los años de experiencia que va ganando el profesional a lo largo de su vida.

Para la construcción del flujo de caja se toma en cuenta la inversión del profesional, representada por el monto invertido en educación, los gastos de manutención y los ingresos generados por el ejercicio de su profesión. En el presente estudio se asume que, para cada carrera, el profesional sigue un curso de especialización que se considera como inversión. De esta manera, se calcula por cada año de vida profesional cuál es el saldo. Este valor se descuenta de la tasa de inflación de largo plazo y según el número de años.

Escenario sin mejoras salariales (sin familia)	Médico cirujano	SERUM	Especialidad (3 años)					
Años	2008	2009	2010	2011	2012	2013	...	2047
Inversión								
Manutención post								
Ingresos								
Edad	26	27	28	29	30	31	...	65
Años trabajo		1	2	3	4	5	...	39
Saldo								
Valor actualizado								

Una vez obtenido el valor presente de estos flujos, se multiplica este valor por total de migrantes en el período de tiempo de estudio y se obtiene el porcentaje del PBI que representa.

	Valor Presente Neto	Número de migrantes	VPN total (millones USD)	% PBI
Médicos				
Enfermeras				
Total				

Consolidación de los datos regionales

En la presente sección se muestran los resultados consolidados a nivel de los países del área andina. Al respecto, en atención al diferente período de captación de la emigración de los profesionales de la salud (RHUS) se ha procedido a anualizar los datos hallados. Similar procedimiento se ha utilizado para estimar el impacto del costo financiero/ económico de la salida de dicho capital humano. En dicho sentido, los costos anualizados se han estimado en relación con el valor de las exportaciones FOB del 2008 y el valor presente neto, también anualizado, se ha contrastado con el PBI de dicho año.

De acuerdo con la información recabada, se ha estimado que 3 284 profesionales de la salud habrían venido emigrando anualmente de nuestra región (Cuadro adjunto). Considerando a los profesionales en medicina y en enfermería, se encontró en Perú el mayor porcentaje de migrantes RHUS de los países analizados. Dicho país estaría aportando a los flujos migratorios el 44,7%, seguido de Colombia con el 23% y Bolivia con el 16,3%¹².

¹² Al no disponerse de datos de profesionales en enfermería de Ecuador, su cifra país está subestimada.

Cuadro 1
RHUS: número anualizado de médicos y enfermeras migrantes

Profesionales migrantes / País	Colombia (a)	Ecuador (b)	Bolivia (c)	Venezuela (d)	Chile (e)	Perú (f)	Total grupo andino
Médicos (1)	565	226	363	237	12	588	1 991
Enfermeras (2)	192	n.d	172	10	40	881	1 293
Total RHUS (1)+(2)	756	226	535	247	52	1 469	3 284
Participación sobre el Total Grupo Andino	23,0%	6,9%	16,3%	7,5%	1,6%	44,7%	100%

Fuente: Estadística de migraciones de los países respectivos.

Para el caso de Ecuador, ver Bedoya (FLACSO,2008) y Elena (capje.org: http://www.cajpe.org.pe/gep/index.php?option=com_content&view=article&id=1349:ecuador-hay-interes-en-3500-medicos-inmigrantes&catid=52:migrantes-noticias&Itemid=104)

Notas:

(a):Corresponde al período 2008 - 2010/1er semestre

(b): Corresponde al período 1995 - 2010/1er semestre

(c): Corresponde al período 1994-2008

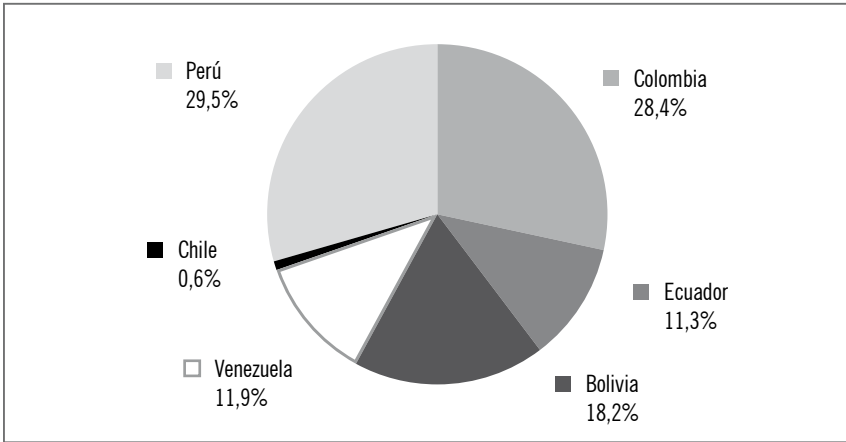
(d): Corresponde al período 1994-2008

(e): Corresponde al período 2005-2008

(f) : Corresponde al período 1994-2008

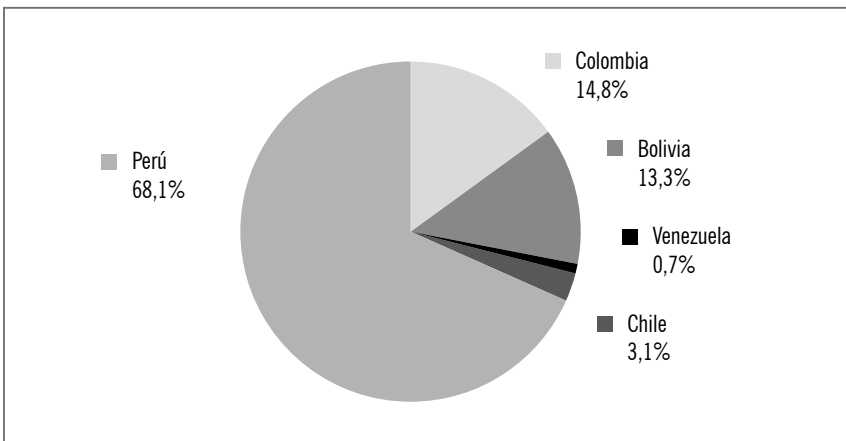
En el caso de médicos, Perú y Colombia estarían evidenciando el mayor flujo de migrantes, seguidos de Bolivia, Venezuela y Ecuador. En el caso de profesionales en enfermería, las cifras provenientes del Perú se destacan sobre el conjunto de los países analizados, pues están significando más de la mitad de los migrantes.

Gráfico 2
Promedio anual de médicos migrantes por país (porcentaje respecto del área andina)



Fuente: Estadística de migraciones de los países respectivos. Para el caso de Ecuador, ver Bedoya (FLACSO, 2008).
Elaboración propia.

Gráfico 3
Promedio anual de enfermeros(as) migrantes por país (porcentaje respecto del área andina)



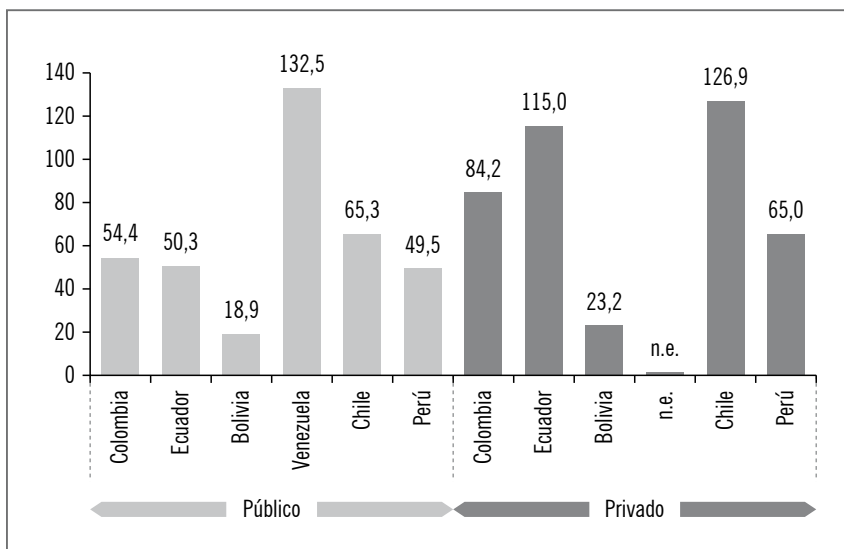
Fuente: Estadística de migraciones de los países respectivos. No se considera Ecuador pues no se dispone de datos al respecto.
Elaboración propia.

Estimación del impacto financiero sobre las exportaciones

Al respecto se ha procedido a consolidar los costos de formación profesional de los distintos países. Uniformizados en dólares, formar médicos en universidades públicas cuesta relativamente más en Venezuela y menos en Bolivia. Para el resto de países considerados, el costo de formación por alumno en universidad pública fluctúa entre 49,5 mil (Perú) y 65,3 mil dólares (Chile), pasando por las sumas de 50,3 (Ecuador) y 54,4 mil dólares (Colombia).

Por otro lado, es en Chile donde la familia del egresado en medicina asumió el nivel más elevado de gastos en su formación profesional (126,9 mil dólares), estando cerca Ecuador (115 mil dólares). En contraste, para una familia boliviana el sostenimiento de un alumno en universidad privada estudiando medicina le habría demandado 23,2 mil dólares. En el intermedio se encuentran, respectivamente, Perú y Colombia con 65 y 84,2 mil. Venezuela no cuenta con universidades privadas que ofrezcan formación en medicina.

Gráfico 4
Medicina: costos de formación profesional por alumno* (en miles de USD)



Fuente: Datos de países respectivos.

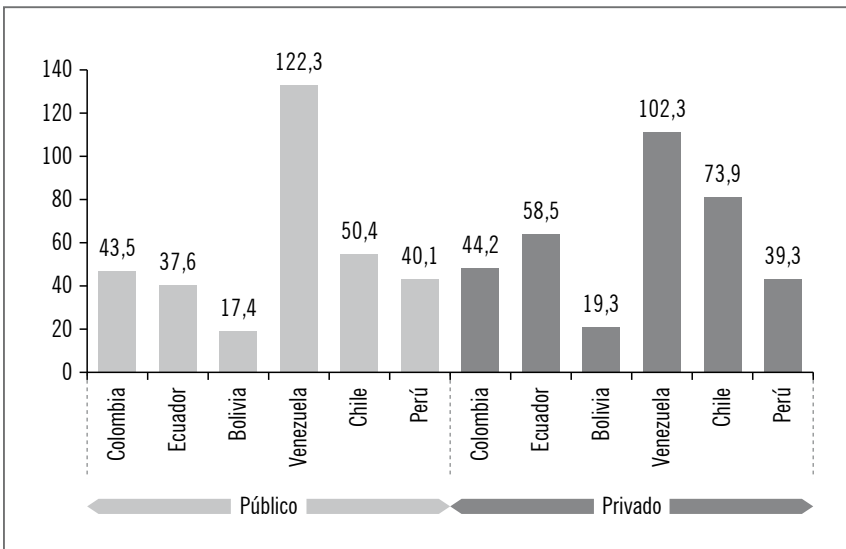
* Los costos de formación profesional se distingue por tipo de universidad, pública y privada, e incluye gastos de educación básica.

Elaboración propia.

La formación profesional en enfermería acudiendo a una universidad pública implica en Venezuela un mayor desembolso comparado con Bolivia, donde el gasto es menor por el mismo concepto. Entre los cuatro países restantes, en Ecuador se asigna un monto de 37,6 mil dólares por estudiante en enfermería; en Perú, 40,1 mil; en Colombia, 43,5; y en Chile, 50,4 mil dólares.

El costo de formarse en enfermería optando por una universidad privada es relativamente elevado en Venezuela. En Bolivia, por el contrario, significa el menor gasto respecto del resto de países. En el intermedio se encuentran Perú (39,3 mil dólares), Colombia (44,2), Ecuador (58,5) y Chile (73,9).

Gráfico 5
Enfermería: costos de formación profesional por alumno* (en miles de USD)



Fuente: Datos de países respectivos.

*: Los costos de formación profesional se distingue por tipo de universidad (pública y privada), incluye gastos de educación básica.

Elaboración propia

Cuadro 2
RHUS: costos de formación profesional por alumno* (en USD)

Profesión / País Andino	Colombia		Ecuador		Bolivia		Venezuela		Chile		Perú		Total Área Andina	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
Medicina (1)	54 431,6	84 202,7	50 340,1	114 993,9	18 921,3	23 226,6	132 467,1	n.e	65 262,2	126 916	49 536,7	65 009,1	370 959,1	414 348,7
Enfermería (2)	43 476,5	44 226,4	37 568,6	58 475,5	17 435,5	19 270,5	122 313,8	102 259,0	50 379,5	73 899,9	40 076,4	39 326,4	311 250,4	337 457,8
Total RHUS (1) + (2)	97 908,1	128 429,2	87 908,7	173 469,3	36 356,9	42 497,1	254 780,9	102 259,0	115 641,7	200 816,3	89 613,1	104 335,5	682 209,5	751 806,5
Participación sobre el Total Área Andina	14,4%	17,1%	12,9%	23,1%	5,3%	5,7%	37,3%	13,6%	17,0%	26,7%	13,1%	13,9%	100%	100%

Fuente: Datos de países respectivos.

*: Los costos de formación profesional se distinguen por tipo de universidad (pública y privada) e incluyen gastos de educación básica.

n.e: El dato no existe dado que en Venezuela no se han creado facultades de medicina en universidades privadas.

En la siguiente tabla se evidencian las distintas tasas de retorno de la formación profesional. Dicha variable es clave ya que es el rendimiento anual esperado del capital humano invertido en la formación profesional en salud. En Colombia se ha estimado la misma tasa que en Perú. En el caso de Ecuador, al no contarse con la información correspondiente, en los cálculos se ha incorporado la misma tasa de Perú y Colombia.

Cuadro 3
RHUS: tasas de retorno de la formación profesional por tipo de universidad

País andino	Colombia		Ecuador		Bolivia		Venezuela		Chile		Perú	
	Pública	Privada	Pública	Privada	Pública	Privada	Pública	Privada	Pública	Privada	Pública	Privada
Medicina	14,70%	12,20%	14,70%	12,20%	6,00%	6,00%	14,70%	12,20%	22,18%	22,18%	14,70%	12,20%
Enfermería	14,70%	12,20%	14,70%	12,20%	6,00%	6,00%	14,70%	12,20%	25,68%	25,68%	14,70%	12,20%

Fuente: para Bolivia, las tasas fueron obtenidas de investigación de Scalante (2003) y Ministerio de Hacienda, Resolución No. 684, 2002. Por otro lado, salvo Chile, las tasas son obtenidas de una investigación de Yamada, 2008.

En el siguiente cuadro se resume el costo acumulado del flujo migratorio de profesionales RHUS, de acuerdo con la metodología empleada.

$$\text{Costo acumulado} = R_{RHUS} * \text{Número de profesionales RHUS migrantes}_{\text{periodo correspondiente a cada país}}$$

El costo estimado está en función de los retornos de la profesión y la cantidad de emigrantes. La formación profesional, costeadada desde la formación básica hasta el término de la formación académica (incluyendo manutención), se asume como el costo del capital humano. Ello, afectado por una determinada tasa de rendimiento (tasa de retorno del cuadro anterior) y la vida laboral estimada, da como resultado el costo acumulado de dicho capital.

Cuadro 4
RHUS: costo acumulado por emigración (en millones de 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: Estadística de los países respectivos.

Nota: El costo acumulado se calcula multiplicando por el número de médicos o enfermeras migrantes, el costo por médico o enfermera proyectado, el cual depende de la tasa de retomo, el tiempo de vida laboral y el o costo en la formación profesional.

n.d.: sin dato

En atención a que no se dispone de un dato similar, en términos de horizonte temporal, de los flujos migratorios se procedió a anualizar las cifras de cada país. Ello dio como resultado que la emigración de profesionales RHUS estaría siendo una cifra cercana que oscilaría entre USD 23 842 millones y los USD 20 618 millones. Ello está en función a la participación relativa de profesionales formados en Universidad públicas o privadas (ver cuadro adjunto).

Cuadro 5
RHUS: costo anualizado de emigración (millones de USD y porcentaje respecto del grupo andino)

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
Total RHUS anualizado (1)+(2), en %	19,9%	15,3%	5,8%	7,1%	0,3%	0,4%	11,7%	5,9%	29,4%	51,4%	32,8%	19,9%	100%	100%

Fuente: Estadística de países respectivos.

Elaboración: Propia.

n.d.: sin dato

En términos de participación relativa, el Perú aparece con la participación mayor entre los países referidos. En el caso de Chile, las tasas de retorno que son bastante superiores a las de la región, influyen en el acumulado de los costos. Cuando se actualiza el flujo, en el caso de los RHUS formados en universidad pública que emigraron, puede notarse una similitud con el caso de Perú.

Lo que sucede es que mientras Chile registra en promedio una salida de médicos y enfermeras que asciende a 52, Perú registra una emigración que en cantidad es 28 veces la de Chile. Pero siendo el retorno () en Chile 12 veces el del Perú en el caso de los médicos y 31 veces en el caso de las enfermeras, el costo anualizado entre ambos países se aproxima, manteniéndose ligeramente mayor en Perú por su mayor salida de profesionales, mientras que en Chile su costo está cercano en buena medida debido al elevado retorno del RHUS.

Cuadro 6
RHUS: costo anualizado de emigración (millones de USD) y comparación con nivel de exportaciones
(millones de 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%		6,8%		1,1%		2,9%		10,2%		25,7%		9,1%	
	8,4%		7,2%		1,3%		1,3%		15,3%		13,5%		7,9%	

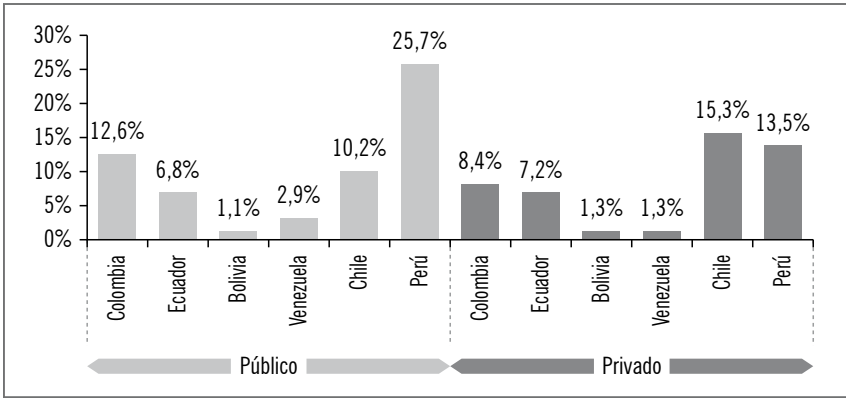
Fuente: Estadística de países respectivos y Comercio Exterior-CEPAL, 2008.

n.d.: sin dato

Quando se asume que los migrantes profesionales en salud se formaron en universidades públicas, su costo está representando –en términos del valor de exportaciones de sus respectivos países (2008)– una proporción que puede fluctuar entre 1,1% (Bolivia) y 25,7% (Perú), pasando por 2,9% (Venezuela), 6,8% (Ecuador), 10,2% (Chile) y 12,6% (Colombia). El peso relativo dependerá del nivel de exportaciones FOB y de la magnitud del costo anualizado de emigración del RHUS.

De otro lado, si se asume que los profesionales RHUS han sido formados en universidades privadas, el promedio anualizado de migrantes médicos y enfermeros de cada país implica un costo –en términos del valor de exportaciones FOB 2008– de 15,3% (Chile), 13,3% (Perú), 8,4% (Colombia), Ecuador (7,2%) y 1,3% (Bolivia y Venezuela).

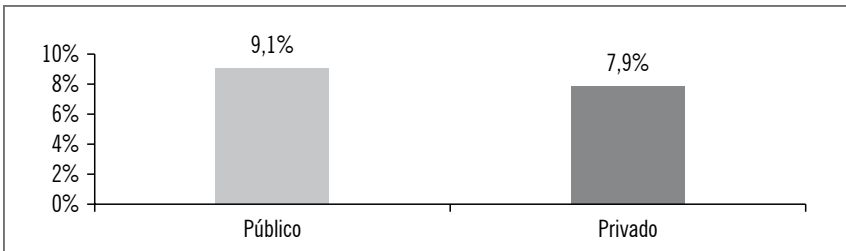
Gráfico 6
RHUS: costo anualizado de emigración por país
(porcentaje del nivel de exportaciones FOB, 2008)



Fuente: Estadística de países respectivos y Comercio Exterior-CEPAL, 2008.
 Elaboración propia.

A nivel del Área Andina, la emigración de médicos y enfermeras desde los países considerados conlleva en promedio un costo que puede expresarse como el 9,1% de las exportaciones totales del Área, si es que dicho flujo migratorio se educó en universidades públicas; y como el 7,9% si es que se formó en universidades privadas en sus respectivos países.

Gráfico 7
RHUS: costo anualizado de emigración del área andina
(porcentaje del total de exportaciones del área andina FOB, 2008)



Fuente: Estadística de países respectivos y Comercio Exterior-CEPAL, 2008.
 Elaboración propia.

Cuadro 7
RHUS: Valor Presente Neto* (en millones de USD) y comparación con el PBI corriente (en millones de USD, 2008)

País Andino	Colombia		Ecuador		Bolivia		Venezuela		Chile		Perú		Total Grupo Andino	
	Sin aumento	Con aumento	Sin aumento	Con aumento	Sin aumento	Con aumento	Sin aumento	Con aumento	Sin aumento	Con aumento	Sin aumento	Con aumento	Sin aumento	Con aumento
Escenarios de mejora salarial médicos														
VPN total	3,8	95,6	16,2	101,6	62,7	154,9	203,5	258,4	6,0	14,4	71,7	307,0	364,0	931,9
VPN total (% PBI corriente 2008)	0,00%	0,04%	0,03%	0,19%	0,38%	0,93%	0,07%	0,08%	0,00%	0,01%	0,06%	0,24%	0,04%	0,10%
Escenarios de mejora salarial enfermeras														
VPN total	-4,55	7,24	n,d*	n,d*	8,14	15,94	0,35	0,50	10,03	15,92	50,61	157,69	64,58	197,29
VPN total (% PBI corriente 2008)	0,00%	0,00%	n,d*	n,d*	0,05%	0,10%	0,00%	0,00%	0,01%	0,01%	0,04%	0,12%	0,01%	0,02%
VPN Total RHUS	-0,8	102,8	16,2	101,6	70,9	170,8	203,9	258,9	16,0	30,4	122,3	464,7	428,6	1 129,2
VPN Total RHUS (% PBI corriente 2008 del país)	0,00%	0,04%	0,03%	0,19%	0,43%	1,02%	0,07%	0,08%	0,01%	0,02%	0,10%	0,36%	0,05%	0,12%
VPN Total RHUS (% PBI Total Grupo Andino 2008)	0,00%	0,01%	0,00%	0,01%	0,01%	0,02%	0,02%	0,03%	0,00%	0,00%	0,01%	0,05%	0,05%	0,12%

Fuente: Datos de países respectivos.

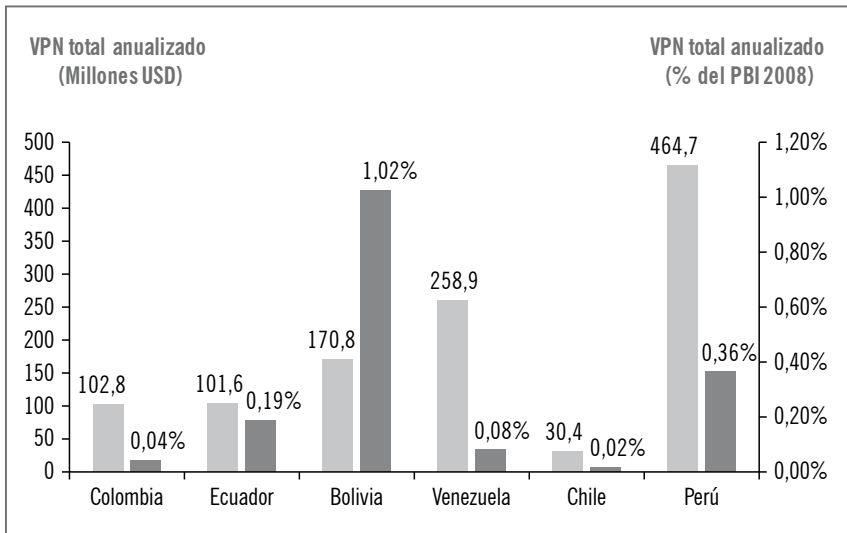
*Calculado sobre la base del promedio de migrantes por año en el período correspondiente a cada país.

n.d.: sin dato

Bajo el supuesto que los ingresos del trabajo tienen incrementos salariales periódicos durante el transcurso de su vida laboral –estimado en 35 años– la emigración de tales RHUS significaría un costo para cada país que podría expresarse como el Valor Presente Neto (VPN) que se deja de percibir en términos del PBI (porcentaje de este indicador).

Siendo así, puede notarse que el mayor VPN anualizado se registra en Perú y el menor en Chile. En orden ascendente está el VPN de Ecuador, Colombia, Bolivia y Venezuela. Debido a los niveles distintos de producción nacional, resulta que el VPN anualizado de Bolivia representa el 1,02% de su PBI. Una proporción relativamente alta si se la compara con los demás países andinos: en Chile el VPN anualizado es 0,02% del PBI; en Colombia, 0,04%; en Venezuela, 0,08%; en Ecuador, 0,19%; y en Perú, 0,36%.

Gráfico 8
VPN total anualizado y su participación en el PBI, 2008
por país andino (en un contexto de incrementos salariales)



Fuente: Datos de países respectivos.

*Calculado sobre la base del promedio de migrantes por año en el período correspondiente a cada país.

Elaboración propia

Conclusiones

1. La formación en recursos de profesionales médicos se encuentra, localmente, con limitadas condiciones e incentivos para el ejercicio profesional. Ello incrementa la emigración de estos profesionales buscando, particularmente, mejorar su nivel de ingresos y desarrollar una carrera profesional que complemente la formación y capacitación con mayor predictibilidad.
2. La oferta laboral disponible en el exterior está mayormente orientada para la atención primaria de la salud, otorgándose para ello facilidades para su captación; contrariamente, la formación académica de los profesionales que emigran está fuertemente dirigida a la atención especializada hospitalaria (segundo y tercer nivel de atención).
3. El flujo migratorio de recursos humanos en salud, principalmente de médicos y enfermeras va a continuar en el mediano plazo, tanto por la persistencia de condiciones internas como externas, inclusive –superados los efectos de la crisis internacional– con tendencia a aumentar en los próximos años por la creciente demanda de estos recursos en los países desarrollados en razón de los cambios en su demografía y en la forma como está configurada su demanda de servicios de salud.
4. Se observa un mayor flujo migratorio de personal de salud, (médicos, enfermeras) hacia Italia y España, lo que estaría dado por las facilidades de trámites migratorios al amparo de Convenio Andrés Bello, el idioma y también podría influir el acercamiento cultural entre ambas naciones.
5. Las dificultades para conseguir información de los flujos migratorios se ha hecho evidente, en todos los casos. En su mayoría, se ha tenido como fuente los registros de migraciones, lo cual no es lo más adecuado, pero es la única fuente oficial, por el momento.
6. De acuerdo con la información recabada, se ha estimado que 3 284 profesionales de la salud habrían venido emigrando anualmente de nuestra región. Considerando a los profesionales en medicina y en enfermería, se ha encontrado que el Perú estaría aportando a los flujos migratorios el 44,7%, seguido de Colombia con el 23% y Bolivia con el 16,3%.
7. Uniformizados en dólares se ha identificado que la formación de médicos en universidades públicas cuesta relativamente más en Venezuela y menos en Bolivia. En los otros países dicho costo –por alumno en universidad pública– fluctúa entre 49,5 (Perú) y 65,3 mil dólares (Chile), pasando por las sumas de 50,3 (Ecuador) y 54,4 mil dólares (Colombia).

