ESTUDIO

MIGRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

SUBREGIÓN ANDINA

Organización Panamericana de la Salud

Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

ÁREA DE FORTALECIMIENTO DE SISTEMAS DE SALUD (HSS)
UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS (HR)

Catalogación hecha por Centro de Documentación OPS/OMS en el Perú

Migración de recursos humanos en salud. Estudio Subregión Andina / Organización Panamericana de la Salud, Red Andina de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina.-- Lima: Organización Panamericana de la Salud; 2006.
191 p.

Recursos Humanos en Salud / Migración / Migración Internacional / Bolivia / Perú / Colombia / Venezuela / España

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2008-03484
ISBN: 978-9972-222-153
Tiraje: 500 ejemplares

© Organización Panamericana de la Salud
Representación en Perú

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud, Área de Desarrollo de Sistemas de Salud, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpresiones y traducciones ya disponibles.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos del Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan, en las publicaciones de la OPS, letra inicial mayúscula.

Producción gráfica: duArtes 247-2788

Este estudio se realizó por encargo de la Organización Panamericana de la Salud bajo la conducción del Dr. Manuel Núñez Vergara. Conjuga el valioso trabajo de:

- Red Andina de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina

- Dr. Guido Zambrana Ávila	Bolivia
- Dr. Diego Giraldo Samper	Colombia
- Dr. Octavio Enríquez Lorca	Chile
- Dr. Marco Álvarez Freire	Ecuador
- Dra. Mariela Montilva de Mendoza	Venezuela
- Dr. Ulises Núñez Chávez	Perú
- Dr. Manuel Núñez Vergara	Coordinador

- Organización Panamericana de la Salud

- Dra. Mónica Padilla	Consultora de Recursos Humanos en Salud Sub Región Andina
- Dr. Giovanni Escalante Guzmán	Consultor Nacional de Recursos Humanos en Salud Perú

PRÓLOGO

Los trabajadores de salud son el eje fundamental en el funcionamiento de los sistemas de salud. De su adecuada dotación, distribución equitativa y competencias, dependerá que un sistema funcione correctamente.

Por tal razón, existen múltiples desafíos que requieren ser superados. Entre ellos, la migración de los trabajadores de salud, problema de creciente importancia para los países en desarrollo, por influir directamente en la viabilidad futura de los sistemas y servicios de salud de los países de la región.

La migración del personal de salud es un fenómeno crítico, sobre todo en el contexto actual, donde existen crecientes demandas de la población para acceder a más y mejores servicios de calidad, que se suma al interés de los gobiernos por extender las coberturas universales de salud en todos los países.

El 43° Consejo Directivo de la OPS-OMS hizo notar, en su introducción, "*la persistencia de importantes problemas de distribución, migración, inequidades y falta de articulación entre la formación de personal y las necesidades del sistema de servicios entre otras*". Por ello, en su parte resolutiva insta a los Estados Miembros a otorgar mayor prioridad a las políticas del desarrollo de recursos humanos y a participar en la iniciativa del Observatorio de los Recursos Humanos, encargado del análisis de la situación, la producción de información esencial y la formulación de materia de política, regulación y gestión de los recursos humanos[1].

Durante la consulta regional realizada el 2005, la OPS-OMS identificó cinco desafíos fundamentales que enfrentan los países de la región en el ámbito de los recursos humanos. El tercer desafío expresaba la necesidad de "*regular los desplazamientos de los trabajadores de salud, ya como movimientos internos (dentro del país) como en migraciones internacionales, de manera que permitan garantizar la atención a la salud*

[1] OPS-OMS CD43/9 Desarrollo y Fortalecimiento de la Gestión de los Recursos Humanos en el Sector Salud.

para toda la población". Como una primera condición, para alcanzar este desafío, los países participantes propusieron el monitoreo de los desplazamientos internos, la migración internacional del personal de salud y conocer las tendencias de migración interna y externa de las principales profesiones[2].

En la sesión del 47° Consejo Directivo de la OPS-OMS el 2006, se señaló que "*la migración de los recursos humanos del sector de la salud es un fenómeno de gran complejidad, cuya notoriedad ha ido creciendo conforme van desarrollándose la extracción y la expulsión del personal de salud dentro del ámbito nacional, y entre países*". Las cifras sobre migración son elocuentes, pues entre 25 y 28% de los médicos que ejercían en los Estados Unidos de América, el Reino Unido, Canadá y Australia se habían graduado fuera de esos países. Entre 40 y 75% de esos médicos, provenían de países de bajos ingresos[3].

Como un llamado a la acción, durante la 27° Conferencia Sanitaria Panamericana[4], 38 países de la Región de las Américas, se comprometieron a impulsar el cumplimiento de las metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007 - 2015. Entre ellas, específicamente, a promover iniciativas nacionales e internacionales para que los países en desarrollo conserven a su personal sanitario y eviten carencias en su dotación buscando las siguientes metas:

> "*Meta 10: 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.*
> *Meta 11: Todos los países de la Región tendrán una política de autosuficiencia para satisfacer sus necesidades de recursos humanos para la salud.*
> *Meta 12: Todas las subregiones habrán desarrollado mecanismos para reconocimiento de los profesionales formados en el extranjero.*"

[2] Llamado a la acción de Toronto, Hacia una década de recursos humanos para la salud en las Américas, OPS, Salud Canadá y el Ministerio de Salud de Ontario y Long Term Care, Canadá, octubre 2005.
[3] OPS-OMS. CD47/19. Los Recursos Humanos De Salud. Retos Fundamentales para la Región de las Américas: Mesas Redondas. 2006.
[4] OPS CSP27/10 1 - 5 octubre 2007. Washington DC.

Bajo este marco, el presente estudio es un aporte para los países de la subregión andina, pues sistematiza información estratégica sobre las principales características y los cambios en los flujos migratorios, muestra con evidencias un conjunto de factores expulsores e impulsores de la migración de los países del área andina hacia Estados Unidos, Canadá, Europa y algunos países latinoamericanos. Precisa, además, nuevos circuitos migratorios que son, cada vez más crecientes, lo que demandará una mayor atención por los países de la subregión andina.

También, presenta escenarios alternativos sobre el impacto de la migración de los trabajadores de salud en los países de la subregión andina, los mismos que constituyen desafíos para preservar e incrementar una suficiente fuerza de trabajo en salud para las crecientes demandas, desde una perspectiva de sistemas de salud en un marco de cobertura universal y la atención primaria de la salud.

La migración de los trabajadores de salud constituye también un triple reto técnico, político y ético para los gobiernos y sus sistemas de salud. El estudio propone una agenda de posibles soluciones tomando atención a estos tres aspectos.

El recurso humano en salud es un bien público por lo que deberá ser valorado y protegido como un factor estratégico para la salud y el desarrollo.

Confiamos que este documento, aunado a otros esfuerzos, permita una mejor comprensión del problema sobre la migración de los trabajadores de salud en el área andina y contribuya a generar políticas destinadas a conservar, proteger y mejorar la inserción de la fuerza laboral de salud en nuestros países.

Manuel Peña
Representante
OPS/OMS - Perú.

ÍNDICE

Pág.

RESUMEN EJECUTIVO 11
INTRODUCCIÓN 15

PRIMERA PARTE
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MIGRACIÓN 19

1. Precisiones iniciales 21
2. Perspectiva histórica 23
3. Situación actual 26
4. Abordaje teórico - explicativo 29
5. Esfuerzos en curso 35

SEGUNDA PARTE
MIGRACIÓN DE PERSONAL DE SALUD 39

CAPÍTULO I
ASPECTOS GENERALES 41

1. Introducción 41
2. Perspectiva histórica 45
3. Abordaje teórico explicativo 52
4. Impacto en los países de origen 54

CAPÍTULO 2
MIGRACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD EN LA REGIÓN ANDINA Y ESPAÑA 59

PERCEPCIÓN DE ACTORES EN EL TEMA DE MIGRACIÓN 59
MIGRACIÓN DE PERSONAL DE SALUD EN LA REGIÓN ANDINA Y ESPAÑA 82
Perfil de país y bases legales de la profesión médica 82
1. Bolivia 84
2. Colombia 89
3. Ecuador 96
4. Perú 98
5. Venezuela 103
6. España 107

CAPÍTULO 3
MIGRACIÓN EN OTRAS REGIONES 131

CAPÍTULO 4
AVANCES EN POLÍTICAS Y GESTIÓN DE LA MIGRACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD 145

a. Iniciativas de organismos multilaterales 145
b. Iniciativas de políticas 152

CAPÍTULO 5
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 157

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 163

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA 171

RESUMEN EJECUTIVO

La migración internacional es el fenómeno sociodemográfico y cultural más significativo de nuestro tiempo. La migración de profesionales de la salud es uno de los mayores desafíos para construir políticas nacionales de salud viables y efectivas. A pesar de ello, aún existe escasa información válida y confiable, lo que representa una limitación fundamental para la gestión estratégica de los recursos humanos y la consiguiente toma de decisiones.

Este estudio es un aporte a los esfuerzos nacionales e internacionales por gestionar la migración de profesionales de la salud, brindando una visión general de la información disponible y de la percepción de los gestores en los países de la región andina.

Nuestro objetivo fue generar información estratégica sobre la migración de profesionales de la salud. El estudio involucró el análisis de los marcos legales vinculados a la migración y el ejercicio profesional de los países de la Comunidad Andina (Venezuela, Colombia, Perú, Ecuador y Bolivia) y Chile; y el de España como uno de los principales países receptores. Realizamos una revisión de fuentes secundarias disponibles en Colegios profesionales, organismos gubernamentales, universidades, entre otras instituciones, con base en variables preestablecidas. Además aplicamos un cuestionario a grupos de "expertos" para profundizar sobre los determinantes del proceso migratorio y sus perspectivas.

El estudio muestra un cambio sustancial en el flujo migratorio, de países de la región andina hacia España en los últimos 10 años, a diferencia del flujo que anteriormente se orientaba hacia los Estados Unidos. Este canal de migración se ve sustentado por el Convenio Andrés Bello, a través del cual se homologan los títulos profesionales en forma casi automática. Además se eliminaron las cuotas para extranjeros en el proceso de postulación al MIR (residentado médico) desde 1999.

Es importante anotar que este canal migratorio se acompaña de una fuerte expansión de la oferta educativa en la mayoría de los países andinos, con excepción de las universidades denominadas "tradicionales" de Venezuela.

Una de las razones para esta movilización es atribuible a las mejores condiciones remunerativas en España, con relación a las de los países andinos, tanto en medicina general como en medicina familiar. Otro factor es atribuible a las oportunidades de especialización; por ejemplo, en Perú, uno de cada 6 médicos logra ingresar a los programas de especialización. Por el contrario en España, 100% de los postulantes tienen plenas oportunidades.

La información recopilada sugiere que el canal de migración a España camina a configurarse como una red, como se ha visto con la migración general, por el nivel de aceleración que presenta. A esto contribuyen los procesos de reclutamiento activo, como se ve en el establecimiento de agencias y academias de España en diversos países latinoamericanos.

Otra de las razones de este comportamiento es el flujo migratorio de médicos españoles a otros países de la comunidad europea, por las mejores condiciones salariales, habiéndose reportado, por ejemplo, que anualmente 800 a 900 médicos españoles migran al Reino Unido.

Otros importantes flujos migratorios a considerar en nuestra región son los de los programas de cooperación de la República de Cuba en Latinoamérica, así como el proceso migratorio entre Ecuador y Chile en la región andina. Estos flujos se suman al circuito global descrito por Dumond en que se considera a Canadá, Cuba, Estados Unidos, Reino Unido, Austalia, Sudafrica y Nueva Zelandia, entre otros países.

Las evidencias señalan que la migración es uno de los factores que afectará en algunos países con mayor intensidad, la dinámica de provisión de los servicios de salud, y particularmente en el primer nivel de atención. Si esta tendencia se consolida y desarrolla, puede llegarse a tres escenarios posibles: el primero, es el de una migración adecuadamente regulada, que permitiría mantener la disponiblidad de médicos en el primer nivel de atención. El segundo escenario es el de una migración débilmente controlada a través del canal, lo cual disminuiría severamente la dotación de médicos en el primer nivel de atención. Finalmente, el tercer escenario, se caracteriza por una total desregulación que favorece una masiva migración, que producirá un saldo negativo de médicos en el primer nivel de atención, con graves consecuencias para el cumplimiento de las políticas de salud en nuestros países.

En atención a este contexto, urge hacer más visible el tema migratorio en salud, concordar políticas de retención de los profesionales, mediante incentivos, mejoras salariales, oportunidades de desarrollo profesional, y una regulación que, preservando el derecho a la libre circulación, garantice el derecho de los ciudadanos a una atención con equidad y calidad[1]. Sugerimos además profundizar el estudio en aspectos más específicos, que contribuyan eficazmente a modular el proceso migratorio previamente descrito.

[1] McMaster Professor's Editorial in The Lancet - Medical migration and inequity of health care. Lancet 2000; 356: 177

INTRODUCCIÓN

La migración internacional es el fenómeno sociodemográfico y cultural más significativo de nuestro tiempo[2], y la gestión de la migración de profesionales de la salud se constituye en uno de los mayores desafíos en el esfuerzo por construir políticas nacionales de salud viables y efectivas.

La salud se caracteriza por ser desde el punto de vista económico un servicio altamente intensivo en el uso de la fuerza de trabajo, estimándose que anualmente involucra la participación de alrededor de 35 millones de personas en todo el mundo[3], fuerza que, sin embargo se muestra insuficiente para brindar una atención de salud con equidad y calidad. Más aún, son numerosos los llamados de alerta sobre la crisis en la disponibilidad de este personal, la cual requiere ser suplida de manera perentoria. Así, existe la percepción de que enfrentamos una crisis internacional en la disponibilidad del personal de salud, hecho que se traduce en un "desbalance" en la disponibilidad global de los recursos humanos en salud[4].

De manera general, podemos señalar que el número de migrantes se ha doblado desde 1975, estimándose que 175 millones de personas (2.9% de la población mundial) viven fuera del país en que nacieron, incluyéndose en esta cifra a los trabajadores migratorios, los refugiados y los solicitantes de asilo, aunque no se incluye, el número creciente de migrantes irregulares o indocumentados[5]. De este total, 65 millones son económicamente activos[6] y 48% son mujeres. La mayor parte de los migrantes

[2] Altamirano T. Remesas y nueva "fuga de cerebros". Impactos transnacionales. PUCP. Fondo Editorial 2006, p. 17. ILO (1999). Terms of employement and working conditions in health sector reforms. Geneva, Internacional Labour Office, p. 23.
[3] Martineau T, Decker K & Bundred P. Briefing Note on Internacional migration of Health Professionals:levelling the playing field for developing country health systems. Liverpool School of Medicine 2002, p. 3.
[4] Organización Mundial de la Salud. Migración Internacional, Salud y Derechos Humanos. Serie de Publicaciones sobre Salud y Derechos Humanos Nº 4, diciembre de 2003.
[5] Stilwell B y cols. Migration of health-care workers from developing countries: strategic approaches to its management. Bull WHO 2004; 82(8):595-600.
[6] Stillwell B, Diallo K, Zurn P, Dal Poz MR, Adams O, Buchan J. Developing evidence-based ethical policies on the migration of the health workers. Conceptual and practical challenges. Human Resources fot health 2003;1:8.

viven en Europa (56 millones), Asía (50 millones) y Norteamérica (41 millones). Se estima que el 65% de los migrantes económicamente activos son "altamente calificados" [7,8].

Se ha reconocido igualmente de manera general, que la migración es mayor en aquellas personas con una mayor experticia o experiencia profesional. Así profesionales en tecnologías de la información y comunicación (TIC), investigadores y profesionales de la salud, representan las mayores tasas relativas, proceso evidentemente facilitado por una creciente globalización del conocimiento[9].

La migración siempre ha existido, pero el día de hoy toma un nuevo cariz, merced a su alcance y a la velocidad que adquiere. En términos generales la migración de profesionales de la salud sigue la tendencia de la migración general de la población[10]. Más aún, la migración de profesionales de la salud es un fenómeno creciente, dinámico y complejo, que presenta oportunidades y desafíos a las personas, a las instituciones y a los sistemas de salud.

En estos 175 millones de personas se encuentra mucho de lo mejor de los profesionales de la salud, lo cual incluye particularmente a los médicos y enfermeras, cuya pérdida puede comprometer la integridad de los sistemas de salud, como ya se aprecia en algunos países de África y Asia[11].

Existe evidencia, aún parcial, de que este proceso es crecientemente grave, particularmente en el Perú[12] y en otros países de la región andina y Chile, por lo que se

[7] Stillwell B, Diallo K, Zurn P, Dal Poz MR, Adams O, Buchan J. Developing evidence-based ethical policies on the migration of the health workers. Conceptual and practical challenges. Human Resources fot health 2003;1:8.
[8] De acuerdo a Stillwell & cols, los "profesionales altamente calificados", son aquellos que han completado la educación terciaria (educación superior en el Perú), y tienen un trabajo profesional. En términos de la fuerza de trabajo de salud, este autor incluye a los médicos, enfermeros, odontólogos y farmacéuticos.
[9] Mehmet, O (2002) The emerging global labor market: some implications for Internacional health (2nd Draft). WHO consultation on imbalances in the health wokforce.Otawa 10-12 March 2002 (no publicado). Citado por Martineau y cols.
[10] Stilwell B y cols. Migration of health-care workers from developing countries: strategic approaches to its management. Bull WHO 2004; 82(8):595-600.
[11] Ibid.
[12] Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y Desempeño con Desarrollo Humano. Ministerio de Salud - IDREH - Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud- Serie de Recursos Humanos en Salud 2005; 1.

requiere contar con información relevante y confiable que permita comprender mejor este fenómeno.

Bajo esta perspectiva es que se propuso el desarrollo de la presente investigación, la cual analiza las condiciones en que los trabajadores de la salud migrantes se integran o no en los sistemas de salud en los países receptores, la forma en que están estructurados los marcos legales de los países receptores, las relaciones establecidas entre los países para el reconocimiento y validación de los certificados profesionales y otros aspectos que influyen al momento de la inserción laboral de un migrante. Mostramos asimismo la percepción que sobre este fenómeno migratorio tienen los gestores del campo de la salud y la formación médica en los países andinos.

PRIMERA PARTE

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MIGRACIÓN

1. Precisiones iniciales

Una primera precisión que es necesario realizar es aquella del trabajador migrante, acerca de la cual no existe una definición o categoría única. Un trabajador migrante internacional es definido por la *Convención Internacional de las Naciones Unidas sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migrantes y de sus Familias* de 1990 como toda "persona que vaya a realizar, realice o haya realizado una actividad remunerada en un Estado del que no sea nacional"[13].

Esta definición sería modificada en 1997 en los siguientes términos: "toda persona que se traslada a un país que no sea su lugar de residencia habitual por un período de al menos un año (12 meses), de forma que el país de destino se convierte en su nuevo país de residencia habitual" (Naciones Unidas, 1998). Según su estructura, los movimientos migratorios pueden clasificarse en migración permanente (migración a largo plazo, de varios años de duración), migración temporal (de tres meses a un año de duración), o migración estacional (entre uno y tres meses de duración).

Por otro lado, se puede analizar bajo la perspectiva de migrantes temporales (p.e. aquellos que provienen de China y Cuba en la actualidad) en programas de cooperación, distinguiéndolos de aquellos permanentes (entre los países en desarrollo y los desarrollados). Sin embargo, en la práctica una migración temporal puede terminar, como se observa con frecuencia, en una migración permanente.

Asimismo, una constatación importante al revisar este tema es el énfasis brindado al estudio del impacto y las consecuencias en los países de destino, con una relativa pobre atención a los países de origen. El presente estudio procura aportar en una

[13] Diálogo Internacional sobre la Migración: Taller sobre perspectivas para el acopio y gestión de datos. Acopio y Gestión de Datos, 8-9 de septiembre de 2003, disponible en http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/inf/download/ecosoc/migration.pdf, consultado el 9 de septiembre de 2006, 18:15 h

visión más equilibrada del fenómeno migratorio, generando y sistematizando información especialmente desde los países de origen.

En este contexto recogemos las palabras de Ruiz y Blanco[14]:

> *"La migración no es exclusiva ni específica ya de minorías, ni de desesperados ni de inexpertos; tampoco es una expresión única, y menos aún de sentido único. El emigrante moderno, por el contrario, pertenece a los estratos altos y bajos de la escala socioeconómica, ha emigrado no sólo una, sino varias veces, con un viaje de retorno a su origen o con nuevas etapas en su itinerario, se mueve por imperativos de supervivencia económica y por pura ambición personal, por motivos económicos, políticos, profesionales, turísticos o de calidad de vida. La inmigración actual implica un cambio de nación, de región, de municipio, de residencia, de profesión, de amistades, de cónyuge, de hobby, y en todos los casos, de red de relaciones sociales".*

En esta línea de pensamiento, la migración es un fenómeno sumamente complejo, en la medida en que por ejemplo, sólo en el campo económico, sus efectos dependerán de la magnitud, la velocidad, la intensidad y la estructura del flujo migratorio en términos de edad y calificaciones. Más aún, ellos dependen del ciclo económico en que esté el país receptor (especialmente en términos de desempleo) y la capacidad de incorporar rápidos cambios estructurales[15]. Estas y otras precisiones, que serán desarrolladas a través de este informe, son importantes a tomar en cuenta en el momento de analizar el fenómeno migratorio.

[14] Ruiz, J. I. Y C. Blanco. La inmigración vasca. Análisis trigeneracional de 150 años de inmigración, Bilbao, Universidad de Deusto, 1994; citado por Meneses M. La Migración Peruana a España, 1980-2003. Ponencia presentada en el coloquio científico "20 años de discurso sobre integración" organizado por la Universidad de Metz en Talange, Moselle (Francia) del 6 al 9 de mayo de 2004, en el marco de intercambio de investigadores de la cooperación interuniversitaria ALFA Trans Migra Red (N°AML/B7-311/97/0666/II-0336-F1): "Construir la comunidad de los investigadores en migraciones transnacionales".

[15] Para un análisis preciso puede revisarse: Internacional mobility of the Highly Skilled: Brain gain, Brain Drain or Brian Exchange. Hamburgisches Welt-Wirtschafts-Archiv (HWWA) -Hamburg Institute of International Economics 2000. HWWA Discussion Paper N' 88.

2. Perspectiva histórica

La migración como fenómeno demográfico es sumamente antigua. Sin embargo con el capitalismo se han fortalecido, particularmente a partir del siglo XVI con el descubrimiento de América, lo que generaría lo que se denominó la "etapa de acumulación originaria del capital", básicamente en Inglaterra y parte de Alemania en la primera revolución industrial y promoviendo la formación de los estados modernos. Así la disponibilidad de tierras y la imperiosa necesidad de colonizar "antes que el otro" impulsaron los movimientos poblacionales[16].

Con este punto de partida, la expansión del capitalismo desde entonces estuvo generalmente acompañada de importantes desplazamientos poblacionales, direccionados por motivos políticos, económicos y sociales. Así pueden distinguirse, de acuerdo a Acosta, López y Villamar, al menos 3 flujos migratorios significativos desde entonces[17]:

a. Aquel de las poblaciones europeas hacia los otros continentes, y constituida principalmente por soldados, comerciantes, marinos, clérigos, administradores políticos y mano de obra en general. Se estima que en el caso de España, el proceso involucró a 250000 personas entre los siglos XVI y XVIII, llegando a 4 millones en el siglo XIX.

b. Un segundo flujo migratorio marcado por el tráfico de esclavos desde África, para cubrir las necesidades de mano de obra en las minas y plantaciones, fundamentalmente de América. En 1770 se estima que habían unos 2.5 millones de esclavos en las Américas, considerándose que hasta la abolición del tráfico de esclavos alrededor de 1850, habían sido transportados entre 10 y 15 millones de esclavos.

c. Finalmente el flujo de los trabajadores "aprendices", con contratos poco menos que de servidumbre y que surgen a raíz de la prohibición de la esclavitud y su

[16] Acosta A, López S % Villamar D. La Migración en el Ecuador - Oportunidades y Amenazas. Centro Andino de Estudios Internacionales, Universidad Andina Simón Bolívar. Corporación Editora Nacional, Serie Estudios Internacionales N° 6, Quito 2006.

[17] Esta reseña se basa fundamentalmente en el análisis presentado por Acosta A, López S % Villamar D. La Migración en el Ecuador - Oportunidades y Amenazas. Centro Andino de Estudios Internacionales, Universidad Andina Simón Bolívar. Corporación Editora Nacional, Serie Estudios Internacionales N° 6, Quito 2006, p 22.

tráfico. El origen se centra en Asia, destacando India, China y Japón. El flujo comenzó alrededor de 1820, con el empleo de trabajadores indios en las colonias británicas, extendiéndose luego a plantaciones del Caribe (Guyana, Trinidad, Jamaica, etc). Desde China el proceso se iniciaría alrededor de 1840 con destino a EE.UU, Australia y las colonias en el sudeste asiático, y finalmente desde Japón a partir de 1868 hacia EE.UU. y a finales de siglo hacia Brasil y Perú.

Otros movimientos migratorios internacionales importantes han sido los de los campesinos y artesanos europeos hacía América y en menor medida hacia Asia y África sucedidos entre 1846 y 1932, estimados en más de 50 millones de personas, y que respondieron fundamentalmente al proceso de industrialización y urbanización de Europa. La inmigración europea acaecida entre 1948 y 1973 la describiremos más adelante.

Sin embargo, luego de la segunda guerra mundial, particularmente alrededor de los años 60's se produce una suerte de inflexión en el perfil trasnacional de estos procesos. Así, países como los de Europa central y del Oeste, que hasta entonces habían aportado ingentes cantidades de inmigrantes hacia América, Asia y África, viran a convertirse, conjuntamente con la propia Norteamérica en países receptores de inmigrantes[18]. La escasa densidad poblacional y la economía floreciente han sido potentes atractores, entre otros, para la migración hacia Europa, Canadá y Australia. Se estima que entre 1983 y 1993 entraron a Estados Unidos de N.A. 9.8 millones de residentes permanentes, de los cuales sólo un millón procedía de países europeos (a partir de 1990 fundamentalmente ex soviéticos y polacos).

En este marco, una característica de los años 90s es la incorporación del tema de las migraciones internacionales como un "problema" presente en la agenda internacional. Esto es distintivo de lo acontecido en el abordaje de este tema en los pasados 50 años, en que es abordado de manera esporádica, y ligado a agendas coyunturales generalmente bilaterales entre los países.

[18] Altamirano T. Remesas y nueva "fuga de cerebros". Impactos transnacionales. PUCP. Fondo Editorial 2006, p. 17.

Desde el punto de vista de Saskia Sassen[19], la inversión extranjera directa ha sido uno de los factores determinantes que están contribuyendo a estructurar un espacio transnacional de la globalización, en el que los países pobres, receptores de las inversiones procedieron a implementar políticas de ajuste estructural con el consiguiente traslado del costo social a la población de menores recursos, lo que a su vez repercutió violentamente en la forma de vida de los pobladores, comprometiendo seriamente sus condiciones de vida. En esta línea también se ubican las intervenciones del Estado en la estructura productiva, particularmente agraria, con el consiguiente desempleo.

Así un proceso clave que enlazaría como intermediario entre el trabajo y la migración sería la ruptura de las estructuras tradicionales de trabajo[20] con la consiguiente generación de una masa de trabajadores que encuentran como mejor opción la migración.

Este proceso de migración se caracteriza, de acuerdo a Claudia Pedone[21] por:

- **La emergencia de ciudades globales, como expresión de la nueva estratificación del mercado de trabajo a nivel mundial.** En la que se conjugan las nuevas formas de concentración del crecimiento económico, con las consiguientes formas de exclusión social.
- **La feminización de flujos migratorios internacionales.** Que toma mayor nitidez cuando se analiza el creciente mercado laboral en servicios de proximidad (servicio doméstico, cuidado de ancianos y niños, y similares) y prostitución (con el incremento del tráfico ilegal de mujeres para la prostitución).
- **La modernización agrícola en países receptores y necesidad de mano de obra inmigrante.** Un rasgo de la era actual es la incorporación potente de la tecnología no sólo en los espacios urbanos, sino también en los rurales, principalmente en los países desarrollados, pero también, aun cuando generalmente en menor medida, en los subdesarrollados. Esto ha ido aparejado a la conformación

[19] Reflexiones recogidas de Sasen S. The mobility of Labour and Capital: A Study in International Investment and Labour Flor. Cambridge: Cambridge University Press, 1988, citada en Pedone C. Estrategias Migratorias y Poder - Tu siempre jalas a los tuyos. Plan Migración, Comunicacióny Desarrollo, Quito, 2006.
[20] Citada por Claudia Pedone en Estrategias Migratorias y Poder - Tu siempre jalas a los tuyos. Plan Migración, Comunicacióny Desarrollo, Quito, 2006.
[21] Para una excelente revisión en el tema, puede consultarse a Pedone C. Estrategias Migratorias y Poder - Tu siempre jalas a los tuyos. Plan Migración, Comunicacióny Desarrollo, Quito, 2006, p. 37.

de mercados regionales en los que ser competitivo es un requisito fundamental para persistir, y en los que el costo de producción es uno de los principales factores sobre los cuales se puede actuar. Es así que se puede entender el creciente mercado laboral que se abre a migrantes que aceptan trabajar en formas precarias de empleo, con las consiguientes bajas remuneraciones, condiciones no aceptables por los trabajadores nacionales.

3. Situación actual

Como se ha mencionado anteriormente, el número actual de migrantes (personas que viven fuera del país en el que nacieron) fluctúa entre 150 y 175 millones de personas, cifra que llegaría a representar no más del 2.5% de la población mundial (si considerásemos los aproximadamente 6000 millones de habitantes en el año 2000), cifra inusitadamente similar a la estimada para el año 1970 (80 millones de migrantes para una población de 3500 millones) y algo superior a los 75 millones de 1965[22]. De tal manera que, como señalan Acosta, López y Villamar, así como se investigan las razones del flujo migratorio, es necesario explicar por qué no se producen flujos de mayor magnitud, en el contexto de una creciente globalización de las economías y las comunicaciones, así como las crecientes desigualdades entre los países[23]. A pesar de esto, es necesario considerar que esta aparente menor tasa (alrededor de 2,9%) tiene un importante impacto en un mundo crecientemente globalizado, fundamentalmente por:

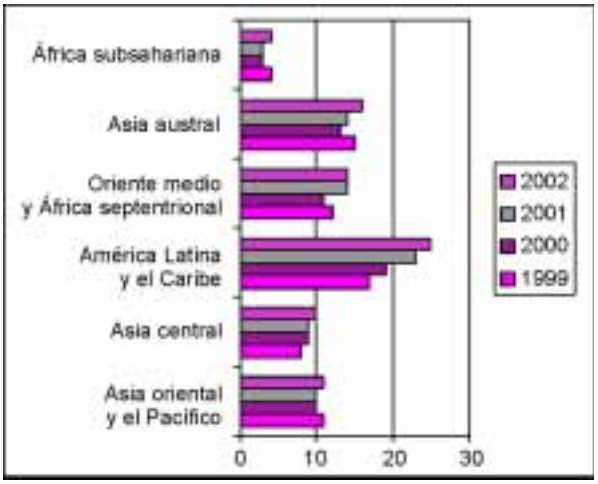
a. El impacto en la vida social, económica y política del país.
b. La concentración de inmigrantes en "ciudades globales".
c. El creciente peso de las remesas en las economías de los países de origen.
d. El desfase entre apertura de mercados y restricción a la migración, generando fricciones internacionales.

[22] Dato citado en: La migración del personal de salud en la región de las Américas, situación, perspectivas y sugerencias para la acción. VIII Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de salud. 5 y 6 de octubre de 2006, Colonia del Sacramento, Uruguay, Septiembre 2006, Ministerio de Salud de Uruguay. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Documento de Trabajo p .1 (accesado en http://www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HR/7conf_iberoamer_migracion.pdf, 7 de noviembre de 2006: 19:35 h).
[23] Acosta A, López S % Villamar D. La Migración en el Ecuador - Oportunidades y Amenazas. Centro Andino de Estudios Internacionales, Universidad Andina Simón Bolívar. Corporación Editora Nacional, Serie Estudios Internacionales N° 6, Quito 2006.

Remesas

En el año 2001, los ingresos por remesas representaron 72,300 millones de dólares, una cifra muy superior al total de las inversiones extranjeras directas (oficiales y privadas) en los países en desarrollo. En otras palabras las remesas de los trabajadores migrantes han sobrepasado el total de la ayuda mundial para el desarrollo[24].

Figura 1. Remesas (en millones de dólares) según área geográfica.

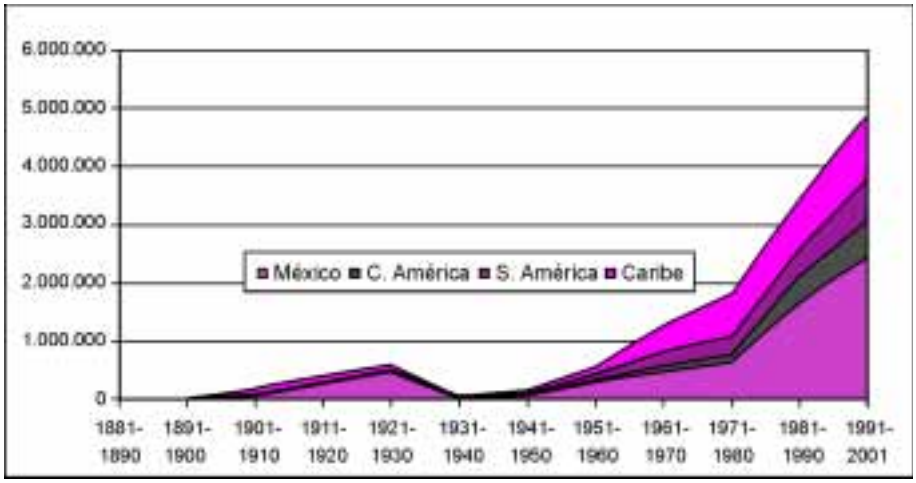


Fuente: Banco Mundial 2003[25]

En el caso de las remesas de la región de las Américas, el número ha crecido a la par del crecimiento de la migración, como se ha visto concretamente en el caso de Estados Unidos:

[24] Datos citados en Organización Mundial de la Salud. Migración Internacional, Salud y Derechos Humanos. Serie de Publicaciones sobre Salud y Derechos Humanos Nº 4, diciembre de 2003, p. 13.
[25] Citado en Organización Mundial de la Salud. Migración Internacional, Salud y Derechos Humanos. Serie de Publicaciones sobre Salud y Derechos Humanos Nº 4, diciembre de 2003.

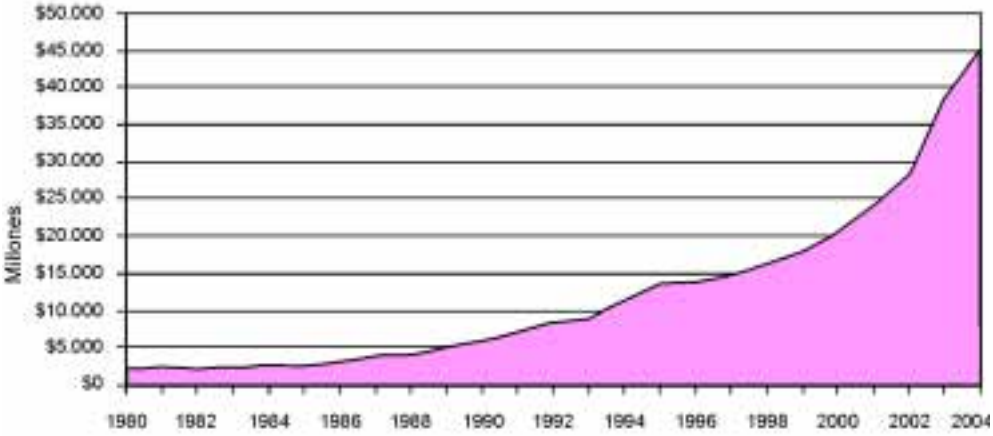
Figura 2. Inmigración de América Latina y el Caribe - Periodo 1881 - 2001.



Fuente: Migraciones y remesas en América Latina y el Caribe: Los flujos intrarregionales y las determinantes macroeconómicas[26]

Crecimiento que se expresa muy nítidamente, particulamente en los últimos años, en un crecimiento muy significativo de las remesas emitidas hacia América Latina y el Caribe, inclusive cuando se reconozca que este monto puede estar siendo infravalorado en un grado importante:

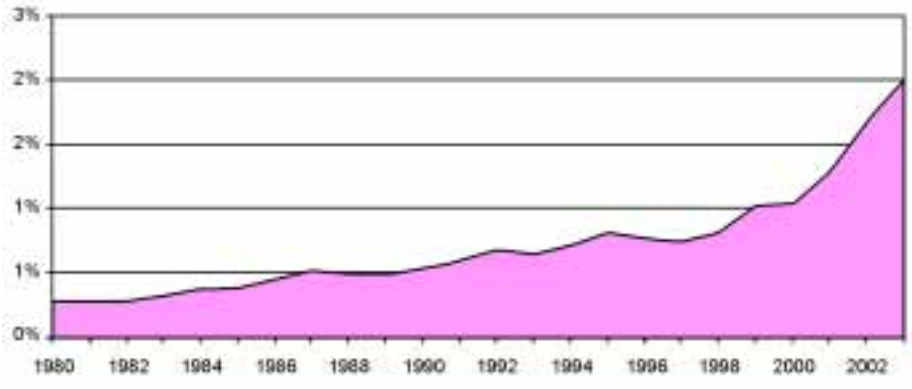
Figura 3. Flujo de remesas anuales hacia América Latina y el Caribe, años 1980 - 2004.



Fuente: Migraciones y remesas en América Latina y el Caribe: Los flujos intrarregionales y las determinantes macroeconómicas[27]

Como se muestra en el siguiente gráfico, las remesas representan una proporción cada vez mayor del ingreso nacional. Aunque ocupan 2% del PBI, su impacto variará significativamente dependiendo del país, siendo en términos generales mayor el impacto, cuando más pequeña es la economía.

Figura 4. Remesas a América Latina y el Caribe como % del PBI, años 1980 - 2002.



Fuente: Migraciones y remesas en América Latina y el Caribe: Los flujos intrarregionales y las determinantes macroeconómicas[28]

4. Abordaje teórico - explicativo[29]

Son múltiples los enfoques teóricos, y seguramente no excluyentes, que se han empleado para procurar entender la migración de poblaciones. Estas explicaciones han sido desafiadas en su consistencia, y en última instancia en su validez, por las amplias diásporas que se han presentado y se presentan en la actualidad, por la transformación en el patrón migratorio acontecido luego de la 2ª Guerra Mundial, las

[26] Secretaría Permanente del SELA, Caracas, Venezuela. Mayo de 2006, SP/Di No. 4 - 06, p. 4, en la que se cita como fuente a US CIS, Washington, DC, 2005.
[27] Secretaría Permanente del SELA, Caracas, Venezuela. Mayo de 2006, SP/Di No. 4 - 06, p. 5, en la que se cita como fuente a Banco Mundial, Indicadores de Desarrollo Mundial, Washington, 2005. BID.
[28] Ibid.
[29] Empleamos y recreamos el abordaje teórico y explicativo presentado por Teófilo Altamirano (2006, p.29), recreándolo para el campo de los recursos humanos y la migración de médicos en particular.

modulaciones en este patrón luego del 11 de Septiembre (11-S), y fundamentalmente por un mundo política, económica, cultural y socialmente cambiante.

Son fundamentalmente 4 las teorías que han acometido el desafío de explicar la migración:

a. La globalización económica y las disparidades entre países desarrollados y no desarrollados

En la era de la información, asistimos a una creciente red de comunicaciones (teléfonos, celulares, Internet), que sostienen una maraña de nuevas relaciones económicas, sociales y políticas; configurándose bloques de países centrales (tecnológicamente más desarrollados) y los periféricos, en desventaja[30].

La globalización, es entendida así como un solo mercado comercial y laboral, donde los trabajadores, calificados o no, migran de la periferia al centro, para ocupar los puestos que no pueden, o no quieren, ser ocupados por los nacionales.

En este esquema, las disparidades se expresan en todos los niveles. En el caso de la salud, los datos disponibles del Índice de Desarrollo Humano (IDH)[31], para el año 2005 son muy elocuentes[32], o previamente el informe sobre desarrollo humano de 1990[33].

Más aún, recientemente Ruger y Kim[34] evidencian que las inequidades en este mundo global se amplían, como se muestra en el siguiente gráfico, en detrimento de aquellos países con menor desarrollo económico-social.

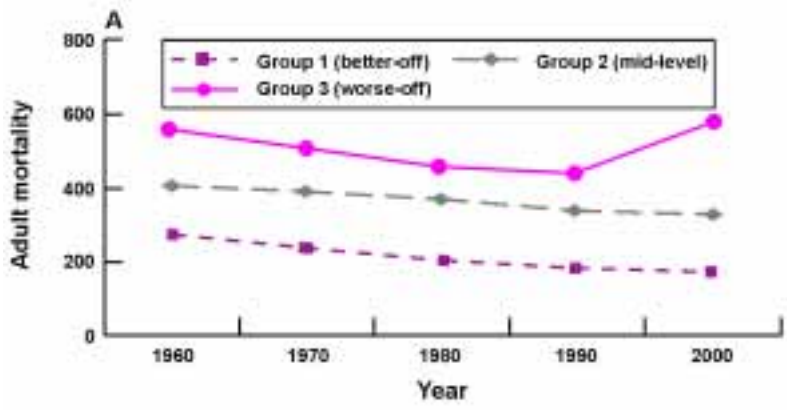
[30] Barnett G & Salisbury J. Communication and Globalization: A Longitudinal Analysis of the International Telecommunication Network. J World Systems Research 1996;2(16) 1. Accedido en http://jwsr.ucr.edu/archive/vol2/v2_ng.php, 3/08/06: 23:10 h.

[31] El IDH mide el logro medio de un país en cuanto a tres dimensiones básicas del desarrollo humano: una vida larga y saludable, los conocimientos y un nivel decente de vida. Por cuanto se trata de un índice compuesto, el IDH contiene tres variables: la esperanza de vida al nacer, el logro educacional (alfabetización de adultos y la tasa bruta de matriculación primaria, secundaria y terciaria combinada) y el PIB real per cápita (PPA en dólares). El ingreso se considera en el IDH en representación de un nivel decente de vida y en reemplazo de todas las opciones humanas que no se reflejan en las otras dos dimensiones.

[32] Human Development Report 2005. International cooperation at a crossroads:Aid, trade and security in an unequal World. Cap. 1: The state of Human Development. United Nations Development Program, accedido en http://hdr.undp.org/reports/global/2005/pdf/HDR05_chapter_1.pdf, 4/08/06 1:00 h

[33] Human Development Report 1990. Cap 2: Human Development since 1960. United Nations Development Program, accedido en http://hdr.undp.org/reports/global/1990/en/pdf/hdr_1990_ch2.pdf, 3/08/06 19:00 h.

Figura 5. Mortalidad adulta en 3 grupos de países estratificados según el grado de desarrollo económico-social, años 1960 - 2000.



Fuente: J P Ruger and H-J Kim[34]

b. La transición demográfica

Esta teoría describe la transición posible de las altas tasas de nacimiento y mortalidad a tasas inferiores, como parte del desarrollo económico de un país desde una economía preindustrial a industrial. El modelo que se construye con base en esta teoría "Modelo de Transición Demográfica (DTM por sus siglas en inglés)" es basado en la interpretación de Warren Thompson.

A partir de esta teoría se ha procurado explicar el fenómeno migratorio con base en la transición epidemiológica que sucede en los países desarrollados. Conforme describe Altamirano (2006), citando a Appleyard, existen 4 fases en el proceso de transición demográfica[35]:

> *"En la primera fase, los índices de nacimientos y muertes son relativamente altos; entonces, la población se mantiene relativamente estable.*

[34] Comparison Global health inequalities: an international Comparison. J. Epidemiol. Community Health 2006;60;928-936 (disponible en http://jech.bmj.com/cgi/content/full/60/11/928, consultado el 27 de julio de 2006, 14:35 h).
[35] Appleyard R. International Migration: Challenges for the nineties. Ginebra OIM, 1991; citado por Altamirano T. Remesas y nueva "fuga de cerebros". Impactos transnacionales. PUCP. Fondo Editorial 2006, p. 32.

La segunda fase ocurre cuando el país ingresa a un proceso de modernización y las condiciones de salud mejoran, los índices de mortalidad disminuyen, pero los nacimientos se mantienen relativamente altos y, en consecuencia, se experimenta un crecimiento poblacional.

En la tercera fase, los padres empiezan a tener menos hijos porque saben que los niños sobrevivirán. Además, la mujer entra al mercado laboral y prefiere tener menos hijos. En esta etapa se da el llamado "fondo de reemplazo", es decir, los hijos solamente reemplazan a los padres. De esta forma el crecimiento poblacional es casi cero.

En la cuarta fase, los nacimientos y las muertes muestran índices similares. En los países ricos los hijos son vistos como sinónimo de gasto, mientras que, en los no industrializados o pobres, como sinónimo de ingreso. Entonces, en los países ricos, la población muestra índices de crecimiento relativamente decreciente o, en algunos casos, el crecimiento demográfico es menor que los reemplazos."

A lo propuesto por Warren Thompson se añade una quinta fase donde existe una disminución de la población, pues las tasas de natalidad están por debajo de las de mortalidad, como sucede en algunos países europeos.

Cuando esta perspectiva se enlaza con una visión del desarrollo del proceso productivo, con creciente demanda de fuerza de trabajo, se generan elementos para la explicación de lo que acontece en los países europeos, por una parte, y por otra en nuestros países andinos.

Los países andinos se encontrarían en la Fase III, con altas tasas de natalidad, bajas tasas de mortalidad, generando un crecimiento poblacional, y expansión de la consiguiente fuerza laboral, que no puede ser absorbida por los niveles de crecimiento productivo, particularmente aquellos que han caracterizado la década pasada. Así, la migración se constituye en una "solución" a esta situación de desocupación, que inclusive puede terminar soslayando niveles de pobreza.

En Europa se encuentran especialmente en la fase IV, donde confluye un fuerte desarrollo del sistema productivo, fundamentalmente en el campo de los servicios (incluyendo los de salud), que se encuentra con una estructura demográfica incapaz de suplir personal para este crecimiento. El desfase entre crecimiento poblacional y crecimiento productivo genera una brecha que requiere ser salvada, y la migración se convierte así en una necesidad.

Los siguientes datos sustentan este análisis:

Tabla 1. Tasa de natalidad, tasa de mortalidad y brecha entre ambas tasas en países seleccionados.

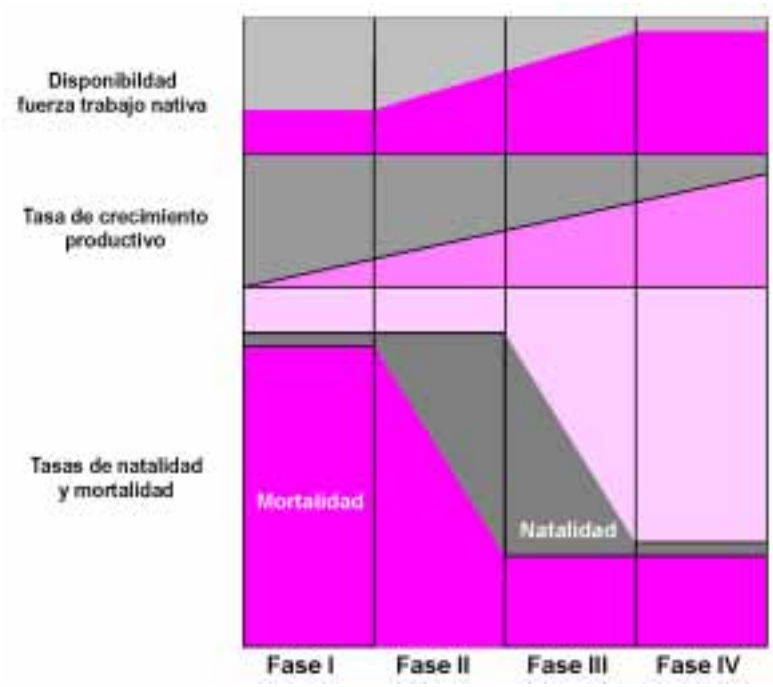
	Tasa de natalidad (0/00) -A	Tasa de mortalidad (0/00) - B	Brecha entre A y B
Bolivia	23.30	7.53	15.77
Colombia	20.48	5.58	14.90
Chile	15.23	5.81	9.42
Ecuador	22.29	4.23	18.06
Perú	20.48	6.23	14.25
Venezuela	18.71	4.92	13.79
España	10.06	9.72	0.34
EE.UU.	14.14	8.26	5.88
Canadá	10.78	7.08	3.70
Reino Unido	10.71	10.13	0.58

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de The World FactBook, CIA - 2006[36].

Veamos el siguiente gráfico para una mejor explicación de las fases de esta transición demográfica:

[36] The World Factbook - CIA. Central Intelligency Agency. Accesado en https://www.cia.gov/cia/publications/factbook/index.html, 06-08-06; 13:30 h. Los datos son actualizados entre 2005 y Julio 2006.

Figura 6. Modelo de Transición Demográfica, crecimiento productivo y disponibiidad de la fuerza de trabajo.



Fuente: Elaboración propia, a partir del Modelo de Warren Thompson[37].

c. Masificación de los medios de comunicación y dependencia cultural

La masificación de los médicos de comunicación influye en el cambio en los patrones culturales de los países desarrollados, reforzando paradigmas de desarrollo personal y profesional, que favorecen la migración por mejores oportunidades de vida. El teléfono, el celular, el fax, la Internet, la televisión por cable, la radio, se han incorporado como elementos cotidianos en todas las capas de la sociedad, dejando de ser un privilegio de los niveles económicos más pudientes.

[37] Representación esquemática del Modelo de Transición Demográfica de Warren Thompson, modificado por los autores con el fin de incorporar el crecimiento productivo y la disponibilidad de la fuerza de trabajo. Sin embargo es necesario asumir plenamente la condición de esquema, por lo que puede representar una sobresimplificación de la situación, especialmente de los países no desarrollados.

d. Estrategias socioculturales y redes familiares

Esta teoría explica el proceso migratorio con base en la dinámica de una familia como unidad social, económica y cultural[38]. Así la decisión de migrar, en un contexto de dificultades, crisis o procura de oportunidades, forma parte de las posibilidades para garantizar la homeostasis de esta célula (familia).

A partir de esta perspectiva es viable entender las redes familiares que se tejen en un contexto extraño, y muchas veces adverso. Redes de amigos, familiares o compatriotas, e inclusive redes tejidas por aquellos que comparten profesiones comunes (sociedades médicas) u otros orígenes particulares y comunes (universidades, colegios, provincias, etc.).

5. Esfuerzos en curso

En el ámbito de las migraciones, los Estados adoptan políticas de migración (inmigración y emigración) en función de su posición e intereses dentro del sistema internacional. La creciente disparidad entre países pobres y ricos es un acicate sumamente poderoso para la migración de personas que ven en sus países falta de oportunidades laborales, crisis recurrentes, pérdida de futuro, inestabilidad política, etc. Pero a la vez en los países receptores crece la xenofobia abierta o encubierta, que expresa fundamentalmente el miedo de al menos una parte de la población porque esta inmigración genere disminución de los salarios, de las prestaciones sociales y de las condiciones de vida logradas[39].

A pesar de esto, son numerosos los eventos internacionales, particularmente en los últimos años, en que se ha abordado la migración desde un enfoque de desarrollo: *el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, aprobado en El Cairo[40], la Declaración de Copenhague sobre Desarrollo Social[41], el

[38] Altamirano T. Remesas y nueva "fuga de cerebros". Impactos transnacionales. PUCP. Fondo Editorial 2006, p. 36.
[39] Acosta A, López S % Villamar D. La Migración en el Ecuador - Oportunidades y Amenazas. Centro Andino de Estudios Internacionales, Universidad Andina Simón Bolívar. Corporación Editora Nacional, Serie Estudios Internacionales N° 6, Quito 2006, p. 21.
[40] Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994 (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: S.95.XIII.18), cap. I, resolución 1, anexo.
[41] Informe de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, Copenhague, 6 a 12 de marzo de 1995 (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: S.96.IV.8), cap. I, resolución 1, anexo 1.

Programa de Acción de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social[42], la Plataforma de Acción aprobada por la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer[43] y los documentos finales de sus períodos extraordinarios de sesiones vigésimo cuarto[44] y vigésimo quinto[45].

La Asamblea General de las Naciones Unidas ha emitido sendas resoluciones[46], que explicitan la necesidad de actuar en el tema de migración internacional y desarrollo, así como el Consejo Económico y Social con su decisión 1995/313, del 27 de julio de 1995.

En este contexto es necesario traer a colación la *Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares*[47], que entró en vigor en Julio de 2003. Mas aún, los Jefes de Estado y de Gobierno reunidos en la Cumbre del Milenio decidieron adoptar medidas, entre otras acciones, para garantizar el respeto y la protección de los derechos humanos de los migrantes, los trabajadores migratorios y sus familias, eliminar los crecientes actos de racismo y xenofobia en muchas sociedades y promover una mayor armonía y tolerancia en todas las sociedades.

La Asamblea General de las Naciones Unidas reunida el 13 de febrero de 2004 alentó a los gobiernos de los países de origen, los países de tránsito y los países de destino a que aumenten la cooperación en cuestiones relacionadas con la migración, reconociendo las numerosas reuniones y conferencias que se han celebrado en relación con la migración y el desarrollo[48].

[42] Informe de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, Copenhague, 6 a 12 de marzo de 1995 (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: S.96.IV.8), cap. I, resolución 1, anexo II.
[43] Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995 (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: S.96.IV.13), cap. I, resolución 1, anexo II.
[44] Resolución S-24/2, anexo.
[45] Ibid.
[46] Como las resoluciones 49/127, de 19 de diciembre de 1994, 50/123, de 20 de diciembre de 1995, 52/189, de 18 de diciembre de 1997, 54/212, de 22 de diciembre de 1999, y 56/203, de 21 de diciembre de 2001.
[47] Resolución 45/158, anexo.
[48] Entre ellas la Conferencia Europea sobre Migración, celebrada en Bruselas los días 16 y 17 de octubre de 2001, el Simposio Internacional sobre Migración: hacia la cooperación regional sobre la migración irregular/indocumentada, celebrado en Bangkok del 21 al 23 de abril de 1999, que aprobó la Declaración de Bangkok sobre migración irregular (véase A/C.2/54/2, anexo); la Conferencia regional para examinar los problemas de los refugiados, los desplazados, otras formas de desplazamiento involuntario y los repatriados en los países de la Comunidad de Estados Independientes y los Estados vecinos afectados, celebrada en Ginebra los días 30 y 31 de mayo de 1996; la Conferencia Regional sobre Migración en América Central y del Norte; las reuniones sobre fomento de la capacidad y cooperación regional en materia de migración, organizadas por el Programa internacional de políticas de migración; la Conferencia

El 4 y 5 de noviembre de 2006 en Montevideo se realizó la XVI Cumbre Iberoamericana, la misma que toma la migración como tema central llegando a establecer el compromiso en la búsqueda de una respuesta al problema global de las migraciones[49]:

del Mediterráneo sobre población, migración y desarrollo, celebrada en Palma de Mallorca (España) del 15 al 17 de octubre de 1996; el Simposio técnico sobre migración internacional y desarrollo del Equipo de Tareas del Comité Administrativo de Coordinación sobre servicios sociales básicos para todos, que tuvo lugar en La Haya del 29 de junio al 3 de julio de 1998 y la Primera y Segunda Conferencias Ministeriales Regionales sobre el contrabando y la trata de personas y la delincuencia transnacional conexa, celebradas en Bali (Indonesia) del 26 al 28 de febrero de 2002 y del 28 al 30 de abril de 2003. (Eventos citados en la Resolución 58/208 de la Asamblea General de las Naciones Unidas).

[49] Versión abrevida, del texto que en versión completa puede ser encontrado en XVI Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, Montevideo - Uruguay, 3, 4 y 5 de noviembre de 2006, disponible en http://www.xvicumbre.org.uy/pdf/xvi_compromiso.pdf, consultado el 21 de abril de 2007).

SEGUNDA PARTE

MIGRACIÓN DE PERSONAL DE SALUD

CAPÍTULO I
ASPECTOS GENERALES

1. Introducción

Los recursos humanos en salud son elementos claves de todos los sistemas de salud y fundamentales para hacer progresar la salud[50], sin embargo han sido desatendidos en el desarrollo de estos sistemas[51]. Los retos impuestos por las propias naciones con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, o las que enfrentan desde ya, como la pandemia de VIH/SIDA, desafían la fortaleza de los sistemas de salud y la capacidad (cualitativa y cuantivamente) de los recursos humanos de salud.

En este contexto, la migración de profesionales de la salud hacia los países desarrollados es uno de los factores que está detrás de la escasez crónica de los recursos humanos en muchos países en desarrollo[52].

El estudio del proceso migratorio de los profesionales de la salud, incorpora un alto nivel de complejidad y dinamismo, que conduce a que varios países asuman un rol no solamente de receptores y emisores de profesionales de la salud, sino simultáneamente ambos[53].

Se ha procurado describir los contingentes de profesionales de salud que emigran desde los países en desarrollo, esquematizándolos en 3 grupos[54]: uno primero, cons-

[50] Informe sobre la Salud en el Mundo 2006. Organización Mundial de la Salud.
[51] Hongoro C & McPake B. How to bridge the gap in human resources for health. Lancet 2004; 364: 1451-56.
[52] Nullis-Kapp C. Efforts under way to stem 'brain drain' of doctors and nurses. Bulletin of the World Health Organization 2005, 83 (2), disponible en http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862005000200004&script=sci_arttext&tlng=en, consultado el 4/10/06, 23:00 h.
[53] Como se analizará más adelante. en detalle, en el caso de España, importante país receptor de médicos de Latinoamérica y emisor igualmente de médicos hacia Reino Unido, Portugal y Estados Unidos.
[54] Kirigia JM, Gbary AR, Muthuri LK, Nyoni J & Seddoh A. The cost of health professionals' brain drain in Kenya, BMC Health Services Research 2006, 6:89, disponible en http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/89, consulltado el 4/10/05, 19:35 h.

tituido por aquellos con nivel científico que adquieren tal condición o completan tal condición en el extranjero, y no retornan a su país luego de culminar su formación. Un segundo contingente, constituido por profesionales de la salud que alcanzan entrenamiento avanzado en los países desarrollados, suelen retornar y posteriormente emigran luego de algún tiempo. Finalmente un tercer grupo de profesionales de la salud que se entrenan en instituciones locales, pero emigran luego de completar sus estudios y/o trabajar por algún periodo de tiempo.

La migración de profesionales de la salud se distingue de la de los trabajadores migrantes en general, en que es muy fuertemente influenciada por un marco regulatorio establecido por Gobiernos y Estados, que regulan la formación y el ejercicio profesional y que tiene factores particulares para cada país. De forma adicional, particularmente en el campo de los médicos, pero también en el de las enfermeras, se da un proceso de muy fuerte desarrollo de especialización profesional (subespecialidades y superespecialidades) que generan una fragilidad particular en estos sectores. Así la migración de relativamente pocos profesionales, pero concentrados en determinadas especialidades (p.e. médicos cirujanos pediatras o radiólogos intervencionistas) podría exponer al sistema de salud a carencias de personal para unidades asistenciales, en especial aquellas altamente especializadas[55].

La migración de profesionales de la salud ha alcanzado significativas proporciones, existiendo poca evidencia de que disminuya en el futuro cercano[56]. Asimismo se ha hecho indiscutible que, aun cuando desde el punto de vista individual, el migrante puede verse beneficiado, se produce muchas veces un impacto negativo (en el caso de África por ejemplo), y dramático para los sistemas de salud, especialmente en el sector público y en los lugares más alejados.

A pesar de la creciente información disponible, no se conoce el flujo preciso de profesionales que migra de un país a otro, al menos parcialmente explicado como señala Martineau[57], por la temporalidad del proceso de migración (profesional que migra en

[55] Bach S. International Migration of Health Workers: Labour and social issues. Sectoral Activities Program, Working Paper. International Labour Office, 2003, p. 3.
[56] Chikanda A. Skilled health professionals' migration and its impact on health delivery in Zimbabwe. Centre on Migration, Policy and Society Working Paper No. 4, University of Oxford, 2004.
[57] Martineau T, Decker K & Bundred P. Briefing Note on Internacional migration of Health Professionals:levelling the playing field for developing country health systems. Liverpool School of Medicine 2002, p. 4.

forma temporal o permanente) o la definición de migración profesional (cuando en muchos casos no ejerce la profesión en el país de destino); y porque en algunos casos la información es de mala calidad y poco confiable[58].

Aún existe escasa investigación sobre los aspectos sociales y culturales de la migración de profesionales de la salud, a pesar de que confluyen vectores étnicos, culturales, sociales, económicos, psicológicos y de género, entre otros[59].

Adicionalmente, la migración internacional es un tema ampliamente polémico, pues para algunos organismos internacionales involucrados en la economía global, la migración de trabajadores forma un componente integral y beneficioso de la globalización y liberalización de los servicios[60]. En contraste, organismos como la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Internacional de Migraciones, aun cuando reconocen los beneficios de la migración adecuadamente gerenciada, han manifestado su preocupación por los efectos perjudiciales, incluyendo la "pérdida de cerebros" (brain drain) de trabajadores altamente calificados, las consecuencias de género y la necesidad de proteger los derechos de los migrantes[61],[62]. Particularmente la Organización Mundial de la Salud ha sido enfática en señalar que "La pérdida de recursos humanos debida a la migración del personal sanitario profesional a países desarrollados da lugar generalmente a una pérdida de capacidad de los sistemas de salud de los países en desarrollo para proporcionar una atención sanitaria equitativa"[63], lo cual promueve un ahondamiento en las inequidades en salud[64].

En el mismo escenario polémico, el propio término "brain drain" ha sido criticado, argumentando algunos investigadores que se ve como una práctica "impropia, furtiva,

[58] Chikanda A. Skilled health professionals' migration and its impact on health delivery in Zimbabwe. Centre on Migration, Policy and Society Working Paper No. 4, University of Oxford, 2004.
[59] DiCicicco-Bloom B. The Racial and Gendered Experiences of Immigrant Nurses from Kerala, India. Journal of Transcultural Nursing 2004, 15 (1): 26-33.
[60] Adlung Adams, O.; Kinnon, C.: "A public health perspective", in Zarrilli, S.; Kinnon, C. (eds.): International trade in health services: A development perspective (United Nations/WHO, 1998), citado por Bach S. International Migration of Health Workers: Labour and social issues. Sectoral Activities Program, Working Paper. International Labour Office, 2003.
[61] ILO: Decent work: Report of the Director General, International Labour Conference, 87th Session (Geneva, 1999), p. 3.
[62] IOM: Defining migration priorities in an interdependent world (Geneva, 2003).
[63] OMS, Informe de la Secretaría al Consejo Ejecutivo EB114/5, 19 de Abril de 2004.
[64] Pang T, Lansang MA & Haines A.Brain Drain and Health professionals, a global problem needs global solutions. BMJ 2002; 324: 499-500.

sino ilegal", en la medida en que se estructuraría un "imaginario en el que las sociedades ricas explotan a las pobres atrayendo y capturando el talento humano que ha nacido y pertenece a los países pobres. El abordar unilateralmente y bajo este punto de vista la migración conllevaría a ver el problema como una práctica a desalentar, sino penalizar[65]. De hecho, Hyder llama a "enterrar" este concepto "arcaico"[66].

Sin embargo, típicamente la fuga de cerebros (brain drain) ha sido considerada negativa debido a que es costosa para el país emisor, causa pérdida de las inversiones realizadas en educación, a los altos costos fiscales e induce distorsiones en el mercado laboral. Alternativamente se ha planteado que bajo determinadas circunstancias este país emisor puede beneficiarse, particularmente considerando los sectores involucrados, la proyección de los migrantes en el país receptor, el tamaño del país emisor, la duración de la migración y los efectos de las diásporas de las poblaciones[67]. Sin embargo, a pesar de esto, Commander y cols concluyen en su trabajo sobre migración de trabajadores calificados, que existen razones para dudar de que la "fuga de cerebros" (brain drain) sea benéfica para los residentes que permanecen en el país de origen. Más aún, no podría afirmarse con seguridad que exista un balance global positivo de este fenómeno y enfatiza que el mismo debe ser analizado por sectores.