8. Por otro lado, es en Chile donde la familia del egresado en medicina habría asumido un mayor costo de formación. Así la universidad privada habría demandado un costo de 126,9 mil dólares, siguiéndole Ecuador con 115 mil dólares. En el caso opuesto se encuentra Bolivia, donde el costo habría significado 23,2 mil dólares.
9. Por su parte en el caso del costo de la formación profesional en enfermería, se obtuvo lo siguiente. En Venezuela¹³, acudir a una universidad pública implicaría una mayor erogación comparada con Bolivia, donde el gasto es menor. Entre los cuatro países restantes, en Ecuador se asigna un monto de 37,6 mil dólares por estudiante en enfermería; en Perú, 40,1 mil; en Colombia, 43,5; y en Chile, 50,4 mil dólares.
10. Al igual que en el caso anterior, el costo de formarse en enfermería en una universidad privada es relativamente elevado en Venezuela. En Bolivia, por el contrario, significa el menor gasto respecto del resto de países. En el intermedio se encuentran Perú (39,3 mil dólares), Colombia (44,2), Ecuador (58,5) y Chile (73,9).
11. El capital humano de profesionales RHUS formado en la región tiene una valorización muy significativa. Dependiendo de si la formación ha descansado más en la universidad pública o privada, el costo anualizado de dicho capital humano aparece valorizado en una cifra que va entre USD 23 842 millones y los USD 20 618 millones para los países de la región.
12. Al asumir que los migrantes profesionales en salud se formaron en universidades públicas, se encuentra que su costo –en términos del valor de exportaciones de sus respectivos países (2008)– puede fluctuar entre 1,1% (Bolivia) y 25,7% (Perú), pasando por 2,9% (Venezuela), 6,8% (Ecuador), 10,2% (Chile) y 12,6% (Colombia). El peso relativo, en cada caso, dependerá del nivel de exportaciones FOB y de la magnitud del costo anualizado de emigración del RHUS. Para el conjunto de los países el costo ascendería a un 9,1% del total de sus exportaciones del 2008.
13. De otro lado, si se asume que los profesionales RHUS han sido formados en universidades privadas, el promedio anualizado de migrantes médicos y enfermeros de cada país implica un costo –en términos del valor de exportaciones FOB 2008– de 15,3% (Chile), 13,3% (Perú), 8,4% (Colombia), Ecuador (7,2%) y 1,3%

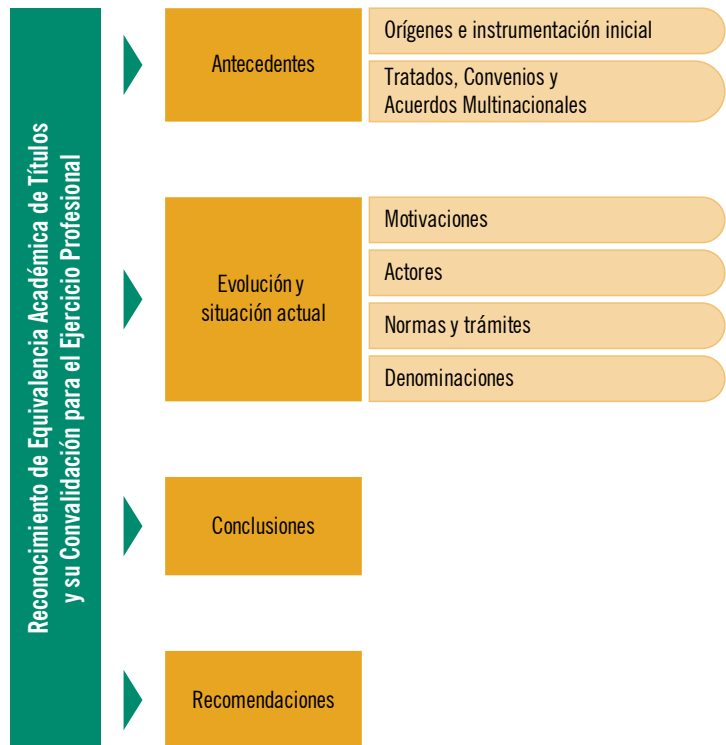
¹³ Habría que considerar el factor tipo de cambio. En tanto el valor oficial difiere del registrado en el “mercado libre” la conversión de Bolívares fuertes a dólares registra una complejidad de medición.

- (Bolivia y Venezuela). Para el conjunto de los países el costo estaría significando un 7,9% del total de sus exportaciones.
14. Bajo el supuesto que los ingresos del trabajo tienen incrementos salariales periódicos, la emigración de tales RHUS significaría un costo para cada país que podría expresarse como el Valor Presente Neto (VPN) que se deja de percibir en términos del PBI (porcentaje de este indicador).
 15. Siendo así, puede notarse que el mayor VPN anualizado se registra en Perú y el menor en Chile. En orden ascendente está el VPN de Ecuador, Colombia, Bolivia y Venezuela. Debido a los niveles distintos de producción nacional, resulta que el VPN anualizado de Bolivia representa el 1,02% de su PBI. Una proporción relativamente alta si se la compara con los demás países andinos: en Chile el VPN anualizado es 0,02% del PBI; en Colombia, 0,04%; en Venezuela, 0,08%; en Ecuador, 0,19%; y en Perú, 0,36%.
 16. En general los costos para la región son importantes, repercuten en la calidad de la oferta local y afectan el desarrollo humano y bienestar de los ciudadanos. Por otro lado, la globalización, los cambios en la demografía de los países receptores y los diferenciales de ingresos relativos entre los países generan incentivos para que continúe la emigración. Frente a dicha constatación la política local debiera enfocarse en analizar y diseñar un esquema de incentivos que “compita” con lo ofertado por los países de destino. Ello supone, entre otras acciones, determinar el costo de retener dichos profesionales. El estimado de la retención puede identificar, a su vez, un portafolio de opciones, que puede adaptarse en función a la particularidad del país.





Reconocimiento de equivalencia académica de títulos y su convalidación para el ejercicio profesional



Introducción

En la concepción y diseño del estudio de Migración Calificada en Salud, se reconoció la necesidad de revisar los procesos de homologación de títulos profesionales y establecer, si hubiere, relaciones con los fenómenos migratorios del personal de salud en la Subregión Andina.

Dentro de similar orientación, se planteó la conveniencia de propiciar y apoyar la generación de información que pudiera contribuir a aclarar y orientar posibles líneas de acción respecto a los propósitos de integración andina, planteada y estimulada, en el entorno político e institucional de la Comunidad Andina de Naciones, por los organismos, nacionales e internacionales que actúan en ese campo.

Consistente con lo anterior, se acordó realizar en los países andinos, una revisión de los conjuntos normativos relacionados con los siguientes cuatro aspectos:

- Procesos de reconocimiento de equivalencia académica de los títulos profesionales, obtenidos en otros países, en medicina y en enfermería.
- Procesos para la convalidación (o revalidación) de estos títulos, para la autorización del ejercicio de las profesiones correspondientes.
- Normas adoptadas para expedición de títulos de educación superior, con particular referencia a las áreas relacionadas con salud.
- Normas que reglamentan el desarrollo general de la educación superior en los países de la subregión.

La información referente a los dos primeros aspectos, apoyarían los análisis relacionados con la migración propiamente dicha, y los dos últimos contribuirían a la exploración de posibles líneas de acción en ámbitos del sector educativo, en función de los procesos de integración subregional andina.

Con base en el diseño e implementación de un enfoque metodológico común (36), que utilizó los mismos parámetros de análisis en los seis países de la subregión (Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela), se efectuó la recopilación y reseña de los cuatro conjuntos normativos indicados.

La información obtenida en ese ejercicio, junto con la revisión bibliográfica fueron incorporadas en un documento, del cual se presenta aquí una síntesis, que busca destacar, tanto hallazgos de las revisiones normativas en los escenarios nacionales que muestran la situación actual de los procesos correspondientes, como consideraciones

respecto a algunas líneas de acción futura, en la perspectiva de una posible integración subregional andina en este campo.

Antecedentes en el reconocimiento de títulos

Orígenes e instrumentación inicial

En la Subregión Andina, el reconocimiento de títulos profesionales, en general, ha evolucionado en varias etapas. El examen histórico del tema muestra que hasta mediados del siglo pasado, casi como expresión de una tradición diplomática de etiqueta bilateral, lo usual fue establecer entre los países convenios de intercambio y reconocimiento mutuo de títulos, expedidos por sus instituciones educativas y avalados y refrendados por los respectivos ministerios de educación y cancillerías o ministerios de relaciones exteriores. Ese tipo de convenios, usualmente bilaterales –aunque en algunos casos, fueron suscritos por más de dos países, incluida España–, se centraban, fundamentalmente, en aspectos educativos y para su formalización requerían la ratificación o aprobación de los parlamentos nacionales correspondientes.

En el área de salud, la concentración de estos convenios, casi exclusiva, en el mutuo reconocimiento académico de los títulos profesionales, parecería indicar que en los movimientos interpaíses de los profesionales, en esos períodos iniciales, primaron consideraciones de apertura y búsqueda de espacios y oportunidades educativas, en tanto que los desplazamientos laborales no fueron, para el personal de salud, circunstancias de frecuente ocurrencia.

Tratados, convenios y acuerdos multilaterales

La anterior situación, sin embargo, empezó a cambiar, a medida que los países, en la búsqueda de mecanismos conjuntos orientados al logro de mejores condiciones para su desarrollo económico y social, impulsaron movimientos de integración en varios campos de la actividad económica, con proyecciones más amplias de lo educativo y lo cultural.

Dentro de esa orientación, se mantuvieron vigentes los temas educativos, pero, en grados variables, comenzaron a ser consideradas regulaciones y normas de interés colectivo para acciones compartidas en el campo de la salud pública.

En el marco del Pacto de Cartagena, que dio origen al Grupo Andino, hoy Comunidad Andina de Naciones - CAN¹⁴, se inició una etapa de acuerdos para acciones subregionales conjuntas, en salud y educación, con nuevas proyecciones en ámbitos e instancias operativas relevantes, en relación con el tema del reconocimiento u homologación de títulos.

Al respecto se debe destacar la Resolución REMSAA 1.1, que creó el Convenio Hipólito Unanue (2), para acciones conjuntas en salud; “con miras a la posible complementación ante las necesidades de formación y capacitación del personal de salud en los países del Área Andina”, y así mismo “Establecer un sistema de intercambio de personal de salud, de acuerdo con las posibilidades de cada país y propiciar becas en aspectos que sean de interés para los países del Área Andina”.

En una instancia similar, el Convenio Andrés Bello¹⁵ de Integración Educativa, Científica, Tecnológica y Cultural, suscrito el 31 de enero de 1970 y luego sustituido por un nuevo Convenio firmado en Madrid, España, en noviembre 27 de 1990¹⁶, estableció, (artículo 4º) el reconocimiento por los Estados Miembros, de estudios primarios y de educación media o secundaria, y (artículo 5º) aceptación de diplomas, grados o títulos, que acrediten estudios académicos y profesionales, expedidos por instituciones de educación superior de cada uno de los países, “a los solos efectos del ingreso a estudios de posgrado (especialización, magíster y doctorado), en relación con lo cual especificó que: “Estos últimos no implicarán derecho al ejercicio profesional en el país donde se realicen”.

En el marco de estos acuerdos, en Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, España, Panamá, Perú y Venezuela, países signatarios del Convenio Andrés Bello (Nueva versión, 1990), el reconocimiento de títulos profesionales expedidos por instituciones de educación superior en cualquiera de ellos, incluido el campo de las profesiones del área de la salud, ha sido automático, para “efectos del ingreso de estudios de posgrado”, o sea para propósitos educativos de desarrollo profesional del interesado.

Estas definiciones, sin embargo, no incluyeron acuerdos para efectos de ejercicio profesional en el país donde se realicen estudios de postgrado. Esta diferenciación, explícita ahora en el contexto subregional, reafirma decisiones que al respecto

¹⁴ Organismo Andino de Integración Económica, Social y Cultural, del cual forman parte Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela y Chile como país asociado.

¹⁵ Organismo de Integración Educativa, Científica, Tecnológica y Cultural, suscrito para una nueva etapa de actividades en Madrid, España, en noviembre de 1990.

¹⁶ XV Reunión de Ministros de Educación; Resolución No. 05/90 Por la cual se aprueba el texto del Tratado de la Organización del Convenio Andrés Bello; En Madrid, España a 27 de noviembre de 1990. Países signatarios fueron Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, España, Panamá, Perú y Venezuela.

ya habían sido contempladas en otros instrumentos que protocolizan acuerdos pertinentes de carácter colectivo y convenios bilaterales.

En la misma línea de estos convenios, se gestaron otros tratados interpaíses, que superan los límites de la subregión andina, pero en los cuales participan algunos países andinos. Este es el caso de tratados en relación con MERCOSUR, el Grupo de los Tres, UNASUR, Convenios con países de América Central, etc., en los cuales se incluyen referencias al reconocimiento de títulos académicos, pero siempre manteniendo esas disposiciones en el sector educativo y fuera de la esfera del ejercicio profesional.

En materia de acuerdos colectivos, el instrumento más ambicioso, encontrado en esta revisión, es el Convenio Regional de Convalidación de Estudios, Títulos y Diplomas de Educación Superior en América Latina y El Caribe, COREDIAL¹⁷, formulado en el área de acción de “órganos competentes de la Organización de las Naciones Unidas, para la educación, la ciencia y la cultura”.

Este convenio establecido en México en julio de 1974 por representantes de 24 países de la Región (Surinam adhirió en 1982), para tratar de “integrar los criterios que cada país tiene en materia de utilización de recursos humanos”, planteó entre sus objetivos, el “Promover la cooperación interregional en lo referente al reconocimiento de estudios y títulos” y “Crear los órganos nacionales y regionales necesarios para facilitar la rápida y efectiva aplicación de los acuerdos establecidos en el convenio”¹⁸.

El COREDIAL, al parecer vigente, –aunque por cambios de contexto puede haber perdido aplicabilidad y espacios operativos– estableció disposiciones de interés, entre las cuales cabe destacar la siguiente definición: “Se entiende por reconocimiento de título o grado extranjero, su aceptación por las autoridades competentes de un estado contratante y el otorgamiento a los titulares de dichos diplomas, títulos o grados, de derechos concedidos a quienes posean similar diploma, título o grado nacional. Estos derechos se refieren a la continuación de estudios y al ejercicio de una profesión”.

En esa línea, el Convenio establece el reconocimiento para iniciar, o continuar, estudios de nivel superior, lo que permitirá, al interesado, tener acceso a las instituciones de educación superior del Estado que le otorguen, en las mismas condiciones aplicables a los titulares de diplomas, títulos o grados nacionales.

¹⁷ Los países contratantes fueron: Argentina, Barbados, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela y Surinam (1982).

¹⁸ Convenio Regional de Convalidación de Estudios, Títulos y Diplomas de Educación Superior en América Latina y el Caribe, hecho en México, en la Ciudad de México, el 19 de julio de 1974 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el martes 29 de julio de 1975.

No obstante, aclara que: “Tal reconocimiento no tiene por efecto dispensar al titular del diploma, título o grado extranjero, de la obligación de satisfacer las demás condiciones que, para el ejercicio de la profesión de que se trata, exijan las normas jurídicas nacionales y las autoridades gubernamentales o profesionales competentes”.

La revisión de estos acuerdos indica que, desde estos procesos, se visualizaban y se planteaban horizontes más amplios, sustentados en explícitas aspiraciones de integración regional. Es evidente, sin embargo, que para tal propósito se apreciaba y existe hoy todavía, un largo camino por recorrer.

Evolución de los convenios en el contexto de la globalización

En la etapa más reciente, la influencia de corrientes mundiales del pensamiento económico y político, ha inducido en los países de la subregión, al igual que en otras latitudes, cambios en los modelos de desarrollo social y económico, que a su vez han generado reformas en los sectores sociales, en particular en los sistemas de educación y salud.

Estos fenómenos políticos y sociales, que llevan consigo grados variables de autonomía de las instituciones educativas a lo largo de la década actual, han dado lugar al surgimiento de nuevas expresiones y formas de interrelación de las instituciones educativas, de los diferentes países, estimuladas por las manifestaciones y los retos de la globalización. Así, la introducción de innovaciones tecnológicas –en especial en los campos de la informática y la comunicación–, han contribuido a generar y sustentar, en el marco de esas nuevas formas de interacción institucional, modalidades diferentes en el desarrollo de opciones y ofertas educativas, tanto presencial como a distancia.

Se marca una clara tendencia de internacionalización de las universidades y de establecimiento de nuevos tipos de institucionalidad, que se expresan en acuerdos y franquicias para el desarrollo de programas de educación superior, incluidos los programas de doble titulación: la codiplomatura; la creación de redes de instituciones y de programas; la acreditación, por organismos externos al país de origen, de las entidades y diversas modalidades de convenios de cooperación para el desarrollo conjunto, de actividades en educación no formal e inclusive educación formal titulada (37). Estos programas, que consideran la expedición de títulos conjuntos o el reconocimiento de equivalencia de títulos otorgados por universidades pares, invocan sustentación, en la dinámica que la globalización exige, de la educación superior y

estarían encaminados al mejoramiento, desarrollo y promoción de los programas académicos ofrecidos y de sus actores, específicamente, de docentes y estudiantes.

Como fenómenos concomitantes, se observa entonces, el surgimiento, en los ámbitos nacionales, de las ofertas educativas de instituciones extranjeras y la vinculación de la internacionalización de la educación superior, al conjunto de temas considerados en el marco de los Tratados de Libre Comercio (37).

En el campo de la acreditación institucional se encuentran igualmente movimientos importantes hacia la formalización de mecanismos internacionales compartidos, para la certificación y acreditación de estándares de calidad, los cuales estarían trazando el surgir de una clara tendencia hacia el otorgamiento conjunto de títulos académicos y el establecimiento, desde esa perspectiva académica, de convenios interinstitucionales de reconocimiento de títulos, que hacia el futuro, presumiblemente con ventajas prácticas, reemplazarán o complementarán los acuerdos interpaíses.

Estas tendencias, por otra parte, evidencian la presencia de nuevos actores en estos procesos de reconocimiento de títulos, cuyos intereses, influencias e implicaciones habrán de ser consideradas con la debida atención.

La revisión efectuada en este estudio, muestra que hasta el momento, estos movimientos son más visibles en los campos de las ingenierías y las ciencias de la economía y la administración, pero obviamente se están ampliando a otras áreas del conocimiento, incluidas las de ciencias de la salud.

Desde una perspectiva general, pero en alguna forma relacionado con el tema de reconocimiento de títulos, es evidente que estas iniciativas, que implican cambios significativos en un sector de tanta trascendencia para los países como es la educación, habrán de ser cuidadosamente analizadas, para precisar sus implicaciones en la pertinencia y la calidad de los procesos educativos y en las responsabilidades del Estado en velar por la equidad en el acceso a la educación para todos los segmentos de la población.

Situación actual de los procesos de reconocimiento de títulos

La revisión documental de las situaciones nacionales mostró que, en mayor o menor grado, en los países de la Subregión Andina, en estos procesos, tienen interés los siguientes aspectos: a) Las motivaciones que dan origen a estas actividades. b) Los actores institucionales que intervienen en esos procesos. c) Las normas que los

regulan. y d) Las diferentes denominaciones y terminologías utilizadas, en los distintos países, para acciones y actividades similares o comunes.

Motivaciones

En este aspecto se encontró en el área de salud, en los países andinos, que las motivaciones que originan las solicitudes de reconocimiento de títulos profesionales, son de orden personal o de naturaleza e interés colectivo.

Las primeras, aunque pueden ser muy variadas, básicamente responden a requerimientos relacionados con intereses educativos, para continuar estudios usualmente de posgrado en un país distinto al de nacionalidad del interesado, o se generan en un interés de carácter laboral, para obtener la autorización de ejercicio de la profesión en un país distinto al de su nacionalidad, o en su propio país, con base en un título obtenido en un país extranjero.

En el pasado, es posible que hayan prevalecido factores inherentes a la primera de estas condicionantes, los cuales, en el caso del personal de salud, habrían comenzado a perder relevancia, en la medida en que el desarrollo de centros y programas académicos, ha sido más homogéneo en las instituciones educativas de las profesiones de la salud, en los países de la subregión.

Actualmente, es evidente que las motivaciones individuales, para gestionar el reconocimiento de títulos académicos en las profesiones de la salud, tienen origen primordialmente, en la búsqueda de mejores oportunidades laborales y de desarrollo personal y profesional. Este es, por lo tanto, uno de los elementos a considerar en relación con los movimientos migratorios del personal de salud en la subregión.

En cuanto a motivaciones colectivas para búsqueda del reconocimiento de títulos profesionales, usualmente, expresan un interés de los países en debatir los temas y movilizar compromisos y acciones pertinentes, en aspectos que puedan contribuir a crear vínculos favorables a los procesos de integración del conjunto subregional. Este interés y la voluntad política que lo anima, cuando son compartidos por los países, se expresan en tratados, convenios y acuerdos, tanto binacionales como multilaterales suscritos por los gobiernos en diversas y numerosas instancias y oportunidades. Algunos de estos convenios, respondiendo al espíritu e interés de movimientos más amplios han trascendido los límites geográficos y políticos de la subregión, para proyectarse en el ámbito continental latinoamericano.

Este es el caso del COREDIAL, ya citado, cuyos objetivos y áreas de acción, directa o indirectamente relacionados con el reconocimiento de títulos profesionales en el área de salud, destacan acciones tales como: "Establecer unas condiciones de admisión

uniformes; unificar terminología y criterios de evaluación que sean útiles al momento de realizar el respectivo proceso de equiparación de estudios; valorar en el profesional todos aquellos estudios realizados al igual que su experiencia laboral; facilitar a los profesionales los medios necesarios para ejercer su profesión en el exterior utilizando el menor tiempo posible, así como a los estudiantes que desean continuar su ciclo de educación superior en otro país; y procurar el intercambio de información aplicable a todas las áreas del conocimiento en los diferentes países, que de manera conjunta concluya en un mejoramiento permanente de los programas de educación superior”.

En forma similar, los países andinos actúan en otras iniciativas que responden a intereses colectivos y comparten expresiones y objetivos orientados a la integración entre sí y en proyección a otros grupos de América Latina, como es el caso de UNASUR, MERCOSUR, etc., en los cuales se plantean acciones orientadas al reconocimiento de títulos profesionales.

En el campo de la salud, como expresión de políticas públicas adoptadas por los gobiernos de los países, se destacan a este respecto, el Plan Andino de Recursos Humanos en Salud, y los programas y actividades de la Cooperación Técnica de OPS/OMS, para el desarrollo de Recursos Humanos en Salud en la subregión.

El Plan Andino de Recursos Humanos (38), en la definición de Áreas Prioritarias de Acción dentro del componente Educación en Salud, destaca los procesos de acreditación, certificación y recertificación y la homologación de títulos, como temas a los cuales se requiere asignar prioridad, en el marco de las acciones para fortalecer y desarrollar la Atención Primaria de la Salud.

En la misma línea, en su orientación general, tanto el “Llamado a la Acción de Toronto”, como “Las Metas Regionales de Recursos Humanos en Salud” (40), plantean acciones que directa o indirectamente constituyen demostraciones de interés y motivación, colectivo, por el reconocimiento de títulos profesionales en el área de la salud.

La revisión de estas expresiones de interés colectivo en el reconocimiento de títulos, en el área de la salud, muestra que en el marco de los tratados y convenios, así como en las manifestaciones de organismos multilaterales, el análisis de la equivalencia académica, base del reconocimiento de los títulos, está inmerso en procesos más amplios y complejos, cuyo resultado habrá de conducir a avances concretos en función de los movimientos de globalización, vistos desde la perspectiva de la integración subregional.

Actores institucionales que intervienen en el proceso de reconocimiento de títulos: roles y funciones

La revisión de los procesos de reconocimiento de títulos profesionales en salud mostró que, tanto en la adopción de las normas, como en su aplicación, actúan, en primer lugar, los respectivos organismos del Estado competentes en los sectores de educación y de atención de la salud.

En una segunda instancia, intervienen entidades públicas y privadas, en particular universidades o entidades conformadas por estas (consejos, comisiones, etc.), a las cuales les han sido delegados, en diversos grados, aspectos o funciones y responsabilidades específicas, dentro del proceso.

En ese esquema genérico, se enmarcan variaciones propias de los países, en uno u otro de los dos componentes del proceso integral, en el cual se distinguen: uno, la evaluación de equivalencia académica y el reconocimiento legal del título, y dos, la autorización para el ejercicio o práctica de la profesión respectiva.

En general, los ministerios de educación, son actores estatales principales, a los cuales compete: definir las normas, recibir las solicitudes, coordinar las actividades y conducir el proceso de aplicación de las normas, velando por su correcta utilización. En unos países (Bolivia, Ecuador), algunas de estas funciones, en grado variable, se asignan a organismos (Consejos, Comisiones, etc.) conformados por las universidades públicas.

Según los países, otros organismos del Estado que intervienen en estos procesos son los ministerios de relaciones exteriores, que actúan en relación con los contenidos y alcances de los convenios y tratados de intercambio o reconocimiento de títulos y para obtener o gestionar certificación autorizada, del país que corresponda, sobre la existencia y características de las instituciones y programas de donde proceden los títulos profesionales cuyo reconocimiento se ha solicitado.

Un tercer rol, muy importante, en este proceso, compete a las entidades educativas, usualmente universidades públicas u otras Instituciones de educación superior, que, en el país receptor de la solicitud, expiden títulos profesionales, iguales o similares a los que son objeto de solicitud de reconocimiento (u homologación).

Estas entidades educativas, deben analizar la documentación presentada y conceptuar sobre la equivalencia académica de los programas que originan el título para el cual se solicita reconocimiento, tomando como referencia los programas nacionales correspondientes y los títulos que se expiden en el país receptor de la solicitud.

A partir de ese análisis, según establezca la respectiva reglamentación nacional, esas entidades educativas, formalizan directamente el reconocimiento académico y legal del título, o generan el respectivo informe, para que las autoridades gubernamentales competentes, o las instituciones a las cuales se delegan estas funciones específicas, formalicen el reconocimiento legal del título. En este último caso, las entidades educativas mencionadas, son en la práctica consultantes, y en esa condición, concurren a la evaluación académica de los programas base de la expedición de los títulos objeto de la solicitud de reconocimiento.

Respecto al reconocimiento de los títulos, para la expedición de la licencia de ejercicio o práctica profesional, o sea la autorización laboral, los principales actores institucionales son los ministerios de salud u organismos equivalentes, que, una vez realizado el reconocimiento de equivalencia académica y legal del título, registran el título y expiden la autorización laboral correspondiente. Eventualmente, en esta segunda parte del proceso, pueden tener alguna participación los ministerios de trabajo o los colegios u otras asociaciones o agremiaciones profesionales, a las cuales, en algunos de los países, se han delegado funciones de registro de los profesionales respectivos.

El trámite de obtención de estas autorizaciones del ejercicio profesional, comprende la presentación ante las autoridades competentes de la respectiva solicitud, la cual deberá ir acompañada del reconocimiento académico del título, y de las certificaciones y documentación requerida, variable según los países, pero que es básicamente la misma que se exige a los profesionales nacionales que tienen títulos obtenidos en instituciones del país. En el caso de los médicos, enfermeras y otros profesionales de salud, de acuerdo con la reglamentación nacional correspondiente, se exige la certificación de haber efectuado el servicio social, que puede variar entre seis meses y un año, en lugares e instituciones indicadas por las autoridades de salud.