A modo de punto de partida, y con fines esquemáticos, podemos afirmar que existen 3 razones por las que los médicos migran: para aprender, buscando la satisfacción profesional junto con la oportunidad de tener una vida decente y la tercera es el escapar a la opresión política y el estancamiento profesional[68].

La razón primaria de la migración médica no es financiera, sino el deseo de aprender y realizarse profesionalmente[69]. Si esto es así la migración médica no puede ser

[65] Loefler I. Medical Migration. Croatian Medical Journal 2001;42(5), 504-505

[66] Hyder A. Third world brain drain- Performance of health professionals and systems needs to be assessed. BMJ 2003;327:929-930.

[67] Elementos enunciados por Commander S, Kangasniemi M & Winters LA. The Brain Drain: Curse or Boon?- Discusión Paper. Institute for the Study of Labor. IZA DP No. 809, Junio 2003, disponible en ftp://repec.iza.org/RePEc/Discussionpaper/dp809.pdf, consultado el 4/10/06 2:15 h. El lector encontrará en este artículo una excelente revisión teórica del tema.

[68] Loefler I. Medical Migration. Croatian Medical Journal 2001;42(5), 504-505. Sin embargo debe tomarse nota de que esta es una visión esquemática del tema.

[69] Loefler I. Medical Migration. Croatian Medical Journal 2001;42(5), 504-505. La presente investigación apuntala esta afirmación, cuando se indaga sobre la percepción de los gestores.

detenida con medidas administrativas y no será detenida con exhortaciones y apelaciones morales[70], o eventualmente sanciones; esta es la enseñanza de siglos de migración, incluyendo las más recientes. La pérdida de talento humano (brain drain) es un fenómeno global que hoy requiere un abordaje integral, como siempre ha sido. Es necesario que los países examinen sus relaciones sociales al interior de la profesión y las razones específicas por las que se produce esta pérdida; así como investiguen las oportunidades que se derivan de las intervenciones en el campo de la satisfacción profesional del trabajo diario; o si éstas han sido pérdidas.

Lo real es que en nuestros países las condiciones para un pleno desarrollo profesional son crecientemente difíciles, lo cual no tiene que ver únicamente con políticas nacionales o de salud, sino con la propia transformación que la carrera médica sufre, con una incorporación creciente de tecnología y consiguiente deshumanización, con pérdida no sólo de "calidad" sino de "calidez" en la atención. Esta incorporación de una "tecnologización" de la medicina, conlleva la búsqueda permanente de una formación y capacitación de "primera".

2. Perspectiva histórica

Señala Loefler[71], Editor de The Nairobi Hospital Proceedings, la historia de la medicina occidental es la historia de la migración médica. Nos recuerda este autor:

> *"El deseo de migrar usualmente comienza con el deseo de aprender. El aprendizaje en el campo de la medicina ha estado siempre asociado con "centros", las islas de Kos, Roma, Alejandría, las universidades islámicas del sur de España, Salerno, Montpellier, los numerosos centros de excelencia en el siglo XIX en Europa y más tarde en América".*

Luego del periodo colonial, las naciones que nacían a la libertad, en mayor o menor medida, se abocaron al desafío de formar los profesionales que se requerían para sus sistemas de salud. Sin embargo, ya desde los años 60s surgió la preocupación de la

[70] Loefler I. Medical Migration. Croatian Medical Journal 2001;42(5), 504-505.
[71] Ibid.

pérdida creciente de profesionales calificados que eran perdidos al migrar a los países más desarrollados. Esto se produce en la medida en que numerosos Estados expandieron de manera significativa sus sistemas sociales de atención, en los años 1950 y 1960, desarrollando procesos de reclutamiento activo del exterior[72].

En este contexto es que la OMS acomete el desafío, a través del estudio de Mejía y Pizurki, de caracterizar el proceso migratorio internacional de médicos y enfermeras[73], llevando a cabo la investigación más completa que sobre el tema se ha desarrollado hasta el momento.

Así en 1972, estos autores estimaron que alrededor del 6% (140,000) de los médicos del mundo estaban asentados en países de los que no eran nacionales[74], con un 86% de todos los médicos migrantes asentados en 5 países: Australia, Canadá, República Federal Alemana, Reino Unido y Estados Unidos[75]. El flujo de médicos que representaban el 16% del stock global, provenía fundamentalmente de Canadá, Alemania, Irlanda, Reino Unido, India, Irán, Pakistán, Sri Lanka, Filipinas, Corea y Latinoamérica hacia Estados Unidos de N.A, y el Reino Unido. En esta misma década se estima que el 4% (135,000) de enfermeras del total existente estaba fuera de su país de nacimiento, con 92% de éstas en Europa, Norteamérica y los países desarrollados del pacífico occidental.

Así, en 1970 el número de enfermeras filipinas que se registró en Estados Unidos de N.A, y Canadá fue superior al que se registró en las Filipinas; asimismo, de las enfermeras extranjeras que se registraron en Estados Unidos de N.A. en 1972, el 49% fueron de Filipinas, el 21% de Canadá y el Reino Unido juntos, y alrededor del 14% de India, Corea, Tailandia y las Indias Occidentales juntas[76].

[72] Bach S. International Migration of Health Workers: Labour and social issues. Sectoral Activities Program, Working Paper. International Labour Office, 2003, p. 2

[73] En una experiencia inédita en la que se procura caracterizar el proceso para estas 2 profesiones, como bien señala Martineau T, Decker K & Bundred P. Briefing Note on Internacional migration of Health Professionals:levelling the playing field for developing country health systems. Liverpool School of Medicine 2002, p. 4.

[74] Representa un 260% de aquella de la población general, evidenciando una mayor tendencia de la fuerza de trabajo médica a migrar, como era esperable, pero generando la evidencia más amplia hasta el momento.

[75] En el mismo estudio se encuentra que el número de enfermeras asentadas en un país diferente al de su nacionalidad es el 5%. Es importante resaltar que los autores señalan las dificultades para obtener información plenamente confiable para el estudio.

[76] Mejia A. Migration of Physician and Nurses: a Wordwide Picture. Internacional Journal 1978: 7(3): 207-215.

Tabla 2. Flujo de médicos en 1972 en países agrupados según nivel de desarrollo socioeconómico.

Países	Stock	Influjo	Eflujo	Cambio
Desarrollado	1´746,000	118,000	52,300	+65,700
En desarrollo	61,500	14,300	67,100	-52,800
Totales	2´631,300	261,000	119,400	

Fuente: Adaptado de Martineau y Cols, compilado a su vez de Mejía y Pizurki, 1976

Otro elemento que reconoció el estudio de Mejía y Pizurki es el carácter más amplio de la migración de enfermeras que de médicos, cuando se consideran los países involucrados. Por otro lado, se reconoció que la lengua y la cultura fueron factores fundamentales en el proceso de migración, particularmente evidenciado en los países de la Commonwealth, como la India y el Caribe.

Sin embargo es llamativo que esta creciente preocupación sobre la migración de profesionales de la salud declinase en los siguientes años, lo cual puede eventualmente ser atribuido a creer que este problema se resolvería por si solo, ante el desarrollo de los países en desarrollo y la satisfacción de la demanda por los países desarrollados[77], o a que el tema de los recursos humanos no ocupó un lugar relevante en la agenda política de los Estados y los organismos internacionales en las décadas siguientes.

Desde entonces, el fenómeno migratorio por el contrario se ha acentuado, y la demanda por profesionales calificados se ha incrementado, especialmente en los países desarrollados. Han contribuido a este escenario la globalización de los mercados y los tratados de libre comercio, reduciendo barreras a la movilización de productos y servicios, así como personas, particularmente profesionales calificados. Esto ha ido aparejado en la década pasada a un serio debilitamiento de muchas economías y sus consiguientes sistemas de salud, con la consiguiente caída en las condiciones de trabajo y empleo.

[77] Martineau T, Decker K & Bundred P. Briefing Note on Internacional migration of Health Professionals:levelling the playing field for developing country health systems. Liverpool School of Medicine 2002, p. 5.

Sin embargo, como señala Martineau (2002) desde los 70 los patrones de migración han cambiado: nuevos países se han incorporado como países de origen, los del Caribe, Egipto y los países africanos del Sub-Sahara, Cuba y los países de la anterior Unión Soviética, en el caso de los médicos[78]. Particularmente en el caso del África la situación se ha tornado dramática.

Reclutamiento

El reclutamiento de personal de salud gana creciente preocupación a nivel internacional. Por ejemplo los programas internacionales de entrenamiento del Servicio Nacional de Salud Inglés (NHS) fueron lanzados en febrero de 2002 con el fin de brindar a personal experimentado la oportunidad de trabajar en Inglaterra por 2 años. Esto se suma a la campaña lanzada en agosto de 2001 para reclutar médicos generales. Al 2003 habían sido reclutados 304 médicos, 82 de ellos de India. El NHS sólo recluta de países cuyos Gobiernos no han manifestado preocupación sobre el efecto en su fuerza de trabajo, y unicamente a través de agencias que adhieren el Código de Ética[79].

En la misma línea, el Consejo Internacional de Enfermeras ha reconocido el derecho de toda enfermera a emigrar y las posibles consecuencias negativas de la migración internacional sobre la calidad de atención de salud, pero al mismo tiempo ha expresado que "condena la práctica de la contratación de enfermeras para países cuyas autoridades no han resuelto la planificación de los recursos humanos y los problemas que son causa de que las enfermeras abandonen la profesión y que las desalientan de volver a ella", marcando una pauta de conducta en el tema[80]. En el caso de la Asociación Médica Mundial, a través de su Declaración sobre las Normas Éticas para la Contratación Internacional de Médicos[81], se plantea que "*Cada país debe hacer todo*

[78] Martineau T, Decker K & Bundred P. Briefing Note on Internacional migration of Health Professionals:levelling the playing field for developing country health systems. Liverpool School of Medicine 2002, p. 6.
[79] Mellor D. Recruitment is ethical. BMJ 2003;327:928. En esta línea, el autor da cuenta que el Ministerio de Salud y bienestar Familiar de India respondió al parlamento británico en Julio de 2003 que su disponibilidad general de médicos era suficiente.
[80] Consejo Internacional de Enfermeras, Declaración de Posición - Permanencia, transferencia y migración de las enfermeras, disponible en http://www.icn.ch/psretentionsp.htm, consultado el 14/11/06, 22:13 h. El Consejo Internacional de Enfermeras es una federación de más de 120 asociaciones nacionales de enfermeras que representa a millones de enfermeras de todo el mundo.
[81] Asociación Médica Mundial. Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre las Normas Éticas para la Contratación Internacional de Médicos, adoptada por la Asamblea Mundial de la AMM, Helsinki 2003, disponible en http://www.wma.net/s/policy/e14.htm, consultado el 12710/06, 23:15 h.

lo posible para retener a sus médicos en la profesión y en el país al proporcionarles la ayuda que necesiten para lograr sus objetivos personales y profesionales, además de tomar en cuenta las necesidades y recursos del país" y que "*Los países que deseen contratar médicos de otro país sólo deben hacerlo conforme a las condiciones y las cláusulas del acuerdo de entendimiento existente entre los países*"[82]. Esta Declaración sería complementada en 2005 a través de una Resolución del Consejo de la AMM en la que se plantea que "los países desarrollados deben ayudar a los países en desarrollo a aumentar su capacidad para formar y retener a los médicos y enfermeras, a fin de permitir que los países en desarrollo sean autosuficientes", reconociendo que la falta de personal de salud en los países en desarrollo es uno de los problemas más graves, y que el impacto de la migración del personal de salud de los países en desarrollo a los industrializados es un factor importante en la crisis[83].

Paralelamente, los acuerdos regionales han mostrados ser instrumentos sumamente potentes para catalizar los flujos migratorios. Así, el *Trans-Tasman Travel Arrangement* permite el libre movimiento entre Nueva Zelandia y Australia; el *Nordic Passport Free Area* hace lo propio entre Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia; y el *North American Free Trade Agreement (NAFTA)* que ha facilitado la migración de profesionales entre Canadá y Estados Unidos de N.A, especialmente enfermeras, pero no así desde México[84].

Circuitos migratorios

Se estima que entre el 25 y el 28% de los médicos que actualmente ejercen en los Estados Unidos, el Reino Unido, Canadá y Australia han obtenido sus grados fuera de esos paises, y que entre el 40% y el 75% provienen de países con bajos ingresos. En estos 4 países trabajan: 1,589 médicos jamaiquinos (70% de los que trabajan en su propio país); 1,067 haitianos (55% de los que trabajan en Haití); 3,262 dominicanos (21% de los que trabajan en su país); y con cifras menores, pero que no deben dejar

[82] De hecho esta Declaración centra su atención en el derecho del individuo, en las condiciones laborales que deben ser garantizadas y las posibilidades de cooperación que deben ser preservadas.
[83] Resolución del Consejo de la AMM sobre la Fuga de Cerebros en Salud, adoptada en la 170ª Sesión del Consejo de la AMM, Divonne-les-Bains, Francia, 13 al 15 de mayo de 2005, disponible en http://www.wma.net/s/policy/cr_2.htm, consultado el 21/12/06, 22:50 h.
[84] Bach S. International Migration of Health Workers: Labour and social issues. Sectoral Activities Program, Working Paper. International Labour Office, 2003, p. 5.

de llamar la atención para el caso de médicos bolivianos, panameños, colombianos, peruanos, entre otros[85].

Entonces el panorama descrito se grafica como un carrusel, en el que por ejemplo médicos de Uganda se desplazan a Sudáfrica, los de Sudáfrica y Pakistán a Reino Unido, éstos a su vez a Canadá, y los de Canadá terminan emigrando a Estados Unidos[86].

De esta manera, el contexto general es diferente según el país que se analice. Así por ejemplo, países como Filipinas e India tienen un excedente de personal sanitario, que forma parte (especialmente en el primero) de una política de Estado, que aunado a las remesas generadas, brindan estabilidad macroeconómica al país. Por otro lado, los países del África subsahariana ven comprometidos gravemente sus sistemas de salud, mermando los recursos humanos, y la capacidad de los servicios sanitarios para dar una atención adecuada y ofrecer una cobertura aceptable[87].

Entre los países receptores, Estados Unidos de N.A. ocupa un papel central, con un número de médicos graduados en el extranjero que representaba el 18% en los años 70, y que se incrementó al 25% en el 2000[88]. La legislación es cambiante y existe discusión sobre la fuerza de trabajo médica necesaria para los próximos años.

Estados Unidos, Canadá, Australia y Reino Unido han sido países que han tenido un importante número de médicos inmigrantes, mostrando que un alto nivel de remuneraciones, así como las importantes oportunidades de desarrollo profesional, son poderosos alicientes[89].

En la siguiente Tabla puede observarse el peso importante de los médicos inmigrantes en la fuerza de trabajo médica de estos países:

[85] Mullan F. The Metrics of the Physician Brain Drain. New England Journal of Medicine, 2005;353: 1810-18.
[86] Una visión simplificada, y no muy alejada de la realidad. Ver Bundred P & Levitt C. Medical migration: who are the real losers?. Lancet 2000; 356: 245 - 246; y Mullan F.. The metrics of the physician Brain Drain. NEJM 2005; 353:1810-8.
[87] OMS, Informe de la Secretaría al Consejo Ejecutivo EB114/5, 19 de Abril de 2004.
[88] Biviano, M.; Makarehchi, F.: Globalization and the physician workforce in United States. www.bhpr.hrsa.gov/healthworkforcereports/default htm
[89] Mullan F. The metrics of the physician Brain Drain. NEJM 2005; 353:1810-8.

Tabla 3. Médicos inmigrantes en países seleccionados.

País	Porcentaje de médicos inmigrantes	Porcentaje de médicos inmigrantes, provenientes de países con bajos ingresos
Estados Unidos de N.A.	**25.0%**	**60.2%**
Reino Unido	**28.3%**	**75.2%**
Canadá	**23.1%**	**43.4%**
Australia	**26.5%**	**40.0%**

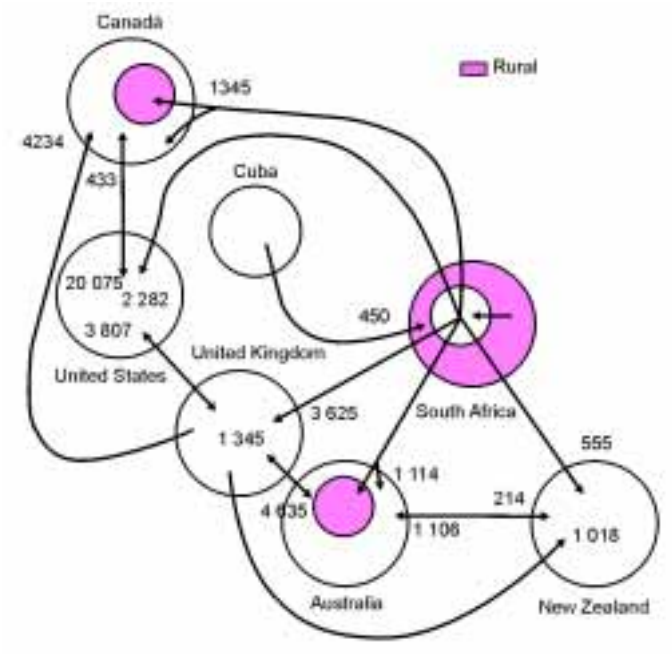
Fuente: Mullan F. The metrics of the physician Brain Drain. NEJM 2005; 353:1810-8

En el caso de Estados Unidos, Mullan describe como principales países emigrantes a India, Filipinas, Pakistán, Canadá, China, ex URSS, Egipto y México. El primer país latinoamericano es Argentina (puesto 17º) y le sigue Colombia (puesto 20º). Llamativamente no aparecen países latinoamericanos en Reino Unido, Canadá y Australia en los primeros 20 lugares[90]. En suma, concluye Mullan, el Reino Unido, Canadá y Australia reciben médicos de manera sustancial de Sudáfrica, mientras que Estados Unidos lo hace de Filipinas. Estos países desarrollados afrontarían seguramente déficit de médicos en sus servicios de salud, sino fuese por los graduados en el extranjero, lo que ha llevado por ejemplo en el caso del Reino Unido ha procurar un rápido incremento en 9500 médicos combinando la ampliación en la formación en las escuelas locales con el reclutamiento activo en el extranjero[91], lo que sucede de manera similar en los otros 3 países[92].

Dumont y Meyer integran los múltiples flujos migratorios en un circuito, mostrando por ejemplo la migración de médicos hacia las áreas rurales de Sudáfrica, que se enlaza con el desplazamiento de los médicos rurales a las ciudades sudafricanas, y a su vez esta migración interna con la migración internacional a Canadá, entre otros países, lo que a su vez se enlaza con la migración antes descrita desde Canadá hacia Estados Unidos.

[90] Mullan F. The metrics of the physician Brain Drain. NEJM 2005; 353:1810-8. Aun cuando el lector debe tomar nota que no se incluye datos de España.
[91] The NHS plan: a plan for investment; a plan for reform. Norwich, United Kingdom: The National Health Service, July 2000:50-5. (accesado el 30 de julio de 2006, en http:// www.dh.gov.uk/assetRoot/04/05/57/83/04055783.pdf.).
[92] Mullan F. The metrics of the physician Brain Drain. NEJM 2005; 353:1810-8.

Figura 7. Principales ejes de la movilidad internacional de profesionales de la salud entre los países de la Commonwealth, los Estados Unidos y Cuba.



Fuente: Tomado de Dumond & Meyer[93]

3. Abordaje teórico explicativo

Pasamos a explicar los factores que influyen en el proceso migratorio.

Las motivaciones de un migrante pueden ser difíciles de definir, particularmente para el propio migrante, involucrando con frecuencia más de un razón[94]. Sin embargo el nivel de las remuneraciones es uno de los argumentos más frecuentemente citados[95], así como las pobres condiciones de trabajo[96].

[93] Dumont, J.C. and J.B. Meyer. "The international mobility of health professionals: An evaluation and analysis based on the case of South Africa." Part III. OECD (from Trends in International Migration: SOPEMI 2003). 2004, p. 128.
[94] Loefler I. Medical Migration. Croatian Medical Journal 2001;42(5), p. 504.
[95] Martineau T, Decker K & Bundred P. Briefing Note on Internacional migration of Health Professionals: levelling the playing field for developing country health systems. Liverpool School of Medicine 2002, p. 14.
[96] Chikanda A. Skilled health professionals' migration and its impact on health delivery in Zimbabwe. Centre on Migration, Policy and Society Working Paper No. 4, University of Oxford, 2004.

Habiendo adoptado la decisión de migrar, existen muchos factores que pueden aún influenciar, tales como el conocimiento de las normas legales y las oportunidades existentes, los recursos financieros disponibles para afrontar viajes, hospedajes y otros gastos, antes que se pueda acceder a ingresos. En este sentido, el costo se incrementará ante trámites prolongados o difíciles. Adicionalmente un costo implícito es la separación familiar (mantenimiento de cónyugue, hijos y otros familiares dependientes).

En este escenario, la globalización con el portentoso avance en las comunicaciones e Internet han acortado distancias hasta hace 30 años aparentemente muy grandes. Esto ha posibilitado el poder conocer oportunidades, contactar personas, amigos y familiares, e incluso postular sin moverse de su país.

Además, dos factores pueden especialmente contribuir a salvar las barreras: el primero es el de las agencias de contratación y reclutamiento, crecientemente frecuentes en nuestros países; el segundo, las conexiones familiares, las redes de migrantes que se construyen, y facilitan el proceso de migración.

Es evidente que las diferencias entre las remuneraciones que existen entre los países donadores y receptores son un estímulo importante, inclusive entre países desarrollados. Así por ejemplo, entre 1995-96 Barrett[97] señala que el promedio de ingresos netos anuales de los médicos de Estados Unidos era de $269.000 en comparación con los $119.000 obtenidos por los médicos canadienses. De manera análoga, las remuneraciones entre los países industrializados y la Federación Rusa pueden llegar a tener una diferencia entre 30 a 70 veces[98].

Esta diferencia fue analizada por Vujicis & cols, quienes mostraron que las diferencias en las remuneraciones de los profesionales de la salud son tan grandes entre los países desarrollados y en desarrollo, que muy difícilmente una modificación modesta de estas cifras alteraría de manera significativa el patrón migratorio[99]. Este punto tiene

[97] Barrett, P.: "Who let the docs out?", in Finnie, R. (ed.) The brain drain myth and reality. www.irpp.org.
[98] BBC News. Russian brain drain tops half a million, 20 june 2002 (http://news.bbc.co.uk/1/hi/world(europe/205557/1.stm); citado por Gore N & Francisco Juan. Plumbing the brain drain. Bul WHO 2004;82:608-615.
[99] Vujicic M, Zurn P, Diallo K, Dall Poz M. The role of wages in slowing the migration of health care professionals from developing countries. Human Resources for health 2004;2:3.

profundas implicancias en las políticas a desarrollar que tendrán que privilegiar incentivos en otros aspectos para modular eficazmente el proceso.

El desarrollo profesional y el ambiente de trabajo son factores motivadores fundamentales en la decisión de migrar, particularmente en el caso de los profesionales de la salud, pues van de la mano con un paradigma educativo y profesional que privilegia una medicina altamente especializada y tecnológica, en establecimientos de alta complejidad y con pobre o nula pertinencia social. Esta visión es coherente con el imaginario colectivo de los médicos de países en desarrollo sobre la medicina en los paises desarrollados.

La creciente necesidad de profesionales de la salud, para cubrir los requerimientos de los sistemas de salud, que por diversas razones, tales como errada planificación de recursos humanos, cambio en el perfil de la población, etc., no pueden ser atendidos con los recursos nacionales, es un importante factor atractor desde los países receptores. En el caso de África esto se ve agravado por la pandemia de VIH/SIDA que exige más allá de sus posibilidades a los sistemas de salud y a los recursos humanos sanitarios, exponiéndolos además a mayores riesgos.

Bajo esta perspectiva, la migración es la resultante de un balance entre estrategias de atracción por países desarrollados y retención por países en desarrollo.

Adicionalmente es importante considerar las estrategias que emplean Estados y Gobiernos para administrar el proceso migratorio, incluyendo la aplicación de barreras jurídicas. Existe evidencia que señala que la formación de bloques económicos y la liberalización de los mercados de servicios, en el marco de General Agreement on Trade in Services (GATS)[100] han contribuido decididamente en este proceso.

4. Impacto en los países de origen

El impacto es muy variable, depende de múltiples factores, y deben considerarse desde diferentes aspectos[101], no siempre benéficos[102].

[100] Bach S. International Migration of Health Workers: Labour and social issues. Sectoral Activities Program, Working Paper. International Labour Office, 2003, p. 2.

Planificación de la fuerza de trabajo

Lo que conlleva a que una ausencia o pobre planificación de recursos humanos, genere desbalances, o estos se hagan más graves, como aquellos observados en los países africanos subsaharianos.

Sin embargo, es necesario notar que las politicas que se impartan deberían partir de un enfoque "ganar-ganar-ganar", tanto para el país receptor, para el país del migrante, como para el propio migrante.

Consecuencias para el personal que se queda

El caso de las enfermeras en Sudáfrica es ilustrativo. Ellas han expresado su frustración con relación a aquellas que migran, presentando una mayor tensión laboral producto del trabajo recargado que afrontan, particularmente en las instituciones públicas. De esta manera, las condiciones que en muchos casos son de por si difíciles, y que se caracterizan por falta de equipamiento, bajos salarios y poco aliciente para el desarrollo profesional, promueven una migración que conlleva una recarga de trabajo, desmotivación, y estrés[103] lo que cierra el circulo vicioso, alentando a las que se quedan, a migrar.

Formación de recursos humanos

Es igualmente ilustrativo el caso de la enseñanza en las escuelas de enfermería y obstetricia, en África subsahariana, donde la calidad ha disminuido debido a la emigración del personal docente, no pudiendo hacer frente los formadores que se quedan a la demanda de formación y de programas especializados de investigación que se precisan en África[104].

[101] Bach S. International Migration of Health Workers: Labour and social issues. Sectoral Activities Program, Working Paper. International Labour Office, 2003, pp. 21-22.
[102] Forcier MB, Simoens S & Giuffrida A. Impact, regulation and health policy implications of physician migration in OECD countries. Hum Resour Health. 2004; 2: 12, disponible en: http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=493284&blobtype=pdf, consultado el 14/10/06, 22:10 h.
[103] Organización Mundial de la Salud. Migración Internacional, Salud y Derechos Humanos. Serie de Publicaciones sobre Salud y Derechos Humanos Nº 4, diciembre de 2003.
[104] OMS, Informe de la Secretaría al Consejo Ejecutivo EB114/5, 19 de Abril de 2004.

Migración temporal o permanente

En lineas generales, la migración temporal es positiva, al promover un enriquecimiento de las capacidades del recurso capacitado en el exterior; sin embargo, una parte de los migrantes temporales se quedan en los países receptores.

Servicios de salud

El impacto que tendrá el proceso migratorio, es igualmente variable, sin embargo, para países pequeños, la pérdida de un número aparentemente pequeño (uno o unos pocos) puede comprometer seriamente la capacidad de respuesta del sistema sanitario[105]. Asimismo, este proceso profundiza la inequidad en las zonas rurales, como se reporta en las zonas rurales de África en que algunos establecimientos sanitarios ya no funcionan o son administrados por personal no calificado[106].

Costos de la migración - remesas

Existen pocos estudios específicos de remesas en el sector salud. Una excepción es el reportado por Goldfarb quien señala que las remesas de los médicos filipinos fue suficiente para compensar las pérdidas económicas de la emigración, aun cuando los propios autores reconocen que estos resultados no son concluyentes, por las limitaciones para el análisis de los datos[107].

Kirigia y cols[108] analizan los costos financieros de la emigración de médicos y enfermeras kenianos a Reino Unido y Estados Unidos y países de la OECD. En Kenya la formación médica es de 6 años (incluyendo un año de internado). El costo total de producir un médico fue de US$ 65.997, incluyendo los costos de la educación prima-

[105] Esto es particularmente evidente en carreras como medicina y enfermería, como se cita en este Informe, en la medida en que estas profesiones tienden a un nivel creciente de especialización, con segmentación de competencias y capacidades. Así la pérdida de un número de especialistas, relativamente pequeño en términos generales, puede ser de un impacto drámatico en la capacidad de los servicios.
[106] OMS, Informe de la Secretaría al Consejo Ejecutivo EB114/5, 19 de Abril de 2004
[107] Goldfarb, R. et al.: "Can remittances compensate for manpower outflows: The case of Philippine physicians", in Journal of Developmental Economics, 1984, No. 15.
[108] Kirigia JM, Gbary AR, Muthuri LK, Nyoni J & Seddoh A. **The cost of health professionals' brain drain in Kenya**, BMC Health Services Research 2006, 6:89, disponible en http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/89, consultado el 4/10/05, 19:35 h.

ria, la secudaria y la universitaria (US$ 43.180 en el caso de cada enfermera). Los retornos de la inversión perdidos por la sociedad cuando un médico (o una enfermera) emigra fueron calculados a través de la siguiente ecuación:

$$\mathbf{ILOSS_{i} = {}_{Doctor.Nurse} = ATC_{I,..\ x}\ (1 + r)^{t}}$$

Donde:

- ATC es el costo total promedio de educar un i profesional de la salud (médico o enfermera).
- (1 + r) es un factor compuesto, en el que "r" es la tasa de interés y "t" es la diferencia entre la edad promedio de retiro y la edad promedio en que se emigra.

Esta formula da un valor acumulado de la inversión realizada en producir un médico o una enfermera. Con esta metodología los autores encuentran que con un edad promedio de emigración de 30 años y de retiro de 62 años, la pérdida para el país por cada médico que emigra es de US$ 517.931; en el caso de cada enfermera es de US$ 338.868, dando soporte a la necesidad de desarrollar e implementar estrategias conjuntas entre países desarrollados y en desarrollo para atender esta situación[109].

[109] Sin embargo los autores hacen notar que estos costos pueden ser subestimados, dado que sólo incorporan los costos hasta la etapa de pregrado, y no la de postgrado. Asimismo no incorpora las remesas para analizar el balance neto de inversiones resultantes de la emigración.

CAPÍTULO II

MIGRACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD EN LA REGIÓN ANDINA Y ESPAÑA

La migración del personal de salud constituye un creciente problema en aumento en la región de las Américas, de graves consecuencias particularmente en el Caribe del este y algunos países de Centroamérica, y con incipientes pero amenazantes efectos en países de América del Sur[110]. A pesar de esto, se constata una ausencia de información sistemática sobre migración de personal de salud, con aún escasa investigación en el tema.

PERCEPCIÓN DE ACTORES EN EL TEMA DE MIGRACIÓN

Se realizó 145 encuestas a líderes de opinión de 6 países de la región andina (Venezuela, Bolivia, Colombia, Perú, Chile y Ecuador)[111], cuyos resultados son descritos a continuación:

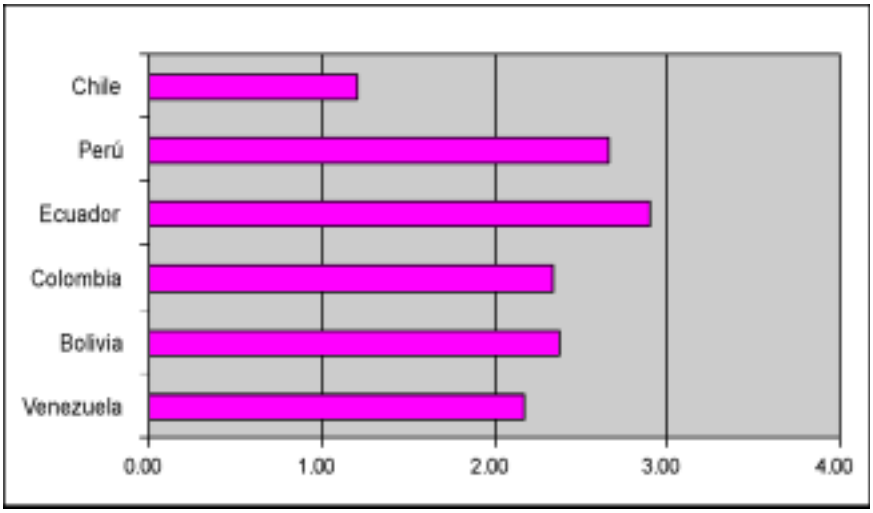
1. Posicionamiento del tema de migración en la agenda nacional

a. En primer lugar, la visibilidad de la migración general a los países desarrollados es identificado como algo importante a importante, particularmente en Perú y Ecuador, y en menor grado en Chile, concordante con sus bajas tasas de emigración. Colombia, Bolivia y Venezuela ocuparon un nivel intermedio, como se muestra en el siguiente gráfico.

[110] La migración del personal de salud en la región de las Américas, situación, perspectivas y sugerencias para la acción. VIII Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de salud. 5 y 6 de octubre de 2006, Colonia del Sacramento, Uruguay, Septiembre 2006, Ministerio de Salud de Uruguay. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Documento de Trabajo (accesado en http://www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HR/7conf_iberoamer_migracion.pdf, 7 de noviembre de 2006: 19:35 h).

[111] Para el efecto se definió como:
- Gubernamental: autoridades del nivel central del Ministerio de Salud, Directores de Hospitales, Directores Generales, funcionarios de alto nivel.
- Colegio Profesional / Gremio Médico: directivos de nivel nacional o regional.
- Universidad, Rectores (médicos), Decanos de FM, Directivos universitarios a nivel de la facultad, incluyendo Jefes de Departamento.

La migración en general, a los países desarrollados es un tema identificado por la opinión pública de su país como:

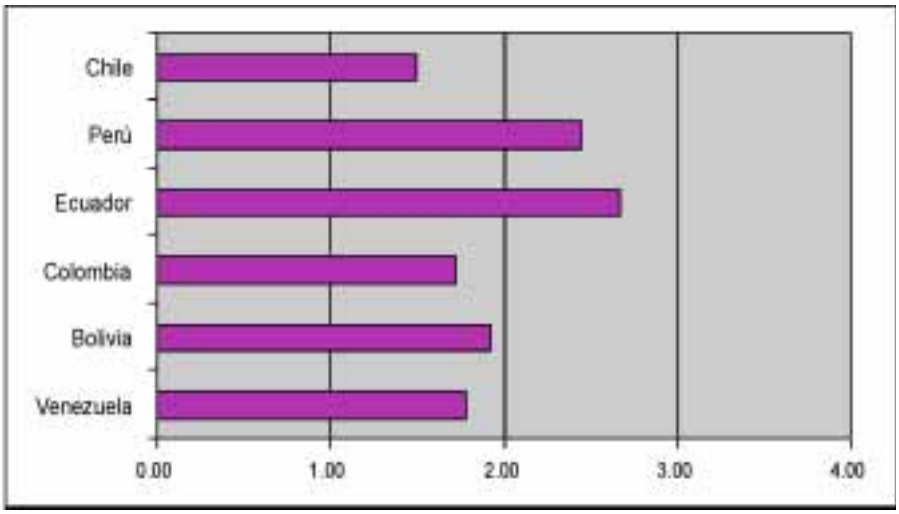


Leyenda

- Nada importante 0
- Poco importante 1
- Algo importante 2
- Importante 3
- Muy importante 4

b. Para el caso de la migración de los profesionales de la salud, el grado de visibilidad es mucho menor, mostrando un patrón similar al anteriormente descrito (mayor en Perú y Ecuador, menor en Chile, e intermedio en Colombia, Bolivia y Venezuela). Todo ello concordante con las tasas de emigración reportadas.

La migración de profesionales de la salud es un tema identificado por la opinión pública de su país como:

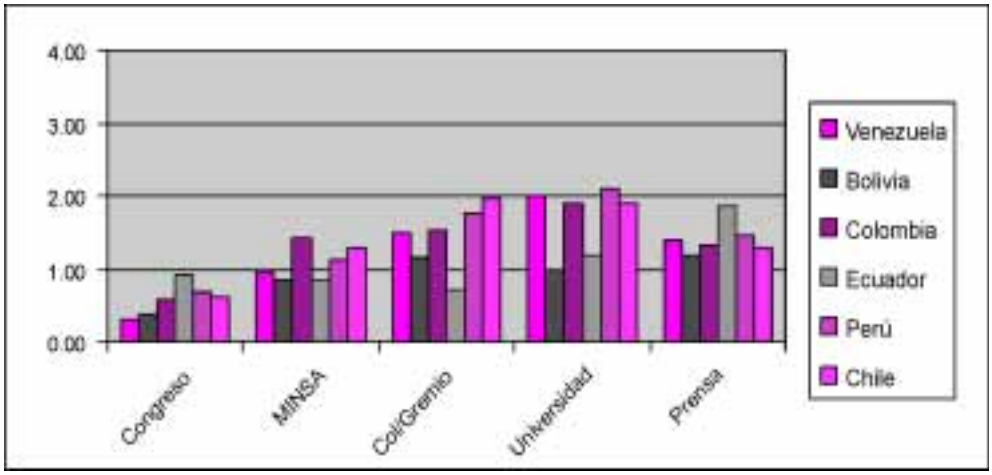


Leyenda

- Nada importante 0
- Poco importante 1
- Algo importante 2
- Importante 3
- Muy importante 4

c. Los resultados muestran un bajo nivel de involucramiento de los Congresos y los Ministerios de Salud de los países, mientras que el involucramiento es mayor en el caso de los gremios/colegios profesionales y universidades. Sin embargo el análisis por países muestra tendencias variables, por ejemplo un mayor peso de la universidad en Venezuela y Colombia, la prensa en Bolivia y el colegio profesional/gremio en Chile y Bolivia, aun cuando en este último también la prensa, como se muestra en el siguiente gráfico:

Frecuencia con la que los siguientes organismos abordan el tema de la migración de profesionales de la salud:



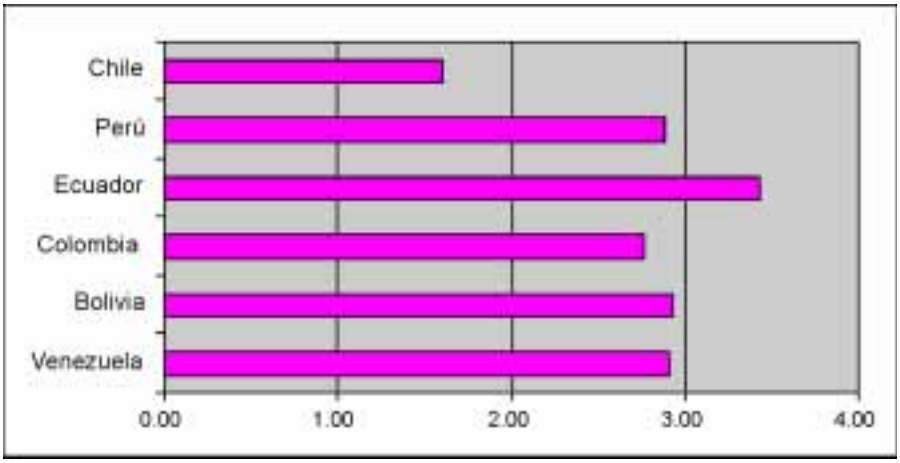
Leyenda

Nunca	0
Poco frecuente	1
Algo frecuente	2
Frecuente	3
Muy frecuente	4

2. Opiniones sobre la gestión de la migración

a. Los opinantes de la encuesta señalaron que el tema de migración de médicos al exterior es percibido como importante, con excepción de Chile. Ecuador destaca particularmente en este punto, considerándose el tema como muy importante.

¿Cómo caracteriza usted la situación actual con relación a la migración de médicos al exterior?

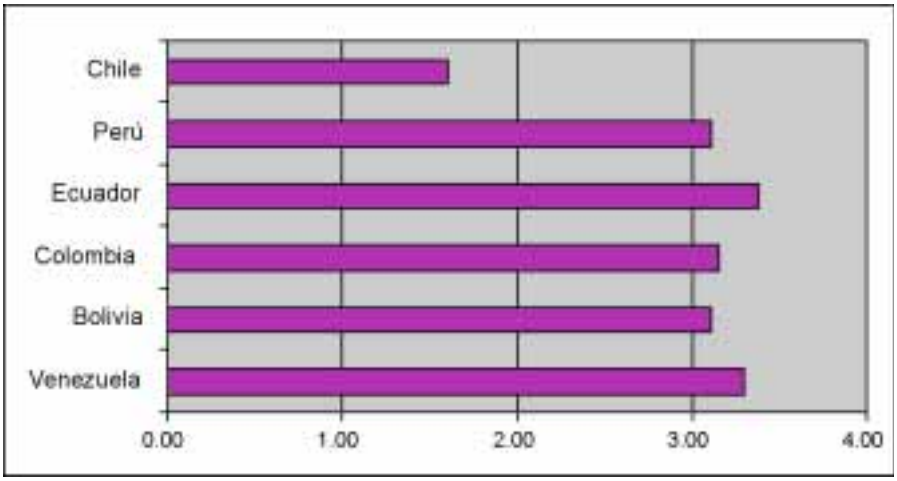


Leyenda

- Nada importante 0
- Poco importante 1
- Algo importante 2
- Importante 3
- Muy importante 4

b. En el escenario de mediano plazo (año 2010), los encuestados otorgan mayor importancia al tema, a excepción de Chile (que mantiene un nivel de algo a poco importante), según se muestra a continuación.

¿Cómo prevé usted, en caso no se adoptasen medidas específicas, la situación de la migración de médicos al exterior en el año 2010?

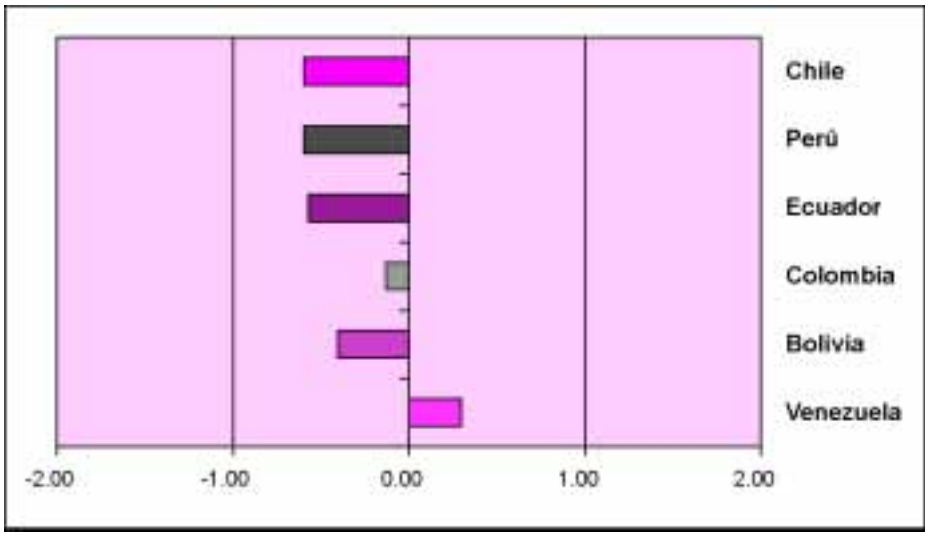


Leyenda

- Nada importante 0
- Poco importante 1
- Algo importante 2
- Importante 3
- Muy importante 4

c. Realizamos una pregunta, para posicionar al gestor de salud en el tema de la regulación de la migración de médicos, sopesando su opinión en función de las consecuencias para los sistemas de salud. Así encontramos que, con excepción de Venezuela, se muestra una tendencia a estar de acuerdo con la necesidad de establecer niveles de regulación en la migración de profesionales de la salud, especialmente en Perú, Ecuador y Chile.

La migración de los profesionales de la salud, en particular de los médicos, es un derecho que no debe ser limitado, modulado o impedido, independientemente de las consecuencias para los sistemas de salud en nuestros países.

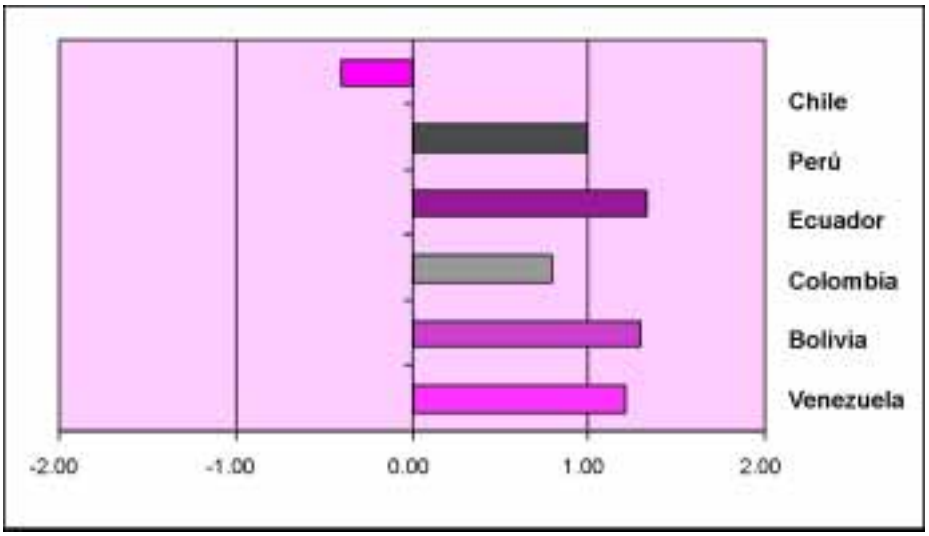


Leyenda

- Muy en desacuerdo -2
- En desacuerdo -1
- Indiferente 0
- De acuerdo 1
- Muy de acuerdo 2

d. Sin embargo y paralelamente, se reconoce en todos los países, con excepción de Chile como era de esperar, que la migración de médicos es un un proceso que afecta la calidad de los sistemas de salud en cada país al privar a éste de personal altamente calificado. Los niveles de concordancia con esta afirmación son extremadamente elevados, inclusive en Colombia y Venezuela (en donde habría más resistencia para la regulación). En el caso de Chile esta opinión no es compartida, respuesta concordante con la percepción del grado de importancia que sobre el tema se tiene, como se vio antes.

La migración de médicos hacia el exterior es un proceso que afecta la calidad de los sistemas de salud en mi país al privar a éste de personal altamente calificado.

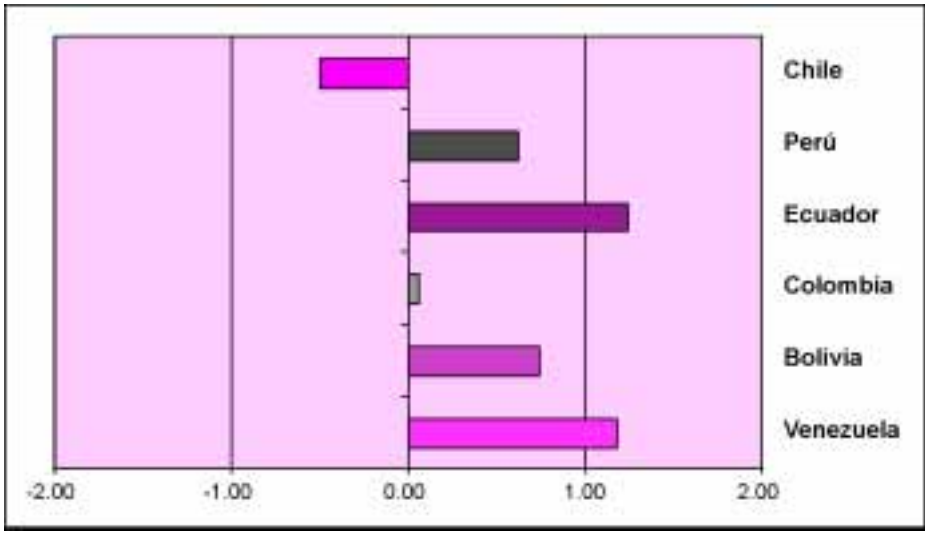


Leyenda

- Muy en desacuerdo -2
- En desacuerdo -1
- Indiferente 0
- De acuerdo 1
- Muy de acuerdo 2

e. Concordante con las opiniones anteriores, se percibe que el problema de la migración afecta al primer nivel de atención, particularmente en Ecuador, Venezuela y Perú. No se encuentra esta percepción en Chile y en el caso de Colombia las opiniones están divididas. Creemos que esto está directamente en relación al nivel de fragilidad del primer nivel, especialmente en Ecuador y Perú. La opinión en el caso de Venezuela, requiere un abordaje más profundo, por la complejidad particular que se vive con la experiencia del Programa Barrio Adentro.

La migración de médicos hacia el exterior es un proceso que afecta la equidad del sistema de salud en mi país al privar a éste de personal especialmente en el primer nivel de atención.

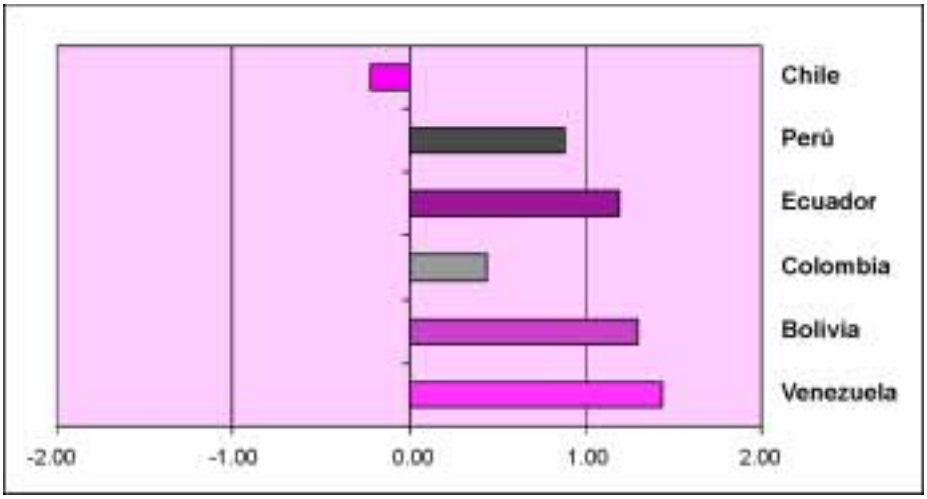


Leyenda

- Muy en desacuerdo -2
- En desacuerdo -1
- Indiferente 0
- De acuerdo 1
- Muy de acuerdo 2

f. Finalmente, recogimos la percepción sobre la migración, principalmente de los médicos jóvenes, con relación a la perspectiva de la fuerza de trabajo, como se muestra a continuación, ratificando el patrón anteriormente descrito.

La migración de médicos, por incidir principalmente en los médicos jóvenes y recién egresados, compromete de manera significativa las perspectivas de la fuerza de trabajo médica.



Leyenda

Muy en desacuerdo	-2
En desacuerdo	-1
Indiferente	0
De acuerdo	1
Muy de acuerdo	2

Podemos en base a las respuestas recogidas, identificar 3 grupos de países: los gestores de Ecuador, Perú y Venezuela perciben a la migración como un problema importante, mientras que en un segundo grupo, representado por Chile, no se percibe la migración como un problema significativo. Finalmente Colombia ocupa un lugar intermedio en la percepción sobre el tema. Estos resultados son concordantes con los datos presentados sobre formación, ejercicio profesional, fuerza de trabajo médica y migración en cada uno de los países, y permiten tener una noción mucho más cercana de la percepción que sobre el tema tienen los gestores de los servicios de salud y las universidades.

3. Determinantes: factores expulsores y atractores

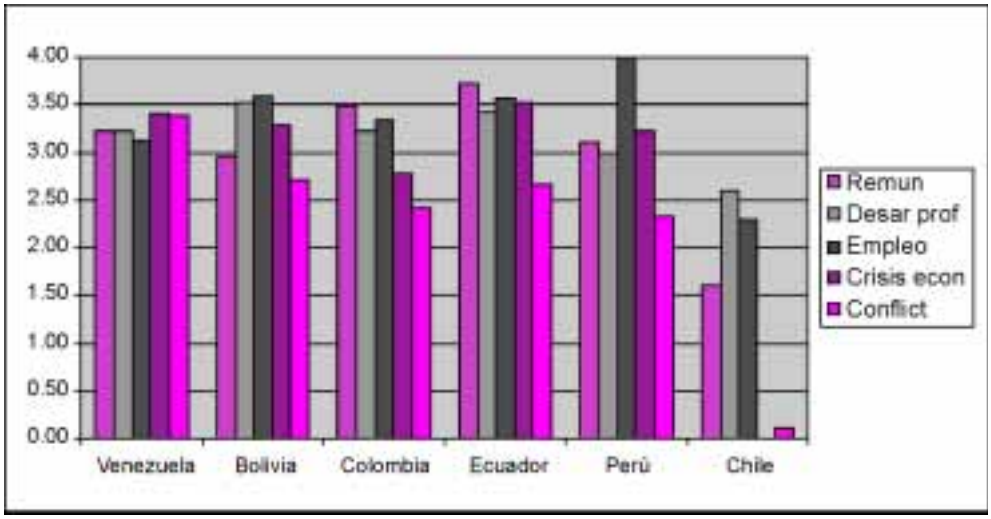
Factores expulsores

a. Con relación a a la percepción sobre los factores principales que motivan la decisión de emigrar de los médicos, se observa que, si bien el peso de los factores correspondientes a remuneraciones, desarrollo profesional, empleo, crisis económica y conflictividad están presentes en casi todos los países, existen importantes diferencias que deben ser anotadas:

- En el caso de Venezuela todos estos factores son importantes, pero destacan en comparación con el resto de países en que el peso atribuido a conflictividad es el más alto.
- En el caso de Bolivia los factores preponderantes corresponden a empleo y desarrollo profesional, incorporando importantes posibilidades de abordaje en este tema.
- En el caso de Colombia, destacan prácticamente por igual los factores de remuneraciones, desarrollo profesional y empleo, por encima de crisis económica y conflictividad.
- En el caso de Perú, es altamente notorio el peso atribuido al factor empleo muy por encima de los otros, aun cuando todos estos permanecen en grado importante, especialmente los aspectos de remuneraciones, desarrollo profesional y crisis económica.
- Finalmente, en el caso de Chile, el patrón es notoriamente singular, percibiéndose como principal factor el desarrollo profesional por encima de los otros factores. No se atribuye ningún peso al factor "crisis económica", y prácticamente ninguno al de conflictividad.

Este perfil brinda importantes insumos para efectos de las intervenciones que se requieren realizar, Los resultados específicos son los siguientes:

¿Cómo caracterizaría el peso de cada uno de los siguientes factores que existen en su país en la decisión de emigrar que adopta un médico?



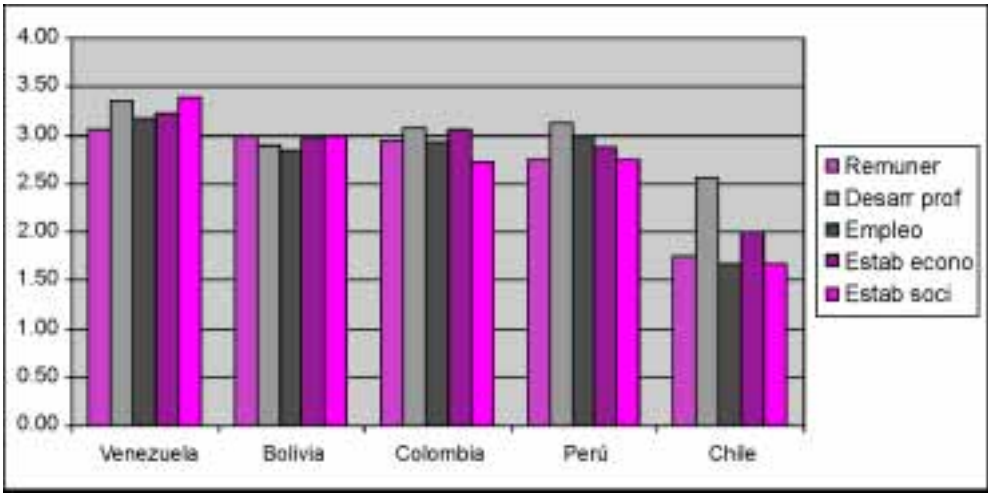
Leyenda

Nada importante	0
Poco importante	1
Algo importante	2
Importante	3
Muy importante	4

Factores atractores

a. Con relación a los factores que atraen el proceso de migración médica a España, notamos que se identifica este destino como atractivo en lo concerniente a remuneraciones, oportunidades de desarrollo profesional, empleo, estabilidad económica y social, prácticamente en todos los países por igual, y con el mismo peso. En el caso de Chile, la percepción es notoriamente diferente, al atribuirse un mayor peso al factor "desarrollo profesional".

¿Cómo caracterizaría el peso de cada uno de los siguientes factores que existen en España en la decisión de emigrar que adopta un médico de su país?



Leyenda

Nada importante	0
Poco importante	1
Algo importante	2
Importante	3
Muy importante	4

Otros factores

a. La percepción sobre otros factores que pueden funcionar como catalizadores del flujo migratorio, muestran relevancia en el caso del idioma, la cultura y las remesas. Sin embargo el patrón es algo diferente, según el país que se analice:

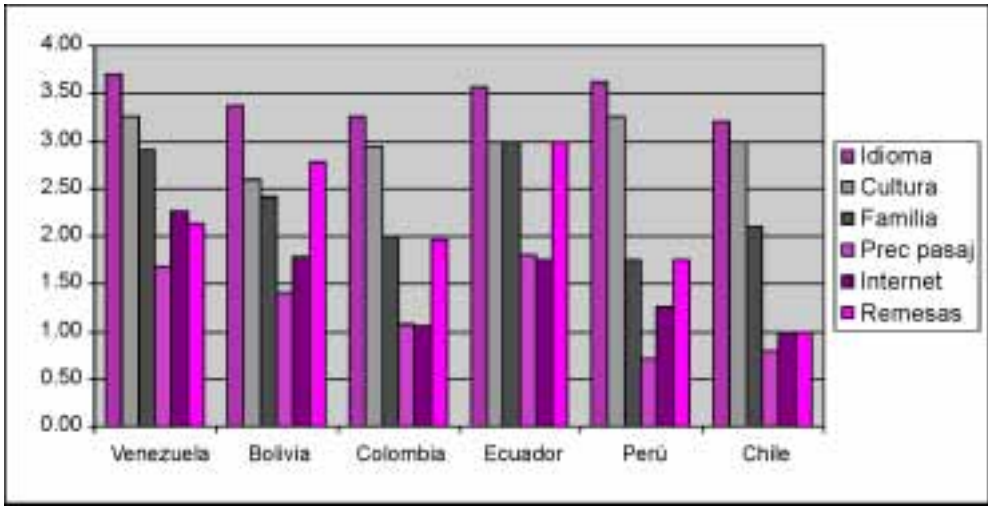
- En el caso de Venezuela, encontramos que idioma, cultura y familia son factores fundamentales, no así el precio de los pasajes, quedando en un lugar secundario las facilidades de comunicación (Internet) y las remesas.
- Ecuador y Bolivia, presentan un patrón similar, destacando de manera nítida, junto con familia, cutura e idioma, el factor de remesas. Recordemos que

Ecuador particularmente tiene una amplia cutura de migración, y de remesas hacia sus familias.

- En el caso de Colombia y Perú, encontramos que el peso de la cultura y el idioma son preponderantes, quedando los otros factores en un lugar secundario, con excepción del factor de remesas que se considera algo importante.
- Chile presenta un patrón similar al de Colombia y Perú, con la excepción de que el factor de remesas es poco importante.

Mostramos a continuación los resultados específicos:

¿Cómo caracterizaría el peso de cada uno de los siguientes factores que existen en su país en la decisión de emigrar que adopta un médico?

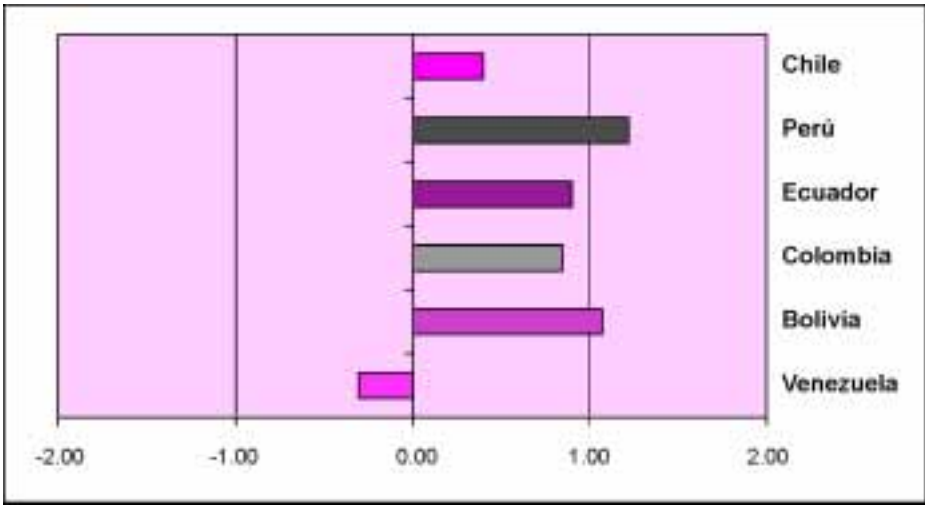


Leyenda

Nada importante	0
Poco importante	1
Algo importante	2
Importante	3
Muy importante	4

b. En el análisis de la percepción de la expansión de la oferta educativa en el caso de Peru, Ecuador, Colombia y Bolivia se percibe que este es un factor decisivo en la creciente migración al exterior. Sin embargo no es el caso de Venezuela, lo que es comprensible, en la medida en que este incremento de médicos no se ha producido, habiéndose mantenido la matrícula en niveles estables en los últimos años. No consideramos en este caso el Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria, alentado por el Ministerio de Educción Superior de la República Bolivariana de Venezuela. Asimismo este factor es percibido como menos decisivo en el caso de Chile, seguramente porque el propio proceso migratorio no es notorio.

El número creciente de médicos que se forman en nuestro país se ha constituido en un factor decisivo en la creciente emigración internacional de médicos.



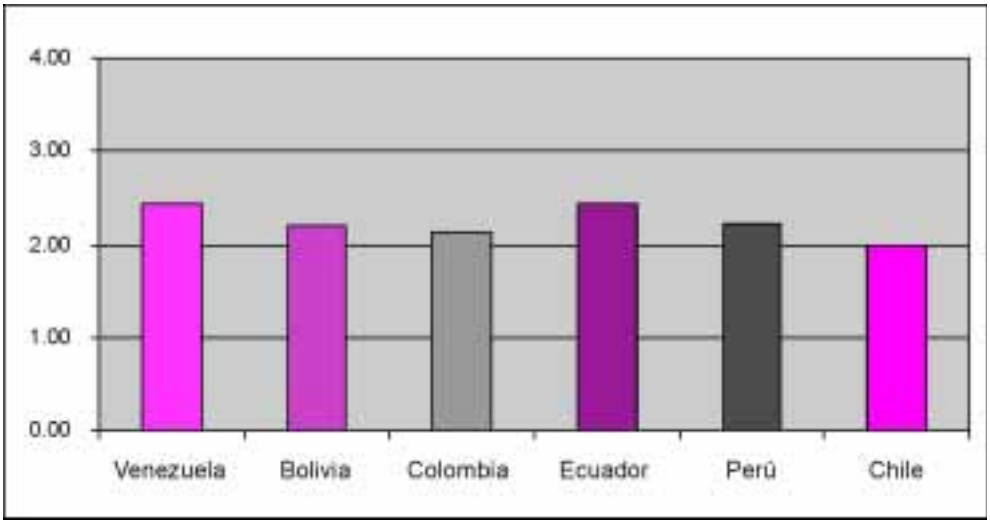
Leyenda

- Muy en desacuerdo -2
- En desacuerdo -1
- Indiferente 0
- De acuerdo 1
- Muy de acuerdo 2

4. Políticas a implementar

a. En cuanto a la factibilidad de construir políticas en el sector salud para abordar el tema de la migración han mostrado un nivel similar de percepción (algo factible) en todos los países. Es importante subrayar la importancia de esta pregunta, en la medida en que justamente quienes la responden son los que están involucrados en la construcción de estas políticas. Las razones de este escepticismo pueden ser muchas y requerirían un estudio más profundo.

¿Cómo evalúa usted la factibilidad de desarrollar en su país, políticas en el sector salud para abordar el tema de la migración de médicos?