En el reconocimiento de títulos obtenidos en otros países, para efectos laborales, en general, no aplican los acuerdos incorporados en convenios o tratados interpaíses. Al contrario, lo frecuente es encontrar en los convenios y tratados, indicaciones y señalamientos específicos aclarando la exclusión de aplicabilidad en dichas áreas. Cada país tiene sus propios requerimientos y regulaciones laborales respecto a los cuales, en general, se reconoce que no es procedente adoptar compromisos de ese orden. Solo en situaciones excepcionales, o casos muy específicos, en algunos convenios, se incluyen providencias en tal sentido, en general sujetas a condiciones claramente determinadas¹⁹.

¹⁹ Convenio de los países que conforman el Alba.

Normas y trámites en el reconocimiento de títulos

El proceso de reconocimiento de títulos, en esencia, implica un análisis y una evaluación de información pertinente que permita en cada caso, establecer y formular un concepto, sobre la equivalencia académica, o no, del programa educativo que ha seguido y completado, el interesado, para obtener, el título que solicita le sea reconocido –con programas y títulos similares desarrollados en el país en el cual se solicita el reconocimiento–. Cuando los resultados de este estudio son positivos, se conceptúa favorablemente sobre la equivalencia académica del título motivo de análisis y en un acto administrativo, simultáneo o subsiguiente, se formaliza legalmente dicho reconocimiento, a partir del cual, previo cumplimiento de los requisitos pertinentes, se podrá buscar, si así se desea, la autorización laboral en el país receptor de la solicitud.

Desde el punto de vista de las normas que regulan estas actividades, la revisión efectuada indica que los países distinguen, en primer lugar, las normas que regulan la expedición de grados y títulos profesionales y su aplicación para el reconocimiento de equivalencia académica de títulos obtenidos en otros países; y en un conjunto diferente, las normas que regulan el otorgamiento de autorización o licencia para ejercicio profesional, e igualmente, su aplicación en el caso de títulos obtenidos en otros países.

Los trámites del componente académico y legal del proceso así esquematizado son, en general, similares en los seis países de la subregión y su realización gira alrededor de tres conjuntos definidos de acciones que comprenden:

- a) La presentación de solicitud a las autoridades competentes; el estudio de la documentación por parte de estas y la remisión de dicha documentación a las entidades educativas (universidades e institutos de educación superior).
- b) El estudio académico de la documentación, por parte de estas entidades y la expedición del concepto respectivo de equivalencia académica.
- c) La decisión de reconocimiento, plasmada en un instrumento administrativo (decreto, resolución auto, etc.) por parte de la autoridad competente o de los organismos designados, gubernamentales o universitarios.

Los criterios y parámetros utilizados en la evaluación de la equivalencia académica de los títulos, se fundamentan básicamente, en la existencia de programas con contenidos y demás características iguales o similares, en el país receptor de las solicitudes, a los que respaldan el título para el cual se busca reconocimiento. En todos los seis países

existen providencias específicas para el manejo de situaciones de títulos en áreas en las cuales las respectivas entidades educativas no tienen programas.

En el reconocimiento académico de los títulos profesionales en salud, en general, se toman en consideración los acuerdos plasmados en los convenios o tratados inter-países, pero usualmente solo para facilitar o agilizar el respectivo trámite. Los convenios o tratados, salvo algunas excepciones, a las cuales se hace referencia en la sección específica de los países participantes –en la segunda parte del documento–, no invalidan, ni eximen del cumplimiento de las exigencias y requerimientos de presentación de la documentación prevista para estos efectos.

En relación con normas y requisitos para obtener la autorización o licencia de ejercicio de la profesión, o sea para efectos laborales –a partir de títulos obtenidos en otros países–, por lo antes descrito, es claro que los interesados deben gestionar primero el reconocimiento académico del título y una vez obtenido este, podrán proceder a dar cumplimiento a todos los requisitos exigidos a los profesionales homónimos graduados en el país para el cual se solicita el reconocimiento del título o diploma profesional.

En esta situación se encuentran nacionales de un país que han obtenido su título en el exterior y extranjeros que obtuvieron el título en su propio país y se proponen trabajar en otro.

En el otorgamiento de licencias o autorización de la práctica profesional en el área de la salud, con base a títulos obtenidos en otros países, como antes se ha mencionado, los actores institucionales, son los ministerios de salud o de protección social y, eventualmente los ministerios de trabajo, o las entidades, públicas o privadas a las cuales se puedan haber delegado algunas funciones y responsabilidades a este respecto. Esas instituciones son, usualmente, los colegios profesionales y asociaciones y sociedades científicas y gremiales.

El trámite de obtención de estas autorizaciones de ejercicio profesional comprende la presentación, ante las autoridades competentes, de la respectiva solicitud, la cual deberá ir acompañada del reconocimiento académico del título, y de las certificaciones y documentación requerida, variable según los países, pero que es básicamente la misma que se exige a los profesionales nacionales que tienen títulos obtenidos en instituciones del país. En el caso de los médicos, enfermeras y otros profesionales de salud, de acuerdo con la reglamentación nacional correspondiente, se exige la certificación de haber efectuado el servicio social, que puede variar entre seis meses y un año, en lugares e instituciones indicadas por las autoridades de salud.

Los demás requisitos de documentación y gestiones específicas, para el registro del título, en todos los países de la subregión, hacen parte de la licencia o autorización del ejercicio profesional, con sus peculiaridades.

En el reconocimiento de títulos obtenidos en otros países para efectos laborales, en general, no aplican los acuerdos incorporados en convenios o tratados inter-países. Al contrario, lo frecuente es encontrar en los convenios y tratados, indicaciones y señalamientos específicos aclarando la exclusión de aplicabilidad en dichas áreas. Cada país tiene sus propios requerimientos y regulaciones laborales respecto a los cuales, en general, se reconoce que no es posible o procedente adoptar compromisos de ese orden. Solo en situaciones excepcionales, o casos muy específicos, en algunos convenios, se incluyen providencias en tal sentido, en general sujetas a condiciones claramente determinadas²⁰.

En la tabla que se presenta a continuación se incorporan, esquematizadas, para una visión de conjunto, las anotaciones anteriores, respecto a los dos componentes, académico - legal y laboral, que conforman el proceso integral de Reconocimiento de Títulos Profesionales en Salud, obtenidos en el extranjero.

Respecto a denominaciones utilizadas para designar estas actividades, se encuentran diferencias semánticas y variadas acepciones en los términos que usan los países, las cuales ameritan consideración específica, y a ellas se hace referencia en una siguiente sección.

²⁰ Convenio de los países que conforman el Alba.

Cuadro 8
El reconocimiento de títulos profesionales en salud en países del área andina.
Marco legal, actores institucionales e instancias operativas. Síntesis, septiembre 2010

Concepto	Bolivia	Chile	Colombia	Ecuador	Perú	Venezuela
Marco legal	Constitución Política Febrero 2009; Ley de Reforma Educativa; Reglamento de Organización Curricular; Ley 20129 LGE; Ley 20129 Reglamento General de Títulos Académicos	Constitución Nacional Ley 18962 Orgánica Constitucional de Enseñanza LOCE; Ley 20370 General de Educación LGE; Ley 20129 Aseguramiento de Calidad de Educación Superior	Constitución 1991; Ley 30 de 1992; Organización Servicio Público de Educación Superior Ley 1188 de 2007; Requisitos para Registro Programas/ Instituciones Educativas Decreto 1295; Reglamento de la anterior. Ley 1164 de 2007, del Talento Humano en Salud	Constitución 2008; Ley 16RO/77 de 2000, de Educación Superior; Vademecum Académico Legal de Educación Superior; Reglamento para Registro de Títulos amparados por Convenio y Reglamento para reconocimiento, revalidación y equiparación de títulos obtenidos en el extranjero	Constitución Política Ley General de Educación 28044 Ley Universitaria No.23733 de 1983 Asamblea Nacional de Rectores - ANR Consejo Nacional de Rectores Consejo Universitario Consejo Facultad	Constitución Política de la República Bolivariana de Venezuela Ley Orgánica de Estructura y Titulación de Educación Superior; Ley de Universidades Reglamento de Revalidación de Títulos y Equivalencia de estudios.
Principales actores institucionales que intervienen en el proceso	Comité Ejecutivo Boliviano CEUB; Congreso Nacional de Universidades; universidades públicas que tengan la carrera	Universidad de Chile; Ministerio Relaciones Exteriores. (Convenios bilaterales y multilaterales); Examen EUNACOM; Ministerio Educación Decreto 20261 de 2009.	Ministerio de Educación Nacional; Viceministerio de Educación Superior; Dirección de Calidad de Educación Superior; Grupo Convalidaciones; Academia Nacional de Medicina; Asociación Colombiana de Facultades Medicina - Ascofame	Consejo Nacional de Educación Superior CONESUP; Universidades que tienen programas que correspondan a la solicitud.	Oficina de Certificación Reconocimiento de Títulos de ANR Universidad designada por la ANR Dos alternativas: a) Existe Convenio: Resolución de ANR; b) No hay Convenio, Examen de suficiencia en Universidad autorizada por ANR	Ministerio de Educación Superior; Consejo Nacional de Universidades; Consejos Universitarios Consejo de Facultad seleccionada Comisiones de Revalidación a juicio del Consejo de Facultad.

(Continuación)

Concepto	Bolivia	Chile	Colombia	Ecuador	Perú	Venezuela
Denominaciones	Revalidación (legal) Convalidación (académica). Proceso incluye autorización laboral	Reconocimiento Revalidación y Convalidación	Convalidación Revalidación	Reconocimiento Revalidación Equiparación de título	Reconocimiento Revalidación Convalidación	Revalida
Fases del proceso académico Revisión inicial de documentos: legaly administrativa	Ministerio Educación Oficina de Títulos y Grados académicos de universidad estatal que tenga la carrera, Asesoría técnico-legal Facultad respectiva de universidad estatal seleccionada - CEUB confirma autenticidad Rector universidad o Resolución de CEUB, según corresponda.	Ministerio Educación Ministerio Relaciones si Convenio bilateral Universidad de Chile si Convenio multilateral o sin convenio. Proctoría Universidad, de la U. de Chile Facultad respectiva de Universidad de Chile EUNACOM Universidad de Chile expide el Título	Ministerio Educación Grupo de Convalidaciones de la Subdirección de Aseguramiento Calidad del Viceministerio de Educación Superior Academia Nacional de Medicina Asociación Facultades de Medicina o Facultad con Carrera respectiva Resolución del Ministerio de Educación Reconocimiento del Título	Ministerio Educación CONESUP Procuraduría de la universidad pública seleccionada. Facultad de Ciencias Médicas o de carrera respectiva de Universidad seleccionada Universidad CONESUP	Misterio Educación Oficina Certificación y Reconocimiento de Títulos de ANR Universidades por designación de ANR Alternativas: a) Existe Convenio; Resolución de ANR b) No hay Convenio, Examen de Suficiencia en Universidad autorizada. Oficina Certificación y Reconocimiento de Títulos de ANR	Ministerio Educación Superior Universidades nacionales; Consejo Universitario entidad asignada Consejo Universitario Consejo de Facultad Universidad Consejo Universidad o Consejo Nacional de Universidades
Autorización para Ejercicio/ Práctica de la profesión	Servicio Social de Salud Rural y Registro de Profesionales de Ministerio de Salud	Sector público Aprobar EUNACOM y Registro Nacional de Profesionales	Servicio Social; Registro Unico Profesionales Salud; Tarjeta Profesional Ministerio de Salud	Servicio Social; Inscripción en Registro de Títulos, Ministerio de Salud Pública	Servicio Social; Inscripción Colegio Profesional respectivo	Inscripción Colegio de Médicos e Instituto Previsión Social; Registro Ministerio de Salud

Denominaciones utilizadas en el proceso de reconocimiento de títulos profesionales en salud

Elementos reglamentarios en los países

Los procesos de reconocimiento de títulos profesionales en salud, dentro de una aparente terminología común, presentan diferencias conceptuales, con expresiones semánticas que llevan consigo proyecciones importantes. La utilización de las diferentes denominaciones, por otra parte están sustentadas en disposiciones legislativas e instrumentos administrativos que conforman en cada país la estructura legal de dichos procesos. En esa condición tales denominaciones requieren ser reconocidas y acatadas.

Los términos o denominaciones usuales, o más frecuentemente utilizados son: *validación*, *revalidación*, *convalidación*, *homologación* y *equivalencia*. También se utiliza *equiparación de títulos*, aunque este término o denominación, parece ser de uso ocasional y solo en alguno de los países.

La revisión, por países, de instrumentos legislativos y de normas pertinentes muestra que, el término *validación* se usa en forma genérica en la mayoría de los documentos revisados. A su vez, *revalidación* se utiliza primordialmente en Bolivia, Chile y Venezuela.

El concepto de *revalidación* se aplica en Chile para la autorización del ejercicio de la profesión, mientras que, se utiliza la *equiparación* o *equivalencia* del título, para la consideración del título chileno correspondiente.

La denominación *convalidación* se usa en Bolivia, Chile, Venezuela y también en Colombia. En este último país, "los dos trámites que se utilizan para hacer válidos los títulos o certificaciones de estudios realizados en otro país, son respectivamente, la *convalidación* y la *homologación de estudios*. En Venezuela este último concepto (homologación) se conoce como *Equivalencia de Estudios*" (1).

Teniendo en cuenta estas disparidades de interpretación, a manera de ampliación, se presentan los elementos reglamentarios fundamentales, que en cada situación nacional pueden ayudar a una mejor comprensión de la sustentación estructural del proceso.

BOLIVIA

En Bolivia, el XI Congreso Nacional de Universidades (Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana - CEUB), junio de 2009, adoptó el Estatuto Orgánico de la Universidad Boliviana²¹, el cual establece:

“Artículo 87. Las Universidades del Sistema, son competentes para revalidar títulos otorgados por Universidades Extranjeras y expedir el correspondiente Título en Provisión Nacional. Para la revalidación y extensión del Título Académico la universidad que lo otorgue deberá contar con la carrera que corresponda al grado profesional, de acuerdo al Reglamento. Si la carrera motivo de revalidación no existe en ninguna universidad del Sistema, el CEUB es la instancia competente para otorgar el Título en Provisión Nacional correspondiente”.

Ninguna Universidad del Sistema convalidará diplomas académicos de institutos, escuelas y centros extrauniversitarios, tanto nacionales como extranjeros, respetándose los convenios internacionales suscritos con otros países. En el caso que una Universidad Pública y Autónoma del Sistema Universitario Boliviano no cuente con la Carrera Académica, será el CEUB quien asuma la atribución de revalidar el Título Académico y otorgar el Título en Provisión Nacional. El CEUB, cuenta también con el respaldo del Reglamento General de Títulos Académicos que proporciona los lineamientos generales para posteriormente señalar el procedimiento expreso de convalidación y revalidación de títulos del exterior.

Frente al **Reglamento General de Títulos y Grados**, indica:

“Artículo 16. Ninguna Universidad del Sistema extenderá Títulos en Provisión Nacional a egresados de escuelas, institutos u otros establecimientos extrauniversitarios, tanto nacionales como extranjeros.”

Artículo 19. Se reconoce de acuerdo a normas vigentes, títulos y diplomas obtenidos por ciudadanos bolivianos y extranjeros graduados en universidades, institutos, escuelas superiores y academias del exterior que tengan nivel universitario reconocido por el Estado de origen y que estén debidamente acreditados. De acuerdo a disposiciones del VI Congreso de Universidades, la revalidación de títulos y diplomas conferidos por universidades extranjeras estará a cargo de las universidades estatales que tengan la carrera o programas motivo de la revalidación y por el CEUB en caso de que la carrera pertinente no exista en ninguna de las universidades autónomas del país.

²¹ Estatuto del 15 al 19 de junio de 2009. XI Congreso Nacional de Universidades. Estatuto Orgánico de la Universidad Boliviana. Establece la normativa para otorgar diplomas académicos y títulos profesionales en provisión nacional, así como revalidar y extender el Título o Diploma Académico.

Artículo 20. El reconocimiento a que se refiere el artículo precedente implica: a) Reconocimiento del valor legal del título (Revalidación) y b). Reconocimiento de la validez académica del título (Convalidación)“.

La **revalidación y convalidación** constituyen dos etapas de un solo proceso que culmina con el otorgamiento del Título en Provisión Nacional. Se entiende por revalidación el trámite que reconoce el valor legal de los documentos presentados por el solicitante. Se entiende por convalidación el estudio y análisis de los planes y programas y modalidad de graduación de la formación universitaria del país de origen y sus equivalencias con los planes, programas y modalidad de graduación de la carrera o programa afín del sistema nacional universitario. El Reglamento establece el Procedimiento para la obtención del título o Diploma Revalidado y Título en Provisión Nacional por revalidación.

CHILE

En Chile el reconocimiento de equivalencia académica de títulos profesionales es función asignada, mediante el Decreto con Fuerza de Ley del Ministerio de Educación, N° 153 de 1981, a la Universidad de Chile, como principal institución de educación superior del país. El artículo 6 de este Decreto, señala:

“A la Universidad de Chile le corresponde la atribución privativa y excluyente de reconocer, revalidar y convalidar títulos profesionales obtenidos en el extranjero, sin perjuicio de lo dispuesto en los tratados internacionales“.

En ejercicio de esta atribución, como único organismo que reconoce títulos profesionales en el país, la Universidad de Chile, mediante el Decreto Universitario Exento N°0030.203, del 27 de octubre de 2005, establece los siguientes conceptos básicos y definiciones para dicho proceso:

“Artículo 3°. Revalidación: La certificación de equivalencia entre un título profesional o un grado académico obtenido en el extranjero, con el respectivo título profesional otorgado por la Universidad de Chile u otras instituciones nacionales de educación superior universitaria.

Artículo 4°. Reconocimiento: El acto mediante el cual, la Universidad de Chile acepta y certifica que una persona posee un Título profesional o un Grado académico obtenido en el extranjero.

El reconocimiento acredita que los estudios realizados por esa persona para la obtención del título profesional o grado académico, corresponde a una formación otorgada por instituciones extranjeras de nivel universitario o equivalente.

“Artículo. 5º. La Convalidación consiste en la determinación de equivalencia entre actividades curriculares cursadas en una entidad de educación superior extranjera y las correspondientes que imparte la Universidad de Chile para efectos (de) establecer el nivel de formación de un postulante a Revalidación”.

COLOMBIA

En la Ley 30 de 1992, por la cual se organiza el servicio público de la Educación Superior, en el Título V, De los Títulos y Exámenes de Estado, se adoptan las siguientes definiciones:

Artículo 24. El título es el reconocimiento expreso de carácter académico, otorgado a una persona natural, a la culminación de un programa por haber adquirido un saber determinado en una Institución de Educación Superior. Tal reconocimiento se hará constar en un diploma. El otorgamiento de títulos en la Educación Superior es de competencia exclusiva de las instituciones de ese nivel, de conformidad con la presente ley.

Artículo 26. La nomenclatura de los títulos estará en correspondencia con las clases de instituciones, los campos de acción, la denominación, el contenido, la duración de sus programas y niveles de pregrado y postgrado.

El Artículo 27, que trata de la naturaleza y objeto de los Exámenes de Estado, como pruebas académicas de carácter oficial, en el literal d), indica: Homologar y convalidar títulos de estudios de Educación Superior realizados en el exterior, cuando sea pertinente, a juicio del Consejo Nacional para la Educación Superior (CESU).

Convalidación es el reconocimiento que realiza el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Educación Nacional de Colombia, de los títulos académicos de educación superior otorgados por instituciones extranjeras, con el objeto de establecer una equivalencia que se ajuste a la legislación colombiana y darle efectos legales y académicos en el territorio nacional.

Convalidación	Homologación
Implica tener un título que se someterá al trámite de convalidación.	Puede no tenerse título alguno, solo créditos o materias cursadas.
Trámite correspondiente al Ministerio de Educación Nacional.	Trámite correspondiente a las Instituciones de Educación Superior, en virtud de la Ley 962 de 2005.
Al finalizar el trámite se emite un Acto Administrativo (Resolución).	Al finalizar el trámite la Institución de Educación Superior, determina cuáles créditos o materias han sido homologados y los faltantes para la obtención del título.

En ese marco, la Resolución 5547 (1 diciembre de 2005), “define el trámite y los requisitos para la convalidación de títulos otorgados por instituciones de educación superior extranjeras o por instituciones legalmente reconocidas por la autoridad competente, en el respectivo país, para expedir títulos de educación superior”.

Esta resolución establece que el trámite de convalidación de títulos requiere realizar la verificación de legalidad del título y efectuar un análisis para determinar su equivalencia académica.

La verificación de legalidad busca establecer que, el título sea reconocido como de educación superior en el país de origen; que sea emitido por una Institución de educación superior reconocida como tal en el país de origen y que la modalidad bajo la cual se desarrolla el programa esté reconocida por el ente competente en el país de origen.

El análisis académico, en general, tiene el propósito de determinar que los estudios efectuados sean razonablemente equivalentes a los ofrecidos en Colombia. Al efecto, se debe considerar y tener en cuenta, el contenido del programa, la intensidad horaria, el número de créditos y, cuando procede, los trabajos de investigación. Estos y otros aspectos, a juicio de la entidad que realiza el análisis, permitirán determinar la denominación y la equivalencia de los estudios cursados.

En relación con los títulos del área de la salud, en el caso del pregrado de medicina, se requiere la certificación del internado rotatorio y el pensum académico del programa cursado. Para posgrados de medicina se exige el título de pregrado, la certificación de actividades prácticas de especialización, el record quirúrgico o de consulta, expedido por la autoridad competente y documentos que acrediten actividades académicas y asistenciales

Para efectos de este análisis de equivalencia académica, es importante la consideración razonable del número de Créditos Académicos, cuyas cifras, en Colombia, oscilan en los siguientes rangos:

Técnico	65 - 75
Tecnológico	95 - 105
Universitario	150 - 170
Especializaciones	25 - 32
Maestría	50 - 60
Doctorado	80 - 100

El análisis académico se realiza con la colaboración de la Academia Nacional de Medicina y el concurso de las universidades. Tanto la verificación de legalidad, realizada por el

Grupo de Convalidaciones del Ministerio de Educación, como el análisis académico se orientan y apoyan en formatos específicos y guías metodológicas, expedidas por dicho ministerio.

ECUADOR

La Ley No 16.RO/77, de 15 de mayo de 2000, (Ley de Educación Superior), crea en el artículo 11, el Consejo Nacional de Educación Superior - CONESUP, como organismo planificador, regulador y coordinador del Sistema Nacional de Educación Superior”, cuyas “resoluciones, en el marco de esta ley, serán de cumplimiento obligatorio”.

El artículo 13, de esta ley define “atribuciones y deberes del CONESUP”, y en su literal r) fija “las normas fundamentales para la homologación de estudios, revalidación y equiparación e inscripción de títulos de acuerdo a las disposiciones establecidas en las leyes nacionales y en los acuerdos internacionales ratificados por el Estado”.

En el artículo 46, la misma ley, establece que “Es privativo de los centros de educación superior otorgar títulos profesionales que correspondan a cada nivel. Solo las Universidades y Escuelas Politécnicas, están facultadas para conferir grados académicos. El reconocimiento, la homologación, la revalidación y la inscripción de títulos de nivel técnico o tecnológico, serán realizadas por el CONESUP. Para los títulos profesionales y grados académicos, lo harán las Universidades y Escuelas Politécnicas”.

El “Reglamento para el Registro de títulos de Educación superior, amparados por los convenios y acuerdos internacionales, suscritos por Ecuador”, que hace parte del “Vademécum Académico Legal del Sistema Nacional de Educación Superior”, considera que “en materia de títulos profesionales otorgados en el extranjero o de estudios efectuados en instituciones de educación superior del exterior, es necesario fijar el procedimiento que permita reconocer y legalizar los títulos y estudios efectuados, tanto por extranjeros como por ecuatorianos, en universidades y escuelas politécnicas de otros países, los que van a ejercer o integrarse a estudios en centros ecuatorianos”.

Consistente con lo anterior, el artículo 1º del Reglamento citado, señala que “El CONESUP, a través de la Secretaría Técnico-administrativa, registrará los títulos profesionales otorgados por instituciones de educación superior del extranjero, siempre que ellos estén amparados en los Convenios internacionales celebrados con Bolivia, Colombia, Cuba, Perú y Venezuela, en tanto se mantenga vigente en la relación con los citados países el mutuo reconocimiento e igual trato a los ecuatorianos que quieran registrar sus títulos en ellos”.

En el artículo 2º, esta disposición se amplía al señalar que “En igual situación estarán los nacionales de países de la región latinoamericana y del Caribe, no enunciados en

el artículo 1° de este reglamento, que amparados en los 5 y 7 del Convenio Regional de Convalidaciones de estudios, títulos y diplomas de educación superior, cumplen los requisitos que el Convenio pide y sean originarios de país que observa trato recíproco para los ecuatorianos que se acogen a tal instrumento para pedir el registro de su título”.

PERÚ

La Ley N° 23733 de 1983, denominada Ley Universitaria, indica que “la orientación y coordinación de las actividades del sistema universitario, a nivel nacional, está a cargo de la Asamblea Nacional de Rectores (ANR), conformada por los Rectores de todas las universidades tanto Públicas como Privadas”.

Entre las funciones y atribuciones, específicas e indelegables, de la Asamblea Nacional de Rectores, se incluye la de “designar a las universidades que pueden convalidar estudios, grados y títulos obtenidos en otros países”. Las resoluciones que expida la ANR son de observancia obligatoria por todas las universidades.

EL reconocimiento de equivalencia académica de títulos profesionales obtenidos en otros países ofrece en el Perú dos alternativas:

Cuando el país en donde se origina el título tiene convenio o tratado de reciprocidad de reconocimiento de títulos con el Perú, la convalidación se hace mediante una resolución de la Asamblea Nacional de Rectores; y cuando no existe convenio, dicho reconocimiento requiere un examen de suficiencia en una universidad autorizada.

En este caso, la revalidación de los grados académicos o títulos profesionales corresponde al Consejo Universitario, el que por Ley Universitaria tiene la facultad de “...reconocer y revalidar los estudios, grados y títulos de universidades extranjeras...”.

La convalidación - validación de títulos académicos para el ejercicio de la medicina en el Perú es un proceso que se inicia con el registro y legalización del título profesional en el Consulado del Perú, en el país de origen.

VENEZUELA

La Ley de Universidades (Gaceta Oficial No 28.262 de 17/02/67), Ley Orgánica de Educación (Gaceta Oficial No 2635 Extraordinario de 28/07/1980) y, El Reglamento Orgánico del Ministerio del Poder Popular para la Educación Superior (Gaceta Oficial No 5.758 Extraordinario de 27/01/2005), contienen el conjunto de disposiciones legislativas de referencia para los procesos de reconocimiento de títulos profesionales en el país.

En ese marco, el Reglamento de la Ley de Educación Superior (Decreto 313, Sección Cuarta, Del Reconocimiento de Estudios, y Quinta, de la Reválida de Certificados y Títulos) establece el proceso a seguir, así como los requisitos correspondientes.

El artículo 140, –Sección cuarta–, indica que “El Reconocimiento de Estudios es el procedimiento mediante el cual, el Ministerio de Educación, Cultura y Deportes, confiere validez a los certificados y títulos de los estudios realizados en el exterior por los venezolanos, conforme a los supuestos previstos en el aparte único del artículo 69 de la Ley Orgánica de Educación, cuando no se puede otorgar reválida, por no existir tales estudios en el país”.

El artículo 141 define “la reválida de certificados y títulos como el procedimiento mediante el cual se convalidan certificados o títulos de estudios obtenidos en el exterior, con los certificados o títulos, que sobre los mismos estudios, se otorgan en Venezuela, conforme a los planes y programas vigentes, previo el cumplimiento de los requisitos académicos establecidos por el Ministerio de Educación, Cultura y Deportes”.

La reválida se extiende para títulos de igual valor académico. Solo podrán ser revalidados los títulos extranjeros que según el respectivo plan de estudios equivalgan a los que se otorgan en las universidades venezolanas, sin que obste la reválida una diferente denominación del título (artículo 11).

El artículo 144, establece que “En los casos de estudios cursados en países que hayan celebrado tratados, convenios o acuerdos internacionales con Venezuela, aprobados por ley especial ratificatoria, que establezcan normas relativas a equivalencia de estudios y reválida o reconocimiento de certificados o títulos, el otorgamiento se hará con arreglo a lo dispuesto en el respectivo tratado, convenio o acuerdo”.

Los párrafos de este artículo y los artículos 145 a 149 del mismo Decreto, establecen las normas pertinentes para estos procesos y el Reglamento de Reválida y Equivalencia de Estudios (Gaceta Oficial No 28 826 de enero de 1969) que reglamenta la Ley de Universidades, antes citada, en sus artículos 1, 2, 9 y 11, sustentan estas definiciones y formulaciones conceptuales.

ESPAÑA

La visión desde la perspectiva de un país receptor

En España, se manejan dos líneas de acción en relación con el reconocimiento de títulos extranjeros: uno para los títulos expedidos en países de la Unión Europea y otro para títulos de inmigrantes procedentes de países de otras regiones, incluida América Latina.

Para los efectos de este análisis, se hace referencia a la opción que corresponde a títulos de países no pertenecientes a la Unión Europea.

Las normas pertinentes están contenidas en los procedimientos para la "Homologación de títulos extranjeros en España: Trámites para el reconocimiento de Títulos Universitarios" (41), que incluye las siguientes definiciones:

"Título es el documento de carácter oficial acreditativo de la completa superación de un ciclo de estudios oficiales, incluido en su caso el período de prácticas necesario para su obtención, expedido por la autoridad competente de acuerdo con la legislación del Estado a cuyo sistema educativo pertenezcan dichos estudios."

"La homologación de títulos extranjeros de educación superior supone el reconocimiento de la equivalencia de un título extranjero respecto de un determinado título oficial español vigente, con validez en todo el territorio nacional. Implica el reconocimiento del grado académico de que se trate, y conlleva el reconocimiento de los efectos profesionales inherentes al título español de referencia". Se precisan también los requisitos para títulos susceptibles de homologación, y señala los títulos de ciencias de la salud susceptibles de homologación, incluidos, entre otros, Medicina y Enfermería, que son los que interesan para esta revisión.

Se hace referencia también al Acuerdo de las Comisiones Académicas y del Consejo de Coordinación Universitaria (11 de mayo 2005), que establece criterios para la aplicación de la sección IV del Real Decreto 285/2004, de 20 de febrero, por el que se regulan las condiciones de homologación y convalidación de títulos y estudios extranjeros de educación superior, modificado por el Real Decreto 309/2005, de 18 de marzo.

En aplicación de disposiciones del Acuerdo indicado, respecto a la homologación de títulos y grados académicos de posgrado, se atribuye a la universidad la competencia de dicho procedimiento, y en desarrollo del Decreto mencionado, se define que el Consejo de Coordinación Universitaria determine los documentos requeridos en las solicitudes de homologación, así como el modelo de credencial que acredite la concesión de la homologación.

En concordancia con estas definiciones, se han reglamentado, igualmente, los requisitos exigidos para los documentos expedidos en el extranjero, la validación de los mismos, el modelo de solicitud y los lugares para su presentación.

La información recabada indica el interés que ha existido respecto a la validación de los títulos obtenidos en países de América Latina, incluidos obviamente, los procedentes de países integrantes del Grupo Subregional Andino.

A ese respecto, desde el punto de vista formal, el proceso de estudio de los títulos, que expone la documentación revisada, es básicamente el mismo que han adoptado los países andinos para analizar los títulos obtenidos en el extranjero, en el cual, a partir del análisis de contenidos y otras características de los estudios que sustentan la expedición de esos títulos, en comparación con los requeridos en España para el otorgamiento del título profesional correspondiente, se establecen, con el concurso de entidades universitarias, la posibilidad de reconocimiento de equivalencia académica de dichos estudios y por ende de la aceptación, en este caso “homologación”, del título en referencia y su aceptación para el ejercicio de la respectiva profesión.

Donde puede haber algunas diferencias es en los criterios y parámetros utilizados por las entidades universitarias para conceptuar sobre la equivalencia académica de los estudios realizados. Este es un aspecto de especial interés que, sin duda está en la esencia misma de los procesos futuros de homologación de títulos, por lo cual habrá de ser sujeto de análisis específico en la siguiente fase de estos estudios.

Solicitudes, en España, de “Homologación de Títulos” de medicina y de enfermería, de profesionales de países del área andina

España, por evidentes razones ancestrales, ha sido en Europa, el principal país de destino de los desplazamientos migratorios de trabajadores de la salud, en particular de profesionales de la medicina y de la enfermería, procedentes de países de América Latina.

Desde esa perspectiva, a la vez que se revisan los aspectos normativos y de procedimientos del reconocimiento de títulos profesionales del área de la salud, se considera indispensable establecer, con los mejores prospectos de certeza posibles, la magnitud y demás características de las migraciones de personal de salud, en este caso, de quienes provienen de los países de la subregión andina. Para este efecto, con la colaboración de una Consultora²², ubicada en España se presentan, en las Tablas números 9 y 10, datos correspondientes a las solicitudes de homologación de títulos, respectivamente de Medicina y de Enfermería, de profesionales procedentes de países del Área Andina, en el período 2002 a 2009.

²² Doctora Helena Sanabria, Consultora OPS/OMS, Barcelona.

Cuadro 9
Solicitudes en España de homologación del título de medicina por
nacionales de países del área andina. Período 2002-2009

País	AÑOS									Subtotal	Total
	Género	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009		
Bolivia	H	19	25	33	50	63	112	139	147	588	1 069 6%
	M	18	18	28	34	44	92	109	138	481	
	T	37	43	61	84	107	204	248	285	1 069	
Chile	H	23	18	20	37	51	51	60	73	333	494 3%
	M	10	10	12	13	17	27	35	37	161	
	T	23	28	32	50	68	78	95	110	494	
Colombia	H	155	140	190	219	326	671	992	821	3 514	6 504 39%
	M	150	106	141	198	268	540	816	771	2 990	
	T	305	246	331	417	594	1 211	1 808	1 592	6 504	
Ecuador	H	42	24	27	57	61	74	95	135	515	981 6%
	M	21	24	28	31	59	62	104	137	466	
	T	63	48	55	88	120	136	199	272	981	
Perú	H	75	115	190	271	351	470	438	478	2 388	4 239 25%
	M	53	70	108	200	256	388	356	420	1 851	
	T	128	185	298	471	607	858	794	898	4 239	
Venezuela	H	58	146	145	150	178	322	298	286	1 583	3 584 21%
	M	87	151	155	185	217	428	381	397	2 001	
	T	145	297	300	335	395	750	679	683	3 584	
Total	Hombres									8 921-53%	1 6871
	Mujeres									7 950-47%	100%

H: Hombres; M: Mujeres

Fuente: Subdirección General de Títulos y Reconocimiento de Cualificaciones, Ministerio de Educación de España. Información básica obtenida por Helena Sanabria; Elaboración JCR, 2010.

Cuadro 10
Solicitudes en España de homologación del título de enfermería
por nacionales de países del área andina. Período 2002-2009

País	Años									Subtotal	Total
	Género	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009		
Bolivia	H	-	-	-	-	-	-	2	1	3	118 2.6%
	M	3	2	5	13	23	28	24	17	115	
	T	3	2	5	13	23	28	26	18	118	
Chile	H	1	1	2	2	1	6	3	3	19	165 3.6%
	M	9	12	20	18	17	23	29	18	146	
	T	10	13	22	20	18	29	32	21	165	
Colombia	H	2	3	4	8	21	105	104	42	289	1 874 397%
	M	50	33	39	58	138	500	513	254	1 585	
	T	52	36	43	66	159	605	617	296	1 874	
Ecuador	H	-	2	-	1	6	1	4	2	16	346 7.3%
	M	38	35	25	58	56	57	39	22	330	
	T	38	37	25	59	62	58	43	24	346	
Perú	H	2	5	11	12	23	25	37	38	153	1 985 42.1%
	M	67	74	158	168	225	317	451	372	1 832	
	T	69	79	169	180	248	342	488	410	1 985	
Venezuela	H	1	-	1	6	4	8	3	6	29	220 4.7%
	M	10	16	15	20	17	34	40	39	191	
	T	11	16	16	26	21	42	43	45	220	
Total	hombres									509-11%	4 708
	Mujeres									4 199-89%	100%

H: Hombres; M: Mujeres

Fuente: Subdirección General de Títulos y Reconocimiento de Cualificaciones, Ministerio de Educación de España. Información básica obtenida por Helena Sanabria; Elaboración JCR, 2010:

Las cifras muestran que, para el caso de los médicos en promedio son 2 109 por año los que hacen solicitud de homologación, lo cual, evidentemente, plantea la conveniencia de revisar la situación con más detenimiento.

La observación de estas cifras induce a varias reflexiones. En primer lugar, llama la atención, la magnitud de la intención de desplazamiento hacia España de profesionales médicos provenientes de estos países, por lo que sería interesante analizar, comparativamente con los egresos anuales de profesionales médicos en la subregión, en su conjunto e individualmente en los países. En segundo lugar es importante explorar, y tratar de precisar, los factores que motivan estas intenciones de desplazamiento desde sus países de origen. El tercer análisis de interés en estas cifras se relaciona, obviamente, con el impacto que las mismas puedan tener en la fuerza laboral correspondiente. Un cuarto aspecto de interés en esta situación sería poder analizar estas cifras, en relación con las que eventualmente puedan mostrar intenciones de desplazamiento de estos profesionales hacia otros países.

Estos análisis, requieren información cuantitativa y cualitativa adicional, que está fuera del alcance de este estudio. No obstante, en relación con el segundo aspecto mencionado, factores que llevan a los profesionales de salud, en este caso médicos y enfermeras, a solicitar el reconocimiento académico de sus títulos, en países diferentes a los de nacionalidad, según lo anotado en otra sección de este documento, tales razones o motivaciones son fundamentalmente, educativas o laborales. En el primer caso, para realizar estudios de posgrado, y en el segundo, en busca de mejores condiciones y oportunidades de trabajo.

En esa línea, proceden varios interrogantes, empezando por:

¿Cuál de estas dos motivaciones estaría primando en la decisión de los casi 17 000 profesionales de la medicina y 4 708 de la enfermería, provenientes de la Subregión Andina que, en el período revisado, expresaron su intención de emigrar a España, transitoriamente, se presume, en el primer caso, y con proyecciones de permanencia, en el segundo?

De quienes obtuvieron reconocimiento académicos de sus títulos, (presumiblemente una mayoría, si no todos), ¿cuántos del primer grupo, decidieron luego permanecer? ¿Cuántos han regresado o tienen intención de regresar?

Esta última pregunta en especial es pertinente, teniendo en cuenta las dificultades que para localizar y entrevistar “retornados”, han enfrentado los grupos que en los seis países andinos han participado en el proyecto de “Migración calificada en Salud en el Área Andina”.

La fuente de la cual se han tomado los datos presentados en estas Tablas, al parecer, no registra información que pudiera aclarar los anteriores, y otros interrogantes, incluidos los de orden económico y financiero. A todos ellos se habrá de encontrar respuestas, si no en esta, si en subsecuentes etapas de revisión y análisis de estas situaciones.

Anotaciones respecto a la “Homologación de Títulos”

A manera de conclusión de la anterior mirada esquemática, a las disposiciones legislativas básicas, cabrían, entre otras posibles, las siguientes anotaciones:

- a) La revisión de la utilización de estas denominaciones indica que, en lo fundamental estas expresiones hacen referencia al “reconocimiento de un título profesional, ya sea para continuar estudiando o para el ejercicio de la profesión en un país diferente de donde se cursaron los estudios correspondientes” (41).
- b) Como el alcance de estos conceptos y por tanto el uso de los términos que los representan, no es uniforme o genérico en el contexto subregional y menos aún homogéneo, su significado ha de ser analizado en el marco de las normas específicas de cada país, sin pretender forzar situaciones de sinonimia, que no existen.
- c) Las acepciones de estos términos, adoptadas autónomamente por los países, según sus tradiciones, conveniencia y en ejercicio de la potestad legal respectiva, tienen un carácter de legitimidad, no solo inobjetable, sino que, como parte de la terminología nacional, representan preferencias semánticas que, como instrumentos de comunicación, requieren una interpretación acorde con esa condición.
- d) Reconociendo lo anterior, sin embargo, desde la óptica de la presente investigación y en especial desde la perspectiva de sus proyecciones, es evidente la conveniencia de explorar acuerdos, para lograr un lenguaje y marcos de referencia compartidos, que contribuyan a establecer un mejor entendimiento de estos procesos y la necesaria articulación y coordinación de los mismos en un potencial contexto de integración subregional.
- e) En ese orden de ideas, como una aproximación preliminar, para desarrollo en el futuro, se plantea la conveniencia de explorar la utilización de la expresión “**reconocimiento de equivalencia académica**”, con referencia a los títulos, para designar el resultado del análisis y la evaluación comparativos de los procesos educativos que sustentan la expedición, en países diferentes, de títulos equiparables, y usar los términos “**validación y convalidación**” de esos títulos, para la autorización del ejercicio profesional.

- f) Así, el término **“Homologación”** en el contexto subregional andino, se podría reservar para ser utilizado, con propiedad, en una etapa más avanzada de estos procesos, en la cual se hubieran establecido parámetros compartidos y acuerdos respecto a contenidos curriculares comunes, créditos académicos, competencias profesionales básicas, acreditación de programas, etc., que, evidentemente habrá de ser parte de resultados de más amplia significación del proyecto en el cual se han concebido y se desarrollan estas acciones.
- g) En la misma línea anterior, como una más de las estrategias de acercamiento, sería apropiado trabajar conjuntamente la elaboración de un glosario compartido, que permita precisar el significado y alcances de diversas denominaciones o expresiones, que se encuentran en los documentos revisados. El conocimiento de las diferentes interpretaciones en los países, es una condición ineludible para futuras acciones en función de la integración subregional, en este campo.

A manera de ejemplos, a ser considerados en ese glosario, cabría mencionar los siguientes: “Grados académicos”; “Títulos profesionales”; “Licenciaturas”; ¿Qué características tienen estas definiciones en cada uno de los países y cuáles son los requisitos correspondientes?

En igual sentido se mencionan los procesos de Titulación y las expresiones tales como “Títulos de Provisión Nacional”, “Acreditación”; que en algunos casos hace referencia a una autorización legal de funcionamiento y en otros se aplica a una categoría que responde a estándares de excelencia. En este caso, ¿se mantendría voluntaria, como la tienen algunos países? o, ¿sería obligatoria y la deberían procurar y alcanzar todos los programas e instituciones educativas, en todos los países de la subregión?

Conclusiones

La revisión efectuada de los conjuntos normativos pertinentes ha permitido establecer un panorama individualizado por país, de las normas que regulan la Educación Superior y en ese contexto la expedición de títulos profesionales, incluidos los del Área de la Salud y en particular los de Medicina y Enfermería. En ese marco de reglamentaciones básicas, se han identificado y revisado las normas que los países han definido para determinar equivalencia académica y otorgar reconocimiento legal a títulos profesionales obtenidos en instituciones de educación superior de otros países. Se han revisado igualmente las normas que los países han definido para, a partir del reconocimiento de los títulos del área de la salud, expedidos por instituciones extranjeras, autorizar a los interesados el ejercicio de profesiones de la salud, en particular la medicina y la enfermería.

La revisión de estos conjuntos normativos, definidos claramente por los seis países, evidencia una tradición de atención al tema en la subregión, pero a la vez muestra disposiciones de fechas recientes que indican interés en mantener actualizadas esas normas, en las cuales, en todos los países, se encuentra una regulación específica para las actividades relacionadas con:

- El reconocimiento académico y legal de títulos obtenidos en instituciones educativas de otro país.
- El otorgamiento de autorización, licencia o registro del título que ha obtenido el anterior reconocimiento, para el ejercicio de la respectiva práctica profesional.

Estos conjuntos normativos, con identidad propia, pero interrelacionados, conforman en los países, un proceso integral de reconocimiento académico y legal de los títulos obtenidos en el extranjero, como requisito esencial para el otorgamiento a los interesados, de una autorización o licencia de ejercicio profesional, en el país receptor del o los profesionales que solicitan el reconocimiento de su título.

La aplicación de estas normas y acciones subsecuentes, las realizan los organismos competentes del Estado, ministerios de educación y de salud principalmente, o entidades públicas o privadas, en especial universidades públicas que, en el país al cual se solicita el reconocimiento, expiden títulos iguales o similares a aquellos que son motivo de la solicitud de reconocimiento, a las cuales se delegan usualmente en forma parcial estas funciones.

Los países de la Subregión Andina, a lo largo de los tiempos han suscrito diversos Convenios y Tratados, bilaterales y multilaterales, en los cuales, entre otros aspectos, han establecido acuerdos de reconocimiento e intercambio de títulos de educación superior, incluidos los de salud. Estos Convenios, que en sus comienzos dieron atención especial a aspectos de educación y cultura, en las etapas más recientes, sin desechar esos temas, tienden a priorizar los intercambios comerciales y del desarrollo del mercado en general.

Estas manifestaciones de la globalización de las economías, que se expresan igualmente en evidentes tendencias de internacionalización de la educación, introducen espacios y características de contexto en cuyos ámbitos han surgido modalidades de convenios interinstitucionales en el campo de la educación superior que aunque no pretenden ni llegarían a reemplazar la función política de los tratados interpaíses, si generan nuevas oportunidades para concretar propuestas y acciones que desde el campo de la educación superior contribuyan a la integración subregional.

En el reconocimiento de los títulos profesionales en salud obtenidos en el extranjero, en general, en la Subregión Andina, se toman en cuenta los acuerdos plasmados en los Convenios o Tratados interpaíses, pero, fundamentalmente, para facilitar el proceso de estudio de la equivalencia académica del título y el trámite para su reconocimiento legal. Los interesados deben cumplir con los requisitos establecidos para el registro del título y, por supuesto con los exigidos para obtener la autorización del ejercicio profesional. En esta área, los países, en general, evitan compromisos que puedan afectar o generar roces con sus respectivas normas y regulaciones laborales y profesionales.

Se encontraron diferencias en los conceptos y en la utilización de términos para hacer referencia a los procesos de reconocimiento académico y legal de los títulos y para el otorgamiento, con base en ellos, de la autorización para el ejercicio profesional respectivo.

Como el alcance de estos conceptos y por tanto el uso de los términos que los representan, en las circunstancias actuales, no es, ni podría ser, genérico y menos aún homogéneo, su significado ha de ser analizado en el contexto de las normas específicas de cada país, sin pretender encontrar situaciones de sinonimia que no existen. En el futuro, en el marco de consolidación de las propuestas para un proceso de integración subregional, será posible explorar opciones que faciliten o permitan un lenguaje técnico compartido en esta y otras áreas de interés.

Sin embargo, por el momento, parece importante reiterar la aclaración relativa a que, tanto para el reconocimiento de la equivalencia académica de los títulos, como para la autorización del ejercicio o práctica profesional, cada país tiene normas específicas que requieren un trámite especial, el cual es adicional a los compromisos estipulados en los convenios o tratados interpaíses existentes.

Una segunda área de interés planteada en el diseño del estudio, respecto a estos procesos de reconocimiento de títulos profesionales en salud, se refiere a su relación, en el momento actual y, en especial, en el futuro, teniendo en mente las perspectivas de articulación, coordinación o integración del accionar de los países de la Subregión Andina, en general, y respecto a los sectores de educación, en particular.

La recopilación de la información reseñada en este documento y la revisión y análisis de la misma, dan respuestas al primer propósito enunciado. El conjunto de la información obtenida en los países caracteriza e ilustra un panorama importante, demostrativo del interés individual y subregional por el tema. Si bien, los procesos documentados en los países pudieran aparecer como no homogéneos en sus avances en algunos aspectos, que tampoco se requeriría, es claro que todos ellos han desarrollado conjuntos normativos que les debe permitir un manejo apropiado

del reconocimiento y aceptación de títulos profesionales en salud, para este caso, de medicina y de enfermería.

En la construcción de las normas y en su proceso de aplicación, se observa que en los seis países, se ha logrado un balance en la definición de funciones y responsabilidades, que reconoce las áreas de competencia institucional que por su naturaleza corresponden a los diferentes actores que intervienen en estas actividades. Así, se evidencia un ejercicio de la función central de rectoría en el proceso, que es primordialmente atributo de los organismos del Estado y se reconoce y se valora la competencia académica y la autonomía de las universidades y sus cuerpos representativos, a la vez que según proceda, se invoca el concurso de asociaciones científicas y gremiales de los profesionales.

Estas características básicas del diseño y de la ejecución de las actividades definidas para la evaluación de las solicitudes de aceptación de los títulos y el necesario acatamiento y respeto, como paradigmas nacionales, a los programas educativos de personal de salud que a través de sus instituciones el propio país ha desarrollado, denotan capacidad y madurez conceptual y operativa para el ejercicio de estas actividades. Esta suficiencia, no limita sin embargo, las iniciativas para procurar información complementaria o apoyos institucionales externos para enfrentar los retos que pueden representar títulos profesionales en nuevas áreas del conocimiento.

En cuanto al interés de establecer si hubiere, o no, alguna relación entre la “homologación” de títulos en salud y las migraciones de este personal –a Europa en particular–, la revisión documental efectuada no detectó indicación alguna de existencia de relación, ni favorable ni desfavorable, de los procesos de reconocimiento de títulos profesionales, medicina y enfermería en particular, y los desplazamientos migratorios de estos profesionales.

La segunda área de interés propuesta para la revisión y análisis de los procesos de reconocimiento de títulos profesionales en salud que concierne a este documento, se refiere a la relación de estos procesos con las definiciones y perspectivas de articulación, coordinación o mejor aún de integración para un accionar en conjunto de los países de la Subregión Andina en general, y respecto a los sectores de educación y salud, en particular.

Si bien los países no se pueden considerar homogéneos en los avances logrados en la sistematización de estas actividades, en la práctica, y respecto al acercamiento formal que se pudiera estimar necesario en los respectivos procesos, no sería de esperar una situación tormentosa para precisar aquellos aspectos que deban ser objeto de ajustes funcionales o de procedimientos.

En general se observa bastante similitud en la concepción y en el diseño de los conjuntos normativos pertinentes, los cuales facilitarán la realización de las acciones necesarias para lograr el grado de homogenización que se requiera.

Por otra parte y esto es absolutamente fundamental, existe ya una plataforma política sólida, conformada por la manifestación y la ratificación explícita de los países de su voluntad de impulsar estos procesos de aproximación y de integración, expresada en diversas oportunidades y escenarios²³.

Recomendaciones

La infraestructura legal e institucional y la situación normativa de base que existe en la Subregión frente al reconocimiento de la equivalencia académica de estudios, títulos y grados en general, es una condición favorable para avanzar en la formulación de propuestas concretas que puedan conducir progresivamente a la formalización de una real y efectiva Homologación de Títulos en Salud, por parte de los países miembros.

Así mismo, lo anterior indica que en una siguiente etapa las acciones se habrán de concentrar primordialmente en aquellos aspectos cualitativos de los programas educativos, sus objetivos y proyecciones, los contenidos curriculares, los modelos pedagógicos y estrategias didácticas, y en particular a los sistemas y formas de evaluación. El logro, la conservación y el desarrollo de los atributos de calidad de los programas de formación del personal de salud, habrá de ser, entonces, un elemento fundamental para orientar, en este campo, las acciones pertinentes, como parte de las definiciones de política en función de la integración subregional andina.

Dentro de esta orientación, como un acercamiento al abordaje del tema, que requerirá ser profundizado en su momento, conviene sin embargo reflexionar que el camino hacia la homologación de títulos profesionales en salud deberá transitar por instancias preparatorias evidentemente relacionadas con la previa "homologación de criterios" o, al menos el establecimiento de acuerdos, en aspectos críticos, que permitan la necesaria aproximación de esfuerzos para garantizar solidez a las decisiones en procura del logro de una idoneidad compartida de la formación del personal de salud.

En ese orden de ideas, a manera de ejemplos procede destacar la necesidad de "homologación" de criterios para determinación de Perfiles y Competencias

²³ Llamado a la Acción de Toronto, Metas Regionales en materia de Recursos Humanos en Salud, 2007-2015; Plan Andino de Recursos Humanos en Salud; Reunión de la REMSAA 2008; Resoluciones de UNASUR, entre otras.

profesionales básicas, de grupos o categorías prioritarias del personal de salud; igual los acuerdos tendientes a la aproximación, u “homologación”, requerida para el reconocimiento de equivalencia de los sistemas de créditos académicos, y en la misma línea, la “homologación” o acuerdos, respecto a la aceptación compartida de criterios, estándares y aún definiciones básicas, relacionadas con los sistemas de acreditación de los programas e instituciones que los desarrollan; así como criterios o acuerdos respecto a los requisitos para aceptación y categorización de “campos clínicos” o “escenarios de práctica”, o sea ámbitos de prestación de servicios y atención de la salud, en los cuales, en todas las situaciones educativas del personal de salud, se lleva a cabo una proporción importante de las actividades académicas que al final se concretan en el reconocimiento de la formación profesional.

Con igual interés, o aún más que las anteriores, por sus obvias implicaciones, ameritarán especial consideración los criterios y métodos de evaluación de los programas de formación de los profesionales de la salud. Este habrá de ser un campo de especial atención en los acuerdos preparatorios llamados a sustentar las decisiones conducentes a la homologación de títulos profesionales en la subregión.

Si aún hubiere situaciones en las cuales la evaluación es, o tienda a ser, un instrumento o ejercicio de vigilancia y control de ejecución de actividades, tal concepción habrá de ser reemplazada por una visión prospectiva que, con un horizonte definido, permita a los países y sus instituciones, anticipar las acciones que garanticen que los egresados de sus programas poseen las competencias requeridas para actuar en los futuros escenarios nacionales e internacionales de la atención de la salud.

Como estos ejemplos, seguramente surgirán otros aspectos que reclamarán atención especial en las diferentes fases de un proceso cuyo propósito es anticipar las necesidades de ajustes, tanto en las políticas como en las formas de realizar determinadas acciones en los sectores de educación y de salud para generar espacios y condiciones de reconocimiento de calidad a partir de parámetros e indicadores compartidos, que faciliten la aceptación académica de estudios y grados en el área de la salud, como base de la homologación de los títulos profesionales pertinentes en la subregión.

Para avanzar en esta dirección sería recomendable la organización de un Grupo de Coordinación, encargado de elaborar las bases de un proyecto en el cual participen los seis países miembros, apoyados por los organismos de cooperación, bilaterales o multinacionales, que actúan en la subregión y estén interesados en el tema. Al respecto será importante considerar la posible existencia de otras iniciativas similares o concurrentes, con las cuales será conveniente aunar esfuerzos y evitar duplicaciones

innecesarias. Este podría ser el caso de UNASUR, entidad que recientemente ha anunciado su interés de acometer algunas acciones en esta línea.