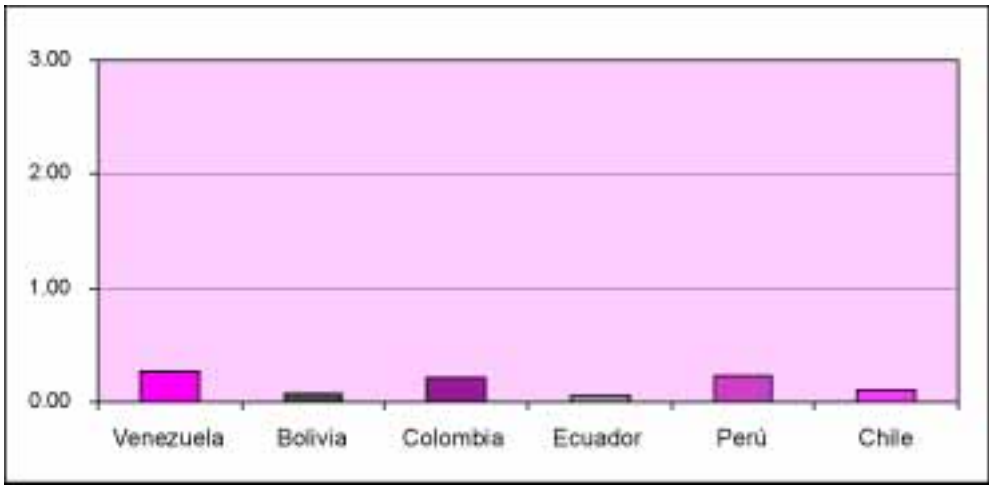
Leyenda

Nada factible	0
Poco factible	1
Algo factible	2
Factible	3
Muy factible	4

b. Asimismo, preguntamos sobre la percepción del grado de avance en el desarrollo de políticas que aborden el tema de la migración, habiéndose observado una práctica ausencia de estas políticas, a pesar de las opiniones previas sobre la

importancia del tema. Esta es una situación delicada, que será discutida más adelante.

¿Cómo estimaría usted, el grado de avance en el desarrollo de políticas en el sector salud para abordar el tema de la migración de médicos?

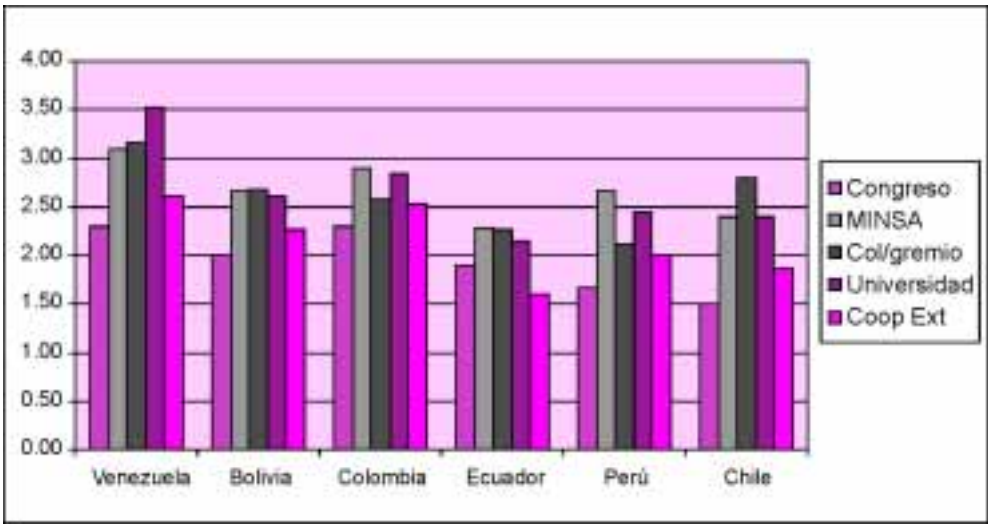


Leyenda

- Ausencia de políticas 0
- Políticas en preparación 1
- Políticas aprobadas 2
- Políticas implementadas 3

c. Se observa, en términos generales, que el grado de involucramiento de las instituciones es entre regular y bueno, aun cuando el patrón entre los diferentes países es similar. De esta manera se puede apreciar que ni el Congreso de la República ni la cooperación externa se perciben que estén involucradas en este tema, y aunque el peso varía entre los diferentes países, este resultado es similar en todos. En contraposición se percibe que los Ministerios de Salud, los colegios profesionales / gremios y las universidades tienen un mayor grado de involucramiento en el tema.

¿Cómo calificaría usted el grado de involucramiento que tendría cada uno de los siguientes actores en el desarrollo de políticas en el sector salud para abordar el tema de la migración de médicos?

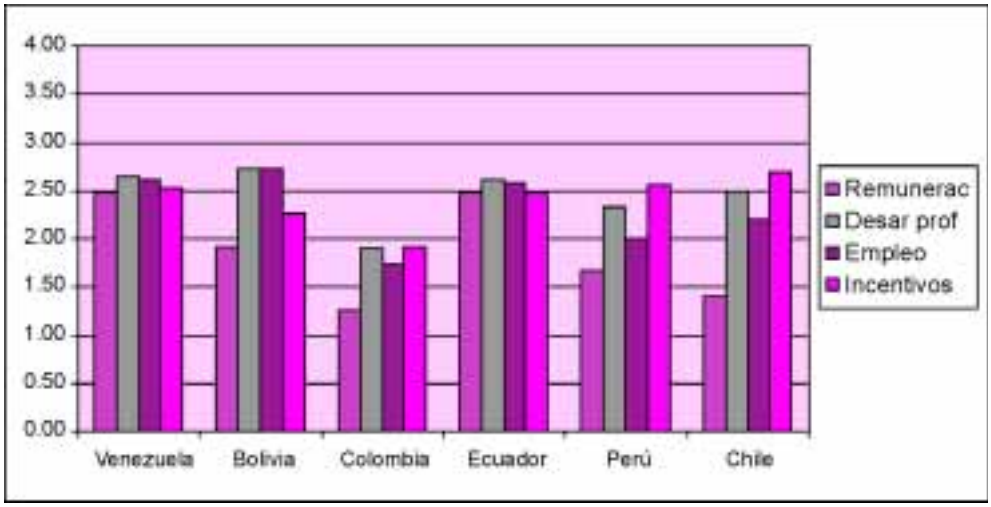


Leyenda

Nulo	0
Bajo	1
Regular	2
Bueno	3
Muy bueno	4

d. Sobre los factores que podrían permitir una modulación de la migración, encontramos que el desarrollo profesional y los incentivos son los factores más predominantes en todos los países. La importancia de las remuneraciones es variable en los países, destacándose una mayor factibilidad de mejora en Venezuela y Ecuador. Por otra parte, con relación al empleo, este es más importante en Venezuela, Ecuador, Bolivia y Chile en menor medida. Llama la atención que en el caso de Colombia la percepción de factibilidad es menor en todos los factores, en comparación con los otros países, lo cual podría ser atribuible a la dinámica de su sistema de salud. Asmismo es interesante observar que Perú, Colombia y Chile tienen patrones muy similares en cuanto al peso específico de cada uno de los factores, predominando los factores de incentivos y desarrollo profesional, sobre los de empleo y remuneraciones.

¿Cómo calificaría usted la factibilidad que existe en su país para mejorar cada uno de los siguientes factores, con el fin de modular la migración de médicos al exterior?

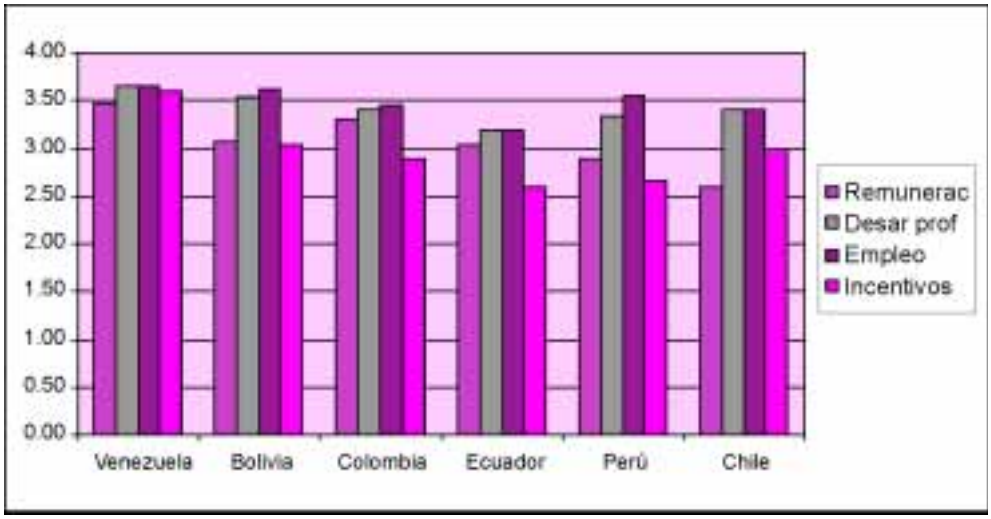


Leyenda

Nada factible	0
Poco factible	1
Algo factible	2
Factible	3
Muy factible	4

e. Con esta pregunta podemos observar que los opinantes consideran que el desarrollo profesional y el empleo son factores con un importante impacto en modular la migración de médicos al exterior. Muy de cerca está el tema remunerativo, particularmente en el caso de Venezuela y Colombia. En el caso de los incentivos, estos serían factores claves en Venezuela principalmente. Por lo tanto es posible afirmar que el desarrollo profesional y la estabilidad en el empleo serían los factores atractores más importantes en los cuales incidir en todos los países. La diferencia encontrada en el peso de los factores remunerativos y de incentivos, puede deberse al contexto económico de cada uno de los países, y a la política salarial establecida.

Asumiendo que se mejoren los siguientes factores de manera significativa ¿cuál sería el impacto de estas mejoras en modular la migración de médicos al exterior?



Leyenda

Nulo impacto	0
Poco impacto	1
Algo de impacto	2
Impacto	3
Alto impacto	4

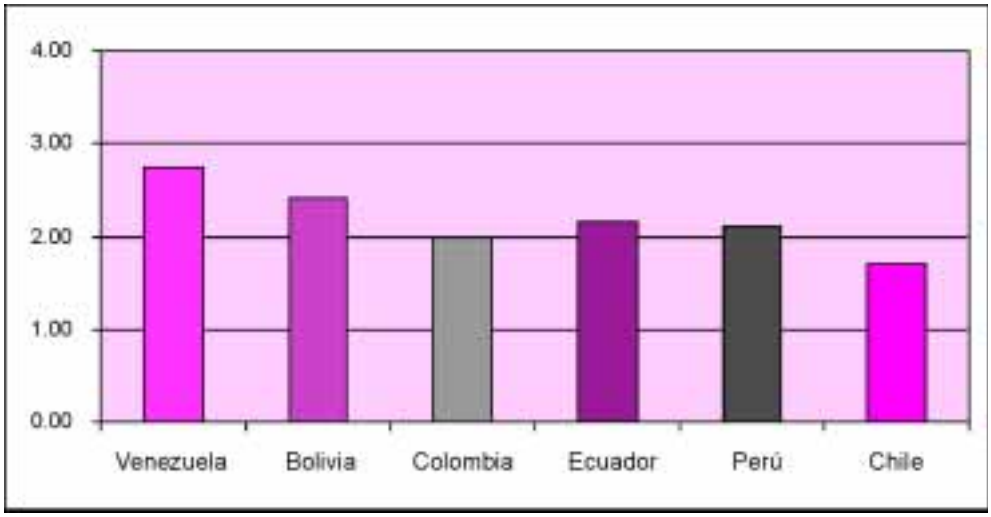
5. Abordaje internacional

Estas preguntas están dirigidas a identificar la percepción sobre posibles alternativas para una modulación de migración, concordada entre los países involucrados, con base en las experiencias desarrolladas por ejemplo en los países de la Comunidad Inglesa (Commonwealth).

a. Los opinantes de todos los países consultados mostraron un escepticismo con relación a la factibilidad de implementar un código internacional de prácticas para la contratación internacional de personal sanitario, tal como se muestra en el siguiente gráfico. Este escepticismo fue algo menor en Colombia y Bolivia. Este patrón puede deberse al desconocimiento de lo avanzado internacionalmente en

materia migratoria, o posiblemente porque existe resistencia a establecer un código internacional cuyo cumplimiento implique modificaciones en materia laboral, salarial o de formación académica, así como la reacción de los diferentes grupos de interés antes estas medidas.

¿Cómo califica la factibilidad de implementar un Código Internacional de Prácticas para la contratación de personal sanitario?

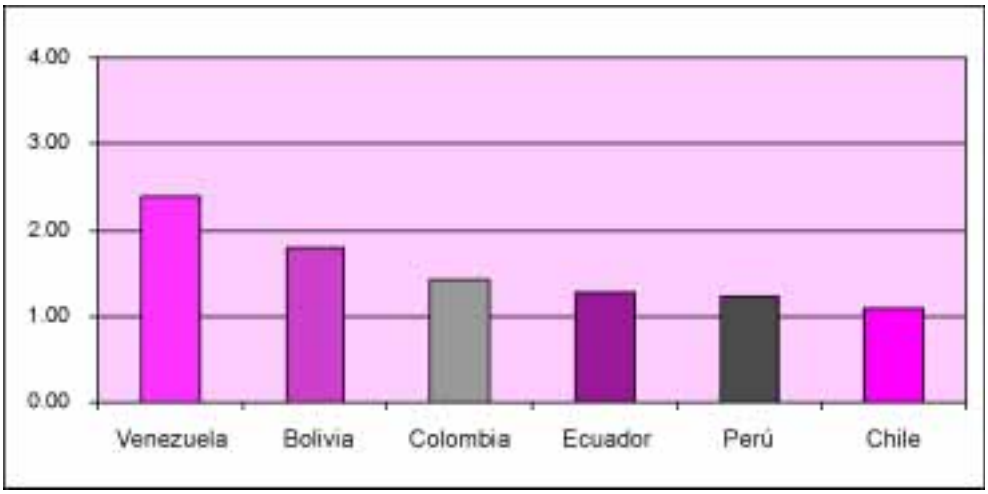


Leyenda

Nada factible	0
Poco factible	1
Algo factible	2
Factible	3
Muy factible	4

b. El establecer como estrategia un sistema de compensación financiera, entre los países desarrollados y los países desde donde parten los migrantes, es visto como "poco factible" por los opinantes, con excepción de Venezuela y Bolivia que perciben como "algo factible". Al parecer el tema de compensación financiera a los países con mayor migración no podría ser una estrategia viable para modular el fenómeno migratorio.

¿Cómo califica la factibilidad de implementar un sistema de compensación financiera de los países desarrollados a los países no desarrollados, por la transferencia de recursos humanos calificados a través de la migración?

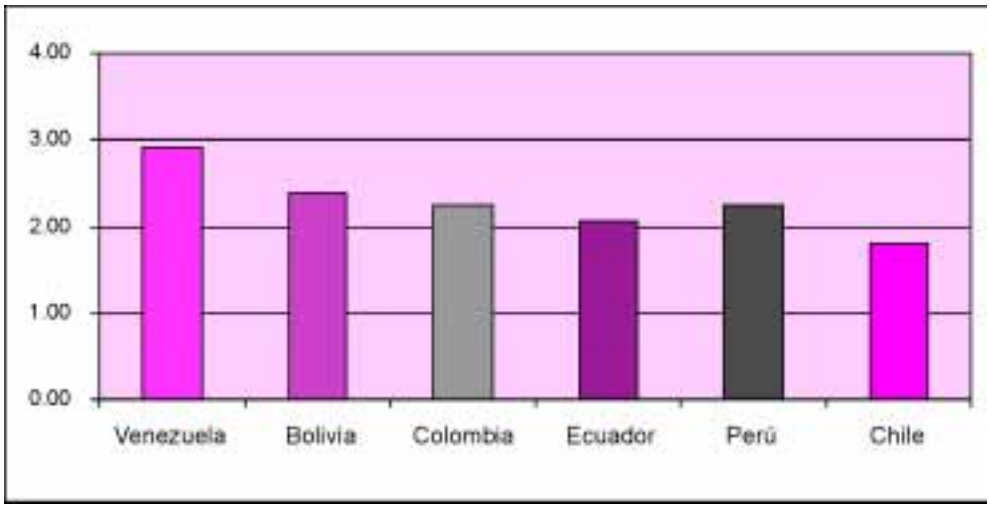


Leyenda

Nada factible	0
Poco factible	1
Algo factible	2
Factible	3
Muy factible	4

c. En el caso de compensaciones no financieras, como una medida para paliar los efectos negativos del fenómeno migratorio, observamos que la percepción de los opinantes es más favorable. Todos los participantes expresaron que es "algo factible", y en el caso de Venezuela que es "factible", lo cual expresa un mayor entusiasmo en comparación con las compensaciones financieras.

¿Cómo califica la factibilidad de implementar un sistema de compensación no financiera (programas de transferencia de tecnología, programas de intercambio, becas, etc) de los países desarrollados a los países no desarrollados, por la transferencia de recursos humanos calificados a través de la migración?

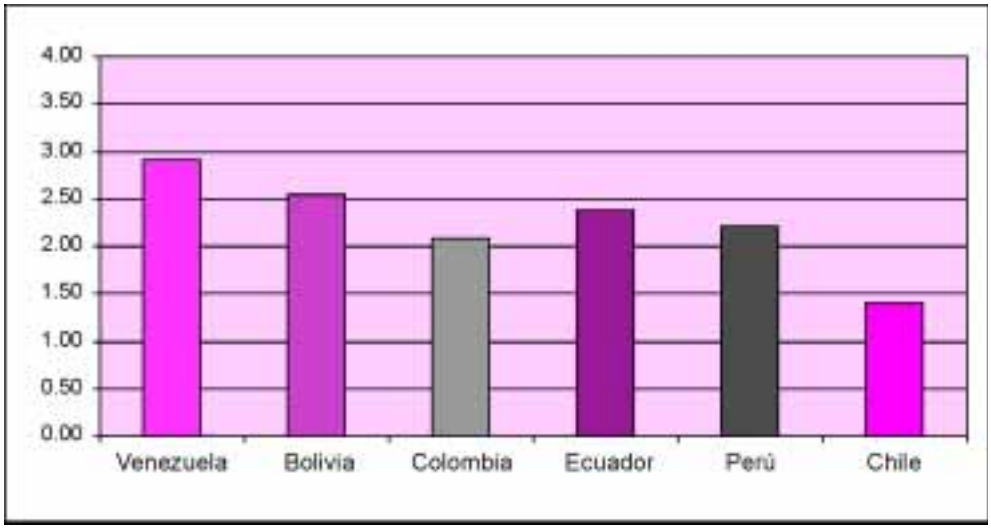


Leyenda

Nada factible	0
Poco factible	1
Algo factible	2
Factible	3
Muy factible	4

d. Es de resaltar que los participantes expresaron opiniones más favorables en el caso de implementar una política migratoria común para los países andinos. El gráfico muestra una mejor expectativa en el caso de Venezuela, Bolivia, Ecuador y Perú en menor proporción. En el caso de Chile los opinantes fueron más excépticos, posiblemente porque este país viene recibiendo médicos migrantes de Ecuador, así como el hecho de no pertenecer a la Comunidad Andina.

¿Cómo califica la factibilidad de implementar una política común de los países andinos en el tema de la migración de profesionales de la salud?



Leyenda

Nada factible	0
Poco factible	1
Algo factible	2
Factible	3
Muy factible	4

MIGRACIÓN DE PERSONAL DE SALUD EN LA REGIÓN ANDINA Y ESPAÑA

Perfil de país y bases legales de la profesión médica

Los países de la región andina han presentado un marcado fenómeno migratorio. Así, en el periodo comprendido entre los años 2000 y 2003, migraron más de medio millón de peruanos y seiscientos mil ecuatorianos aproximadamente[112]. Es el reflejo de los procesos políticos, económicos y sociales vividos en estos años. La migración de profesionales de la salud, particularmente la de médicos, ha estado marcada, desde el punto de vista cualitativo, por los mismos factores que, a continuación expresamos.

[112] Altamirano T. Remesas y nueva "fuga de cerebros". Impactos transnacionales. PUCP. Fondo Editorial 2006, p. 17.

Factor de emigración

Mullan ha definido el llamado Factor de emigración, que refleja el nivel de emigración médica de cada país, y permite un abordaje comparativo de los datos :

$$FI = [A \div (A+B)] * 100$$

Donde A es el número de médicos de un país de origen, desempeñándose en el país receptor B.

Bajo este enfoque, Mullan presenta los siguientes datos[113]:

Tabla 4. Número de médicos, según ubicación en país de origen o en país al que se ha emigrado (país receptor).

País	País receptor	País de origen	Factor de emigración
Perú	1631	29799	5.2
Bolivia	305	6220	4.7
Guatemala	472	9965	4.5
Panamá	229	4942	4.4
Costa Rica	304	6788	4.3
Colombia	2464	58761	4.0
Otros países			
Nueva Zelanda	2483	8491	22.6
Filipinas	18303	91408	16.7
Singapur	750	5747	11.5
Irlanda	6423	9166	41.2
Jamaica	1589	2253	41.4
Haití	1067	1949	35.4
República Dominicana	3262	15670	17.2
Canadá	9105	68096	11.8
México	4741	172266	2.7
Estados Unidos	673	836,036	0.1
Ghana	791	1842	30.0

Fuente: Mullan F. The metrics of the physician Brain Drain. NEJM 2005; 353:1810-8.[114]

[113] Mullan F. The metrics of the physician Brain Drain. NEJM 2005; 353:1810-8.
[114] Estos datos deben tomarse con cautela, en la medida en que pueden subestimar de manera significativa las cifras reales, especialmente por considerar únicamente como países receptores a Estados Unidos de N.A., Canadá, Reino Unido y Australia; así como no considera a aquellos médicos que habiendo emigrado no se han registrado en estos paises.

1. BOLIVIA

a. Marco normativo de la formación médica

La Constitución Política del Estado, la Ley 1565 de Reforma Educativa y sus reglamentos operativos son, en Bolivia, los instrumentos jurídicos que a nivel macro nacional, regulan el funcionamiento de la educación universitaria del país. La población universitaria alcanza aproximadamente a 195.200 estudiantes (año 2001) de los cuales 150.400 (78%) estudian en instituciones públicas y 44.800 (22%) en privadas; existen aproximadamente 9.200 académicos y 5.000 funcionarios administrativos. Funcionan en el país 52 universidades (año 2002), distribuidas de la siguiente manera: 10 universidades públicas y autónomas, integrantes del Sistema de la Universidad Boliviana, 36 universidades privadas, 2 universidades públicas no autónomas adscritas al Sistema de la Universidad Boliviana, 3 universidades públicas no autónomas y una universidad especial de carácter supranacional (Universidad Andina Simón Bolívar)[115].

A finales de los años 1980 el tema del mejoramiento de la calidad empezó a manejarse como un nuevo paradigma entre grupos de académicos en algunas universidades del Sistema de la Universidad Boliviana, en contraposición a los enfoques tradicionales sobre aspectos sociales, políticos y económicos de universidad y sociedad, dominantes hasta entonces entre las comunidades académicas y estudiantiles.

En la actualidad se desarrollan en Bolivia acciones tanto a nivel de las universidades públicas mediante el Sistema de Evaluación y Acreditación, administrado desde el Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana como a nivel de las universidades Privadas, a través de la administración de procesos de evaluación externa desde el Vice Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología.

La coordinación en el campo de los recursos humanos se realiza a través del Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación, el cual está conformado por:

[115] Información recopilada de "Los procesos de evaluación y acreditación universitaria. La experiencia de Bolivia" - IES/2003/ED/PI/34, fecha de publicación: Mayo 2003, en http://www.iesalc.unesco.org.ve/acreditacion/bolivia/acr_bo_daza.pdf, accesado el 18 de agosto de 2006, 19:58 h.

- Ministerio de Salud y Deportes (preside).
- Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana (CEUB).
- Ministerio de Educación.
- Decanatura de Facultades Públicas de Medicina.
- Colegio Médico de Bolivia.

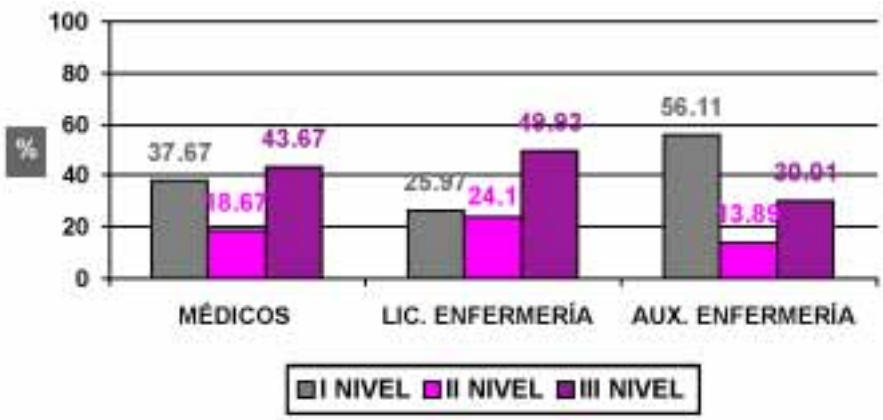
El objetivo central de este Comité Nacional es el de lograr una efectiva coordinación entre las instituciones formadoras de recursos humanos y la institución que capta los mismos a fin de dar respuesta a las necesidades del Sistema Nacional de Salud.

Por otro lado, se han realizado diversos intentos para desarrollar y aplicar instrumentos de gestión de recursos humanos en salud, sin embargo los conflictos internos del sector han dificultado contínuamente concretar este trabajo.

b. Aspectos del ejercicio profesional

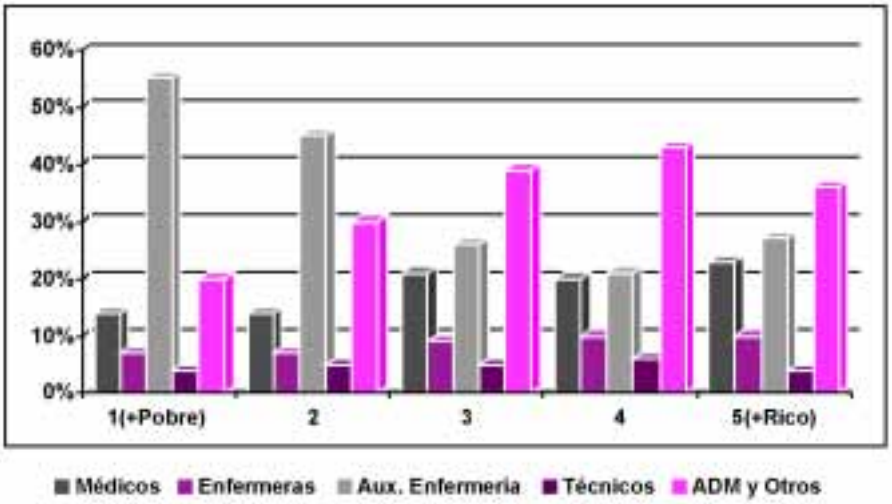
La distribución de profesionales de la salud, es en el caso de los médicos predominantemente en el III nivel de atención, algo similar al de enfermeras y de manera inversa al de auxiliares de enfermería. Este proceso sin embargo, no tiene los niveles de inequidad observados en otros países.

Figura 8. Personal de salud por nivel de atención.



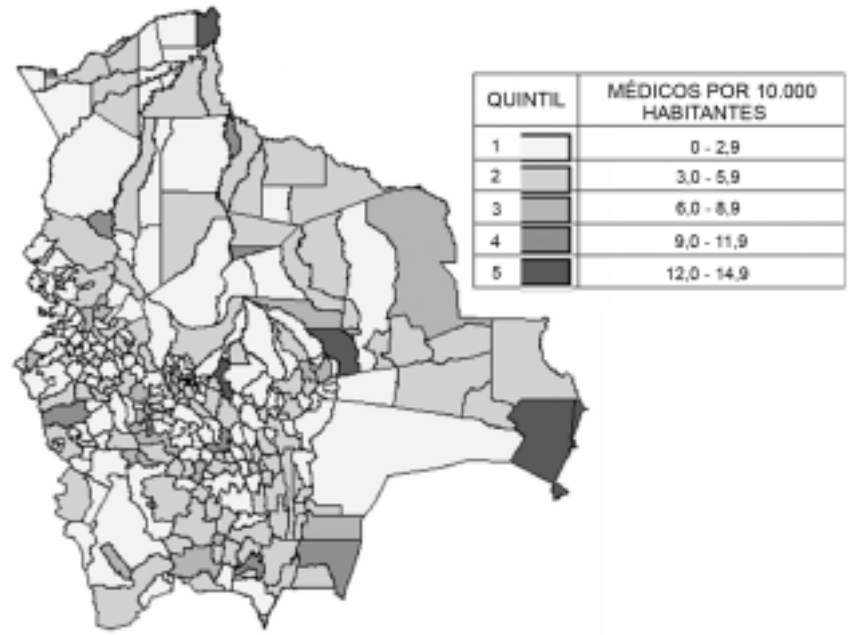
Esto se corrobora cuando se analiza los datos disponibles en función del Índice de Desarrollo Humano (IDH) Municipal, según se muestra en el siguiente gráfico:

Figura 9. Distribución de Personal por Profesión e IDH Municipal.



Fuente: Ministerio de Salud y Deportes, IDH Municipal 2001 INE/UDAPE

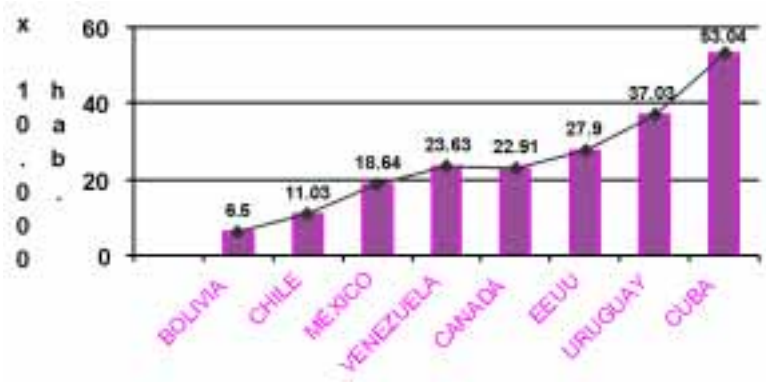
Figura 10. Distribución municipal de médicos por 10.000 habitantes.



Sin embargo, como hemos visto en la figura 10, estos datos no expresan plenamente la inequitativa distribución de los médicos en el territorio nacional boliviano, el cual se encuentra concentrado principalmente en las zonas urbanas.

El número de médicos es significativamente bajo (6,5 por 10.000 hab.) particularmente cuando se le compara con el de otros países:

Figura 11. Tasa comparada de médicos por 10.000 habitantes.



Es importante tomar en cuenta estos datos, en la medida en que el impacto del proceso migratorio será más notorio en este país, dada la reducida disponibilidad de los médicos, su inequitativa distribución y el reducido número de puestos laborales existentes.

Bolivia, al igual que los otros países andinos tiene una amplia gama de representaciones gremiales tales como el Sindicato de Trabajadores en Salud (público y de los seguros sociales), el Sindicado de Profesionales en Salud (público y de los seguros sociales), los colegios profesionales (médico, enfermería, odontólogos, bioquímicos, farmacéuticos, trabajadores sociales, nutricionistas), entre otros.

c. El caso del proceso migratorio de los médicos cubanos en Bolivia

Un proceso que ha merecido especial atención en la profesión médica boliviana, ha sido la incorporación de médicos cubanos en Bolivia, habiéndose presentado pronun-

ciamientos a favor y en contra, inclusive del Colegio Médico de Bolivia[116], que han cuestionado este reclutamiento y manifestado que el gasto realizado debiera dedicarse a la contratación de facultativos desempleados en el país. Esta cooperación cubana se suma a la donación de 20 hospitales rurales, y la proyección de donación de otros 20[117]. Además, se han puesto en funcionamiento siete centros oftalmológicos, en los que se lleva adelante la denominada "Operación Milagro", para realizar operaciones oculares gratuitas. La asistencia médica cubana a Bolivia se ha reflejado en la atención gratuita a más de 1,8 millones de pacientes, según cifras difundidas por la Agencia Boliviana de Información[118]. Aun cuando el número de médicos cubanos varía, las cifras oficiales la establecen a través de la Brigada Médica Cubana, en Bolivia 1.681 médicos, distribuidos en 236 de los 327 municipios.