Las actividades iniciales del grupo de coordinación que se plantea habrán de incluir: el establecimiento de una Agenda para elaborar un Plan de Trabajo y programar acciones concretas para complementar la información que se estime conveniente, en especial relacionada con las perspectivas de desarrollo de los sistemas de educación en los países, como contexto en el cual se darán los procesos de integración.

Como parte de ese conjunto de escenarios futuros, políticos e institucionales habrán de ser consideradas, igualmente, las líneas y orientaciones previstas para el desarrollo de los sistemas de servicios de salud, en particular en lo relacionado con las definiciones de Perfiles y Competencias profesionales básicas de los equipos de Atención Primaria de la Salud, que cada país adoptará autónomamente, según sus conveniencias.

Además de estos y otros aspectos antes mencionados, de acuerdo con las orientaciones y alcances definidos para el proyecto, el Grupo identificará áreas críticas, como pueden ser los procesos de titulación y otras, que puedan requerir estudios específicos, cuya ejecución, con el alcance subregional necesario, sería aconsejable que fueran realizados por uno o más de los países participantes. La idea central sería propiciar una participación activa de todos, con definición de responsabilidades específicas de cada uno.





Perspectivas y propuestas de líneas de acción

Análisis de resultados y reflexión sobre las líneas de acción

La Paz, Bolivia, marzo 22 - 24, 2011

En marzo de 2011 se realizó un Encuentro de Directores de Unidades de Recursos Humanos de los Ministerios de Salud de los países andinos con los Coordinadores de las áreas de investigación del proyecto “Migración Calificada en Salud en la Subregión Andina”, para revisar y analizar resultados de los tres estudios realizados en este proyecto y preparar la presentación de la información pertinente a la XXX II Reunión de Ministros de Salud de los Países Andinos - REMSAA.

Esta Reunión - Taller, se efectuó en La Paz, Bolivia del 22 al 24 de marzo de 2011 y, además de los ya citados, en ella participaron autoridades de salud y personal técnico del Ministerio de Salud del país sede, miembros de la representación local de OPS/OMS y Directivos de ORAS - CONHU.

Propósito y objetivos de la reunión

Esta reunión se organizó para socializar y analizar los productos generados en el Proyecto Multicéntrico “Migración calificada del RHUS en la Subregión Andina”, realizado en el período 08/2009 a 01/2011, en el marco de la alianza establecida para tal propósito, entre los países andinos, la OPS/OMS, el ORAS y la CAN, con apoyo de la Unión Europea.

Se considera que los resultados de los estudios efectuados, en las tres áreas de actividad del Proyecto²⁴, constituyen insumos fundamentales para avanzar en la búsqueda de acuerdos de política subregional que faciliten la elaboración de propuestas consensuadas para enfrentar, conjuntamente, los desafíos de la migración de profesionales de salud, con base en el diálogo internacional sobre buenas prácticas en la planificación y gestión de recursos humanos en salud. Esta reunión constituyó el primer paso para la construcción colectiva de esas propuestas.

Propósito general

Acordar estrategias y precisar acciones necesarias para llevar a la agenda política de la Subregión Andina el tema de la migración calificada en salud y establecer un Grupo Subregional de Trabajo (en el plano político), para promover y apoyar intervenciones concretas al respecto.

Objetivos específicos

- Revisar resultados de los estudios realizados en las áreas de actividad del proyecto, en relación con: a) la caracterización de los grupos profesionales de salud que migran (en especial tamaño y flujos de la migración); b) el impacto financiero de la migración de estos profesionales; c) la “homologación” de títulos académicos en salud entre los países andinos y, d) el rol de los Observatorios de Recursos Humanos en estas materias.
- Explorar posibles estrategias, al nivel subregional andino, para la gestión y desarrollo de políticas sobre los varios aspectos de la migración de profesionales de salud, que articulen demandas políticas y de organización institucional con pautas del Código sobre contratación internacional de personal de salud,

²⁴ Las áreas de la investigación incluyeron: a) La caracterización de la migración calificada; b) El reconocimiento de títulos académicos de profesionales en salud (homologación); c) El impacto financiero de la migración calificada.

adoptado por los Estados Miembros de la OMS, en la 63° Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra, Suiza, mayo 2010 (42).

Temario de la reunión

Tema 1:

La caracterización de la migración calificada en salud en la subregión andina: flujos y tamaño de la migración y referencias pertinentes del 'Código Mundial' adoptado en la Asamblea Mundial de la Salud (Ginebra 2010).

Tema 2:

El reconocimiento de títulos académicos de profesionales en salud (homologación).

Tema 3:

La evaluación del impacto financiero de la migración y el mercado laboral.

Tema 4:

Código de prácticas Mundial de la OMS sobre contratación internacional de Personal de Salud (26). Elementos claves para su aplicación por los Países.

Agenda

- Introducción a los componentes del temario
- Presentación de resultados de los componentes del proyecto

Desarrollo de la reunión

Presentación de resultados de los componentes del Proyecto

Estudio de migraciones

Síntesis presentado por la Coordinadora del componente, doctora Margarita Velasco

a) Aspectos generales - Introducción

El Estudio Multicéntrico Migración Calificada en Salud en la Subregión Andina, es un ejemplo de investigación integral en la que confluyeron diversos esfuerzos: por un lado, los de grupos de investigadores localizados en Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela; por otro, los de varias instituciones, a saber: la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Unión Europea (UE), la Escuela Andaluza de Salud Pública y la Fundación Observatorio Social del Ecuador (FOSE).

Esta investigación contó con el financiamiento, compartido por igual, de la OPS, sus fondos regionales, subregionales y los de cada país andino y los provenientes de la Unión Europea.

El estudio utilizó múltiples instrumentos de recolección de información validados en Ecuador para cumplir con los objetivos previamente definidos por la UE. Esos instrumentos luego fueron analizados y probados en las realidades específicas de cada uno de los cinco países andinos restantes. Los resultados obtenidos fueron consignados en sendos y exhaustivos informes parciales y en un informe final de síntesis.

El estudio abordó cuatro temas principales: 1) Magnitud y flujo de la migración y el respectivo levantamiento de las fuentes locales de información. 2) Sistemas de información 3). Planificación de recursos humanos y dotación de profesionales médicos y enfermeras por país, así como sus planes de estudio y 4) Características socio-demográficas y motivacionales de los médicos y enfermeras emigrantes y de los estudiantes con intención de migración. La Fundación Observatorio Social de Ecuador -FOSE, a la vez incluyó un apartado de revisión del estado del arte de la reflexión conceptual sobre migración calificada de personal de salud.

La dinámica metodológica permitió la integración de 25 investigadores que en siete países –España y los seis andinos– recopilaron información en torno a un núcleo central liderado por la FOSE que definió la estrategia metodológica y construyó el marco conceptual del trabajo. La experiencia previa de estos grupos para construir líneas de base de los Desafíos de Toronto sobre la política regional de Recursos

Humanos en Salud, liderada por OPS, permitió que la red armada para este fin pudiera operar de manera integrada.

b) Principales hallazgos

1. La movilidad humana desde los países periféricos de América Latina tiene un registro histórico que data de finales de la década de 1950. Hasta hace unos años la migración calificada de personal de salud era considerada como una válvula de escape dada las limitaciones de la oferta de trabajo de estos países, y más bien era incentivada. Hoy el problema comienza lentamente a cobrar tal magnitud que parece inquietar a ciertas autoridades andinas. Esto sucede en países donde el Estado ha retornado a ocupar un papel preponderante como responsable de la protección social ya que a mediano plazo la ausencia de estos profesionales dificultará la prestación de los servicios de salud y la construcción de sistemas públicos de salud. Sin embargo, llama la atención que en la mitad de los países andinos involucrados en el estudio, en la agenda pública, no se visibiliza aún el fenómeno migratorio de profesionales de la salud.
2. A diferencia de lo que acontece con otros tipos de migración entre los médicos/as y enfermeras/os, los marcos estatales regulatorios que fomentan la aplicación de políticas de reclutamiento juegan un rol determinante potenciando y disparando este tipo de migración (31, p.4). Estas políticas de algún modo expresan el deseo, por lo menos estatal en los países de destino, de la llegada de estos emigrantes calificados. Hecho que determina la experiencia migratoria: rutas, redes, migraciones y formas de inserción laboral y vital en destino.
3. La emigración de personal calificado de la salud termina siendo un “subsidio perverso”, como atinadamente lo ha calificado la propia OPS (8, p.41) debido a que por satisfacer la demanda de profesionales de la salud en los países ricos, los sistemas sanitarios en los países pobres pierden recursos humanos calificados en los que han invertido en su formación.
4. Para poder frenar de algún modo la creciente migración de personal de salud calificado, la OMS formuló un Código de Ética (marzo, 2010) que abre un espacio para discutir la temática.
5. A pesar de la ausencia de datos sistemáticos que permitan medir la magnitud de la migración en todos los países andinos, a través del registro de títulos homologados en España en los últimos siete años, fue posible definir una cifra aproximada. El número de médicos que homologaron títulos para poder

trabajar se incrementó 14 veces: de 246 en el 2002, a 3 534 en el 2009. En lo que a Enfermería respecta, el número de títulos homologados pasó de 89 a 538. Es decir un incremento de siete veces más.

6. Se identifican tres destinos migratorios regionales: Unión Europea, sobre todo España, a donde llegan tanto médicos como enfermeras de todos los países andinos. En menor proporción el destino es Italia –sobre todo de enfermeras y pocos médicos– y en mínima cantidad, Australia. Persiste la migración hacia Estados Unidos preponderantemente de médicos y se constata la movilidad hacia otros países dentro de la propia América del Sur y México.
7. Las características generales de los emigrantes son: migración altamente calificada ya sea por médicos, que en parte tenían especialización previa –sobre todo los que viajaron a la UE– o por la alta experiencia, como el caso de las enfermeras que contaban con un promedio de seis años y más de experiencia antes de migrar. De este modo –como lo afirma la OPS– la pérdida de estos cuadros de profesionales termina debilitando los sistemas de salud y volviendo más vulnerable a la población de los países de origen debido a la ausencia de especialistas (8, p.42).
8. Las universidades públicas son los centros de formación prioritarios de los que emigraron. Dentro de la formación y cultura de las profesiones de la salud existe una imagen de que la mejor práctica está en los lugares de mayor complejidad tecnológica en desmedro de los lugares con impacto social, como el trabajo en APS. Esta formación parecería tener un efecto expulsor; gran parte de los galenos sobre todo, viajan en busca de ese alto desarrollo tecnológico. De igual manera, cuando retornan los profesionales se desencuentran con los niveles tecnológicos bajos de sus países de origen.
9. Tres razones se encuentran como las más poderosas para emigrar: entre los médicos, la búsqueda de excelencia académica vinculada al prestigio social al retorno a sus países de origen, en segundo lugar, la procura de mejores condiciones económicas, situación prioritaria para las enfermeras y la tercera, que se refiere a huir de conflicto político y de la inseguridad en sus países de origen.
10. La prevalencia de la intención de migración es mayor entre los estudiantes de medicina que en los de enfermería, igual es más frecuente entre los que no tienen hijos con respecto a los que sí los tienen y a quienes poseen redes migratorias previas.
11. Ninguno de los emigrantes retornados tuvo dificultades para volverse a insertar en los sistemas de salud y encontrar trabajo.

12. La migración trae consecuencias directas sobre la dotación de recursos humanos de los Estados andinos. Sin embargo, no existen políticas de retención en la región. Cuando se comparó la dotación de recursos humanos por población se encontró que ningún país andino –con excepción de Chile– cumple con la recomendación de OPS definida en las metas de los Desafíos de Toronto de 25 médicos y enfermeras por 10 mil habitantes. En Chile, la relación es de 32,7 por 10 000 habitantes. En el caso de Bolivia la proporción encontrada fue de 8,9; en Ecuador de 17,4; en Perú de 19,5 y en Colombia, de 23,8 médicos y enfermeras por 10 mil habitantes.
13. Se registró la ausencia de un sistema de planificación del personal profesional en todos los países andinos. La invisibilización del recurso humano se ve reflejada también en la falta de un sistema de información para el monitoreo de la migración en cuanto a magnitud, causas, rutas, trabajo digno, entre otras. Estas deficiencias alertan respecto a la precariedad del abordaje estratégico de la gestión de los recursos humanos en la región andina.
14. En general se observa bastante similitud en la concepción y en el diseño de los conjuntos normativos para el reconocimiento de títulos en los países andinos, se constata la existencia de una infraestructura legal e institucional y una situación normativa de base, que son características favorables para avanzar en la formulación de propuestas concretas que pudieran conducir, progresivamente, a la formalización de una real y efectiva homologación de títulos en salud, por parte de los países de la subregión andina. No es esto necesariamente un certificado de trabajo para poder ejercer la profesión en cualquier lugar de la subregión, en América o en la UE. Sin embargo, es el primer paso para que legalmente se pueda tramitar la autorización legal para ejercer la profesión en los países de destino.
15. La perspectiva teórica - metodológica para el análisis de la migración calificada que esta investigación describe, debe en el futuro lograr identificar: ¿dónde, cómo y cuáles son los acuerdos en un problema de doble vía, en el que países de destino y origen están interconectados por necesidades propias de recursos humanos en salud calificados?
16. Finalmente, se transcribe la pregunta que los testimonios de los emigrantes entregaron: ¿Qué hacen los emigrantes calificados con el desarraigo y exclusión que refieren sistemáticamente en las entrevistas a profundidad, que no es otra cosa que la nostalgia (dolor) profundo por dejar su patria, sus afectos y sus raíces?

c) Principales recomendaciones

1. Regular la producción frente a la utilización del RHUS en los países de origen.
2. Cambiar las condiciones de trabajo más allá del incremento de salarios ofertando capacitación, tecnología, puestos de trabajo seguros y carrera sanitaria.
3. Desarrollar la capacidad de los países para lograr una gestión estratégica de sus recursos humanos en salud.
4. 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.
5. Modificar la relación de las enfermeras con los sistemas de salud e impulsar su autonomía de acuerdo con su calificación y experticia.
6. 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 social y el cumplimiento de los derechos humanos.
7. Impulsar relaciones internacionales regionales para poder llegar a acuerdos sobre necesidades de fuerza de trabajo calificada y oportunidades de movilidad humana en los países de destino, asegurando a la par, condiciones óptimas para la atención en los países de origen a la población sin lesionar los sistemas de salud.
8. 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 invertido por ellos en la formación de pre y postgrado así como el desarrollo de la experiencia en el trabajo.

Estudio de impacto económico-financiero de la migración de profesionales de salud en el área Andina

Síntesis presentado por el coordinador del componente Economista, Sr. Julio Gamero R.

La presentación del estudio realizado consolida los resultados del estimado del costo económico de la emigración de médicos y enfermeras en los últimos años en los países del área andina. Dicho consolidado supuso, inicialmente, la identificación de una metodología que validada para el caso del Perú, luego fue aplicada en el conjunto de países señalados.

El texto, al igual que los respectivos documentos de los países, aborda el problema específico de la migración internacional de los Recursos Humanos de la Salud (RHUS), en el marco más amplio del actual fenómeno mundial de la globalización de la mano de obra. Las cifras actuales de esta movilización internacional de la mano de obra, evidencian que existe una profunda necesidad de los países más desarrollados por incorporar dicha mano de obra.

Ello es así, como consecuencia de los cambios en la pirámide demográfica de los países desarrollados, donde la cúspide es tan igual, o importante, que el resto de grupos etarios, requiriendo fuerza laboral joven para atender a una población cada vez de mayor edad, ya sea a través de la provisión de los servicios de salud, como también a través del aporte previsional a los sistemas públicos de seguridad social.

En este marco, los sistemas de reclutamiento de RHUS aparecen como un mecanismo internacional importante para la captación de estos recursos para los servicios de salud que requieren los países desarrollados, aunque no necesariamente ellos cubren a la totalidad de los migrantes profesionales de la salud.

Puesto que los sistemas de salud de los países en desarrollo han mostrado un deterioro de la calidad en las últimas décadas, con perjuicio sobre todo en el área de atención primaria, traducido en bajas remuneraciones y baja infraestructura, a lo que se suman indefiniciones de línea de carrera y menores oportunidades de capacitación estructurada, se ha generado un importante incentivo de parte de los RHUS para migrar desbordando muchas veces la capacidad de canalización de los sistemas de reclutamiento internacional disponibles.

Esta divergencia entre los precarios ingresos, frente a un capital humano altamente competitivo internacionalmente en el área de salud, ha repercutido, –desde la segunda mitad de los noventa– en un mayor impulso a la emigración, en especial, en los últimos años. Esto ha puesto en riesgo la oferta mínima de RHUS necesarios para cubrir la demanda de la salud de la población de los países en desarrollo, en la búsqueda de alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio.

Para dimensionar adecuadamente la pérdida económica en que incurre el país al preparar a estos profesionales, que luego terminan trabajando en el exterior, se ha calculado el costo total de preparar estos recursos. Se incluye así el costo de la educación básica y de la educación superior, al igual que la inversión básica que se realiza para conseguir un médico o una enfermera y a partir de allí se ha realizado un cálculo doble: en primer lugar, la proyección del valor futuro acumulable de esta inversión y, en segundo lugar, el cálculo del valor presente neto de todos los ingresos y costos futuros de un profesional que se queda a vivir en el país (con o sin familia). En el primer caso, el costo social combinado de la migración de los profesionales de la salud desde 1994 puede alcanzar el 45% del PIB del 2008. En el segundo caso, el costo combinado en valor presente neto puede llegar a representar el 6,14% del PIB.

En los últimos años, se ha estimado que el flujo anualizado de profesionales de la salud emigrantes de los países del área andina asciende a 1 991 médicos y 1 293 enfermeras. Los países que estarían apareciendo con mayor presencia en ello son Colombia y Perú.

Cuadro 11
RHUS: número anualizado de médicos y enfermeras migrantes

Profesionales migrantes / País	Colombia	Ecuador	Bolivia	Venezuela	Chile	Perú	Total Área Andina
Médicos (1)	565	226	363	237	12	588	1 991
Enfermeras (2)	192	n.d	172	10	40	881	1 293
Total RHUS (1)+(2)	756	226	535	247	52	1 469	3 284
Participación sobre el Total Grupo Andino	23,0%	6,9%	16,3%	7,5%	1,6%	44,7%	100%

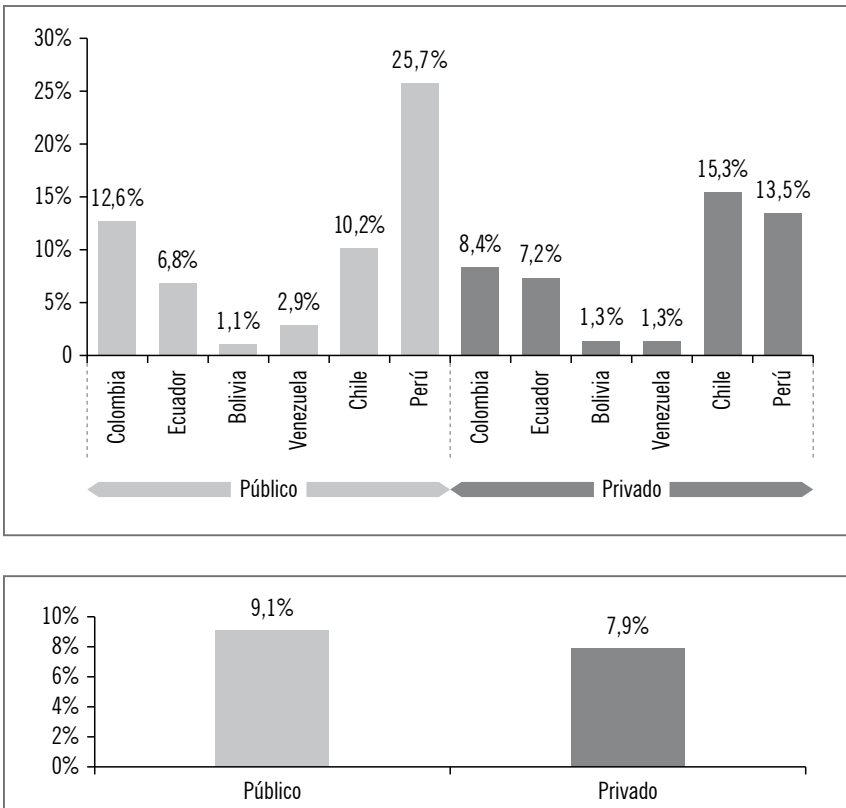
Fuente: Estadística de migraciones de los Países respectivos.

La emigración de este personal profesional calificado en salud tiene un costo económico para los países, independientemente de los costos de disponer de menos personal para la atención sanitaria en estos países emisores.

Tras la aplicación de una metodología²⁵ estándar para la medición del costo económico e impacto financiero de la emigración de profesionales calificados de la salud se encontró que el flujo anualizado de dicho costo estaría representando un porcentaje importante de las exportaciones FOB de los países del área andina.

²⁵ Ver al respecto <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/89>

Gráfico 9
RHUS: Costo anualizado de emigración como porcentaje del nivel de exportaciones FOB 2008, por país en la región andina



Fuente: Estadística de países respectivos y Comercio Exterior-CEPAL, 2008
 Elaboración propia

Dependiendo de si los profesionales fueron formados en la Universidad pública o en la privada, dichos costos vienen suponiendo entre un 1,1% hasta un 25,7% de las exportaciones de los países en el 2008. Por su parte, a nivel andino, el costo económico de la emigración de los 3 294 profesionales de la salud estaría significando entre un 7,9% a un 9,1% de las exportaciones de toda la región andina, en el 2008.

Reconocimiento de equivalencia de títulos (homologación)

Síntesis presentada por el Coordinador del componente, doctor Jorge Castellanos Robayo

a) Marco general y orientaciones del estudio

Este estudio de reconocimiento de títulos en salud, se efectuó en los seis países andinos, como uno de los tres componentes del Proyecto “Migración Calificada en Salud en el Área Andina”. En su ejecución actuaron miembros del personal técnico de las Unidades de Recursos Humanos en Salud de los Ministerios de Salud y de Protección Social de los Países, Asesores de las respectivas Oficinas de Representación de OPS/OMS y Consultores locales vinculados por OPS para el citado Proyecto de Migración Calificada en Salud. La coordinación de las actividades estuvo a cargo de un Consultor vinculado por OPS/OMS para este propósito.

La concepción y diseño del estudio responden a un abordaje de identificación, recopilación y revisión documental de normas pertinentes en los países andinos, para el reconocimiento académico y legal de títulos en salud.

Como orientación metodológica básica del estudio se elaboró un Documento - Guía, para delimitar, orientar y homogenizar las actividades de identificación y recopilación de la información, las normas e instrumentos administrativos, relacionados con la sustentación legal y el contexto institucional, académico y administrativo, de las actividades que individualmente en los seis países de la Subregión Andina y en España, se realizan para el análisis y la aceptación de títulos profesionales en salud, expedidos por instituciones educativas de otro país.

De acuerdo con la orientación general del Proyecto Migración Calificada en Salud, en la revisión de la legislación y las normas indicadas se dio prioridad a las reglamentaciones relacionadas con la Medicina y la Enfermería, tanto en aspectos de educación como en los de la práctica profesional.

Sin embargo se anota, que siendo la medicina y la enfermería, profesiones con un aceptado carácter emblemático en la atención de salud, lo frecuente ha sido encontrar que en la adopción de normas y reglamentaciones, salvo algunas excepciones, se tiende a asumir que dichas normas, por extensión, tendrán aplicabilidad y reconocimiento en otros campos de actividades profesionales básicas en el área de la salud. No obstante, esto puede no ser necesariamente válido cuando se trata de campos especializados de estas profesiones.

b) Principales hallazgos

Se estableció un panorama individualizado, por país, de las normas que regulan la educación superior y en ese contexto la expedición de títulos profesionales, incluidos los del área de la salud y en particular los de medicina y enfermería.

En ese marco, se identificaron y revisaron las normas que los países han definido para determinar equivalencia académica y otorgar reconocimiento legal a títulos profesionales obtenidos en instituciones de educación superior de otros países.

Se precisaron y revisaron, igualmente, las normas que, a partir del reconocimiento de los títulos del área de la salud, expedidos por instituciones extranjeras, los países andinos han adoptado para autorizar, a los interesados, el ejercicio de profesiones de la salud, en particular la medicina y la enfermería.

Estos conjuntos normativos, definidos claramente por los seis países, señalan una tradición de atención al tema en la subregión y, a la vez, muestran disposiciones de fechas recientes, demostrativas del interés en mantener actualizadas esas normas, en las cuales, en todos los seis países, se evidenció la existencia de una regulación específica para las actividades relacionadas con:

- El reconocimiento académico y legal de títulos obtenidos en instituciones educativas de otro país.
- El otorgamiento de Autorización, Licencia o Registro del Título que ha obtenido el anterior reconocimiento, para el ejercicio de la respectiva práctica profesional

Estos conjuntos normativos, con identidad propia, pero interrelacionados, conforman en los países, un proceso de reconocimiento académico y legal de los títulos obtenidos en el extranjero, como requisito esencial para el otorgamiento subsecuente, de autorización o licencia de ejercicio profesional, en el país receptor, del o los profesionales que así lo soliciten.

La aplicación de estas normas y las acciones subsiguientes, las realizan los organismos competentes del Estado, ministerios de educación y de salud principalmente, o entidades públicas o privadas, en especial universidades públicas que, en el país al cual se solicita el reconocimiento, expiden títulos iguales o similares a aquellos que son motivo de la solicitud de reconocimiento, a las cuales se delegan, usualmente en forma parcial, estas funciones.

Los países de la Subregión Andina, han suscrito convenios y tratados, bilaterales y multilaterales, que incluyen aspectos de educación y cultura, entre los cuales se

establecen acuerdos para el reconocimiento e intercambio de títulos de educación superior, incluidos los de salud.

Actualmente, en cuanto a títulos en salud, esos acuerdos, en general, solo se toman en cuenta para facilitar el proceso de estudio de la equivalencia académica del título y el trámite para su reconocimiento legal, pero los interesados deben cumplir todos los requisitos establecidos para el registro del título y, por supuesto, satisfacer los exigidos para la obtención de autorización del ejercicio profesional. En esta última área, en general, los países evitan compromisos que puedan afectar o generar roces con sus respectivas normas y regulaciones laborales.

En el marco de la globalización, las tendencias de internacionalización de la educación, han generado espacios y características de contexto en cuyos ámbitos han surgido otras modalidades de convenios interinstitucionales, en el campo de la educación superior que aunque no pretenden, ni llegarían a reemplazar la función política de los tratados inter-países, si generan nuevas oportunidades para concretar propuestas y acciones que desde el campo de la educación superior, podrán contribuir a la integración subregional andina.

La revisión y análisis realizados, evidenciaron diferencias en los conceptos y en la utilización de términos para designar los procesos de Reconocimiento Académico y Legal de los Títulos y para el otorgamiento, con base en ellos, de la autorización para el ejercicio profesional respectivo. Las denominaciones usualmente utilizadas para designar estos procesos y actividades son *revalidación*, *convalidación*, *homologación* y *equivalencia*. También se utiliza *equiparación*, aunque tal término sería ocasional y solo usado en un país.

El alcance de estos conceptos y por tanto el uso de los términos que los representan, en las situaciones revisadas, no es, ni podría ser, genérico y menos aún homogéneo; su significado ha de ser interpretado en el contexto de las normas específicas de cada país, sin pretender encontrar situaciones de sinonimia que no existen.