Es importante considerar igualmente, lo establecido en el artículo 14° - Acción 6, del *Acuerdo para la construcción de la Alternativa Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA) y los Tratados de Comercio entre los Pueblos (TCP)*, suscritos por los Presidentes Hugo Chávez, Evo Morales y Fidel Castro, los días 28 y 29 de abril de 2006[119]:

> ***SEXTO:*** *Cuba ratifica a Bolivia la oferta de 5 mil becas para la formación de médicos y especialistas en Medicina General Integral u otras áreas de las Ciencias Médicas: 2.000 en el primer trimestre del 2006, que ya están recibiendo preparación básica en Cuba; 2.000 en el segundo semestre del presente año, y 1.000 en el primer trimestre del 2007. En los años subsiguientes se irá renovando el cupo establecido con nuevos ingresos. Se incluyen en estos nuevos becados parte de los 500 jóvenes bolivianos que ya venían realizando sus estudios de Medicina en Facultades de Ciencias Médicas cubanas.*

Este es un caso *suigeneris* e interesante, donde 2 países latinoamericanos buscan mecanismos de cooperación más integrales, mediante los cuales se provee de médicos para las zonas menos favorecidas, así como aporte tecnológico y de formación.

Aquí observamos la complejidad del fenómeno migratorio: en primer lugar, el resultado de una acumulación de débiles políticas para la formación, gestión y desarrollo de recursos humanos, con un modelo médico que privilegia lo hospitalario, un gremio médico que asume corporativamente la defensa de sus intereses, y la débil capacidad de respuesta del sistema de salud para dotar de recursos humanos a las zonas más desfavorecidas, expresión de las serias inequidades en salud aún persistentes en Bolivia.

En este contexto, la emigración de un significativo número de médicos bolivianos, significaría una catástrofe nacional para este país, que no podría ser suplida con medidas de cooperación, de carácter humanitario, como hemos aprendido de la experiencia africana.

2. COLOMBIA

a. Marco normativo de la formación médica

El número de médicos graduados es alrededor de los 3400 por año, que vienen a sumarse a los algo más de 60000 médicos registrados en Colombia, como se aprecia en la siguiente tabla:

[116] Los pronunciamientos particularmente en contra, han sido sumamente enérgicos, y han incorporado un debate ideológico a la base de ellos, ver http://elobservador.rctv.net/Noticias/VerNoticia.aspx?NoticiaId=204330&Tipo=20, accesado 16 de septiembre de 2006, 19:45 h.
[117] Datos recogidos de http://www.20minutos.es/noticia/162476/0/cuba/bolivia/hospitales/, accesado 16 de septiembre de 2006, 19:58 h.
[118] http://abi.bo/index.php?i=noticias_texto&j=20061015125730, accesado 16 de septiembre de 2006, 22:10 h.
[119] El documento completo puede ser revisado en http://www.tni.org/altreg-docs/albatcptreaty-s.htm, accesado el 14 de agosto de 2006, 18:05 h.

Tabla 5. Médicos graduados, según género y año de graduación Colombia 2003 - 2005.

AÑO	GÉNERO MASCULINO	GÉNERO FEMENINO	TOTAL
GRADUADOS EN EL AÑO 2003	1716	1682	3398
GRADUADOS EN EL AÑO 2004	1640	1559	3199
GRADUADOS EN EL AÑO 2005	ND	ND	3425
TOTAL MÉDICOS REGISTRADOS			61140** 60283*** Proyección 2005

Fuente: Listado de estudiantes que se presentaron al examen de calidad de educación superior - ECAES. Casi en su totalidad corresponden a los graduados.

**** Fuente:** Base de Datos de Recursos Humanos en Salud ASCOFAME.

*****Fuente:** Estudio de Oferta y Demanda de Recursos Humanos en Salud. U. de Antioquía, Facultad de Salud Pública.

En lo que respecta a la distribución de médicos por especialidad, las que presentan un mayor número de profesionale son: Anestesiología (1724), Cirugía General (1983), Gineco Obstetricia (2316), Medicina Interna (1920), Oftalmología (1103), Ortopedia y Traumatología (1147), Pediatría (2503) y Psiquiatría (1083), como se aprecia en el anexo.

Acreditación y migración

El objetivo declarado de los procesos de acreditación en Colombia es el garantizar a la sociedad que las Instituciones de Educación Superior cumplen con los más altos requisitos de calidad. Por acuerdo del Consejo Educación Superior - CESU (06 de diciembre de 1995) se establece las políticas del Sistema Nacional de Acreditación, siendo sus características las siguientes:

- El Estado adopta y hace público el reconocimiento que los pares académicos hacen de la comprobación sobre la calidad académica, su organización y funcionamiento y el cumplimiento de su función social.

- Es de carácter voluntario y tiene carácter temporal; se otorga entre 3 y 10 años. Una vez terminado el proceso los programas se someten a un proceso de recertificación.
- Como propósito se establece que la acreditación debe "mantener niveles de calidad reconocidos internacionalmente", los cuales se desarrollan en el documento del Consejo Nacional de Acreditación - CNA "Lineamientos para la Acreditación de Programas".

Actualmente están acreditadas 16 facultades, de las cuales 10 han sido reacreditadas. Algunas ya están iniciando contactos para la acreditación internacional y se está iniciando un proceso para la certificación internacional de los estudiantes. Los que egresan de estas facultades, obtienen los más altos puntajes en los exámenes de calidad de la educación superior -ECAES- y obtienen más becas para estudios en el exterior. Lo anterior debe ser un criterio para ser tenido en cuenta para la selección de médicos que busquen oportunidades de desempeño profesional en otros países.

Las Instituciones de Educación Superior, según la Ley 30 de 1992, son quienes pueden entregar un título profesional de médico que certifica las aptitudes de un individuo para el ejercicio médico. En el caso de los médicos inmigrantes existe la resolución 1657 para la convalidación de títulos otorgados por Instituciones de Educación Superior y extranjeras y la homologación de estudios parciales. El médico inmigrante deberá acreditar lo siguiente:

- La realización del año de internado rotatorio.
- Nivel académico de los programas cursados en las áreas clínicas.
- Si el título se convalida deberá realizar el Servicio Social Obligatorio.

Para convalidar títulos de posgrado deberá certificar las actividades prácticas de la especialización incluido el tiempo de la actividad práctica, el récord de cirugías y toda información sobre actividades académicas y asistenciales que desarrolló durante el programa académico.

En la última resolución se ha introducido el criterio de que si el título fue otorgado por un programa académico acreditado se procederá a convalidar el título.

b. Aspectos del ejercicio profesional

Registro profesional

Desde la Ley 14 de 1962, que reglamentó el ejercicio de la Medicina y la Cirugía (la cual ha tenido posteriores reglamentaciones), se estableció el registro profesional tanto para médicos graduados en el país como en el exterior. Desde 1994, los títulos profesionales se registran en las Secretarías de Salud departamentales (Decreto 1875), las que actualmente se denominan Direcciones Departamentales de Salud y la Secretaría Distrital de Bogotá.

Asimismo algunas especialidades tienen registros especiales. Anestesiología (Ley 6 de 1991), Radiología e Imágenes Diagnósticas (Ley 657 de 2001), en la cual se señala, que además de los graduados en la especialidad en el país, podrán ejercer los graduados en "otros países con los cuales Colombia tenga celebrados tratados o convenios sobre reciprocidad de títulos universitarios, en los términos de los respectivos tratados o convenios, y siempre que los respectivos títulos estén refrendados por las autoridades colombianas competentes en el país de origen de los títulos".

El registro profesional para los médicos inmigrantes, requiere previamente de la convalidación del título por parte del Ministerio de Educación Nacional.

El médico una vez que ha cumplido con las disposiciones de su Registro Profesional y el certificado del Servicio Social Obligatorio obtiene la Tarjeta Profesional. Para los médicos graduados en universidades extranjeras se requiere la convalidación del título por parte de las autoridades competentes, requisito indispensable para el ejercicio.

Servicio social

El servicio social obligatorio se crea con la Ley 50 de 1981 y se reglamenta por el Decreto 2396 de 1981. Tiene una duración de 1 año y es a dedicación exclusiva. Actualmente las plazas se seleccionan y aprueban por parte de las Direcciones Seccionales, distritales y locales de salud, dando prioridad a los centros y puestos de salud del área rural y con la correspondiente disponibilidad presupuestal. Actualmente debido a la intensa migración interna se han habilitado plazas en las áreas urbanas

para la atención en salud a la población pobre, además de plazas en la modalidad de investigación y de docencia.

Los médicos graduados en el exterior tanto de pregrado como de posgrado, nacionales o extranjeros deben cumplir con este requisito, sin perjuicio de lo establecido en los Tratados Internacionales y como condición indispensable para obtener el registro profesional y ejercer la profesión.

Recertificación profesional

En Colombia no existe recertificación profesional. En la Constitución Nacional de 1991 se establece la figura de los Colegios Profesionales y actualmente está pendiente de sanción presidencial un posible decreto que reglamente la recertificación de los médicos.

Revalidación y reconocimiento de títulos

La normatividad está dada por la Resolución 5547 de 2005, que establece que para efectos de la convalidación de títulos de pregrado y de postgrado se deberá hacer una evaluación de la información y en su orden verificar cuál de los siguientes criterios se aplica para de esta forma proceder al trámite correspondiente:

1. *Convenio de reconocimiento de títulos.*

   Si el título procede de alguno de los países con los cuales el Estado colombiano ha ratificado convenios de convalidación de títulos, éstos serán convalidados en un término no mayor a dos meses contados a partir del recibo en debida forma de la documentación requerida.

2. *Programa o institución acreditados, o su equivalente en el país de procedencia.*

   Si la institución que otorgó el título que se somete a convalidación o si el programa académico cursado por el solicitante se encuentran acreditados, o cuentan con un reconocimiento equivalente por parte de una entidad certificadora o evaluadora de alta calidad, reconocida en el país de origen o a nivel internacional, se procederá a convalidar el título. En este caso, el trámite de convalidación se adelantará en un término no mayor a dos meses contados a partir del recibo en debida forma de la documentación requerida.

3. *Caso similar.*

Cuando el título que se somete a convalidación, corresponda a un programa académico que hubiera sido evaluado con anterioridad por el Ministerio de Educación Nacional o el ICFES, se resolverá aplicando la misma decisión que en el caso que sirve como referencia. Para tal efecto, deberá tratarse del mismo programa académico, ofrecido por la misma institución y con una diferencia entre las fechas de otorgamiento de los dos títulos que no podrá exceder los ocho años. En este caso, el trámite de convalidación se adelantará en un término no mayor a dos meses contados a partir del recibo en debida forma de la documentación requerida. Una convalidación realizada por caso similar no podrá servir de soporte a otra convalidación.

4. *Evaluación académica.*

Si el título que se somete a convalidación no se enmarca en ninguno de los criterios señalados anteriormente o si no existe certeza sobre el nivel académico de los estudios que se están convalidando, o su denominación, se someterá la documentación a proceso de evaluación académica. Este trámite se adelantará en un término no mayor a cinco meses contados a partir del recibo en debida forma de la documentación requerida. Para efectos de la convalidación de títulos correspondientes a posgrados médico - quirúrgicos, se deberán tener en cuenta lo criterios definidos por la comunidad académica en el documento "Especialidades Médico - Quirúrgicas en Medicina", publicado por el Ministerio de Educación Nacional de Colombia.

c. Migración de profesionales de la salud

Apoyo a los estudios en el exterior:

Para los profesionales que desean especializarse en el país, el ICETEX les ofrece el *crédito posgrado país* a mediano plazo, el cual cubre las especializaciones, las maestrías y los doctorados. Esta línea les permite el financiamiento de hasta $13.056.000 (32 salarios mínimos al año).

El crédito para estudios en el exterior se ofrece a estudiantes colombianos para complementar la financiación de:

- Estudios de formación avanzada o de posgrado (especialización, maestría y doctorado).
- Complemento a becas internacionales canalizadas por el ICETEX.
- Convenios de cooperación con países u organismos internacionales.
- Pasantías en el exterior, en desarrollo de convenios suscritos por el Instituto.
- Estudios para perfeccionamiento de idiomas, de profesionales que aspiran realizar un posgrado en el exterior.
- Transporte estudiantil, a quienes viajan a realizar estudios de posgrado.

El posgrado en el exterior con perspectiva de mediano plazo, se da para estudios de especialización, maestría y doctorado, teniendo un valor máximo de crédito de US$ 16.000, con un plazo para el reembolso del crédito igual al tiempo de número de giros. La tasa de interés anual es del 16% y se exige como requisito el acreditar dos deudores solidarios aprobados.

El posgrado en el exterior con perspectiva de largo plazo, se da para estudios de posgrados, perfeccionamiento de idiomas y transporte estudiantil. El valor máximo del crédito otorgado es de US$ 8.000, con un plazo para el reembolso del crédito de 60 meses, la tasa de interés anual es del 16% y el periodo de gracia de 3 meses; como requisito se exige un deudor solidario aprobado.

No existe un marco legal y normativo específico para los médicos que migran a España. Existe un programa general de préstamos para estudios en el exterior por parte del Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios Técnicos en el Exterior - ICETEX.

Igualmente no existe un marco legal o normativo específico que establezca las oportunidades de empleo y condiciones de trabajo, remuneración, incentivos, ascensos, descansos y licencias del médico que inmigra a España.

Como se observa en el caso de Colombia, existen importantes avances en materia normativa para regular el fenómeno migratorio, generando mecanismos de aseguramiento de la calidad de la formación por parte de las instituciones, el correcto ejercicio profesional, así como también encontramos mecanismos para estimular el desarrollo profesional de los médicos colombianos, tanto en su país como en el extranjero.

En consecuencia encontramos factores de retención que harían posible una mayor permanencia de los médicos colombianos en su país de origen.

3. ECUADOR

a. Marco normativo de la formación médica

En el anexo 3 se detallan las universidades que forman este personal distribuidas en las dos regiones del país: costa y sierra, separadas por sectores público y privado. Como se puede ver en el cuadro 1, en el país todavía la formación de recursos humanos en salud se da principalmente en el sector público. La carrera de Enfermería es la más ofertada, mientras que lo contrario sucede con Obstetricia. Además, las instituciones que pertenecen al sector privado todavía, solo se las encuentra en tres grandes ciudades del país (Quito, Guayaquil y Cuenca).

Tabla 6. Formación médica en Ecuador, año 2001.

Región	Sierra			Costa			Total
Carreras/sector	Público	Privado	Total	Público	Privado	Total	
Medicina	3	3	6	3	3	6	10

Fuente: CIRHUS - OPS, citando a Merino, C.

En las carreras de las ciencias de la salud, en la década de los 80 se produce una suerte de inflexión en el número de matriculados y graduados, con un incremento inicial y un posterior descenso.

Como en otros países de Latinoamérica, en la década de los 80 y 90 se desarrolla un fuerte proceso de expansión de la formación en ciencias de la salud, en el sector privado.

Por otro lado se ha documentado, como en otros países, una acentuación del proceso de feminización del sector salud, a nivel de la formación, pasando de 59% en1981 a 64% en el 2001.

Con relación a los alumnos matriculados en la carrera de Medicina, alrededor de los años 90 se da una inflexión en el peso relativo en la formación entre la costa y la sierra, pasando de un anterior predominio de la costa, a un mayor predominio de los formados en la sierra.

b. Migración de profesionales de la salud: el canal Ecuador - Chile

Aun cuando no existen cifras oficiales, se estima que el proceso de migración de médicos ecuatorianos es importante y tiende a a incrementarse. Así se ha reportado que cerca de 200 médicos de la Provincia de Manabí de los 800 colegiados que tiene esta provincia, trabajan en Chile y Argentina. Paralelamente se estima que alrededor de 2.000 médicos ecuatorianos, de los aproximadamente 20.000 registrados, laboran en Europa y América[120].

Las cifras podrían ser tan alarmantes como aquellas reportadas por el Colegio Médico de Guayas, el cual estima que el 65% de los médicos ecuatorianos están desempleados y sólo el 35% tiene relación de dependencia. Asimismo ha señalado que al menos aproximadamente 3.500 médicos han emigrado[121].

Un aspecto a analizar es el del proceso de revalidación de títulos entre Ecuador y Chile. En Chile para ejercer la Medicina la Ley determina tres posibilidades: estar en posesión del título de médico cirujano emitido por una universidad chilena; estar en posesión de un título revalidado o reconocido a través de un proceso en la Universidad de Chile o poseer un título otorgado en un país con el cual exista un convenio internacional de reconocimiento automático vigente. Los médicos con títulos obtenidos en Ecuador, Uruguay, Brasil y Colombia tienen acceso a dicho reconocimiento automáti-

[120] Diario Hoy On Line, "Ecuador forma 'cerebros' para la exportación", nota periodística en http://www.hoy.com.ec/Suplemen/blanco83/byn.htm editada el 20 de mayo de 2006, y consultada el 22 de julio de 2006, 19:35 h.
[121] Diario Hoy On Line, "Ecuador forma 'cerebros' para la exportación", nota periodística en http://www.hoy.com.ec/Suplemen/blanco83/byn.htm editada el 20 de mayo de 2006, y consultada el 22 de julio de 2006, 19:35 h.

co mediante un trámite que se realiza en el Ministerio de Relaciones Exteriores, en virtud de tratados internacionales suscritos entre los respectivos gobiernos, y no son evaluados en sus competencias por ninguna entidad nacional. Al amparo de este mecanismo, cientos sino miles de médicos ecuatorianos, han emigrado a Chile para desempeñarse especialmente en el primer nivel de atención.

Tal es la magnitud del proceso, que el Colegio Médico de Chile señaló que en el año 2000, habían ingresado al país 850 médicos ecuatorianos, cifra superior al número de médicos graduados en las universidades de Chile. La facilidad con la que estos médicos optan por Chile como país de residencia se debe al Convenio sobre mutuo reconocimiento de exámenes y de títulos profesionales entre Chile y Ecuador firmado en Quito en 1917, antes descrito. Un factor importante a considerar en el análisis es el hecho de que no existiría un número suficiente de médicos chilenos dispuestos a trabajar en el sector público, especialmente en el primer nivel de atención, lo que promueve este canal de migración.

4. PERÚ

a. Marco normativo de la formación médica

La formación de pregrado en Medicina, ha sufrido un significativo incremento en las últimas décadas. Así las Facultades de Medicina han pasado de 3 en 1960 a 28 en el 2003, y 30 en el 2006 (2 de ellas no acreditadas, considerando una de ellas filial). En el caso de Enfermería, el incremento fue de 8 facultades a 44 (con un número de filiales no precisado), en el mismo periodo de tiempo.

La expansión de esta oferta ha sido especialmente por universidades privadas, las cuales en el caso de Medicina y Enfermería ha alcanzado a la oferta pública, mientras que en Obstetricia y Odontología la oferta privada es inclusive mayor.

Tabla 7. Carreras de salud ofertadas por universidades - Perú 2003.

Carreras profesionales	Total	Universidades públicas	Universidades privadas
Enfermería	44	23	19
Medicina	28	16	12
Obstetricia	25	10	15
Odontología	21	10	11

Fuente: Asamblea Nacional de Rectores

Por otro lado, existen Facultades o Escuelas de Medicina en 15 de las 26 regiones del país. No existen Facultades de Medicina en Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, San Martín ni en Tumbes.

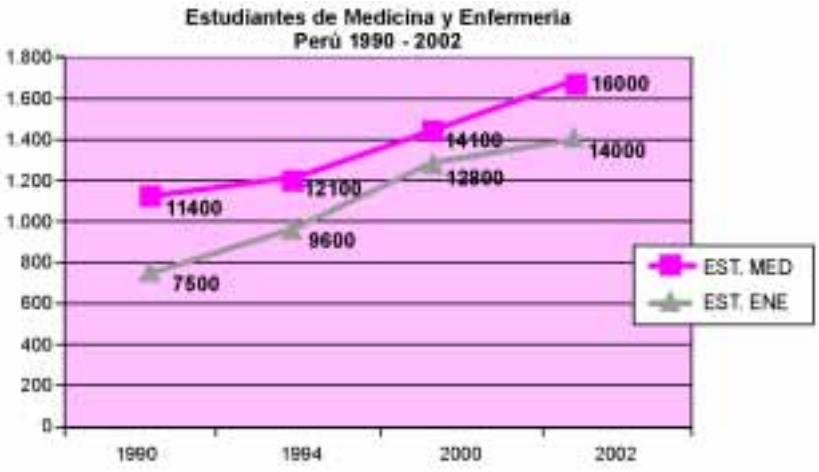
Tabla 8. Facultades y escuelas de medicina por tipo de propiedad y macroregión.

Macroregión	Nacionales	Privadas	Total
Norte	4	4	8
Lima	3	5	8
Centro	4	1	5
Sur	5	2	7

Fuente: Observatorio RRHH IDREH - Perú 2005

De manera paralela, el número de estudiantes de Medicina ha aumentado significativamente, pasando de 11.400 en 1990 a 16.800 en el 2002, lo que representa un 47.4%.

Figura 12. Evolución en el número de estudiantes de Medicina y Enfermeria, 1993-2002, Perú.



Fuente: Asamblea Nacional de Rectores

b. Aspectos del ejercicio profesional

Por otra parte la distribución de profesionales, particularmente médicos, está marcada por una profunda inequidad. Así cuando se analiza la tasa de médicos por habitantes, según departamentos en cinco estratos según la distribución de sus quintiles, se obtiene la siguiente tabla:

Tabla 9. Distribución de las tasas de profesionales de la salud por departamento - MINSA 2004.

Estrato de pobreza	Departamento	Médico	Enfermera	Odontólogo	Obstetriz
Aceptable	Arequipa	9.93	11.98	2.03	4.77
	Callao	11.99	4.84	0.90	1.67
	Lima	10.01	7.44	1.29	2.77
	Moquegua	10.82	16.43	4.58	9.36
	Tacna	7.12	10.10	1.27	4.36
Regular	Madre de Dios	10.77	10.77	2.28	7.83
	Ica	8.18	7.87	2.48	3.10
	La Libertad	6.58	5.30	0.52	2.60
	Lambayeque	4.23	4.01	0.57	2.45
	Tumbes	5.49	6.45	1.37	5.00

Pobre	Ancash	4.60	4.55	0.67	2.89
	Cusco	4.43	6.72	0.60	2.89
	Junín	3.74	7.60	0.94	2.46
	Pasco	3.38	4.98	0.74	4.06
	Piura	4.28	2.64	0.49	2.86
	Puno	4.22	6.65	0.66	2.92
	San Martín	3.34	2.73	0.65	3.49
	Ucayali	4.96	7.45	0.83	3.29
Muy pobre	Amazonas	4.74	3.98	0.77	3.56
	Apurímac	5.45	7.15	1.27	4.43
	Ayacucho	4.01	9.27	1.37	6.27
	Cajamarca	3.18	4.86	0.48	3.06
	Huancavelica	0.74	3.29	0.48	3.77
	Huánuco	3.75	6.18	0.45	3.61
	Loreto	2.83	2.45	0.45	1.23

Fuente: Oficina de Estadística e Informática del MINSA - 2004

Otro punto a destacar en el caso de Perú, por su importancia en mostrar lo que puede ser en gran medida lo que sucede a nivel andino, es la información con relación a las oportunidades de desarrollo profesional a través de la formación como especialistas que brinda el Sistema Nacional de Residentado Médico, las cuales se han visto sensiblemente reducidas en los últimos años. Así en el año 2006, sobre un total de 3255 postulantes por plaza libre (postulantes que no laboraban en el sector salud de manera estable) sólo lograron ingresar 530 postulantes, representando el 16%. Esta cifra se mantuvo prácticamente en el mismo nivel en las 10 universidades integrantes del sistema, como se muestran en las siguientes tablas.

Tabla 10: Nivel de éxito para ingresar a los programas de segunda especialidad en Medicina Humana, según modalidad de postulación, Perú 2006.

Nivel de éxito - ingreso al SINAREME

	Postulantes	Ingresantes*	Éxito
Libres	3255	530	16.28
Destaque público	280	85	30.36
Destaque privado	17	3	17.65
Cautiva	60	21	35.00

Tabla 11: Nivel de éxito para ingresar a los programas de segunda especialidad en Medicina Humana, según universidad de postulación, Perú 2006.

Universidad	Postulantes	Ingresantes*	Éxito (%)
UNMSM	1733	225	12.98
UNFV	584	80	13.70
UPCH	357	52	14.57
USMP	339	57	16.81
UNSA	219	32	14.61
UNT	168	38	22.62
UNSLGI	94	20	21.28
UNPRG	68	12	17.65
UCSM	39	4	10.26
UNSAAC	15	8	53.33

c. Migración de profesionales de la salud

Diversos reportes dan cuenta de un incremento en el número de profesionales de la salud que emigran al extranjero. Así en base a datos de la Dirección de Migraciones se ha señalado que 4.416 médicos habrían emigrado hasta 1992, y 14.130 hasta 2004, con cifras algo similares para el caso de las enfermeras (2.726 y 7.560, respectivamente).

En el caso de los médicos graduados en el extranjero, que desean el reconocimiento de títulos, este es aplicable únicamente cuando el grado o título ha sido obtenido en universidades de países con los cuales el Perú tiene convenio de reciprocidad. Además de los trámites regulares y rutinarios, para el caso de la profesión médica se exige:

1. Original del Plan de Estudios, sílabos de las asignaturas, seminarios y otras actividades académicas cursadas y aprobadas y constancia u otro documento que acredite haber cumplido con el internado.

2. Constancia que acredite el cumplimiento de la rotación hospitalaria en el Perú. Precisan entrada en vigencia de la Resolución N° 1256-2005-ANR: **(vigente a partir del 02/01/2006 con Resolución N° 1368-2005-ANR publicada en el**

Diario El Peruano el 24/11/2005); y/o entrevista personal si acredita más de tres años en el ejercicio de la profesión.

5. VENEZUELA

a. Aspectos de formación y ejercicio profesional

En Venezuela no se ha estructurado un sistema de acreditación de Escuelas de Medicina. La Asociación Venezolana de Facultades de Medicina ha aprobado los estándares de acreditación y se está gestionando la conformación de una comisión nacional en conjunto con las instituciones gubernamentales.

El ejercicio profesional, y en particular el registro de médicos, se rige por lo establecido en el artículo 22º de la Ley de Ejercicio de la Medicina[122], que establece un mecanismo relativamente sencillo, no promoviendo en esencia la migración. Sin embargo, los médicos graduados en universidades extranjeras, nacionales o extranjeros, deben convalidar o revalidar el título en una universidad venezolana, lo cual es un proceso lento por los múltiples trámites que deben realizarse, sobre todo en el caso de revalidaciones, y posteriormente cumplir con el artículo 8 de la Ley de Ejercicio de la Medicina (referente al servicio social) por lo cual se constituye en un proceso poco atractivo para la inmigración.

El Registro se realiza ante la División de Regulación y Control de Profesionales de Salud[123] de la Dirección de Regulación y Control de Materiales, Equipos, Establecimientos y Profesionales de Salud del Ministerio de Salud.

[122] Artículo 22 de la Ley de Ejercicio de la Medicina: Los Doctores en Ciencias Médicas y los Médicos Cirujanos deberán registrar sus títulos en la Oficina Principal de Registro e inscribirlos en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, en el Colegio Médico correspondiente y ante la Autoridad Civil de la localidad donde residan.
La inscripción definitiva del título en el Ministerio de Salud y Asistencia Social quedará sujeta al cumplimiento del artículo 8º de esta Ley.
El texto completo de la Ley puede ser consultado en:
http://www.msds.gov.ve/msds/Leyes/salud/LeyMedicina.pdf#search=%22Ley%20de%20Ejercicio%20de%20la%20Medicina%22
[123] Accesible en: http://www.msds.gov.ve/msds/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=211

El servicio social del médico en Venezuela es obligatorio y está reglamentado en el artículo 8º de la Ley de Ejercicio de la Medicina[124], el cual establece que el médico debe realizar un año de ejercicio en una población rural o dos años en un hospital que tenga internado rotatorio con una pasantía mayor no menor a 6 meses; el cumplimiento de este artículo es condición indispensable para el desempeño del profesional en grandes poblaciones, para hacer especialización y para desempeñar cargo médicos. Tal como está planteado, el cumplimiento del servicio social puede constituirse en una limitante para la inmigración. Generalmente el médico que sale del país para realizar estudios de posgrado o por otras condiciones, si su intención es regresar al país, por lo general cumple con el servicio social antes del traslado.

Aparte del registro y cumplimiento del servicio social, más los trámites contemplados en los artículos 4º[125] y 22º de la Ley de Ejercicio de la Medicina no existen otros requisitos para la habilitación. Por otra parte no se ha desarrollado aún un sistema de certificación de médicos. El proceso de recertificación médica ha sido estudiado por el Ministerio de Salud, sociedades científicas y gremio médico, sin embargo hasta la actualidad no se ha generado una propuesta que articule estas preocupaciones.

[124] El artículo 8 de la Ley de Ejercicio de la Medicina: Para ejercer la profesión de médico en forma privada o en cargos públicos de índole asistencial, médico-administrativa, médico-docente, técnico-sanitaria o de investigación, en poblaciones mayores de (5.000) habitantes, es requisito indispensable haber desempeñado por lo menos, durante un (1) año, el cargo de médico rural o haber efectuado internado rotatorio de post-grado durante dos (2) años, que incluya pasantía no menor de seis (6) meses en el medio rural, de preferencia al final del internado. Si no hubiere cargo vacante para dar cumplimiento a lo establecido anteriormente, el Ministerio podrá designar al médico para el desempeño de un cargo asistencial en ciudades de hasta cincuenta mil (50.000) habitantes por un lapso no menor de un (1) año. Si tampoco existiere cargo como el indicado o no hubiere resuelto el caso en un plazo no mayor de sesenta (60) días continuos a partir de la fecha de la solicitud, el médico queda en libertad de aceptar un cargo en otro organismo público o de ejercer su profesión privadamente por un lapso no menor de un (1) año en ciudades no mayores de cincuenta mil (50.000) habitantes.
Para el desempeño de cualesquiera de estas actividades, el médico deberá fijar residencia en la localidad sede, lo cual será acreditado por la respectiva autoridad civil y por el Colegio de Médicos de la jurisdicción.
Cumplido lo establecido en este artículo el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social deberá otorgar al médico la constancia correspondiente.
El texto completo de la Ley puede ser consultado en:
http://www.msds.gov.ve/msds/Leyes/salud/LeyMedicina.pdf#search=%22Ley%20de%20Ejercicio%20de%20la%20Medicina%22

[125] Ley de Ejercicio de la Medicina de Venezuela:
Artículo 4.- para ejercer en la República la profesión de médico, se requiere:
1) Poseer el título de Doctor en Ciencias Médicas o de Médico Cirujano expedido por una universidad venezolana, de acuerdo con las leyes especiales sobre la materia.
2) Registrar e inscribir el título correspondiente en las Oficinas Públicas que establezcan las leyes.
3) Estar inscrito en el Colegio de Médicos en cuya jurisdicción se ejerza habitualmente la profesión.
4) Estar inscrito en el Instituto de Previsión Social del Médico.
5) Cumplir las demás disposiciones contenidas al efecto en esta Ley.

Una limitante para la migración es la necesidad del reconocimiento de los títulos para los médicos inmigrantes. Este aspecto se circunscribe al ámbito del Ministerio de Educación y las universidades; la revalidación puede significar varios años para que el profesional esté facultado para el ejercicio profesional. La convalidación es un procedimiento que consume menor tiempo y está fundamentado en un convenio entre los países del área andina (Convenio Andrés Bello).

Convenio Andrés Bello[126]

El Gobierno de la República de Venezuela, en el año l976 transformó el Convenio de Convalidación en Ley Nacional. La Ley de Universidades Venezolanas otorga la facultad de la convalidación y las equivalencias de títulos de Educación Superior a las Universidades Oficiales, las cuales la ejercen en función de su autonomía, de allí a que sean descentralizados este tipo de procesos. Un número de profesionales ya ha logrado la convalidación invocando los términos del Convenio, la mayoría de ellos son venezolanos, quienes cursaron sus carreras en otros países. En ciertos casos, ha habido litigios judiciales que han sido resueltos por el sistemas judicial a favor de los solicitantes, lo cual ha fortalecido la vigencia de este Convenio.

b. Migración de profesionales de la salud[127]

Aunque no existen datos oficiales sobre el número de médicos venezolanos en el extranjero, existen reportes de una creciente migración de médicos al exterior.

Después del viernes negro en 1983[128], Venezuela pasó de ser un país atrayente para los inmigrantes a ser una nación exportadora de talentos, incluyendo a los profesiona-

[126] Extraído del Informe de Venezuela ante la 10ª. Reunión Ordinaria del Comité Intergubernamental del Convenio Regional de Convalidación de Estudios, Títulos y Diplomas de Educación Superior en América Latina y el Caribe.

[127] Este comentario recoge en gran medida el presentado por María Alejandra Berroterán en "Migración de médicos: una fuga poco saludable" y que a su vez recoge la opinión y las experiencias de varios líderes de opinión de la Salud en Venezuela en el tema de la migración de médicos; documento en http://caibco.ucv.ve/caibco/CAIBCO/Vitae/VitaeVeintiseis/SaludHoy/ArchivosHTM/introfuga.htm, accesado el 10 de agosto de 2006, 19:35 h.

[128] La drástica caída de los precios del petróleo llevó al gobierno venezolano a adoptar una serie de medidas económicas de emergencia, a comienzos de 1983. Este año el gobierno reconoce la insolvencia ante la banca internacional. Ante la creciente fuga de divisas, el Ejecutivo resuelve, el viernes 18 de febrero, recurrir al control de cambios. Se impone una restricción a la salida de divisas y al mismo tiempo una devaluación del bolívar. La medida produce gran polémica por su impopularidad, sobre todo en un año electoral. La agitación de la opinión pública crece al discutirse el reconocimiento de la deuda externa privada. El gobierno plantea reconocer la deuda privada adquirida para financiar actividades económicas en el país durante el año 1983, excluyendo la anterior a este año y la adquirida para actividades comerciales.

les de la Medicina. La Federación Médica Venezolana está realizando un censo médico para actualizar el registro de profesionales nacionales. Es interesante resaltar la emigración de muchos destacados investigadores.

En opinión de la Federación Médica Venezolana, las condiciones laborales de los médicos han disminuido con los años, a pesar del reciente aumento de sueldo por decreto presidencial. Así los médicos residentes que laboren 6 horas para el Estado recibirán un ingreso mensual de 870.000 bolívares al mes, si dedican 8 horas, gozarán de 30% adicional. La cifra supera en poco más de 100.000 bolívares el costo de la canasta básica (762.422 bolívares en septiembre 2005), la cual incluye el pago de alimentos, vivienda y servicios. La Federación Médica Venezolana insiste en que el salario debería ser de 1.000 dólares al mes (equivalente a 3 veces la canasta básica)[129].

Un ejemplo del impacto potente de la migración selectiva en el campo de la investigación, particularmente en el caso de Venezuela con una importante tradición de investigación, es que líneas completas de investigación pueden desaparecer por esta migración de investigadores biomédicos, como se ha descrito con la "crisis de los virólogos" en los años 80, en la que Venezuela perdió prácticamente una generación de conocimiento pues sus expertos emigraron.

En Venezuela se intentó hacer programas para recuperar el talento pero no tuvieron resultados alentadores. El Programa Pérez Bonalde para traer de vuelta a los investigadores venezolanos en el extranjero no habría prosperado. Se pretendía ofrecer proyectos de investigación y empleo, pero muy pocos regresaron. Está por ver el grado en que se cumpla el compromiso de volver al país de los becados por la Fundación Gran Mariscal de Ayacucho y el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICIT) -ahora Fundación Nacional de Ciencia, Tecnología e Investigación: FONACIT.

c. El caso del Programa de Cooperación Cubano

Un proceso migratorio muy importante a analizar, y que excede el alcance del presente estudio, es aquel que se desarrolla a partir del "Programa Integral de Salud del Gobierno de Cuba para los países de América latina y África" (PIS), en el marco de su política de cooperación internacional.

Este programa surge en 1998, a raíz de los huracanes George y Mitch causantes de la desaparición y muerte de más de 30 000 personas, así como de cuantiosos daños en la infraestructura de salud de varios países de las Américas[130] constituyéndose en la actualidad en un significativo aporte de recursos humanos para muchos países de la Región. En Venezuela, el Programa "Barrio adentro" utiliza más de 25.000 cooperantes cubanos en el campo de la salud. También Bolivia cuenta con más de mil cooperantes cubanos, Guatemala y Haití con más de 500, Honduras al menos 300, Belice, Jamaica y Trinidad y Tobago más de 100 cada uno y muchos otros países con cifras de menor cuantía. Varios países del Caribe como Haití y St. Lucia han incrementado su disponibilidad de médicos con el retorno de los estudiantes que se formaron en la Escuela Latinoamericana de Medicina, en Cuba. Los estudiantes de medicina extranjeros que se están formando en Cuba en la actualidad suman más de 12.000 provenientes de casi todos los países de la región[131].

Al igual que en el caso de los médicos cubanos en Bolivia, en Venezuela se ha desarrollado un sistema de salud paralelo al tradicional con las Misiones Barrio Adentro, contando con 8500 establecimientos de salud de menor y mayor complejidad. Igualmente existe evidencia de reclamos del gremio médico y las entidades formadoras venezolanas por este proceso inmigratorio temporal y sus repercusiones en el desarrollo de los recursos humanos en el país.

6. ESPAÑA

a. Migración

Antecedentes de la migración en España

España vive una transformación económica y social a partir de los años 80, marcada y expresada fundamentalmente, por una reestructuración de su base productiva, la incorporación en el espacio europeo, la instauración de un Estado democrático, y el

[129] Periodista Vanessa Davies, artículo publicado en el diario El Nacional (Noviembre, 02. 2005)
[130] Según se informa en http://www.cubaminrex.cu/Cooperacion/PIS_regiones.htm (accesado el 17 de octubre de 2006 - 21:35 h)
[131] Información recopilada del sitio oficial del Programa Integral de Salud del Gobierno de Cuba para América Latina, el Caribe y África. Ministerio de Relaciones Exteriores de la República de Cuba, disponible en http://www.cubaminrex.cu/Cooperacion/PIS_regiones.htm, consultado el 2/10/06, 21:35 h.

ingreso y expansión de capitales extranjeros con la incorporación de desarrollos tecnológicos e incremento de la producción. Estos procesos han llevado a una expansión productiva y del mercado laboral, particularmente en sus 2 polos: uno primero ávido de profesionales y técnicos altamente calificados, y uno segundo que requería mano de obra barata, asociado particularmente a una economía informal. Es en este marco que se da el proceso de inmigración especialmente de latinoamericanos, en ambos segmentos, pero particularmente en el segundo, lo que se acentúa con la crisis económica.

El desarrollo del proceso descrito lleva a una etnoestratificación del mercado laboral, siendo aquellos nichos laborales precarios, inestables, estacionales y no atractivos para los nacionales, ocupados crecientemente por los inmigrantes particularmente latinos[132]. Esto se evidencia especialmente, como era de esperar, en la construcción, la agricultura y los servicios de proximidad (trabajo doméstico, cuidado de niños y ancianos, y similares).

Es aquí cuando surge la coherencia del modelo jurídico con las necesidades de un mercado laboral, de contar con mano de obra que labore en forma precaria, con bajos sueldos, sin posibilidades de sindicalización, ni reclamo, es decir perfilando el papel de un "inmigrante ilegal".

b. Marco normativo de la formación médica

La formación médica en España atravesó por una etapa fundamental en la década de los años 70, estando marcada por un ingreso masivo a las facultades de medicina, así en 1976 se registran como ingresantes 22.554 alumnos, lo que conllevaría a que en la siguiente década, y específicamente en 1983 se registrasen 10.346 nuevos médicos. Paralelamente, el Ministerio de Sanidad reduciría la oferta de plazas a través del MIR, con un mínimo en 1986 de 1.250 plazas. Este desfase entre graduados en las universidades españolas en pregrado y la capacidad del sistema para ofrecerles oportunidades de especialización generaría un segmento de médicos desempleados, lo cual se

[132] Pedone C. Estrategias Migratorias y Poder - Tu siempre jalas a los tuyos. Plan Migración, Comunicación y Desarrollo, Quito, 2006, p. 56.

evidenciaba por el elevadísimo número de postulantes al MIR, superior a los 20.000 en varios procesos. En 1995, el escenario se tornaría crítico ante la entrada en vigor de la Directiva Comunitaria que obliga a la realización de una formación especializada para ejercer en la Sanidad Pública. Los Ministerios de Educación y Sanidad convocan la denominada Cumbre de Postgrado con representación de alumnos, decanos de facultades, sociedades científicas y profesionales, acordándose el mantener estable el número de ingresos en las facultades de Medicina en 5.000 y el número de plazas MIR por encima de 5.500 en las convocatorias sucesivas. Esto permitió en los siguientes años disminuir el desempleo médico y que el número de postulantes al MIR disminuyese, con la consiguiente reducción en la presión de selección[133].

Sin embargo este escenario se ha de modificar a partir del edicto aprobado recientemente por el Consejo de Coordinación Universitaria, máximo órgano consultivo y de coordinación del sistema universitario, que ha establecido que para el curso 2006-2007, se producirá un incremento del 9,07%, es decir 400 nuevas plazas en el número total de plazas ofertadas para estudiantes de Medicina en las universidades públicas. Por primera vez en más de 20 años se produce este incremento en la oferta educativa, la cual había permanecido sin modificación.

De esta manera, a diferencia de los años 70 que tuvieron como corolario los numerus clausus en los estudios de Medicina, hoy se verificaría una falta de médicos, como se ve en el resto de la Unión Europea e, inclusive a nivel mundial, lo que es producto de varios factores. En primer lugar, el aumento y el envejecimiento de la población lo que está llevando a una mayor demanda de los servicios de salud. Por otro lado, en los últimos años se verifica una ampliación de la cartera de servicios, la apertura de nuevos hospitales y centros sanitarios y la puesta en marcha de técnicas más complejas y sofisticadas que requieren de más especialistas y de una mayor formación de los mismos. Asimismo, al igual que la población, se observa un envejecimiento progresivo de la fuerza de trabajo médica, lo que se suma a la jubilación a los 65 años, la aplicación del límite máximo de 150 horas en la jornada especial o la conciliación de la vida familiar y laboral. Es importante anotar que en el año 2006 por vez primera han

[133] Según datos citados por el Dr. Remigio Cordero, Jefe de Estudios y presidente de la Comisión de Docencia del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, citados en "La Región necesita médicos", disponible en http://www.elperiodicoextremadura.com/noticias/noticia.asp?pkid=240736, consultado el 06 de noviembre de 2006, 19:35 h

quedado un total de 87plazas de MIR sin cubrir como consecuencia de la falta de médicos postulantes y del progresivo incremento de la oferta de estas plazas durante las últimas convocatorias[134].

El cuadro de plazas aprobado por el Ministerio de Sanidad y Consumo refleja un incremento de 8.82% en los programas de formación médica, como se observa en la sección de anexos.

c. Aspectos del ejercicio profesional

En un reciente Informe[135], los Drs. Amaya y García Pérez describen el perfil demográfico médico en España, tomando como referencia aquellos médicos licenciados hasta el año 2001 y los que han completado su especialidad al 1 de julio de 2004[136].

Los resultados fundamentales de este estudio son los siguientes:

1. Número total de médicos con posibilidad de ejercicio en España

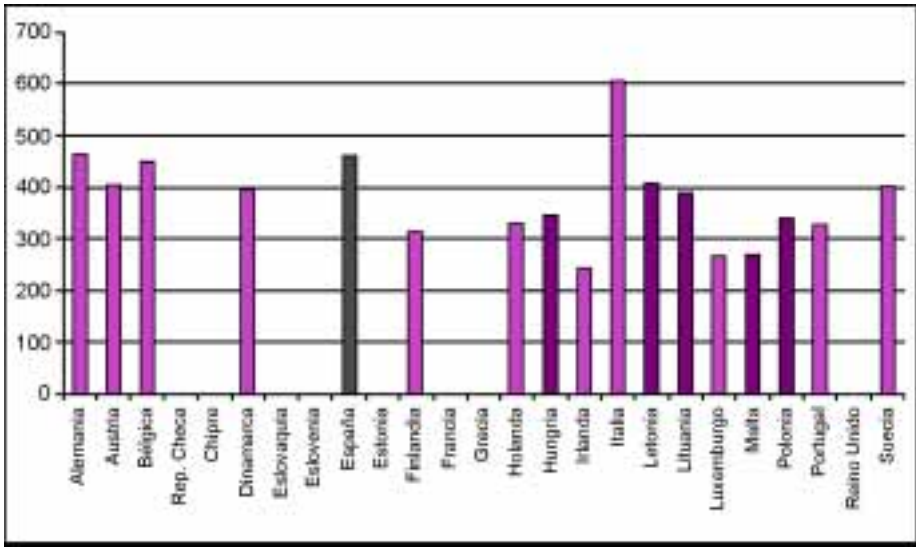
Existen 169.319 médicos, representando una relación de 39.637 por 10 mil habitantes. Este dato no es exactamente el mismo citado en otras series, que refieren tasas de 46.01 licenciados y 30.6 en ejercicio. Se muestra en la siguiente gráfica los datos reportados para la Unión Europea:

[134] El Consejo de Coordinación Universitaria incrementa las plazas de Medicina en un 9,07% para el próximo curso 2006-2007. Nota de Prensa del Ministerio de Educación y Ciencia, y el Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en http://www.mec.es/multimedia/00001318.pdf, consultado el 30 de octubre de 2006, 18:35 h

[135] Amaya C & García M. Demografía Médica en España. Mirando al Futuro. Madrid: Fundación CESM; 2005. (Disponible en http://www.cesm.org/nueva/fundaciondemogr/home.htm, accesado el 28 de agosto de 2006, 19:45 h).

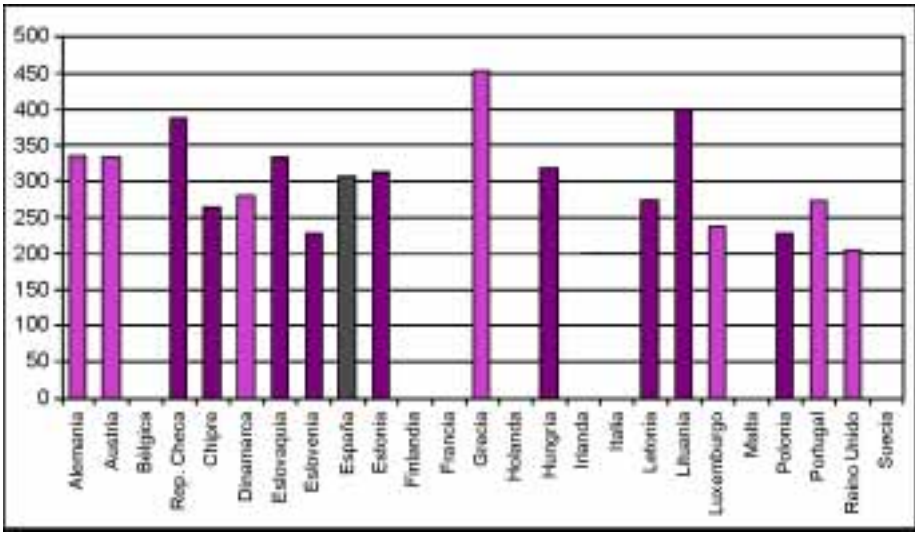
[136] Sin embargo como los propios autores señalan "Se trata, por tanto, de un análisis basado en médicos con capacidad legal para el ejercicio de la profesión, quedando, por tanto, descartados aquellos que no cumplen las condiciones impuestas por la legislación europea vigente en la actualidad (estar en posesión de titulación válida para el ejercicio) y los que están jubilados por edad. No se trata, por tanto, del total de médicos, ni tampoco se trata de médicos en ejercicio, ya que muchos de los recogidos en nuestro estudio podrían haber abandonado el ejercicio activo de la profesión o incluso estarla ejerciendo en el extranjero".

Figura 13: Número de licenciados en Medicina existentes en el año 2002 en los países de la actual Unión Europea, ratio por cien mil habitantes.



Fuente: EUROSTAT[137]

Figura 14: Médicos en ejercicio activo existentes en el año 2002 en los países de la actual Unión Europea, ratio por cien mil habitantes.



Fuente: EUROSTAT[138]

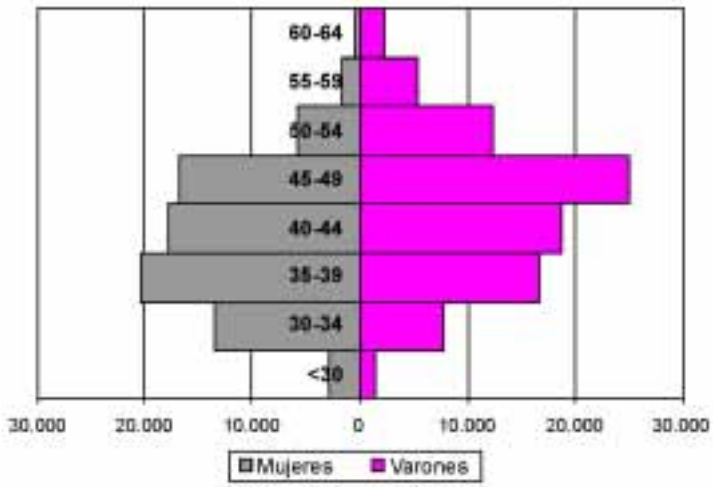
[137] Citada en Amaya C & García M. Demografía Médica en España. Mirando al Futuro. Madrid: Fundación CESM; 2005. (Disponible en http://www.cesm.org/nueva/fundaciondemogr/home.htm, accesado el 28 de agosto de 2006, 19:45 h).

Estos datos permiten apreciar que las tasas de España se encuentran alrededor de la media de la Unión Europea. Sin embargo es importante tomar nota de ratios relativamente menores al de España, como el de Reino Unido, que terminarán influenciando en el proceso migratorio.

2. *Características demográficas básicas*

De los datos presentados por Amaya y García se observa una muy importante proporción de médicos entre 35 y 49 años. Las mujeres representan el 47,14% de la fuerza laboral médica pero con una tendencia creciente en los últimos años.

Figura 15: Distribución por edad y sexo de los médicos con posibilidad de ejercicio a 1 de julio de 2004.



Fuente: Adaptado de Amaya C & García M[139]

[138] Citada en Amaya C & García M. Demografía Médica en España. Mirando al Futuro. Madrid: Fundación CESM; 2005. (Disponible en http://www.cesm.org/nueva/fundaciondemogr/home.htm, accesado el 28 de agosto de 2006, 19:45 h).

[139] Demografía Médica en España. Mirando al Futuro. Madrid: Fundación CESM; 2005. (Disponible en http://www.cesm.org/nueva/fundaciondemogr/home.htm, accesado el 28 de agosto de 2006, 19:45 h).

3. *Distribución por especialidades*

Los datos sobre distribución por especialidades de los médicos en España, muestran especialidades con una alta tasa de feminización (p.e. Análisis Clínicos, Bioquímica clínica, Geriatría, Medicina familiar y comunitaria, Microbiología y Parasitología, y Rehabilitación); así como con altas tasas de envejemiento (p.e. Cirugía Cardiovascular, Análisis Clínicos, Cirugía Pediátrica y Neurocirugía), como se aprecia en anexos.

Aragón y Navarra no sólo destacan por su mayor ratio de profesionales, sino también por su perfil formador y exportador de profesionales, a la inversa que las comunidades insulares (Baleares y Canarias) y Castilla La Mancha y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

4. *Distribución geográfica*

La siguiente es la distribución de médicos en cada comunidad autónoma, incluyendo los médicos registrados en los respectivos colegios profesionales:

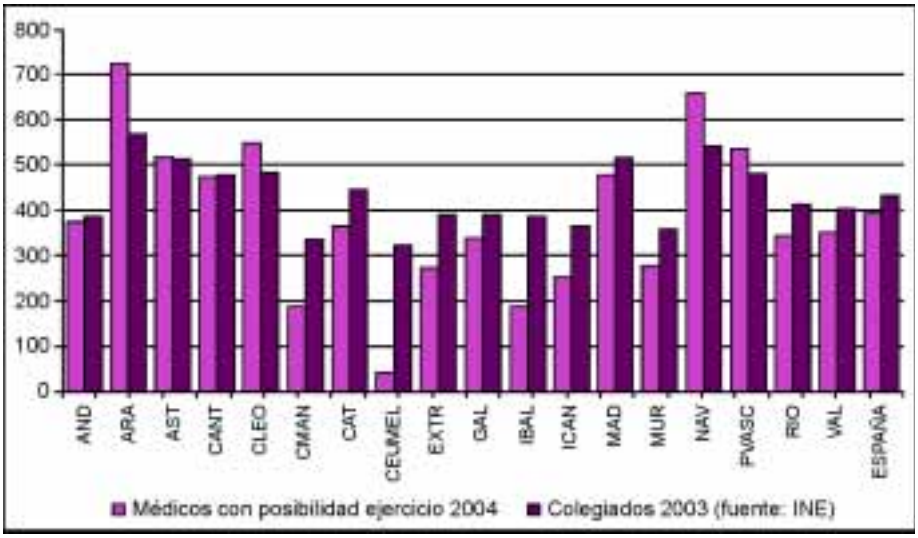
Tabla 12: Distribución de médicos según comunidad autónoma. España.

	Nº LICENCIADOS (2001)*	CON POSIBILIDAD DE EJERCICIO (2004)**	Nº COLEGIADOS (2003) ***	RATIO EJERCICIO POR CIEN MIL HABITANTES
ANDALUCÍA	32.928	28.451	27.751	374,02
ARAGÓN	9.755	8.888	6.461	722,55
ASTURIAS	6.237	5.566	5.127	517,58
CANTABRIA	2.965	2.619	2.460	476,45
CASTILLA LEÓN	15.221	13.697	10.949	550,60
CASTILLA LA MANCHA	3.992	3.398	5.790	187,14
CATALUÑA	27.488	24.513	27.895	365,64
CEUTA Y MELILLA	103	62	429	43,24
EXTREMADURA	3.521	2.960	3.977	275,63
GALICIA	10.624	9.397	10.198	341,57
ISLAS BALEARES	2.054	1.780	3.721	187,89
ISLAS CANARIAS	5.580	4.799	6.761	253,26
MADRID	30.839	27.422	27.384	479,49
MURCIA	3.981	3.534	4.321	278,44

NAVARRA	4.099	3.813	2.913	659,45
PAÍS VASCO	11.723	11.359	9.315	537,78
LA RIOJA	1.124	1.000	1.132	347,96
VALENCIA	17.945	15.774	16.976	352,82
TOTAL	**190.179**	**169.319**	**173.560**	**396,37**

* Datos procedentes de nuestro estudio, correspondientes a licenciados presentados al examen MIR hasta la convocatoria correspondiente al año 2001.
** Datos de nuestro estudio (médicos con capacidad de ejercicio al 1 de julio de 2004).
El total nacional incluye también aquellos registros en que no se ha identificado comunidad autónoma (287).
*** Datos procedentes del Instituto Nacional de Estadística, correspondientes al total de médicos colegiados con edad inferior a 65 años.
Ratios por cien mil habitantes de médicos con posibilidad de ejercicio según nuestros datos, tomando como referencia las poblaciones oficiales correspondientes al padrón municipal
a 1 de enero de 2003.

Figura 16: Ratios poblacionales de médicos por comunidades autónomas.



AND	Comunidad autónoma de Andalucía	**GAL**	Comunidad autónoma de Galicia
ARA	Comunidad autónoma de Aragón	**IBAL**	Comunidad autónoma
			de las islas Baleares
AST	Comunidad autónoma del Principado de Asturias	**ICAN**	Comunidad autónoma de las islas Canarias
CANT	Comunidad autónoma de Cantabria	**MAD**	Comunidad autónoma de Madrid
CLEO	Comunidad autónoma de Castilla y León	**MUR**	Comunidad autónoma de la región de Murcia
CMAN	Comunidad autónoma de Castilla-la Mancha	**NAV**	Comunidad autónoma de foral de Navarra
CAT	Comunidad autónoma de Cataluña	**PVASC**	Comunidad autónoma del país Vasco
CEU-MEL	Comunidad autónoma de Ceuta y Melilla (información agrupada)	**RIO**	Comunidad autónoma de La Rioja
EXTR	Comunidad autónoma de Extremadura	**VAL**	Comunidad Valenciana

Fuente: Datos propios y del Instituto Nacional de Estadística (www.ine.es).

5. Perspectivas de futuro

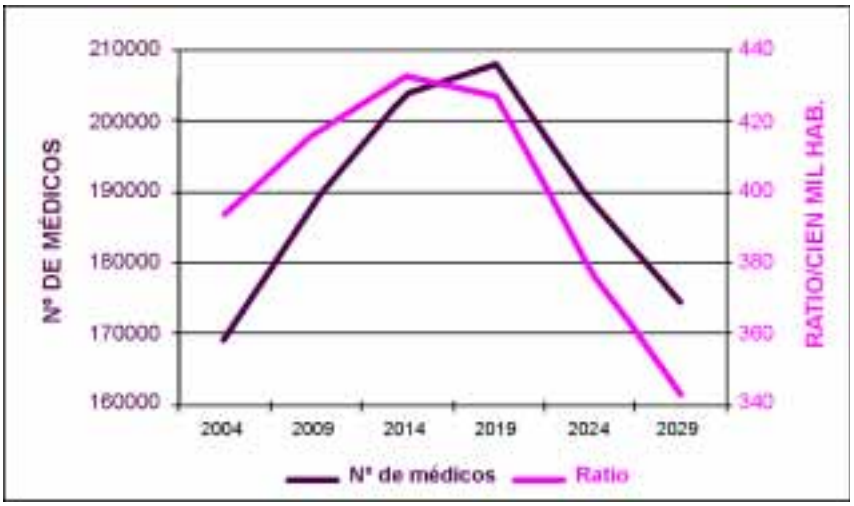
De acuerdo a Amaya y García, manteniendo las mismas condiciones en los ámbitos del trabajo y la educación, la proyección de profesionales médicos en los próximos 25 años sería la siguiente:

Proyección del número de médicos para los próximos 25 años.

Un importante análisis desarrollado por Amaya y García es el ratio de médicos con relación a la población proyectada en este periodo, mostrándose que la tasa de médicos caerá en 10 años, comprometiendo la integridad de los servicios de salud.

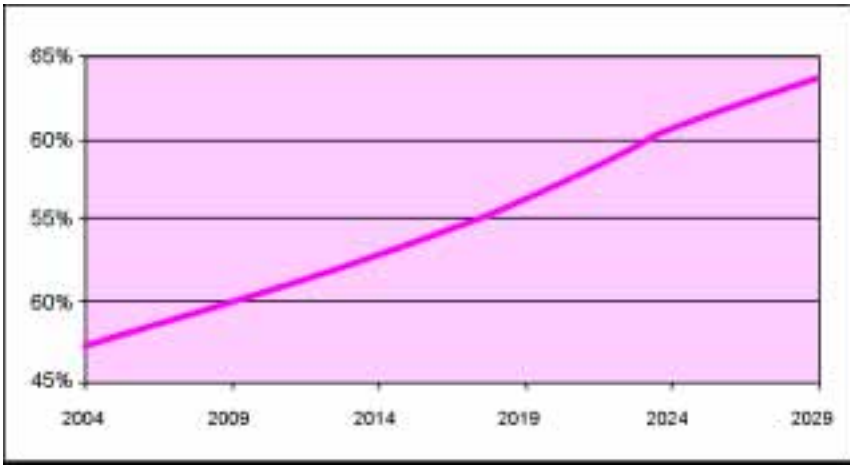
Los autores proyectan que el número total de profesionales con capacidad de ejercicio, crecería hasta el año 2019, produciéndose posteriormente una importante caída en la disponibilidad de la fuerza de trabajo.

Figura 17: Comparación entre las proyecciones de número de médicos y el ratio poblacional proyectado (años 2004-2029).



En el siguiente gráfico se muestra asimismo el incremento en el grado de feminización de la fuerza de trabajo médica en España.

Figura 18: Proyección de la feminización de la profesión médica en España, años 2004-2029.



Como conclusión del estudio se señala que frente a las consideraciones de un excesivo número de médicos en España y una elevada preocupación por la precariedad laboral que ello conllevaría, este país dispone de una oferta de médicos situada en la zona media-alta de la UE, situación que aún se va a mantener durante los próximos quince años, con una caída posterior en el número de efectivos, si no se cambian las actuales condiciones de formación. Ello permite que no se vivan en el momento actual situaciones de carencia general de profesionales (como las que ya comienzan a vivir otros países (por ejemplo Reino Unido y Francia), aunque en determinadas especialidades (Anestesia, Pediatría, etc) y ubicaciones geográficas (Castilla La Mancha, Extremadura, Cataluña) es difícil cubrir todas las vacantes necesarias. Incluso España se está comportando como exportadora de profesionales a otros países de la UE (Reino Unido, Francia, Portugal, Suecia), profesionales que después le serán necesarios para cubrir su propio déficit, que, de no ponerse remedio, se pondrá de manifiesto de una manera generalizada a partir del año 2020.

d. Ejercicio profesional y remuneraciones[140]

En lo referido al sistema retributivo de los médicos del Sistema Nacional de Salud de España, es regulado por el Real Decreto Ley 3/1987, el cual tenía un carácter de provisionalidad, a la espera del Estatuto Marco previsto en la Ley General de Sanidad, que sería aprobado y publicado en el BOE el 17 de diciembre de 2003.

El sistema retributivo que define el R.D. Ley 3/87 vino a compensar el escaso poder adquisitivo del médico con las guardias (Atención Continuada en Atención Primaria) que promovía el pluriempleo forzoso. Así, la obligatoriedad de la atención continuada más la jornada ordinaria, tiene un límite de 48 horas/semanales en computo semestral en jornada complementaria, brindando la posibilidad de hasta 150 horas al año en jornada adicional voluntaria. Esta norma representó una importante mejora en las condiciones de trabajo para muchos médicos rurales, que en la mayor parte de los casos estaban obligados a permanecer 24 horas al día, 335 días al año en su pueblo.

[140] Para efectos de este tema se ha recogido la amplia y profunda investigación presentada por Matas V. Retribuciones de Tres Tipos de Médico Rural en España, Año 2005. Estudio Comparativo de los Servicios de Salud en el año 2005 y evolución 2003-2005. Abril 2006, España.

La publicación de la sentencia del Tribunal de Luxemburgo sobre la aplicación de la Directiva 93/104 CEE, cambió totalmente el marco llevando a la necesidad de reorganizar la gestión del trabajo médico (programación, cargas y esquema de remuneraciones).

Sin embargo, se ha documentado por Matas, una significativa diferencia retributiva en los Servicios de Salud como se aprecia en el siguiente cuadro:

Tabla 13: Precio de la hora de guardia e importe de 3 años de guardia. España.

Servicio de salud	Hora	1.650 horas-3 años	Servicio de salud	Hora	1.650 horas-3 años
Andalucía	12,60	20.790,00	**Ceuta y Melilla**	10,75	17.737,50
Aragón	12,67	20.905,50	**Extremadura**	10,74	17.721,00
Asturias	10,74	17.721,00	**Galicia**	14,63	24.139.50
Baleares	16,65	27.472,50	**Madrid**	10,74	17.721,00
Canarias	13,70	22,605.00	**Murcia**	15,02	24.783.00
Cantabria	10,75	17,737.50	**Navarra**	**17,65**	**29.122,50**
Castilla y León	10,76	17,754.00	**País Vasco (**)**	**7,27**	**11.995,50**
Castilla la Mancha	14,68	24,222.00	**Rioja**	11,49	18.958,50
Cataluña (*)	8,70	14,347.74	**Valencia**	14,00	23.100,00

(*) Cataluña: se paga por tramos; este importe corresponde al cálculo para 50 horas y su tramo.
(**) País Vasco: se realizan localizadas entre semana; el resto las realizan equipos de refuerzo.

Las remuneraciones fijas brutas medias de los médicos rurales españoles son asimismo muy inferiores a las de otros países, que según el CESM está en torno a 60.000-90.000 euros al año y con unas condiciones laborales mejores y dedicación horaria menor.

Tabla 14: Retribuciones máximas, mínimas y medias de médicos de España.