El estudio de la “homologación” de los títulos profesionales en salud, en particular de medicina y enfermería, se incluyó como parte del proyecto “Migración Calificada en Salud en el Área Andina” con un doble propósito: primero, establecer, si la hubiere, la influencia de estos procesos en la migración del personal de salud en la subregión y hacia otras latitudes y, segundo, explorar el aporte del reconocimiento de títulos en salud, en la eventual articulación, coordinación o integración del accionar de los sectores de educación y salud, en las perspectivas de la integración subregional.

En cuanto a lo primero, la revisión documental efectuada no detectó relación, ni favorable ni desfavorable, del reconocimiento de títulos, en particular, de medicina o de enfermería, con desplazamientos migratorios de estos profesionales.

En cuanto a lo segundo, en el marco de consolidación de las propuestas para un proceso de integración subregional, en el futuro, será posible explorar opciones que faciliten o permitan un lenguaje técnico compartido en estos procesos de reconocimiento de títulos y otras áreas de interés en este campo.

c) Conclusiones y recomendaciones

1. La información obtenida en los países, caracteriza e ilustra un panorama importante, demostrativo del interés individual y subregional por el tema de equivalencia de títulos.
2. Si bien, los procesos documentados en los países no son homogéneos en sus avances, es claro que todos ellos han desarrollado conjuntos normativos que les permiten gestionar apropiadamente el reconocimiento y aceptación de títulos profesionales en salud, para este caso de medicina y de enfermería.
3. En la construcción de las normas y en su aplicación, se observa que en los seis países se ha logrado un balance en la definición de responsabilidades y funciones, que reconoce las áreas de competencia institucional que por su naturaleza corresponden a los diferentes actores que intervienen en estas actividades.
4. En esa línea, se evidencia un ejercicio de la función central de rectoría en el proceso, que es primordialmente atributo de los organismos del Estado y se reconoce y se valora la competencia académica y la autonomía de las universidades y sus cuerpos representativos, a la vez que, según proceda, se invoca el concurso de asociaciones científicas y gremiales de los profesionales.
5. En general, los conjuntos normativos documentados en los países, indican capacidad y solidez, conceptual y operativa, tanto en el diseño como en la ejecución de las determinaciones adoptadas para la evaluación y la gestión del proceso de reconocimiento de títulos. Esta suficiencia, sin embargo, no limita, la existencia de iniciativas para buscar apoyos institucionales externos que permitan manejar situaciones derivadas de títulos profesionales en nuevas áreas del conocimiento.
6. Lo anterior demuestra un potencial importante de contribución de estos procesos para un accionar conjunto de los sectores de educación y salud de los países, en el marco de definiciones y perspectivas de coordinación o, mejor aún, de integración de la subregión andina.

7. Si bien los avances que los países han logrado, en la sistematización de estas actividades no son homogéneos, en la práctica y respecto al acercamiento formal necesario de los respectivos procesos, no cabría esperar situaciones insuperables para precisar aspectos que deban ser objeto de ajustes funcionales o de procedimientos.
8. Existe ya una plataforma política sólida, conformada por las manifestaciones explícitas de las autoridades nacionales, de su voluntad de impulsar estos procesos de acercamiento y articulación, expresadas en oportunidades y escenarios diversos. A estas expresiones se agrega como factor positivo la similitud que se observa en la concepción básica y en el diseño de los conjuntos normativos pertinentes.
9. Lo anterior permite interpretar que, en cuanto al reconocimiento de la equivalencia académica de estudios, títulos y grados, en general, ya existe, en la subregión una infraestructura legal e institucional y una situación normativa de base, las cuales constituyen un contexto y unos escenarios propicios para concretar propuestas que permitan avanzar progresivamente, a la formalización de una real y efectiva homologación de títulos en salud, por parte de los países andinos.
10. Lo anterior igualmente indica que, en esa línea, en una siguiente etapa las acciones se habrán de concentrar primordialmente en aquellos aspectos cualitativos de los programas educativos, que hacen a sus objetivos y proyecciones, a los contenidos curriculares, los modelos pedagógicos y estrategias didácticas, y, en particular a los sistemas y formas de evaluación.
11. El logro, la conservación y el desarrollo de los atributos de calidad de los programas de formación del personal de salud, habrían de ser, entonces, elementos fundamentales para orientar, en este campo, las acciones pertinentes, como parte de las definiciones de política en función de la integración subregional andina.
12. Dentro de esta orientación, como un acercamiento al abordaje del tema, que requerirá ser profundizado en su momento, conviene sin embargo reflexionar que el camino hacia la "Homologación de Títulos Profesionales en Salud" deberá transitar por instancias preparatorias relacionadas con la previa "homologación de criterios" o, al menos el establecimiento de acuerdos, en aspectos críticos, que permitan la necesaria aproximación de esfuerzos para garantizar solidez a las decisiones en procura del logro de una idoneidad compartida de la formación del personal de salud.

Conclusiones y recomendaciones de la Reunión - Taller

Los Informes precedentes de resultados obtenidos en los componentes del Proyecto Migración Calificada en Salud, junto con el Código Mundial sobre prácticas de contratación internacional de personal de salud de OMS, fueron analizados y discutidos en sesiones plenarias y luego en grupos de trabajo. La consolidación de conclusiones y recomendaciones, formuladas en estos debates se presentan a continuación.

Tema uno: la caracterización de la migración calificada: flujos y tamaño de la migración

La presentación de este tema estimuló intervenciones de los participantes alrededor de los siguientes aspectos:

Los resultados del estudio muestran aspectos y facetas de estos movimientos migratorios, algunos ya conocidos y otros nuevos, que deben ser tomados en cuenta para acciones futuras. Es claro que los migrantes “suelen contar con experiencia previa”, lo cual implica que “se llevan personal formado y con altos niveles de experiencia”. Los países de origen pierden “los mejor preparados”, quienes, “en los países de destino obtienen ventajas laborales y mejores condiciones y oportunidades vitales y profesionales”, además de una demanda manifiesta que constituye un fuerte factor de atracción. Son evidentes los “factores expulsores” en determinados países y también lo es el hecho de que, “las limitaciones existentes en los países de origen son cubiertas en los países receptores”.

El incremento de los flujos de migración desde Iberoamérica hacia la Unión Europea, a más de un millón y medio para 2009, coincide con la observación de un incremento de las homologaciones para títulos de médicos, lo cual haría pensar que el facilitar “la homologación de títulos” pudiera ser una forma de incentivar la migración. Esto es, sin embargo meramente una suposición.

En relación con España, en los países andinos, hay elementos culturales y factores comunes, idioma y otros, que favorecen la migración. A esto se suman los efectos del proceso migratorio de España hacia otros países de Europa, que se agrava con el envejecimiento de la población económicamente activa, que a la vez incluye profesionales de la salud que es necesario reemplazar.

Se estima que al 2025 España no podrá producir, directamente, más médicos. Esto sumado al déficit que ya España tiene, debido a políticas previas restrictivas de formación de recursos humanos, como el *numerus clausus*, hace 30 o 40 años, hace

prever que la migración hacia ese país continuará en incremento. El canal existente, ya se ha convertido en red y ahora esos grupos promocionarán más migraciones.

Los hallazgos indican que al parecer la intención de migración es más fuerte entre los estudiantes de medicina que en los de enfermería y se destaca “la feminización” del proceso migratorio, en su conjunto.

Se reafirma la verificación en salud, de la influencia de redes migratorias previas, al igual que pasa en el resto de la migración de cualquier tipo. Hay actividad intensiva de captación mediante convenios entre universidades con entidades contratantes de países en desarrollo, que operan como agencias de reclutamiento, con “deliberada intención de captar recursos humanos calificados”. Este es un mercado organizado, pensado desde los países de destino; en los países emisores, en contraste, parece haber menos preocupación en el tema.

Es necesario subsanar la inexistencia de sistemas de planificación de recursos humanos y más aún de monitoreo de la migración del personal de salud, demostradas por el estudio.

El estudio demuestra que, en las circunstancias evidenciadas, se requieren respuestas integrales, mediante políticas concertadas entre los países receptores y de origen de esos recursos humanos en salud. La gestión activa de países ricos para reclutar recursos humanos de los países en desarrollo, requiere acuerdos políticos, entre ellos, para evitar el impacto indeseado en los servicios de salud de los segundos.

Por otra parte, se requieren tratamientos integrales de la migración; fomentar en general las estrategias de retención de recursos humanos y las políticas y programas para incentivar el retorno de los emigrados. Igualmente, a más de los médicos y las enfermeras, tomar en cuenta a otros profesionales de la salud (odontólogos, obstetras, etc.) que también se ven afectados por las migraciones.

Es innegable la urgencia de desarrollar sistemas de información pertinentes y eficientes, que faciliten llegar a acuerdos para incidir en la modificación de la relación inequitativa entre países expulsores y receptores.

Así mismo, hay que tomar en cuenta las posibilidades que se puedan derivar de los nuevos modelos de atención de salud con énfasis en APS y medicina y salud familiar. Esto permitiría proponer nuevos esquemas y modalidades de formación y contribuir a subsanar las deficiencias en cantidad y calidad de los recursos humanos.

Es indudable que la diversidad de problemas y situaciones detectados, requieren un proceso muy amplio de reflexión, que tome en cuenta la conclusión muy importante del estudio, en cuanto a que “los procesos migratorios son consecuencia de factores

estructurales en los países de origen”, entre los cuales se han de considerar “la rectoría” sectorial en el área de desarrollo y gestión de recursos humanos, el grado de articulación entre las entidades formadoras, gremios, colegios profesionales y servicios, la existencia de una carrera profesional y la capacidad de planeamiento estratégico de los recursos humanos en esos países.

Es perentorio analizar todos estos elementos, integralmente, de cara a una política andina para el desarrollo de los recursos humanos, a través de la REMSAA.

En esta línea, igualmente, es importante establecer y analizar, con mayor precisión, el impacto real de la migración en los países de origen y en la falencia de recursos humanos. En salud hay muchos otros problemas –puede que la migración no sea el principal–, y es importante identificarlos y priorizarlos, para aclarar de qué se está hablando y evitar caer en la adopción de políticas selectivas para aspectos que son sólo parte del problema.

En ese sentido cabe también preguntarse: ¿cuáles son las capacidades para enfrentar el problema? ¿Cuál es la naturaleza de la intervención? Si las oportunidades de retorno son muy bajas, por que las condiciones no cambian, ¿donde entonces se debe poner el énfasis? ¿En la retención?

En contraste con lo anterior, también existen en la subregión situaciones en las cuales estas anotaciones no aplican. Así, por ejemplo, en Chile “no se está dando un fenómeno migratorio de profesionales de la salud chilenos”. El país “no ha ejercido una política de (captación de) profesionales extranjeros, para acercarlos al país. Chile ha instalado mecanismos de certificación de la calidad de los profesionales que desean trabajar”; y en esa línea, se anota que en “el último examen, (el) 86%, de los profesionales extranjeros reprobaron”.

En Venezuela, se señala que en esta área, “un factor fundamental es cómo incentivar al personal; invertir en el sector público con becas, retomar la rectoría, aumentar la red ambulatoria a través de los médicos integrales y comunitarios, para zonas menos asistidas del sistema público”, para lo cual, “se espera aumentar las proporciones en un año”. Es “innegable implementar un observatorio para ver los efectos a través de un sistema de información que pueda dar los insumos para el desarrollo de los recursos humanos”.

En esa línea se ha de considerar la función y el potencial de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, tanto para la revisión y el análisis de los problemas como para el monitoreo de la introducción de medidas de control y de evolución de las respectivas situaciones.

Finalmente se destaca que es evidente que la migración va a continuar y va a tomar tiempo el poder corregir las distorsiones actuales; no va a ser fácil que los países receptores corten el reclutamiento y ante la carencia de suficiente información pertinente y confiable, es necesario profundizar los estudios para aclarar posibilidades de regular ese fenómeno. En esa línea se destacan las redes que se han establecido en la presente investigación, que será conveniente mantener y desarrollar como instrumentos de los observatorios respectivos. Esta será una buena base para luego profundizar los estudios requeridos.

Temas dos: reconocimiento de títulos académicos de profesionales en salud (homologación)

La presentación del tema indica la importancia del trabajo realizado por los integrantes de los grupos de investigadores locales en cada uno de los países de la subregión, para concretar la búsqueda y recopilación minuciosas de los instrumentos legislativos y administrativos en los cuales están contenidas las normas y disposiciones pertinentes al tema del estudio.

La evolución anotada de los tratados y convenios interpaíses y subregionales, tiene interés en cuanto las tendencias de internacionalización de la educación abren nuevos escenarios y más amplios espacios y oportunidades de impulsar un desarrollo compartido de los sistemas educativos en el campo de la salud.

Es igualmente interesante lo evidenciado en el estudio, respecto a la existencia de reglamentaciones bien definidas y en general actualizadas, para el reconocimiento de equivalencia académica de los títulos. Este es un terreno favorable para poder avanzar hacia posibles procesos de homologación en el futuro y contribuir, desde esa perspectiva, en las políticas y acciones orientadas a apoyar la integración subregional.

Dentro de esta orientación, conviene tener presente que el camino hacia la "Homologación de Títulos Profesionales en Salud" deberá transitar por instancias preparatorias relacionadas con la previa "homologación de criterios" o, al menos el establecimiento de acuerdos, en aspectos críticos, que permitan la necesaria aproximación de esfuerzos para garantizar solidez a las decisiones, en procura del logro de una idoneidad compartida de la formación del personal de salud.

Es evidente que, según señalan las conclusiones del estudio, la homologación de títulos, en especial en el caso de la salud, debe ser considerada un medio, no un fin. Es el comienzo del camino, para llegar a la meta de concretar una contribución efectiva a la integración, desde la educación superior en salud.

Una pregunta fundamental que surge es, para qué se busca la homologación. A veces es más fácil "homologar" con España que entre los países de la subregión. Es conveniente profundizar el trabajo y explorar acuerdos y mecanismos de homologación, para facilitar, por ejemplo, la prestación de servicios de salud en zonas de frontera.

Son acertadas las recomendaciones de acometer un proceso de análisis sistemático y sistematizado de aspectos relacionados con pertinencia y calidad de la educación en salud, los perfiles y competencias profesionales básicas, los sistemas de créditos académicos, la evaluación de los campos de práctica y los sistemas nacionales de acreditación institucional.

En este último campo, la meta sería llegar a un sistema subregional de acreditación de los programas e instituciones de educación del personal de salud. En ese marco sería útil la revisión de la experiencia europea para la articulación y homogenización de los sistemas educativos de países miembros de la Unión, como también, trabajar en la elaboración de un glosario para manejar léxicos compartidos que contribuyan a sustentar los alcances hacia la homologación planteada.

El estudio también llama la atención, sobre la conveniencia de acercamientos en los criterios y métodos de evaluación de los programas de formación de los profesionales de la salud. Este, señalan las conclusiones, "habrá de ser un campo de especial atención en los acuerdos preparatorios llamados a sustentar las decisiones conducentes a la homologación de títulos profesionales en la subregión". Sin duda esta puede ser un área promisoría para lograr resultados y avanzar en terrenos firmes en los acercamientos planteados.

En igual forma, tiene interés buscar la coordinación en los trabajos en materia de determinación de competencias en salud, tema en el cual están trabajando todos los países de la subregión. Se hace referencia, en particular a actividades específicas en proceso en Chile, Colombia, Perú y Venezuela.

En Chile, existe el examen único de conocimientos en medicina y la orientación es acreditar competencias tanto en la fase teórica como en la práctica. En Colombia, igualmente, está en marcha un proceso de definición de perfiles y competencias profesionales básicas en salud, en el cual participan entidades educativas, asociaciones gremiales y profesionales que actúan en los servicios, conjuntamente con los Ministerios de Educación y Salud. En Perú, se está avanzando simultáneamente por tres vías: acreditación de instituciones formadoras, certificación/recertificación de competencias profesionales y laborales y acreditación de servicios de salud. En Venezuela existe un Programa Nacional de Formación para todas las profesiones de salud sustentado y aprobado con una orientación por competencias. Por política de Estado, los perfiles profesionales se deben diseñar por competencias.

Teniendo en cuenta, por una parte, que la orientación global es la certificación basada en competencias y, por la otra, la importancia que se reconoce al desarrollo de la Atención Primaria de la Salud - APS, sería conveniente explorar en la subregión un trabajo conjunto para determinación de competencias para la APS.

Son procedentes las conclusiones que resaltan la conveniencia de aunar, en esta como en otras áreas, las iniciativas y esfuerzos con otros organismos que han demostrado interés en el tema, como es el caso de UNASUR.

En esa línea, finalmente, tiene interés y perspectivas de buenos resultados, la iniciativa de conformar un Grupo de Trabajo Interinstitucional que coordine y estimule estas acciones. En consecuencia, esta recomendación habrá de ser sujeto de atención específica en próximos encuentros interinstitucionales en la subregión.

Tema tres: evaluación del impacto financiero de la migración y mercado laboral

El tema, abordado por el estudio, es de gran importancia y los análisis realizados muestran resultados cuya consideración por los organismos nacionales y subregionales es esencial para estimular las acciones pertinentes de regulación y de control.

Entre esas medidas debería tener prioridad la organización de registros sobre migración que permitan “monitorear” apropiadamente estos desplazamientos, en general, pero para este caso los de profesionales del área de la salud, específicamente.

Teniendo en cuenta los planteamientos y conclusiones del estudio, se consideró conveniente diferenciar entre los países de reclutamiento activo y los países receptores pasivos. Los primeros son aquellos en los cuales hay disposición y acciones para reclutar profesionales de los países desde los cuales se produce la emigración. Los segundos, receptores pasivos, son aquéllos que sin ejercer acciones para inducir la inmigración, la aceptan recibiendo tanto lo favorable como lo desfavorable de ella.

Esa diferenciación se considera importante, en cuanto permite mayor claridad respecto al tema de la aplicación de compensaciones, códigos y acuerdos, ya sean bilaterales o multilaterales. Estas medidas tendrían sentido sólo respecto de aquellos países con reclutamiento activo, no así en el caso de los países receptores pasivos.

El estudio plantea que los países de reclutamiento activo han “movido” –hacia arriba– la curva de la demanda de trabajo de los profesionales de la salud, lo cual ha incorporado un elemento tensionante a las políticas locales de gestión de recursos humanos y a los mercados de trabajo locales.

Dicha situación contribuye y de hecho ha generado más inequidad en la relación entre los países emisores y los receptores. Esto se adiciona a los problemas de todo mercado laboral, en relación con información asimétrica, capacidad de negociación, etc.

Estas consideraciones planteadas en el estudio, deben ser analizadas y tomadas en cuenta a la hora de decidir sobre medidas para obviar o controlar impactos financieros de las migraciones, en este caso del personal de salud. Así, los acuerdos que sería apropiado impulsar deberían ir en la dirección de equilibrar el balance entre unos y otros (grupos de países). Esto, sin embargo, no se encuentra disociado de la responsabilidad de los países emisores en generar un mejor ambiente de desarrollo profesional para los recursos humanos en salud. Dentro de esas líneas, con los países de reclutamiento activo se debiera incidir en medidas producto del diálogo, más allá de los mecanismos de mercado.

En este marco de análisis de los resultados del estudio, los acuerdos internacionales y multilaterales son relevantes en términos de colocar el tema en la agenda internacional pero, en perspectiva de avances específicos, los acuerdos bilaterales pueden ser un mecanismo que concrete un trato equitativo entre países emisores/expulsores y receptores. Por ejemplo, tras identificar los países que concentran la inmigración del mayor número de RHUS se puede avanzar en el análisis de mecanismos compensatorios, que no son monetarios, exclusiva ni necesariamente. En esa línea se pueden plantear acuerdos para intercambios profesionales, retorno temporal de los RHUS emigrantes, etc.

En esa línea de análisis, es esencial revisar el tema de incentivos en relación con la configuración de políticas locales que mejoren el contexto laboral de los profesionales de la salud. Así mismo, el buscar equiparar los incentivos locales con los incentivos de la migración, aparece como un tema a desarrollar para ir afirmándolo progresivamente.

Lo anterior, aplica también cuando se trate de analizar la relación entre los ámbitos privado y público en los mercados locales. El sector público puede generar incentivos, no necesariamente, monetarios pero sí afectando los costos de oportunidad del profesional, lo cual contribuiría para retener RHUS.

Finalmente, respecto a la identificación de las remesas provenientes de profesionales de salud, se destacó la carencia de información secundaria específica. Si se incorporan indagaciones cualitativas se podría llegar a estimaciones en este sentido, lo cual aminoraría la necesidad de contar con un registro en detalle de las mismas.

Tema cuatro: Código Mundial de Prácticas de contratación aprobado por la 63 Asamblea de la Organización Mundial de la Salud OMS26. Recomendaciones para los países de la Subregión Andina

Conclusión y recomendación general

Se reconocen la trascendencia del Código y la importancia de su aplicación en la Subregión Andina. Para este efecto se considera fundamental que la iniciativa tenga el aval de las Autoridades de Salud de los países de la Comunidad Andina de Naciones -CAN. Con tal propósito se preparará un informe que se debe presentar a la REMSAA en su próxima reunión. Se espera que de allí surja una recomendación a los Gobiernos Miembros para la implementación del Código en un determinado plazo.

Se considera apropiado crear un mecanismo de cooperación entre los diferentes países para la implementación del Código. Con tal propósito se recomienda organizar un grupo de estudio para analizar los alcances del Código y formular sugerencias y recomendaciones específicas para su utilización en los países andinos, incluido mecanismos de cooperación para apoyar dicha implementación.

El grupo debería analizar aquellos aspectos que requieren mayor estudio. Los temas principales para el análisis serán los de alcance supranacional. Se sugiere que ORAS-CONHU facilite este proceso.

Conclusiones y recomendaciones específicas

1. Conviene que cada uno de los países establezca un grupo nacional, impulsor del Código. Estos grupos identificarán necesidades para la operacionalización del Código así como aquellas que requieran cooperación técnica a través del grupo supranacional. De esta manera se podrá contar con grupos impulsores nacionales que cooperen entre sí con la facilitación del grupo supranacional.

Se recomienda revisar los párrafos de la traducción al español del Código, para que estos sean comprensibles para todos los países de la subregión andina. De preferencia los párrafos deben tener anotaciones que favorezcan su clara comprensión.

²⁶ La Resolución de aprobación de este Código, junto con el texto del mismo, se incluyen como Anexo

2. Es conveniente implementar mecanismos de colaboración y coordinación a nivel subregional y con los países receptores, para el intercambio de información estratégica y otros aspectos que permitan una buena gestión/regulación del proceso migratorio en el contexto de cumplimiento del código.

Se recomienda exigir información transparente sobre las condiciones laborales, costos de vida y contexto del país al que aspiran migrar profesionales de la salud nacionales, para que ellos puedan tomar decisiones informadas. La información deberá ser suficiente para conocer ventajas y también riesgos de la decisión, dentro de una noción de consentimiento informado, a través de un formulario estandarizado de los países andinos.

3. Es necesario establecer un sistema de seguimiento del proceso migratorio a través de un registro de los contratistas autorizados y de los migrantes. Así mismo, es necesario contar con un programa de acompañamiento durante la estadía en el país receptor, que incluya un mecanismo de apoyo al retorno, si así decide el migrante. El sistema debería estar impulsado a través de las embajadas y consulados de los países de origen.
4. Como ventaja comparativa de este sistema, los países de origen deberían apoyar al migrante en el proceso y estimular las posibilidades de retorno definitivo o temporal. De igual forma se recomienda promover en las entidades formadoras mecanismos de apoyo concordantes con lo anteriormente señalado.

El ORAS - CONHU podría facilitar y dar asistencia técnica para la creación de los registros nacionales de agencias de contratación de personal de salud.

5. El sistema de seguimiento sugerido, debería involucrar acciones de coordinación entre los países andinos y mecanismos de colaboración entre los consulados/embajadas de la Subregión Andina, en una noción de sistema de apoyo y acompañamiento al migrante, incluidos acuerdos de cooperación para retornos temporales y para proyectos de desarrollo en salud en los países de la Subregión Andina.

Se recomienda que en los contratos, entre el migrante y el país receptor, se establezcan cláusulas que permitan que el profesional pueda optar por retorno temporal a su país de origen para dar cooperación, intercambio o prestación de servicios, por períodos y en condiciones razonables para las dos partes.

6. Los países de la Subregión Andina deberían realizar un mapeo de las brechas críticas en carencias de personal de salud, incluidas las dificultades para la contratación y la retención de ese personal. Esto facilitaría informar debidamente

a los países receptores sobre estas carencias para buscar mecanismos compensatorios como programas o proyectos de cooperación, y de apoyo a la dotación, retención y desarrollo de profesionales en esas áreas críticas.

Se recomienda establecer programas de becas nacionales e internacionales, con el apoyo de los países receptores, para el personal de salud que permanece en el país de origen como parte de un mecanismo compensatorio. Dar especial atención a aquellos temas, especialidades o áreas críticas que requieran mayor experticia.

7. Es conveniente tener en cuenta la suscripción de contratos a plazo, fijo para los profesionales migrantes y así favorecer la migración circular.

Se recomienda el fortalecimiento de sistemas integrales de información en recursos humanos en salud, en los países de la Subregión Andina que faciliten el desarrollo de planes estratégicos de formación y desarrollo de ese personal. Para tal efecto, se sugiere que los países identifiquen alternativas de las formas existentes para el cálculo de la dotación de los recursos humanos en salud. Así mismo, apoyar las políticas y planes de desarrollo de recursos humanos, e impulsar las buenas prácticas en la contratación de dicho personal.

8. En el marco de los anteriores señalamientos es indispensable fortalecer los observatorios nacionales de recursos humanos en salud. El Observatorio Andino de Recursos Humanos deberá incluir una línea de información y monitoreo de la migración de la Subregión Andina, que incluya el estímulo a la investigación, la revisión normativa, la actualización de legislación y otros instrumentos de impacto en materia de recursos humanos en salud. El Observatorio Andino hará seguimiento del cumplimiento del Código de contratación en referencia y elaborará los informes respectivos.

Se recomienda estimular en los países los procesos de acreditación de las instituciones formadoras, la certificación y la recertificación de los profesionales de la salud, en coordinación con los ministerios de educación y de salud, los colegios profesionales y otras entidades relevantes en los procesos en consideración. De igual forma se recomienda promover cambios en la formación del personal de salud, con base en la APS renovada. En este contexto se recomienda estimular y apoyar el desarrollo profesional continuo de todos los trabajadores de salud.

9. Es conveniente fortalecer la posición conjunta de los países de la Subregión Andina, para mejorar las condiciones de negociación y desarrollo de programas de cooperación con los países receptores y agencias donantes (gubernamentales y no gubernamentales), en el área de recursos humanos. Se requiere mejorar las

condiciones de las becas de capacitación y la integración de los flujos financieros de los programas para la formación y el desarrollo de recursos humanos. Complementariamente, fortalecer la función de rectoría y regulación de los entes gubernamentales pertinentes.

Se recomienda, en la Subregión Andina, canalizar las demandas de cooperación sobre aspectos relacionados con migraciones de personal de salud a través de la OPS para facilitar el apoyo a esas actividades, de la OMS y de otras agencias del sistema de Naciones Unidas.

Las Conclusiones y Recomendaciones de la Reunión/Taller fueron presentadas a la XXXII Reunión Especial de Ministros de Salud del Área Andina, en Santiago de Chile, en abril 1 de 2011.

LA REMSAA, al respecto, adoptó la Resolución XXXII/468 que se incluye a continuación:



Santiago de Chile, 01 de abril de 2011

Resolución REMSAA XXXII/468

PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Las Ministras y los Ministros de Salud de los países miembros,

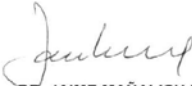
Considerando:


1. Que las Ministras y Ministros de Salud mediante la Resolución REMSAA XXIX/449 realizada en Quito en abril 2008, aprobó las líneas de trabajo del Plan Andino de Recursos Humanos en Salud 2007-2015 que incluye la implementación de un estudio sobre la migración de recursos humanos calificados en salud de los países andinos.
2. Que los países andinos son estados signatarios 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 de 2010 (Código Mundial).
3. Que los resultados de los estudios sobre migración muestran la necesidad de desarrollar una política integral de recursos humanos en salud y medidas específicas para la gestión del fenómeno migratorio en los países andinos.

Resuelven:

1. Expresar el compromiso de continuar avanzando en el fortalecimiento de la planificación y la gestión de los recursos humanos en salud, en consideración de los resultados de los estudios de investigación de migración y aportar los avances Andinos a la UNASUR Salud.
2. Encargar al Grupo Técnico en Recursos Humanos la preparación de una Política Andina a largo plazo que fortalezca el desarrollo de recursos humanos en salud que incluya la gestión de la migración, la carrera pública sanitaria, incluyendo al grupo de no profesionales, priorizando el desarrollo de competencias que atiendan la interculturalidad, equidad de género, justicia social y la visión holística de la salud.
3. 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 2010 (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.
4. Encargar al Grupo Técnico en Recursos Humanos la presentación de un informe sobre los avances en el desarrollo de políticas de Recursos Humanos en salud que incluya la gestión de la migración en los países de la área Andina para ser presentado en la próxima REMSAA.

CERTIFICAMOS: Que el texto de la Resolución que antecede fue aprobado en la XXXII Reunión Ordinaria de Ministros de Salud del Área Andina, realizada en Santiago de Chile el 01 abril de 2011.


DR. JAIME MAÑALICH MUXI
MINISTRO DE SALUD DE CHILE
PRESIDENTE DE LA XXXII REMSAA


DRA. CAROLINE CHANG CAMPOS
SECRETARÍA EJECUTIVA
ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPOLITO UNANUE



ANEXO

63.^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD WHA63.16

Punto 11.5 del orden del día 21 de mayo de 2010

Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo considerado el proyecto revisado de código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud, anexo al informe de la Secretaría titulado «Contratación internacional de personal de salud: proyecto de código de prácticas mundial»,

1. ADOPTA, de conformidad con el Artículo 23 de la Constitución de la OMS, el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud;
2. DECIDE que el primer examen de la pertinencia y eficacia del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud sea efectuado por la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud;
3. PIDE a la Directora General:
 - que apoye en todo lo posible a los Estados Miembros que lo soliciten en la aplicación del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud;
 - que coopere con todas las partes interesadas en la aplicación y el monitoreo del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud;

- que, en consulta con los Estados Miembros, prepare rápidamente unas directrices para los conjuntos mínimos de datos, el intercambio de información y los informes sobre la aplicación del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud;
- que, basándose en los informes periódicos, formule las propuestas que estime necesarias para revisar el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud en consonancia con el primer examen y para aplicar las medidas necesarias para su aplicación eficaz.

CÓDIGO DE PRÁCTICAS MUNDIAL DE LA OMS SOBRE CONTRATACIÓN INTERNACIONAL DE PERSONAL DE SALUD

Preámbulo

Los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud:

Recordando la resolución WHA57.19, en la que la Asamblea Mundial de la Salud pide a la Directora General que elabore un código de prácticas sobre contratación internacional de personal sanitario, en consulta con los Estados Miembros y todos los asociados pertinentes;

Respondiendo a los llamamientos de la Declaración de Kampala, adoptada por el primer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud (Kampala, 2 a 7 de marzo de 2008) y los comunicados del G8 de 2008 y 2009 en los que se alienta a la OMS a acelerar la preparación y aprobación de un código de prácticas;

Conscientes de la escasez mundial de personal de salud y reconociendo que una fuerza de trabajo sanitaria suficiente y accesible es fundamental para un sistema sanitario integrado y para prestar servicios sanitarios esenciales;

Profundamente preocupados porque la grave escasez de personal sanitario, incluidos profesionales muy preparados y capacitados, en muchos Estados Miembros representa una gran amenaza para el desempeño de los sistemas de salud y mengua la capacidad de estos países para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros objetivos de desarrollo acordados a nivel internacional;

Subrayando que el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud debe ser un componente medular de las respuestas bilaterales, nacionales, regionales y mundiales a los problemas de la migración de personal sanitario y el fortalecimiento de los sistemas de salud;

EN CONSECUENCIA:

Por el presente, los Estados Miembros manifiestan su acuerdo con los siguientes artículos, que se recomiendan como base para la acción.

Artículo 1: Objetivos

Los objetivos del presente Código son los siguientes:

- 1.1 establecer y promover principios y prácticas voluntarios en relación con la contratación internacional ética de personal de salud, tomando en consideración los derechos, las obligaciones y las expectativas de los países de origen, los países de destino y el personal de salud que emigra; (WHA63.16- 3)
- 1.2 servir de referencia para ayudar a los Estados Miembros en el establecimiento o mejoramiento del marco jurídico e institucional necesario para la contratación internacional de personal de salud;
- 1.3 proporcionar orientación que pueda utilizarse según corresponda en la formulación y aplicación de acuerdos bilaterales y otros instrumentos jurídicos internacionales;
- 1.4 facilitar y promover el debate internacional y fomentar la cooperación en los asuntos relacionados con la contratación internacional ética de personal de salud como parte del fortalecimiento de los sistemas de salud, centrándose en particular en la situación de los países en desarrollo.

Artículo 2: Naturaleza y alcance

- 2.1 El Código es voluntario. Se alienta enérgicamente a los Estados Miembros y otras partes interesadas a que utilicen este Código.
- 2.2 El Código es de alcance mundial y tiene por objeto servir de guía para los Estados Miembros, en colaboración con partes interesadas tales como el personal de salud, los contratistas y empleadores del sector de la salud, las organizaciones profesionales de salud, las organizaciones subregionales regionales y mundiales competentes, ya sean del sector público o privado, además de las no gubernamentales, y todas las personas interesadas en la contratación internacional de personal de salud.
- 2.3 El Código enuncia los principios éticos aplicables a la contratación internacional de personal de salud de una manera que fortalezca los sistemas de salud de los países en desarrollo, los países con una economía en transición y los pequeños Estados insulares.

Artículo 3: Principios rectores

- 3.1 La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y Depende de la más amplia cooperación de las personas y los Estados. Los gobiernos son responsables de la salud de sus pueblos, responsabilidad que solo se puede afrontar mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.

Los Estados Miembros deberían tener en cuenta el Código al formular sus políticas nacionales de salud y cooperar entre ellos, según proceda.

- 3.2 Para proteger la salud en el mundo es crucial abordar la escasez actual y prevista de personal de salud. Si la contratación se gestiona de forma adecuada, la migración internacional de este personal puede hacer una sólida contribución al desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de salud. Sin embargo, es deseable elaborar principios internacionales voluntarios y coordinar las políticas nacionales relativas a la contratación internacional de personal de salud a fin de impulsar los marcos para fortalecer equitativamente los sistemas de salud en el mundo, atenuar los efectos negativos de la emigración del personal de salud sobre los sistemas de salud de los países en desarrollo y proteger los derechos de los agentes de salud.
- 3.3 Deberían examinarse las necesidades específicas y circunstancias especiales de los países, en particular los países en desarrollo y los países con una economía en transición que son particularmente vulnerables a la escasez de personal de salud y/o tienen una capacidad limitada para aplicar las recomendaciones del presente Código. En la medida de lo posible, los países desarrollados deberían facilitar asistencia técnica y económica a los países en desarrollo y los países con una economía en transición enderezada a fortalecer los sistemas de salud, en particular el desarrollo del personal de salud.
- 3.4 Los Estados Miembros deberían tener en cuenta el derecho de las personas del país de origen al disfrute del grado más alto posible de salud y los derechos individuales del personal de salud a dejar cualquier país de conformidad con el derecho internacional, con el fin de atenuar los efectos negativos de la emigración, así como de potenciar al máximo sus efectos positivos, sobre los sistemas de salud de dichos países. Sin embargo, nada de lo dispuesto en este Código debería interpretarse en el sentido de que limita la libertad de los agentes de salud, de conformidad con las leyes pertinentes, a emigrar a los países que desean admitirlos y emplearlos.
- 3.5 La contratación internacional de personal de salud debería llevarse a cabo con arreglo a los principios de transparencia, equidad y promoción de la sostenibilidad de los sistemas de salud de los países en desarrollo. Los Estados Miembros, de conformidad con la legislación nacional y los instrumentos jurídicos internacionales aplicables en que son parte, deberían promover y respetar las prácticas laborales justas para todo el personal de salud. Todos los aspectos del empleo y el tratamiento del personal de salud migrante deberían considerarse sin distinción ilícita de ningún tipo.
- 3.6 Los Estados Miembros deberían esforzarse, en la medida de lo posible, por constituir una fuerza de trabajo sanitaria autosuficiente y encaminar sus acciones al establecimiento de una planificación eficaz del personal de salud, así como de estrategias de formación, capacitación y conservación de los agentes de salud que reduzcan la necesidad de contratar personal de salud migrante. Las políticas y medidas en pro del fortalecimiento del personal de salud deberían adecuarse a las condiciones específicas de cada país e integrarse en los programas nacionales de desarrollo.

- 3.7 La recopilación de datos nacionales e internacionales, así como la investigación y el intercambio de información eficaces sobre contratación internacional de personal de salud, son necesarias para alcanzar los objetivos del presente Código.
- 3.8 Los Estados Miembros deberían facilitar la migración circular del personal de salud, de modo que se lograra una circulación de aptitudes y conocimientos que beneficiara tanto del país de origen como el de destino.

Artículo 4: Responsabilidades, derechos y prácticas de contratación

- 4.1 El personal de salud, las organizaciones profesionales de salud, los colegios profesionales y los contratistas del sector de la salud deberían procurar la cooperación plena con los organismos reguladores y las autoridades nacionales y locales en interés de los pacientes, el sistema de salud y la sociedad en general.
- 4.2 Los contratistas y los empleadores deberían, en la medida de lo posible, tener presentes y considerar las responsabilidades legales pendientes del personal sanitario con el sistema de salud de su propio país, por ejemplo, un contrato de servicio justo y razonable, y abstenerse de contratarlo. El personal de salud debería adoptar una actitud franca y transparente en relación con cualquier obligación contractual que pueda tener.
- 4.3 Los Estados Miembros y otras partes interesadas deberían reconocer que las prácticas de Contratación internacional éticas ofrecen a los agentes de salud la posibilidad de evaluar los beneficios y los riesgos asociados a los empleos, y de tomar decisiones oportunas y fundamentadas.
- 4.4 Los Estados Miembros deberían garantizar, en lo posible con arreglo a las leyes pertinentes, que los contratistas y los empleadores observen prácticas de captación y contratación justas al emplear personal de salud migrante y que este no sea objeto de conductas ilegales o fraudulentas. Los agentes de salud migrantes deberían ser contratados, ascendidos y remunerados con arreglo a criterios objetivos tales como el nivel de calificación, los años de experiencia y el grado de responsabilidad profesional, sobre la base de la igualdad de trato con el personal de salud formado en el país. Los contratistas y los empleadores deberían proporcionar a los agentes de salud migrantes formación pertinente y exacta sobre todo cargo de personal de salud que les sea propuesto.
- 4.5 Los Estados Miembros deberían garantizar que, a reserva de las leyes correspondientes, incluidos los acuerdos internacionales pertinentes en que son parte, los agentes de salud migrantes tengan los mismos derechos y responsabilidades en el plano jurídico que el personal de salud formado en el país por lo que respecta a todas las condiciones de empleo y de trabajo.
- 4.6 Los Estados Miembros y otras partes interesadas deberían adoptar medidas para garantizar que los agentes de salud migrantes se beneficien de oportunidades e incentivos para fortalecer su formación, sus calificaciones y su desarrollo profesionales, sobre la base de la igualdad de trato con el personal de salud formado en el país y con sujeción a las leyes pertinentes. Todos los agentes de salud migrantes deberían tener acceso a programas

de iniciación y de orientación adecuados que les permitan desempeñar sus actividades con seguridad y eficacia en el sistema de salud del país de destino.

- 4.7 Los contratistas y los empleadores deberían comprender que el Código se aplica por igual a las personas contratadas para trabajar tanto de forma temporal como permanente.

Artículo 5: Desarrollo del personal sanitario y sostenibilidad de los sistemas sanitarios

- 5.1 De conformidad con el principio rector enunciado en el artículo 3 del presente Código, los sistemas de salud tanto de los países de origen como de los de destino deberían obtener beneficios de la migración internacional de personal de salud. Se alienta a los países de destino a colaborar con los países de origen para mantener y fomentar el desarrollo y la capacitación de los recursos humanos sanitarios según corresponda.

Los Estados Miembros deberían desalentar la contratación activa de personal sanitario procedente de países en desarrollo que sufren una grave escasez de trabajadores sanitarios.

- 5.2 Cuando concluyan acuerdos bilaterales y/o regionales y/o multilaterales para promover la cooperación y coordinación internacionales en la contratación internacional de agentes de salud, los Estados Miembros deberían utilizar este Código como guía.

Tales acuerdos deberían tomar en consideración las necesidades de los países en desarrollo y los países con una economía en transición mediante la adopción de medidas apropiadas. Dichas medidas podrán incluir las siguientes: prestación de asistencia técnica eficaz y adecuada, apoyo a la conservación del personal de salud, reconocimiento social y profesional del personal sanitario, apoyo a la formación en los países de origen que se adapte al perfil de morbilidad en esos países, hermanamientos de centros de salud, apoyo a la creación de capacidad en la elaboración de marcos reglamentarios adecuados, acceso a formación especializada, transferencia de tecnología y de conocimientos, y apoyo a la migración de retorno, ya sea temporal o permanente.

- 5.3 Los Estados Miembros deberían reconocer la utilidad, tanto para sus sistemas sanitarios como para los propios agentes de salud, de los intercambios profesionales entre países y de las posibilidades de trabajar y formarse en el extranjero. Los Estados Miembros de los países de origen y de los países de destino deberían alentar al personal de salud a utilizar en el país de origen la experiencia profesional adquirida en el extranjero y brindarle el apoyo necesario a tal fin.
- 5.4 Dado que el personal de salud es fundamental para la sostenibilidad de los sistemas de salud, los Estados Miembros deberían tomar medidas eficaces para formar, conservar y sostener agentes de salud WHA63.16 6 adaptados a la situación específica de cada país, en particular en las zonas más necesitadas, apoyándose en un plan de dotación de personal de salud basado en datos fácticos. Todos los Estados Miembros deberían esforzarse por satisfacer sus necesidades de personal sanitario utilizando en lo posible sus propios recursos humanos de salud.

- 5.5 Los Estados Miembros deberían plantearse el fortalecimiento de las instituciones educativas a fin de ampliar la formación de profesionales de la salud, así como la elaboración de planes de estudios innovadores que sirvan para satisfacer las necesidades actuales en el terreno de la salud. Deberían asimismo adoptar medidas para asegurarse de que tanto en el sector público como en el privado se dispense una formación adecuada.
- 5.6 Los Estados Miembros deberían plantearse la adopción y aplicación de medidas eficaces destinadas a fortalecer los sistemas de salud, efectuar un seguimiento continuo del mercado laboral del sector y coordinar entre sí a todas las partes interesadas a fin de formar y conservar duraderamente una fuerza de trabajo sanitaria capaz de responder a las necesidades de salud de la población. Los Estados Miembros deberían adoptar un enfoque multisectorial para abordar esas cuestiones en sus políticas nacionales en materia de salud y desarrollo.
- 5.7 Los Estados Miembros deberían plantearse la adopción de medidas para corregir los desequilibrios en la distribución geográfica del personal sanitario y para favorecer su permanencia en las zonas desatendidas mediante, por ejemplo, la aplicación de actividades educativas, incentivos económicos, medidas normativas y apoyo social y profesional.

Artículo 6: Recopilación de datos e investigación

- 6.1 Los Estados Miembros deberían reconocer que la elaboración de políticas y planes eficaces relativos al personal de salud ha de basarse en sólidas pruebas empíricas.
- 6.2 Teniendo en cuenta las características de los sistemas de salud nacionales, se alienta a los Estados Miembros a establecer o fortalecer y mantener, según proceda, sistemas de información sobre personal sanitario, incluida la migración de personal de salud y su impacto en los sistemas sanitarios. Se alienta a los Estados Miembros a reunir, analizar y transformar los datos en políticas y planes eficaces en relación con el personal de salud.
- 6.3 Se alienta a los Estados Miembros a establecer o fortalecer programas de investigación en el ámbito de la migración de personal de salud y coordinar esos programas a través de asociaciones en los planos nacional, subnacional, regional e internacional.
- 6.4 Se alienta a la OMS, en colaboración con las organizaciones internacionales pertinentes y los Estados Miembros, a garantizar, en la mayor medida posible, que se generen y reúnan datos comparables y fiables, según lo dispuesto en los párrafos 6.2 y 6.3, con fines de seguimiento continuo, análisis y formulación de políticas.

Artículo 7: Intercambio de información

- 7.1 Se alienta a los Estados Miembros a promover, según proceda y a reserva de la legislación nacional, el establecimiento o fortalecimiento de mecanismos de intercambio de información sobre la migración internacional de personal de salud y los sistemas de salud, a nivel nacional e internacional, a través de organismos públicos, instituciones académicas y de investigación, organizaciones de profesionales

de la salud y organizaciones subregionales, regionales e internacionales, ya sean gubernamentales o no gubernamentales.

- 7.2 A fin de promover y facilitar el intercambio de la información relacionada con el presente Código, cada Estado Miembro debería, en lo posible:
- a) establecer progresivamente y mantener una base de datos actualizada sobre las leyes y reglamentaciones relativas a la contratación y migración de personal de salud y, cuando proceda, con información sobre su aplicación;
 - b) establecer progresivamente y mantener actualizados los datos provenientes de los sistemas de información sobre personal sanitario de conformidad con el párrafo 6.2; y
 - c) cada tres años, proporcionar a la Secretaría de la OMS los datos recogidos de conformidad con los apartados a) y b) anteriores, empezando por un primer informe elaborado en un plazo de dos años a partir de la adopción del presente Código por la Asamblea Mundial de la Salud.
- 7.3 A los efectos de la comunicación internacional, cada Estado Miembro debería, cuando proceda, designar una autoridad nacional encargada del intercambio de información relativa a la migración de personal de salud y la aplicación del Código. Los Estados Miembros que designen esa autoridad deberán informar de ello a la OMS. Esta debería estar facultada para comunicarse directamente o, con arreglo a lo dispuesto en las leyes o reglamentaciones nacionales, con las autoridades nacionales designadas de otros Estados Miembros y con la Secretaría de la OMS y otras organizaciones regionales e internacionales interesadas, así como para presentar informes y otra información a la Secretaría de la OMS en virtud del apartado 7.2(c) y del párrafo 9.1.
- 7.4 La OMS debería establecer, mantener y publicar un registro de autoridades nacionales designadas con arreglo a lo dispuesto en el párrafo 7.3 precedente.

Artículo 8: Aplicación del código

- 8.1 Se alienta a los Estados Miembros a que promuevan y apliquen el Código en colaboración con todas las partes interesadas, según lo estipulado en el artículo 2.2, de acuerdo con las responsabilidades nacionales y subnacionales.
- 8.2 Se alienta a los Estados Miembros a que incorporen el Código en las leyes y políticas que corresponda.
- 8.3 En los procesos de toma de decisiones, se alienta a los Estados Miembros a que consulten, cuando proceda, con todas las partes interesadas según lo estipulado en el párrafo 2.2 y procuren que estas participen en otras actividades relacionadas con la contratación internacional de personal de salud.

- 8.4 Todas las partes interesadas mencionadas en el párrafo 2.2 deberían esforzarse en trabajar individual y colectivamente para lograr los objetivos del Código. Todas las partes interesadas deberían observar el Código, independientemente de la capacidad de otros para hacerlo. Los contratistas y los empleadores deberían cooperar plenamente en promover la observancia del Código y sus principios rectores, con independencia de la capacidad de los Estados Miembros para aplicar el Código.
- 8.5 Los Estados Miembros deberían, en la medida de lo posible y de acuerdo con sus responsabilidades legales, en colaboración con las partes interesadas, mantener un registro, actualizado periódicamente, de todos los contratistas autorizados por las autoridades competentes para desempeñar actividades en su territorio.
- 8.6 Los Estados Miembros deberían, en lo posible, alentar y promover buenas prácticas entre las agencias de contratación de personal, utilizando únicamente a aquellas que se atengan a los principios rectores del Código.
- 8.7 Se alienta a los Estados Miembros a que observen y determinen la magnitud de la contratación internacional activa de personal de salud de los países con una escasez crítica de dicho personal, y que evalúen la amplitud y los efectos de la migración circular.

Artículo 9: Monitoreo y mecanismos institucionales

- 9.1 Los Estados Miembros deberían dar a conocer periódicamente las medidas adoptadas, los resultados obtenidos, las dificultades encontradas y las enseñanzas extraídas en un informe único, en conjunción con lo dispuesto en el párrafo 7.2(c).
- 9.2 El Director General mantendrá en examen la aplicación del Código, basándose en los informes periódicos recibidos de las autoridades nacionales designadas con arreglo a los párrafos 7.3 y 9.1 y de otras fuentes competentes, y presentará informes periódicos a la Asamblea Mundial de la Salud sobre la eficacia del Código para alcanzar los objetivos enunciados en el mismo, así como propuestas para mejorarlo. Este informe se presentaría en conjunción con lo dispuesto en el párrafo 7.2(c).
- 9.3 El Director General deberá:
 - a) prestar apoyo al sistema de intercambio de información y a la red de autoridades nacionales designadas a que se hace referencia en el artículo 7;
 - b) elaborar directrices y formular recomendaciones sobre las prácticas y procedimientos y los programas y medidas conjuntos previstos en el Código; y
 - c) mantener el enlace con las Naciones Unidas, la Organización Internacional del Trabajo, la Organización Internacional para las Migraciones y otras organizaciones regionales e internacionales competentes, y con las organizaciones no gubernamentales interesadas, para apoyar la aplicación del Código.

- 9.4 La Secretaría de la OMS puede examinar informes presentados por las partes interesadas, según lo estipulado en el párrafo 2.2, sobre las actividades relacionadas con la aplicación del Código.
- 9.5 La Asamblea Mundial de la Salud debería examinar periódicamente la pertinencia y la eficacia del Código, entendido este como un texto dinámico que debería ser actualizado siempre que sea necesario.

Artículo 10: Asociaciones, colaboración técnica y apoyo financiero

- 10.1 Los Estados Miembros y otras partes interesadas deberían colaborar directamente o a través de los órganos internacionales competentes a fin de fortalecer su capacidad para hacer realidad los objetivos del Código.
- 10.2 Se alienta a las organizaciones y organismos donantes internacionales, las instituciones financieras y de desarrollo y demás organizaciones competentes a que presten el apoyo técnico y financiero para ayudar a aplicar el Código y apoyar el fortalecimiento de los sistemas de salud en los países en desarrollo y los países con una economía en transición que estén experimentando una crítica escasez de personal de salud y/o cuya capacidad para aplicar los objetivos del Código sea limitada. Las mencionadas organizaciones, así como otras entidades, deberían ser alentadas a cooperar con los países que sufran una crítica escasez de personal de salud y comprometerse a velar por que los fondos destinados a intervenciones contra una enfermedad concreta sirvan para reforzar la capacidad de los sistemas de salud, lo que incluye el desarrollo del personal sanitario.
- 10.3 Los Estados Miembros, ya sea por iniciativa propia o por conducto de su participación en organizaciones nacionales y regionales, organizaciones de donantes y otras entidades interesadas, deberían ser alentados a proporcionar apoyo técnico y financiero a los países en desarrollo o países con una economía en transición, con objeto de reforzar la capacidad de su sistema de salud, lo que incluye el desarrollo del personal sanitario.

Octava sesión plenaria, 21 de mayo de 2010 A63/VR/8

Referencias bibliográficas

1. Mariño Lozada I y Olarte Barrera A; *Validación u Homologación de Títulos de educación Superior en América Latina*; Tesis para optar el Título de Abogado; Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Jurídicas; Bogotá D.C. 2004.
2. Convenio Hipólito Unanue; Resoluciones, Reuniones de los Ministros de Salud del Área Andina, 1971-1994, Secretaría Ejecutiva, Lima Perú, Agosto 1995; Resolución REMSAA 1/1, Art. 3, literal II.
3. Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, Organismo Andino de Salud, Convenio Hipólito Unanue; *La Política de recursos humanos y el compromiso con el derecho a la salud*, Resultados de la primera medición de las Metas Regionales de recursos humanos para la salud 2007-2015 en los países de la Región Andina.
4. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS; *Llamado a la Acción de Toronto*, Hacia una Década de Recursos Humanos en Salud para las Américas 2006-2015, Ontario, Canadá, (Plegable).
5. Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, 27° Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington, DC, 2007.
6. Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, Llamado a la Acción de Toronto, 2006-2015.
7. Organismo Andino de Salud, Convenio Hipólito Unanue, Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS; Plan Andino de Recursos Humanos en Salud, Resumen Ejecutivo.
8. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, USAID, Red Andina de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina; *Estudio Migración de Recursos Humanos en Salud, Subregión Andina*, Lima , Perú, 2006.
9. Harvey, David, *La acumulación por desposesión* en Carmen Bueno y Margarita Pérez Negrete (coordinadoras), *Espacios Globales*, México, Plaza y Valdés Editores, Universidad Iberoamericana de México, 2006, p. 21-52.
10. Castles, Stephen, Millar, Mark, *La era de la migración*. México, Editorial Miguel Ángel Porrúa, Universidad Autónoma de Zacatecas, Secretaría de Gobernación, 2004.
11. Organización Internacional para las Migraciones [OIM] (2010), *Hechos y cifras*, en <http://www.iom.int/jahia/Jahia/about-migration/facts-and-figures/lang/es>, última visita: 16 de septiembre de 2010.
12. Banco Mundial, "Top Immigration countries", en *Migration and Remittances Factbook 2008*, versión digital: <http://siteresources.worldbank.org/INTPROSPECTS/Resources/334934-1199807908806/Top10.pdf>, última visita: 16 de septiembre de 2010.

13. Mármora, Lelio, *Políticas migratorias consensuadas en América Latina*, en: *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, 2003, Año 17, número 50, abril, p. 111-142.
14. Novick, Susana, "La reciente política migratoria argentina en el contexto del Mercosur", en: *El proceso de integración Mercosur: de las políticas migratorias y de seguridad a las trayectorias de los inmigrantes*, Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, 2005, Documento de Trabajo N° 46, p. 6-56.
15. Sassone, Susana, *Migración internacional contemporánea en América Latina y la Argentina como país de inmigración*, CLACSO Curso 1015, versión digital: <http://www.formacion.clacso.edu.ar/course/view.php?id=23>, última visita: 12 de octubre 2010.
16. CELADE/IMILA, (Centro Latinoamericano Caribeño de Demografía), *América Latina y el Caribe: migración internacional, derechos humanos y desarrollo*. Migración Internacional, Santiago de Chile, septiembre 2008.
17. Ramírez Gallegos, Jacques Paul y Soledad Álvarez Velaso, "Del Austro a Nueva York: migración ecuatoriana en tránsito". En Aidé Grijalva, Agustín Sánde y Lya M. Niño Contreras (coordinadores). *Estudios fronterizos: migración, sociedad y género*. Mexicali, Baja California: Universidad Autónoma de Baja California, Cuerpo Académico de Estudios Sociales e Instituto de Investigaciones Sociales, 2009.
18. Pellegrino, Adela y Jorge Martínez Pizarro, *Una aproximación al diseño de políticas sobre la migración internacional calificada en América Latina*, 2001, *Serie Población y Desarrollo 23*, Santiago de Chile, Proyecto Regional de Población CELADE-Fondo de Población de las Naciones Unidas y Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía CELADE-División de Población de la CEPAL.
19. Sassen, Saskia, *¿Perdiendo el control? La soberanía en la era de la globalización*, España: Ediciones Bellaterra, 2001.
Sassen, Saskia. *La conformación de los movimientos migratorios internacionales*, en: Sassen, Saskia, *Una sociología de la globalización*, Buenos Aires, KATZ, 2007.
20. OPS y Fundación Ecuatoriana para la Salud y el Desarrollo, *Aproximaciones a la migración del talento humano en salud en Ecuador*, Estudio de migración de médicos ecuatorianos a Chile, migración de médicos y enfermeras recién graduados en ciudades seleccionadas, Quito, OPS, Fundación Ecuatoriana para la Salud y el Desarrollo y Consejo Nacional de Salud, 2007.
21. Portes, Alejandro y Josh, Dewind "Un diálogo transatlántico: el progreso de la investigación y la teoría en el estudio de la migración internacional". *Repensando las migraciones. Nuevas perspectivas teóricas y empíricas*. México: INM, Universidad Autónoma de Zacatecas y Editorial Miguel Ángel Porrúa. No.1. Número conmemorativo del XX aniversario de la publicación "La democracia en México". (enero-marzo), 2006, p. 25 – 38.

22. Martínez Pizarro, Jorge, *América Latina y el Caribe: migración internacional, derechos humanos y desarrollo*, Santiago de Chile, CEPAL, 2008.
23. Mejia, A. et al., *Physician and nurse migration: Analysis and policy implications*, Geneva, World Health Organization, 1979.
24. Balacs, Peter, *La transferencia inversa de tecnología: dimensiones, efectos económicos y consecuencias de política*, Secretaría de la UNCTAD, Oxford, 1975.
25. Maybud, Susan y Christiane Wisko, "Care trade: Las comisiones de las contratistas internacionales de los profesionales de la salud", en OIT, *Merchants of Labour*, Instituto Internacional de Estudios Laborales, Ginebra, 2006.
26. OMS, "Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud", 63.ª Asamblea Mundial de la Salud, Punto 11.5 del orden del día, versión digital: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-sp.pdf, última visita: 12 de noviembre de 2010.
27. Eurostat, "Population of foreign citizens in the EU27 in 2008", New release 184, 16 december 2009, version digital: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/3-16122009-BP/EN/3-16122009-BP-EN.PDF, última visita: 16 de septiembre de 2010.
"Population of foreign citizens in the EU27 in 2008", New release 184, 16 december 2009, versión digital: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/3-16122009-BP/EN/3-16122009-BP-EN.PDF, última visita: 16 de septiembre de 2010.
"GDP per cápita EU 27 countries", versión digital: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=en&pcode=tsieb010>, última visita: 16 de septiembre de 2010.
28. Sartori, Fabio, *Acquisitions of citizenship slightly declining in the EU, Eurostat Population and Social Conditions*, version digital: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-10-036/EN/KS-SF-10-036-EN.PDF, última visita: 16 de septiembre de 2010.
29. OPS/OMS. *Levantamiento de Líneas de Base, Desafíos de Toronto, 2009-2010*.
30. Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, Reunión Andina, Migración de los Profesionales de la Salud, Marzo 2009, Lima Perú,
31. Bach, Stephen. *International migration of health workers: Labour and social issues*, Working Paper 209 Sectorial Activities Programme, Geneva, International Labour Office, 2003, versión digital: http://www.medact.org/content/health/documents/brain_drain/Bach%20Health%20worker%20Migration%20WP%202009.pdf.
32. Muthuri, J., Gbary, A. R., Kainyu, L., Nyoni, J., & Seddoh, A. *The cost of health professionals' brain drain in Kenya*, 2006. BMC Health Services Research, 6 (89).

33. Oficina Internacional del Trabajo. En busca de un compromiso equitativo para los trabajadores migrantes en la economía globalizada. Ginebra: OIT, 2004.
34. UNFPA. State of World Population 2006. *A passage to hope. Women and International Migration*. New York: UNFPA, 2006.
35. Yamada, G. *Retornos a la educación superior en el mercado laboral: ¿Vale la pena el esfuerzo?* Lima: CIUP – CIES, 2007.
36. Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, Jorge Castellanos Robayo; *El Reconocimiento y Homologación de Títulos Académicos de Profesionales de la Salud en los Países del Área Subregional Andina; Orientaciones y Guía para Consultores locales en la recopilación y análisis inicial de Normas e Instrumentos Nacionales pertinentes*, abril 2010.
37. República de Colombia, Ministerio de Educación Nacional, Boletín Informativo No 2, mayo-junio 2004.
38. Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS y Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue; Lima, Abril 2008.
39. Organización Panamericana de la Salud, *Llamado a la Acción de Toronto, 2006-2015, Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas. Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud*, 2005
40. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, 27a Conferencia Sanitaria Panamericana 59.a Sesión del Comité Regional, Washington, D.C., EUA, 1-5 de octubre del 2007. Metas Regionales en Materia de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015.
41. <http://www.parainmigrantes.info/homologacion-de-titulos-extranjeros-en-espana-tramites-para-el-reconocimiento-de-titulos-universitarios/>, En:http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-sp.pdf, última visita febrero 2010.

Bibliografía

- Altamirano, T. Remesas y “nueva fuga de cerebros”. Impactos transnacionales, Pontificia Universidad Católica del Perú, Fondo Editorial, Lima, 2006.
- Banco Interamericano de Desarrollo, “Remesas a América Latina y el Caribe declinarán en 2009-BID”, *Comunicados de prensa*, versión digital: <http://www.iadb.org/news/detail.cfm?language=Spanish&artid=5160&id=5160> última visita 6 de octubre de 2010.
- “Remesas a América Latina y el Caribe sobrepasarán 100.000 millones de dólares en 2010, según fondo del BID”, *Comunicados de prensa*, versión digital: <http://www.iadb.org/comunicados-de-prensa/2007-03/spanish/remesas-a-america-latina-y-el-caribe-sobrepasaran-100000-millones-de-dolares-en-3692.html>, última visita 6 de octubre de 2010.
- Barré R, Hernandez V, Meyer J B and Vinck D. ‘Scientific diasporas: How can developing countries benefit from their expatriate scientists and engineers?’ *Institute de Recherche pour le Developement*, France, 2004: IRD Edition.
- Becerra, C. “Migraciones profesionales a la UE. Oportunidades para el desarrollo Compartido. Segundo Informe: Chile. Organización Mundial de la Salud (OMS)/ Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Comunidad Europea (CE)/Observatorio Social del Ecuador (OSE)/Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). Santiago de Chile, 2010.
- Campuzano Arteta, Álvaro, “Sociología y misión pública en el Ecuador. Una crónica sobre educación y modernidad en América Latina”, en Levy, Bettina y Gentili, Pablo, Espacio público y privatización del conocimiento. Estudios sobre políticas universitarias en América Latina, *Buenos Aires, 2005: CLACSO*.
- Comisión Nacional de Acreditación Chile 2007. Guía para la acreditación, normas y procedimientos. Consultada en: http://www.cnachile.cl/docs/norm_proc.pdf.
- Comisión Nacional de Acreditación Chile 2007. Criterios generales de evaluación para carreras profesionales. Consultada en: <http://www.cnachile.cl/docs/materiales/criterios/profesionales.pdf>
- Comisión Nacional de Acreditación Chile 2007. Normas y procedimientos para evaluación de la calidad de los programas de post-grado. Consultado en: [http://www.cnachile.cl/docs/materiales/Normas_y_Procedimientos CONAP_ok.doc](http://www.cnachile.cl/docs/materiales/Normas_y_Procedimientos_CONAP_ok.doc)
- Comisión Nacional de Acreditación Chile 2007. Criterios de evaluación para la acreditación de especialidades médicas. Consultado en: <http://www.cnachile.cl/docs/materiales/criteriosespecificos/CriteriosEEMMV2.pdf>

- Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas 1984. Requisitos generales para certificación de especialistas. Consultado en: http://www.conacem.cl/requisitos_generales.asp
- Comisión Nacional de Acreditación Chile 2007. Criterios de evaluación para la acreditación de carreras de Enfermería. Consultado en: <http://www.cnachile.cl/docs/materiales/criteriosespecificos/enfermeria.pdf>
- Comisión Nacional de Acreditación Chile 2007. Perfil profesional y criterios para la acreditación de carreras de Medicina. Consultado en: <http://www.cnachile.cl/docs/materiales/criteriosespecificos/CriteriosMedicinaFINAL.pdf>.
- Consejo Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior, Ley de Educación Superior. Ecuador, mayo de 2000. Consultado en: http://www.unl.edu.ec/media/reglamentacion_vigente/leyEducacionSuperior.pdf.
- Courgeau, D., *Analyse Quantitative des Migrations Humaines*, París, 1980, Masson.
- Carrington W J and Detragiache E 'How big is the brain drain?' *IMF Working Paper 98*, Washington, D.C. 1998: International Monetary Fund.
- De los Ríos, J., & Rueda, C. Fuga de cerebros en el Perú: sacando a flote el capital hundido. *Economía y Sociedad*, 2005, (58), 22-26.
- Dirección de Presupuestos. "Estadísticas de las Finanzas Públicas 2009. Dirección de Presupuestos Ministerio de Hacienda. Julio, Santiago de Chile, 2010.
- Docquier, F., Lohest, O., & Marfouk, A. Brain Drain in Developing Countries. *The World Bank Economic Review*, 2007, 21 (2), 193-218.
- Docquier, Frédéric, Olivier Lohest y Abdelslam. Marfouk, "Brain drain in developing countries", en Disuccion Paper 4 Département des Sciences Économiques de l'Université Catholique de Louvain, 2007, version digital: <http://sites-test.uclouvain.be/econ/DP/IRES/2007-4.pdf>, última visita 11 de octubre de 2010.
- Dreesch, N. Reclutamiento internacional de la fuerza de trabajo en salud. Asamblea Mundial de Salud (p. 13). Geneva: OMS, 2010.
- Farne, Stéfano (Costos de migración del recurso humano en Salud en Colombia, 2010.
- Futuro laboral, 2010. Véase en <http://www.futurolaboral.cl/documentos/futurolaboral.xls>
- Gil Araujo, Susana. "Periféricos a la conquista de la metrópolis, Panorámica sobre las (in) migraciones latinoamericanas en España, *Revista de Estudios Migratorios Latinoamericanos*, 2006, Vol.60, pp. 291-342. *Spaces of hope*. Berkeley: University of California Press. ([1990] 2004). *La condición de la posmodernidad*. Buenos Aires: Amorrortu Ediciones.

- Harvard University's Global Equity Initiative. Human Resources for Health. Overcoming the crisis. Washington D.C.: Joint Learning Initiative, 2004.
- Hatton, T., & Williamson, J. (2002). What fundamentals drive world migration? Working Paper 9159, National Bureau of Economic Research, Cambridge.
- Hollifield, James, L'inmigration et l'Etat Nation á la recherche de'un modele national, Paris, L'Harmattan, 1997.
- Instituto Nacional de Estadística de Chile INE, 2003, *Censo 2002, Síntesis de resultados*, Santiago de Chile, INE, versión digital: <http://www.ine.cl/cd2002/sintesisencensal.pdf> última visita 6 de octubre 2010.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE), "Registro de chilenos en el Exterior. Principales resultados". Enfoque estadístico. Santiago de Chile, 2005.
- INE, Instituto Nacional de Estadística. Revisión del Padrón municipal 2007. Población por edad (año a año) y sexo.
- Levitt, Peggy and Nina Glick Schiller. "Conceptualizing Simultaneity: A Transnational Social Field Perspective on Society". In *International Migration Review*, Vol. 38, No. 3, Conceptual and Methodological Developments in the Study of International Migration (Fall, 2004), pp. 1002-1039. New York: The Center for Migration Studies of New York, Inc.
- Loeffler, Imre J.P. "Medical Migration", Nairobi, *The Nairobi Hospital Proceedings, 2001*, version digital: <http://www.cmj.hr/2001/42/5/11593497.pdf>, última visita: 21 de noviembre de 2010.
- Lozano, F. y Gandini L. La emigración de recursos humanos calificados desde países de América Latina y el Caribe. Tendencias contemporáneas y perspectivas. SELA-OIM, Caracas, 2009.
- Lowell B., Findlay A. y Stewart E. "Brain strain. Optimizing highly skilled migration from developing countries", en *Asylum and Migration Working Paper 3*, Londres, Institute for Public Policy Research, 2004, versión digital: www.ippr.org/members/download.asp?f=/ecomm/files/brainstrain.pdf, última visita 12 de octubre 2010.
- Maldonado-Dennis, L. *Puerto Rico y Estados Unidos: Emigración y Colonialismo*, México, Siglo XX, 1976.
- Maybud, Susan y Christiane Wisko, "Care trade: Las comisiones de las contratistas internacionales de los profesionales de la salud", en OIT, *Merchants of Labour*, Instituto Internacional de Estudios Laborales, Ginebra, 2006.
- Mensah, Kwadwo, Maureen Mackintosh and Leroi Henry. "The 'Skills Drain' of Health Professionals from the Developing World: a Framework for Policy Formulation", London, Med Act, 2005, version digital: http://www.migrationdrc.org/research/typesofmigration/skilled_migration_key_readings.html.

- Meller, P., Lara, B. y G. Valdés. "Rentabilidad de diferentes carreras universitarias y técnicas". Centro de Estudios Avanzados en Educación. Universidad de Chile, 2009.
- Mercosur educativo 2008. Memorándum de entendimiento sobre la creación e implementación de un sistema de acreditación de carreras universitarias para el reconocimiento regional de la calidad académica de las respectivas titulaciones en el Mercosur y estados asociados. Consultado en: <http://www.cnachile.cl/docs/arcusur/memorandum.pdf>
- Mercosur educativo 2008-2010. Manual de Procedimientos del Sistema ARCU-SUR. Consultado en: http://www.cnachile.cl/docs/arcusur/MANUAL_DEL_SISTEMA_ARCUSUR_oct.09_.pdf
- Mercosur educativo 2008. Dimensiones, componentes, criterios e indicadores para la acreditación Mercosur de enfermería. Consultado en: <http://www.cnachile.cl/docs/arcusur/Criterios-Enfermeria.pdf>
- Mercosur educativo 2008. Guías de autoevaluación para las carreras de Enfermería, Sistema ARCU-SUR. Consultado en: <http://www.cnachile.cl/docs/arcusur/20090623Guia-ARCUSUR-ENF.doc>
- Meyer J B and M Brown. *Scientific Diasporas: A New Approach to the Brain Drain*, Geneva: UNESCO Management of Social Transformations (MOST) Discussion, 1999, Paper No. 41 <http://www.unesco.org/most/meyer.htm>.
- Ministerio de Educación. "Indicadores de la Educación en Chile 2007 – 2008". Departamento de Estudios y Desarrollo de la División de Planificación y Presupuesto. Santiago de Chile, 2009.
- Ministerio de Educación Chile 2006. DFL N° 1-. Ley 18.962 - LOCE. Consultada en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=247551>.
- Ministerio de Educación Chile 2009. Ley 20.370 – LGE. Consultada en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1006043&buscar=ley+20370>.
- Ministerio de Educación Chile 2006. Ley 20.129. Consultada en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=255323&buscar=ley+20129>.
- Ministerio de Educación Chile 1981. DFL N° 1 – Normas sobre las Universidades. Consultado en: <http://www.leychile.cl/Navegar/?idNorma=3394&idVersion=1986-01-02&id>.
- Ministerio de Educación Perú, Ley No 25064 Registro Nacional de Grados y Títulos emitidos por las universidades públicas y privadas del país. Consultado en: <http://www.minedu.gob.pe/normatividad/>.
- Ministerio de Educación Superior; Oficina de Convenios y Cooperación Estructura y Titulaciones de educación Superior en Venezuela, Estructura y titulaciones de Educación Superior en Venezuela. Consultado en: <http://www.oei.es/homologaciones/venezuela.pdf>

- Ministerio de Educación Nacional; Guía Práctica para La convalidación de Títulos profesionales en Colombia; Requisitos generales para convalidar un título; Requisitos para títulos en el área de la salud. Consultado en: http://puj-portal.javeriana.edu.co/portal/page/portal/PORTAL_VERSION_2009_2010/internacionales/resources_v7/4_guia_practica_para_la_convalidacion_de_titulos.pdf.
- Muthuri, J. Gbary, A. R. Kainyu, L., Nyoni, J., & Seddoh, A. The cost of health professionals' brain drain in Kenya. *BMC Health Services Research*, 2006, 6 (89).
- Nárvaez, Rory. Costos de migración del recurso humano en Salud en Bolivia, 2010.
- Neira Orjuela, Fernando (2009), "Migración, remesas e indicadores económicos en la Comunidad Andina", en *Latinoamérica* [online], No 49, ISSN 1665-8574, México, julio-diciembre 2009, p. 79-96, versión digital: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-85742009000200004&lng=es&nrm=iso>, última visita 7 de octubre 2010.
- Norza, P. Recomendaciones de la Directora Regional para los Países Andinos de la OIM, Dra. Pilar Norza. Reunión Regional: "La Emigración de Recursos Humanos Calificados desde Países de América Latina y el Caribe". Caracas: OIM-SELA, 2009, p. 6.
- Observatorio Sanitario en Atención Primaria, 2006, versión digital: <http://www.observatoriosanitario.org/>.
- OIT. Informe III "Trabajadores Migrantes"; Conferencia Internacional del Trabajo, Ginebra 1999.
- OMS. Working together for health. Geneva: OMS, 2006.
- OPS-OMS. "Migración de recursos humanos en salud. Estudio Subregión Andina", Lima, Organización Panamericana de la Salud, Red Andina de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina, 2006.
- Organización Panamericana de la Salud, OPS, representación Ecuador, Fundación Ecuatoriana para la Salud y el Desarrollo, *Aproximaciones a la migración del talento humano en salud en Ecuador, Estudio de migración de médicos ecuatorianos a Chile y migración de médicos y enfermeras recién graduados en ciudades seleccionadas*, Quito, OPS, FESALUD, CONASA, 2007.
- Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, Área Subregional Andina, Castellanos, Robayo J. Reconocimiento de Equivalencia Académica de Títulos y Convalidación para el ejercicio profesional; Medicina y Enfermería; Informe Componente "Homologación de Títulos profesionales: Medicina y Enfermería; Manuscrito", Septiembre de 2010.
- Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS; Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue; Plan Andino de Recursos Humanos; Resumen Ejecutivo, Abril 2008.

- Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS “Consulta Regional en Recursos Humanos en salud; desafíos críticos”, Reunión regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud; Toronto, Canadá, 2005.
- Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS; “Metas Regionales en materia de Recursos Humanos en Salud 2007-2015” en 27 Conferencia Sanitaria Panamericana, 59 Sesión del Comité Regional, Washington D C, Octubre 1-6 de 2007.
- Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS; “La Política de Recursos Humanos y el compromiso con el derecho a la salud”; Resultados de la primera medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud, 2007-2015, en los países de la Región Andina.
- Organización del Convenio Andrés Bello de Integración educativa, científica, tecnológica y cultural; RESOLUCION No. 05/90. Consultado en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/6390.pdf?view=1>
- Organización de Naciones Unidas, “Recomendaciones sobre Estadísticas de las Migraciones Internacionales, 1998. Revisión *“Informes estadísticos. Serie M. No. 58, Rev. 1, Nueva York.*
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura-UNESCO; Convenio Regional de Convalidación de Estudios, Títulos y Diplomas de Educación Superior en América Latina y El Caribe; México 19 de julio de 1.974. Consultado en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=13512&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
- Pérez, Lorian. Costos de migración del recurso humano en Salud en Venezuela, 2010.
- Passel, Jeffrey S. The size and characteristics of the unauthorized migrant population in the U.S. Estimates based on the March 2005 Current Population Survey. Research Report, Washington, PEW Hispanic Center, 2006.
- Pedone, Claudia. “Tú siempre jalas a los tuyos, Cadenas y redes migratorias de las familias ecuatorianas hacia España” En Gioconda Herrera, María Cristina Carillo y Alicia Torres (editoras), *La migración ecuatoriana transnacionalismo, redes e identidades*. Quito, FLACSO, 2006.
Clase 10 y Clase 11, Los procesos migratorios latinoamericanos a Europa: nuevas territorialidades, nuevos flujos y nuevas exclusiones, Proyectos migratorios familiares y procesos de transnacionalismo: la experiencia ecuatoriana como estudio de caso, 2010, *Curso 1015*, CLACSO.
- Pellegrino, Adela. “¿Drenaje o éxodo? Reflexiones sobre la migración calificada”, 2001, versión digital: http://www.universidadur.edu.uy/bibliotecas/trabajos_rectorado/doc_tr12.pdf, última visita 8 de octubre 2010. “La migración calificada en América Latina”, en *Revista Foreign Affairs en español* [on line], abril-junio, versión digital: <http://imprasc.net:29572/ArticulosdeInteres/Documents/Foreign%20Affairs%20Latinoam%C3%A9rica/03%20migracion%20calificada.pdf>, última visita 7 de octubre

2010. (1995), "La migración internacional en América Latina", en: *Notas de Población* N° 62, CELADE, Chile (pp. 177/210).

- Ramírez de Castro, N. "Se buscan 25.000 médicos en España 3.600 especialistas extranjeros cada año", *Periódico ABC*, Madrid, 30 de octubre 2010, versión digital: <http://www.abc.es/20090305/nacional-sociedad/buscan-medicos-espana-especialistas-20090305.html>, última visita: 20 de noviembre de 2010.
- Ramírez G., Jacques. "Población andina en movimiento: destinos migratorios, inserción laboral y remesas", en, *Andina Migrante*, Programa de Sociología, Sistema de Información sobre Migraciones Andinas, Quito, FLACSO, 2008, No. 1, octubre, p. 2-7. "Fuga y desperdicio de cerebros: análisis de la migración ecuatoriana calificada", MIMEO, 2010.
- Radio France Internacional RFI, "Inmigración y tarjeta azul", en *Unión Europea*, versión digital: http://www.rfi.fr/actues/articles/094/article_5860.asp, 2007, última visita 12 de octubre 2010.
- Reglamento Leoni: Reválida de Títulos y equivalencia de estudios Gaceta oficial N° 28826; 15 de enero de 1.969. Consultado en: <http://equivalencias.una.edu.ve/UserFiles/file/REGLAMENTO69.pdf>.
- Reglamento del Sistema de Evaluación y Acreditación de Educación Superior, Ecuador, Decreto Ejecutivo 3093, Registro Oficial 666, de 19 de septiembre de 2002. Consultado en: http://proyecto.unlam.edu.ar/espec/htdocs4/%5Cprogramas%5Clegislacion%5Cnacionales%5CEcuador%5CNuevasRecop%5CReglamento-General_SEAES_conea.pdf
- Reglamento para el registro de títulos de educación superior amparados por convenios y acuerdos internacionales suscritos por le Ecuador. Consultado en: <http://www.uta.edu.ec/infoempresa/pdf/educacionsuperior/reconocimientotitulosinternacionales.pdf>.
- Reglamento para el reconocimiento de títulos de Educación Superior en cumplimiento de Acuerdos y Convenios Internacionales suscritos por el Ecuador. Consultado en: <http://www.uta.edu.ec/infoempresa/pdf/educacionsuperior/reconocimientotitulosinternacionales.pdf>.
- República Bolivariana de Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Educación Superior, Manual de normas y procedimientos de certificación de instituciones de educación superior y de títulos para el exterior; Caracas, Julio de 2008. Consultado en: http://www.mppeu.gob.ve/web/uploads/PDF/certificacion_titulos_exterior.pdf.
- República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Documento CONPES 3603 POLÍTICA INTEGRAL MIGRATORIA, Bogotá DC, Agosto 2009.
- República de Colombia, Ley No. 1188 de Abril de 2008. Por la cual se regula el registro calificado de programas de educación superior y se dictan otras disposiciones".

- República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Ley 1164 de 2007. Talento Humano en Salud, Octubre 2007.
- República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Resolución N°001058 de 23 de marzo 2010, Reglamento Servicio Social Obligatorio para egresados de programas de educación superior del área de salud.
- República de Colombia, Ministerio de Educación Nacional, Boletín Informativo No 2, mayo-Junio 2004.
- Sanabria H. 2010. Véase en: <https://docs.google.com/leaf?id=0B2qgH14fB-FgNDkzYmJkYWUtYmlyMi00OTdkLTgzMmUtZmMyMzQ0YjI5Mzlw&sort=name&layout=list&pid=0B2qgH14fB-FgZDk5M2UzMzEtYjQxYi00MDEyLTkwOWItOWM3NzkyOGlxZGFI>
- Sassone, Susana (2010), "Migración internacional contemporánea en América Latina y la Argentina como país de inmigración", CLACSO Curso 1015, versión digital: <http://www.formacion.clacso.edu.ar/course/view.php?id=23>, última visita: 12 de octubre 2010.
- Secretaría de Relaciones Exteriores. Ley del Servicio Exterior Mexicano, 2010, versión digital: http://www.sre.gob.mx/acerca/marco_normativo/leysem/cap1.htm, última visita 7 de octubre 2010.
- Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración (2009), "Anuario Estadístico 2009", versión digital: <http://extranjeros.mtin.es/es/InformacionEstadistica/Anuarios/Anuario2009.html> última visita: 20 de noviembre de 2010.
- Tamagno, C. Peruanos y ecuatorianos en España e Italia y los retos del codesarrollo. Seminario Internacional Los peruanos en Italia y el desarrollo del Perú. Lima: BID, 2006, p. 23.
- Unión Europea. "¿Cuánta gente vive en la UE?", en Hechos y cifras clave sobre Europa y los europeos, 2010, versión digital: http://europa.eu/abc/keyfigures/sizeandpopulation/howmany/index_es.htm, última visita: 20 de noviembre de 2010.
- Velásquez, Mario. Costos de migración del recurso humano en Salud en Chile, 2010
- Villa, Miguel. "El cambiante mapa migratorio de América Latina y el Caribe (notas para una exposición)" en CEPAL, 2004, versión digital: http://www.eclac.org/mujer/reuniones/conferencia_regional/Miguel_Villa.pdf, última visita: 20 de noviembre de 2010.
- Wise, Raúl, Humberto Márquez Covarrubias y Rubén Puentes. Migración, desarrollo y derechos humanos. Marco conceptual (versión preliminar para discusión): People's Global Action on Migration Development and Human Rights, INEDIM, 2010.

**Migración Calificada en Salud, Impacto Financiero, Reconocimiento de Títulos:
Retos y Perspectivas en los Países de la Región Andina**

Se terminó de imprimir en febrero de 2013
en los talleres gráficos de SINCO Editores
Jr. Huaraz 449 - Breña | Teléfono 433-5974
sincoeditores@yahoo.com



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