	Propietario sin exclusiva y sin guardias		Propietario con exclusiva y con guardias		Interino con exclusiva y con guardias	
	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual
Retribución media	3.096,27	41.313,90	4.233,29	54.998,13	3.852,26	49.950,93
Retribución máxima	3.718,37	48.820,82	4.702,46	62.097,20	4.418,67	56.229,02
Retribución mínima	2.403,61	32.459,29	3.831,09	50.981,38	3.076,70	41.517,70

Así, Mata refiere niveles salariales[141] sumamente bajos cuando se les compara a nivel europeo, lo que se corrobora con los datos del Observatorio Sanitario en Atención Primaria[142], dando pie a que una de las preocupaciones centrales de la profesión médica española haya sido los bajos salarios percibidos. España está entre los países con menores salarios médicos de la Unión Europea. Para tener una noción de contexto, habría que considerar que hasta no hace mucho, la renta per cápita en España era de las más bajas de la Comunidad Europea, aun cuando esto se ha revertido drásticamente y en la actualidad la renta per cápita de España (21.592 USD) es poco inferior al promedio europeo (25.615 dólares). No obstante, los salarios de los médicos españoles continúan siendo bajos, muy por debajo de lo que podría permitir su renta, como se aprecia en el siguiente cuadro, en que se comparan con otros países para los cuales se dispone de información confiable:

Tabla 15: Renta per cápita y remuneraciones del médico en países seleccionados de Europa miembros de la OCDE

País	Renta per cápita ($ pcc) 2002	Salario médico (•) 2001	Promedio
Austria	28842	50000-100000	75000
Francia	28094	38000-79000	60000
Reino Unido	27959	80000-120000	100000
Bélgica	27652	75000-87000	80000
Alemania	25843	45000-80000	50000
Italia	25569	30000-75000	34000
España	21592	33000-36000	45000
Portugal	18376	35000-60000	35000
República Eslovaca	12256	20000-53000	60000

Fuente: Datos extraidos del Observatorio Sanitario en Atención Primaria[143]

[141] Aun cuando el mismo autor señala la necesidad de un estudio más riguroso de las remuneraciones, anotando sin embargo la dificultad de ello por existir modelos diferentes, y no necesariamente condiciones equiparables.
[142] Observatorio Sanitario en Atención Primaria, accesado en http://www.observatoriosanitario.org/Puntoscandentes/Mejoremigrar/tabid/118/Default.aspx, 26 de agosto de 2006, 18:07 h.
[143] Accesado en http://www.observatoriosanitario.org/Puntoscandentes/Mejoremigrar/tabid/118/Default.aspx, 26 de agosto de 2006, 18:07 h, que a su vez cita como fuentes a ECO-SALUD OCDE 2004 (http://www.oecd.org/document/30/0,234,en_2649_3431_12968734_1_1_1_1,00.html) y Federación Europea de Médicos Asalariados (http://www.diariomedico.com/profesion/prof220500comcuatro.html).

De esta manera un médico portugués recibe una mayor remuneración en términos absolutos) que un médico español. En el caso del Reino Unido la diferencia con el ingreso per cápita es aún mucho mayor. Es así como se puede entender, al menos parcialmente, el que Reino Unido y Portugal sean los destinos preferidos de los médicos españoles emigrantes. Al mismo tiempo se ha notado en los últimos años un incremento en la demanda de médicos extranjeros en países recién incorporados a la UE como Polonia. Así, los jóvenes médicos españoles emigran en momentos en que miles de médicos latinoamericanos llegan a especializarse en España.

Por otra parte, este ejercicio profesional se da en un escenario de creciente incorporación tecnológica en las diversas ramas especializadas de la medicina:

Tabla 16. Grado de desarrollo técnológico dependiente de hospitales en España.

Año 2005	Total	Tasa por millón de habitantes
Tomografía axial computarizada	566	13.2
Resonancia magnética	328	7,6
Gammacámara	221	5.1
Sala de hemodinámica	181	4.2
Angiografía digital	168	3.9
Litotricia extracorpórea	78	1.8
Bomba de Cobalto	47	1.1
Acelerador de partículas	115	2.7

Fuente: Datos extraidos del Observatorio Sanitario en Atención Primaria[144]

Asimismo es necesario describir la fuerza de trabajo en el campo de la salud, que se caracteriza por presentar cifras muy elevadas con respecto a las latinoamericanas, particularmente en el caso de médicos y enfermeros, como se aprecia en el siguiente gráfico:

[144] (http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/FOLLETO-BAJA.PDF), accesado el 12 de julio de 2006, 18:28 h, en el que se cita a su vez como Fuente a Ministerio de Sanidad y Consumo. Catálogo Nacional de Hospitales.

Tabla 17. Profesionales sanitarios colegiados en España.

	Total colegiados año 2004	% de mujeres	Colegiados por 1000 hab año 1995	Colegiados por 1000 hab año 2004
Médicos	194.668	41.4	4.1	4.7
Odontólogos	21.055	40.5	0.4	0.5
Farmacéuticos	57.954	68.3	1.1	1.4
Veterinarios	25.604	35.1	0.5	0.6
Enfermeros	225.487	81.6	4.4	5.5

Fuente: Datos extraidos del Observatorio Sanitario en Atención Primaria[145]

A este respecto es sumamente interesante describir brevemente la composición de la fuerza de trabajo en los Centros de Salud, los cuales en el 100% son públicos en el caso de España, con un total de 2.702 en el año 2004. En estos Centros de Salud, los Médicos de Familia representan el 82,2% y los Pediatras el 17,8%, con un total de 29.428 médicos involucrados (7 por 10.000 habitantes)[146].

El grado de satisfacción con el sistema de salud español es bueno en términos generales, aun cuando existen franjas insatisfechas que requieren ser atendidas:

Tabla 18. Satisfacción con el sistema sanitario, distribución según porcentaje de opinión en España.

	Año 1995	Año 2004	% Variación
En general funciona bastante bien	20,7	19,8	-4,3%
Funciona bien, pero necesita cambios	40,6	47,1	16%
Necesita cambios fundamentales	28,2	27,1	-3,9%
Está tan mal que necesitamos rehacerlo	9,6	5,0	-47,9%
No sabe / No contesta	0,9	0,9	0,0%

Fuente: Datos tomados de Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Consumo de España[147]

[145] Ibid.
[146] Ibid.
[147] (http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/FOLLETO-BAJA.PDF), accesado el 12 de julio de 2006, 18:28 h, en el que se cita a su vez como Fuente a Ministerio de Sanidad y Consumo. Barómetro Sanitario.

e. Migración de médicos españoles al exterior

El tema de la migración de médicos españoles al exterior es un tema de creciente preocupación para los gremios médicos y en particular para la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM). Esta institución estima que un 20% de los médicos formados emigra fuera de España (entre 800 y 900 médicos) ante la oferta de mejores condiciones laborales[148], aun cuando estas cifras pueden ser cuestionadas por algunos funcionarios. Así el CESM solicitó un incremento en el número de plazas en las Facultades de Medicina para enfrentar el déficit de profesionales que se prevé para los próximos años. Se señala así que existiría un déficit de Anestesiólogos, Traumatólogos, Ginecólogos y Pediatras, identificándose como las comunidades más afectadas a Canarias, Catalunya, Extremadura y Castilla-La Mancha. Asimismo en la medida en que a partir de 2019 se producirá una masiva jubilación de profesionales, la proporción de médicos mayores de 50 años pasaría del 20% actual al 58%[149].

Particularmente emblemático es el proceso migratorio de médicos españoles hacia Reino Unido que se canalizó con base en un acuerdo entre estos países con las siguientes condiciones de trabajo:

- Contrato de trabajo de 12 a 24 meses, con la posibilidad de renovarse de forma indefinida.
- Jornada parcial o completa. La jornada completa es de 4 días y medio de trabajo a la semana.
- Horario negociable en general de 9 a 18 horas, dos horas de consulta por la mañana y dos por la tarde.
- Vacaciones de 6 semanas.
- Salario inicial entre 64.000 y 80.000 euros.
- Facilidades para la adaptación y hasta 12.000 euros para el traslado.

[148] El 20% de los médicos que se forman en España desarrollan su trabajo en otros países, según nota de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), (Disponible en http://www.comtf.es/NOTICIAS/NOTICIAS%202006.htm, consultada el 22 de agosto de 2006, 19:35 h).
[149] La CESM demanda un incremento de plazas en las facultades para paliar el déficit creciente de médicos, según nota de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (Disponible en http://www.comtf.es/NOTICIAS/NOTICIAS%202006.htm, consultada el 22 de agosto de 2006, 19:52 h).

Según Amaya, unos 5.000 médicos se han ido de España en los últimos años para ejercer su profesión en otros países. Además, hay comunidades autónomas que forman médicos que después se van a otras zonas de España a trabajar.

Este proceso se acompaña con la percepción de los médicos españoles de precariedad laboral y ausencia de carrera profesional, en la medida en que priman las relaciones a los méritos[150].

f. Formación MIR

La formación de especialistas en España se realiza a través de un proceso único, que tiene por lo tanto una sola convocatoria anual, como consecuencia de la unificación de las pruebas de acceso para formación en Medicina de Familia y Comunitaria y de acceso al resto de especialidades, producto del Real Decreto 127/1984.

En este proceso pueden participar todos los ciudadanos miembros de la Unión Europea, con los que existe la libre circulación de profesionales o personas incluidas en el ámbito de aplicación de los Tratados Internacionales celebrados por la Comunidad Europea y ratificados por España. Asimismo puede optar sus cónyuges en la medida en que no estén separados de derecho, así como sus descendientes. Igualmente pueden optar "excepcionalmente" los nacionales de países que no sean miembros de la Unión Europea, pero que tengan firmado y en vigor un Convenio de Cooperación Cultural con España.

El número total de plazas que podrá adjudicarse a estos aspirantes, si obtienen puntuación suficiente para solicitarla, no podrá superar un número prefijado antes de hacerse pública la convocatoria (5% de las plazas ofertadas en 1998/99, 8% de las plazas ofertadas en 1999/00, 2000/01 y 2001/02). Sin embargo es importante señalar que no se ha dado hasta el momento el caso de un extranjero que, habiendo sacado suficiente puntuación, no haya alcanzado vacante en el proceso.

[150] Más de la mitad de los médicos españoles se ha planteado dejar de ejercer, según nota de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (Disponible en http://www.comtf.es/NOTICIAS/NOTICIAS%202006.htm, consultada el 22 de agosto de 2006, 20:12 h).

Hasta 1999 existía el sistema ***Médico Residente Extranjero***. En esta modalidad, el médico extranjero podía ocupar, sin necesidad de pasar el examen selectivo, una de las plazas que quedaran vacantes tras el reparto del Sistema MIR. A diferencia de este último, el acceso a plaza no daba derecho a ejercer posteriormente la profesión en España ni a cobrar un sueldo durante el período de especialización. Pues bien, este sistema "alternativo" ha desaparecido, y ahora sólo existe un sistema MIR igual para todos.

En España se ofertan anualmente más plazas de formación especializada en hospitales que en la mayoría de los países latinoamericanos y muchos europeos.

Es importante anotar que en términos generales, la formación MIR requiere menos años en comparación con la formación de especialistas desarrollada en otros países, y brinda al final un título reconocido en toda la Comunidad Europea sin necesidad de homologación, lo que se suma al prestigio inherente al haberse formado en Europa. Otro factor importante, es que como parte de su inserción en el mundo moderno desde la década de los 80, la formación médica española se ha revitalizado, sumando calidad a las oportunidades de formación.

Los obstáculos que se presentan para un médico latinoamericano que desea presentarse al Examen MIR son fundamentalmente de 4 tipos:

1. El cumplir con los requisitos para participar en las pruebas selectivas MIR, dependientes del Ministerio de Sanidad y Consumo de España.
2. La necesidad de homologación del título de licenciado o equivalente, de doctorado si lo tuviera y del certificado académico, dependiente del Ministerio de Educación y Cultura de España.
3. La necesidad de prepararse para el examen MIR, lo que impele a muchos postulantes a inscribirse en una academia de preparación en España, con una estancia de al menos 6 meses antes de la prueba lo que lleva a la necesidad de resolver las cuestiones de visa y residencia. Este obstáculo ha sido recientemente resuelto con la expansión de la oferta educativa por parte de academias privadas (p.e. CTO) en varios países americanos, incluyendo Perú
4. Luego se sumarán, dependiendo de que se alcance el puntaje necesario, una serie de trámites que dependen entre otros del permiso de trabajo.

El factor de la homologación

Un primer factor que contribuye al proceso de homologación de los títulos obtenidos en las universidades latinoamericanas es el nivel de equiparidad de las estructuras curriculares y normativas con las de España. Un segundo factor que contribuye, posiblemente más decididamente, es la existencia de convenios internacionales que facilitan y clarifican el trámite de homologación[151]. Consideramos fundamentalmente, para efectos de esta investigación los siguientes:

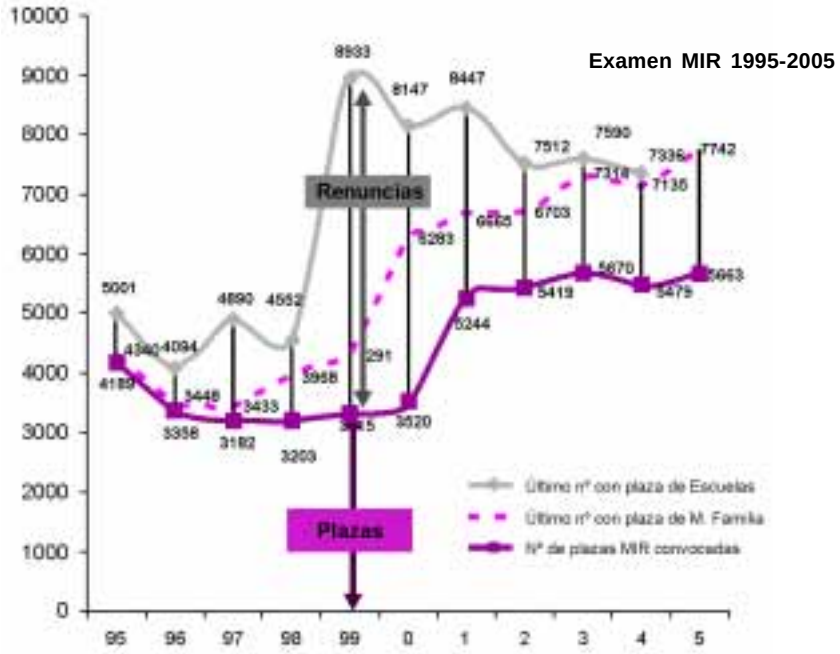
Tipo de convenio de cooperación cultural firmado por el país de origen	**Convenio de la Haya**	**Convenio Andrés Bello**	**Otros**
Tipo de legalización de documentos exigida	Legalización por las autoridades del país de origen exclusivamente	Legalización por vía diplomática	Legalización por vía diplomática
Países (sólo hemos incluido los de habla hispana)	▫ Argentina ▫ El Salvador ▫ Méjico ▫ Panamá ▫ Venezuela	▫ Bolivia ▫ Colombia ▫ Chile ▫ Ecuador ▫ Panamá ▫ Perú ▫ Venezuela	Resto de países latinoamericanos que no figuran en las otras casillas
Vias de legalización	No necesarias: bastan las apostillas de las autoridades del país de origen	1. Títulos y certificados de estudios: Mº de Educación propio país+ Rep. diplomática de España 2. Certificado de nacionalidad: Mº correspondiente. 3. Todo: Mº de Asuntos Exteriores propio país+ Rep. diplomática de España.	1. Títulos y certificados de estudios: Mº de Educación propio país+ Rep. diplomática de España 2. Certificado de nacionalidad: Mº correspondiente. 3. Todo: Mº de asuntos Exteriores propio país+ Rep. diplomática de España. 4. Todo: sección de legalizaciones del Mº español de Asuntos Exteriores (C/ Padilla 46, Madrid)

La participación de extranjeros en el MIR está contemplada en la normativa del Ministerio de Sanidad. Sin embargo, se ha evidenciado una creciente tendencia a la competitividad, dado que ésta es la única forma de acceder a la especialidad en España, surgiendo y expandiéndose así la oferta educativa a nivel de academias de preparación.

El factor del examen

En cuanto al examen MIR, se han presentado modificaciones significativas en el proceso de postulación. Así, desde 1999, se ha hecho evidente que más que aprobar y tomar la plaza que a uno le toque, es más importante el tomar la plaza que uno quiere. Esto se evidencia cuando se analiza el número de renuncias que se han presentado en los últimos años, a pesar de haber alcanzado una vacante, y que se ha incrementado ostensiblemente como se aprecia a continuación:

Fígura 19: Examen MIR. Años 1995 - 2004.



Fuente: Información recopilada y adaptada de Curso Intensivo MIR[152]

[151] Información extraída de http://aemir.org/mirextranjeros.htm, 23 de septiembre de 2006, 14:42 h.
[152] Accesado en http://www.curso-mir.com/imag/informacion_curso_%202003.pdf, 28 de septiembre de 2006, 21:08 h.

Así, se aprecia que la última plaza de Medicina de Familia en el MIR 2005 se asignó al postulante en el puesto 7.742. Asimismo, se ha hecho evidente en los últimos años que cada vez se presentan menos médicos, con un mayor número de plazas ofertadas, siendo menos difícil alcanzar una plaza, pero siendo muy difícil alcanzar las primeras plazas (particularmente para los latinos).

Luego de haber adquirido una vacante, si este es el caso, se procede a lograr el permiso de trabajo, lo cual generalmente es exigido por el hospital o sede docente donde se realizará la formación. En la medida en que este requisito es obligatorio, y susceptible de multa para el hospital y el residente, la incorporación puede hacerse algún tiempo después (para lo cual generalmente se dan las facilidades necesarias). Sin embargo, en caso de excederse de 3 meses, el médico deberá posponer un año su incorporación.

Reflexiones sobre el proceso migratorio de médicos a España

En años anteriores el proceso de admisión a través del MIR se consideraba sumamente difícil, producto del número elevado de postulantes y el número relativamente reducido de vacantes. Sin embargo, en los últimos 6 años este escenario ha cambiado, al producirse un incremento en el número de plazas (6.253 en la convocatoria 2006), pero el número de egresados de las universidades españolas se ha mantenido constante (alrededor de 4.300 en el año 2005). Por ello, el número de postulantes al examen MIR pasó de 9.122 en el año 2001 a 7.912 en el año 2005[153].

Paralelamente se ha producido un cambio en el perfil de procedencia de los postulantes. Así, los médicos que provenían de otros países de la Unión Europea fueron 56 en el año 2001 y 178 en el año 2005, mientras que los provenientes de países no comunitarios fueron 337 y 1.066 respectivamente. Es decir, se ha triplicado la presencia de médicos extranjeros en las últimas cinco convocatorias.

Todo este panorama nos muestra importantes lecciones sobre el fenómeno migratorio de los países andinos hacia España. En primer lugar, el proceso de envejecimiento de

[153] Martín A y De Nadal J- ¿Peligra el MIR?. El País? (Disponible en http://www.elpais.es/articulo/salud/Peligra/sistema/MIR/elpsalpor/20060606elpepisal_5/Tes/, consultado el 27 de septiembre de 2006, 23:10 h), correspondiente a la edición impresa del Edición del martes, 6 de junio de 2006.

la PEA de médicos, y el efectos de políticas restrictivas en la formación acontecida en la década de los 70 (números clausus), sumado al proceso no previsto de emigración de médicos españoles a otros países de la comunidad europera, han generado mecanismos promotores de la inmigración de médicos latinoamericanos, particularmente aquellos provenientes de países involucrados en el Convenio Andres Bello. En tal sentido, en España se ha constituido un canal de migración regulada (al menos desde el lado español) a través del MIR, siendo una forma de seleccionar a los médicos extranjeros según su desempeño en este proceso de evaluación.

En el caso de España, se muestra que el sistema de salud responde a las crecientes exigencias y demandas de la población, por contar con atención médica calificada, particularmente en el primer nivel de atención, como se desprende del hecho de que la especialidad de Medicina Familiar sea la más ocupada por los médicos extranjeros.

Al parecer los países andinos aún no han valorado la fuerza y magnitud de este proceso, dada la intensidad de los factores atractores en juego, así como las tendencias observadas, por lo que es de esperar que este fenómeno se intensifique aún más, y que incluso otros países desarrollados comiencen a atraer más médicos calificados desde Latinoamérica, como muestra la experiencia de Italía con relación a la migración de enfermeras.

De esta manera, la emigración de médicos desde los países andinos, representa la resultante de la acumulación de problemas estructurales no resueltos oportunamente en nuestros sistemas de salud y de una limitado rol rector del Estado en materia migratoria de sus recursos humanos en salud.

Cualquier análisis serio de la fuerza laboral y la brecha entre oferta y demanda de recursos humanos, requiere considerar este fenómeno migratorio. Más aún, aprendiendo de las experiencias españolas, británicas y norteamericanas, es indispensable el proyectar este brecha, considerando que la variable migratoria es altamente dinámica y muy sensible a los contextos ecónomicos y sociales de nuestros países. Inclusive, el discurso en algunos países del área andina, por parte de gremios, entidades de formación y otros actores, asume que existiría una explosión en el número de facultades de medicina, un excesivo número de médicos en los sistemas de salud y una limitada capacidad del sistema de salud de absorber a los médicos formados. Al

no incorporar este discurso la variable migración, se corre el peligro de promover desbalances graves en la fuerza laboral, pudiendo llegar a un deterioro aún mayor de la situación, como se ha visto en Africa.

Asimismo nos parece importante anotar que en la medida en que los países andinos busquen mecanismos de cooperación conjunta y armonización de sus políticas, además de intervenir simultáneamente en los factores que se dan en los países de origen y de destino, podrá lograrse una adecuada modulación de la emigración.

Finalmente el tema de la modulación de la migración de médicos al exterior, no es de exclusiva responsabilidad de los Ministerio de Salud, sino que implica a otros actores clave, tales como: Ministerios de Trabajo, Economía y Finanzas, Relaciones Exteriores, y el Ejecutivo en su conjunto.

Por ello hemos considerado indispensable extraer lecciones de fenómenos migratorios que se dan en otras regiones, como se detalla en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO III

MIGRACIÓN EN OTRAS REGIONES

Filipinas

Un caso particularmente relevante en la migración internacional es el de Filipinas, estimándose que alrededor de 7 millones (un 10% de la población) trabaja fuera de su país. Es importante anotar que en este país la migración, incluyendo la de profesionales de la salud, respondió a la situación histórica de desempleo que afrontó este país, y la política explicita de promoción de la migración por parte del gobierno, lo cual ha sido incorporado a los planes de desarrollo nacional, mostrando una experiencia notoria de migración gerenciada[154] cuyos resultados son negativos en opinión de muchos expertos. Así en los años 70 un total de 13.480 médicos laboraban en las Filipinas, en comparación con los 10.410 médicos filiipinos que laboraban en los Estados Unidos. Esto ha llegado a niveles sin parangón, en el caso de las enfermeras, en el que el 70% de las 7.000 que se gradúan cada año emigran[155], estimándose en contrapartida que existen 30.000 vacantes no llenadas en este país[156].

África

Es el caso de África la situación ha sido considerada como mucho más alarmante. Aun cuando diversos factores contribuyen al déficit existente que se muestra en la siguiente tabla, es indudable que la migración es un factor fundamental:

Tabla 19. Porcentaje de vacantes no cubiertas en servicios públicos de salud seleccionados, 1998

	Ghana	Lesotho	Namibia	Malawi
Médicos	42.6	7.6	26.0	36.3
Enfermeras	25.5	48.6	2.9	18.4

Fuente: Datos de World Health Organization, Regional Office for Africa, 2001[157]

[154] Hongoro C & McPake B. How to bridge the gap in human resources for health. Lancet 2004; 364: 1451-56.
[155] Goldfarb, R. et al.: "Can remittances compensate for manpower outflows: The case of Philippine physicians", in Journal of Developmental Economics, 1984, No. 15, pp. 1-2, citado por Bach S. International Migration of Health Workers: Labour and social issues. Sectoral Activities Program, Working Paper. International Labour Office, 2003, p. 4.
[156] Hongoro C & McPake B. How to bridge the gap in human resources for health. Lancet 2004; 364: 1451-56.
[157] Presentados por Bach S. International Migration of Health Workers: Labour and social issues. Sectoral Activities Program, Working Paper. International Labour Office, 2003, p. 4.

Estas cifras pueden incrementarse a 72.9%, cuando se analizan las vacantes para especialistas en Ghana[158], lo cual a la gravedad de la situación que evidencian estos datos, suma el drama de convertirse en un proceso creciente. En otras palabras, del total de médicos entrenados en Ghana, 929 (29%) trabajaban en países de la OECD[159]. De esta manera Ghana con 9 médicos por cada cien mil habitantes envía médicos a Reino Unido que tiene 18 veces esta disponibilidad[160].

En Zambia, a su vez, la OMS ha estimado que se requieren alrededor de 1.500 médicos para el sistema de salud, contándose en la actualidad con solo 800 registrados[161]. La Escuela Médica de Lusaka ha formado más de 600 médicos en sus 23 años de existencia, de los cuales sólo 50 trabajan actualmente en el sector público de Zambia[162]. Si esto se suma a la pandemia de VIH/SIDA que en 1999 mató a 185 enfermeras, representando el 38% del total anual de enfermeras entrenadas en las instituciones gubernamentales[163], puede tenerse una idea de la magnitud de los problemas.

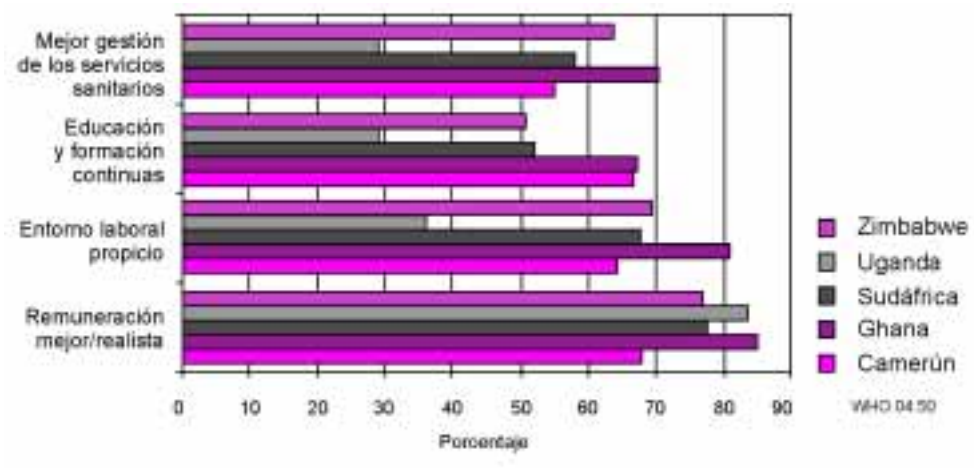
La situación es igual de clara en Sudáfrica por ejemplo, que desde hace 5 años recluta médicos desde Cuba, y tiene a la vez a 600 de sus médicos (a un costo de 37 millones de dólares) en Nueva Zelandia[164]. Chen & Boufford refieren que se requiere en los países africanos subsaharianos, al menos 1 millon adicional de trabajadores de la salud para ofrecer servicios básicos correspondientes con los Objetivos de Desarrollo del Milenio[165]. Por su parte, Kurowski y cols han estimado que estos países enfrentan un déficit de 720.000 médicos y 670.000 enfermeras[166].

[158] Organización Mundial de la Salud. Migración Internacional, Salud y Derechos Humanos. Serie de Publicaciones sobre Salud y Derechos Humanos Nº 4, diciembre de 2003.
[159] Datos citados de Manuel Dayrit, Director del Departamento de Recursos Humanos para la Salud dela Organización Mundial de la Salud, en Zarocostas GJ. Migration of health workers from less developed countries needs urgent solution, say experts. BMJ 2006;332:748, disponible en http://www.bmj.com/cgi/content/full/332/7544/748-d, consultado el 21/10/06, 21:32 h.
[160] Chen LC & Boufford JI. Fatal Flows - Doctors on the Move. n engl j med 2005, 353 (17) 1850-2.
[161] Sims P. A medical school of Zambia. J Public Health Med 1997; 19: 137-38.
[162] Bundred P & Levitt C. Medical migration: who are the real losers?. Lancet 2000; 356: 245 - 246.
[163] WHO. The World Health Report 2004 - Changing history. Geneva: World Health Organisation, 2004.
[164] McMaster Professor's Editorial in The Lancet - Medical migration and inequity of health care. Lancet 2000; 356: 177.
[165] Chen LC & Boufford JI. Fatal Flows - Doctors op. cit.
[166] Kurowski C, Wyss K, Abdulla S, Yemadji ND, Mills A. Human resources for health: requirements and availability in the context of scaling up priority interventions in low-income countries. Case studies from Tanzania and Chad, HEFP working paper 01/04. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2004, citado por Hongoro C & McPake B. How to bridge the gap in human resources for health. Lancet 2004; 364: 1451-56.

Mas aun la información disponible evidencia que las tasas de trabajadores de salud en países de ingreso medio y bajo son insuficientes, y sugiere que la situación puede empeorar, entre otras razones por la migración. Así, Marchal and Kegels ha reportado que 27000 africanos altamente calificados, incluyendo médicos, emigraron entre 1960 y 1975, a un promedio de 1800 personas por año, cifra que se incrementó a 8000 en 1987 por año y a 20 000 en los años 90[167].

En África, los profesionales altamente capacitados constituyen un componente cada vez mayor de las corrientes migratorias, representando alrededor del 65% de todos los migrantes económicamente activos que van a países altamente desarrollados; esta fuerza de trabajo sanitaria está compuesta por médicos, enfermeras, dentistas y farmacéuticos[168]. Los principales factores que han sido invocados para salir son la falta de formación continua y de perfiles claros de carrera, baja remuneración y malas condiciones de trabajo, conflictos políticos y guerras, mientras que entre los factores de atracción figuran mejores remuneraciones y niveles de vida, y oportunidades para el progreso educativo. La insatisfacción por la remuneración y las condiciones de trabajo son los factores determinantes, como se aprecia en la siguiente figura.

Figura 20. Factores que intervienen en las decisiones de emigrar de los profesionales de la salud (datos de 5 países africanos):



[167] Marchal B, Kegels G. Health workforce imbalances in times of globalisation: brain drain or rofessional mobility? Int J Health Plann Manage 2003; 18 (suppl 1): S89-S101, citado por Hongoro C & McPake B. How to bridge the gap in human resources for health. Lancet 2004; 364: 1451-56.
[168] OMS, Informe de la Secretaría al Consejo Ejecutivo EB114/5, 19 de Abril de 2004.

La experiencia africana es aleccionadora con relación al impacto del déficit de recursos humanos en las políticas de salud, como se señala en el Informe sobre la Salud en el Mundo 2003 en el que se concluye que por ejemplo, la capacidad de Botswana para proporcionar terapia antiretroviral gratuita a todos los pacientes elegibles se ve frustrada no por problemas financieros sino por la grave escasez de personal de salud[169]. Si este problema lo analizamos en el contexto del grave impacto de salud que el VIH/SIDA está teniendo en estos países valoraremos el grave peligro que existe[170].

Europa

La Unión Europea viene acometiendo el desafío de establecer la libre migración en su territorio; sin embargo, aún no es muy significativo en términos generales, posiblemente por barreras lingüísticas y culturales[171].

Asimismo, varios países de la Unión Europea viene afrontando también el desafío de la pérdida del talento humano (brain drain), tal como se ha reportado en otros países como Australia, Canadá y la Federación Rusa[172].

Este exodo es particularmente preocupante en el caso de Europa oriental, por ejemplo Polonia, hacia países de Europa occidental, llegando a una nivel del 30% de la fuerza de trabajo médica joven[173], lo que comprometería la integridad del sistema de salud. En esta decisión, un factor fundamental es el remunerativo (el salario médico en Polonia en promedio es de 6.200 euros anuales, 10 veces menos de lo que se puede alcanzar en Alemania, país que ha estimado requiere de 10.000 a 15.000 nuevos médicos, para cumplir con las directivas de la Unión Europea (UE) sobre jornada médica[174]. En el mismo sentido, la República Checa que contaba con un déficit de 550

[169] Situation assessment. Gabarone, African Comprehensive HIV/AIDS Partnership, 2001, citado en *Informe sobre la Salud en el Mundo 2003 - Forjemos el futuro*, Organización Mundial de la Salud.
[170] Se cita en este Informe textualmente que "El peor impacto se ha verificado en Botswana, Lesotho, Swazilandia y Zimbabwe, donde el VIH/SIDA ha reducido más de 20 años la esperanza de vida de hombres y mujeres".
[171] Bach S. International Migration of Health Workers: Labour and social issues. Sectoral Activities Program, Working Paper. International Labour Office, 2003, p. 5.
[172] Gore N & Francisco Juan. Plumbing the brain drain. Bul WHO 2004;82:608-615
[173] De acuerdo a una encuesta en línea a médicos entre 25 y 35 años publicada en la Gazeta Wyborcza y citada por Burgermeister VJ. Exodus of Polish doctors could threaten health system BMJ 2004;328:1280, disponible en http://www.bmj.com/cgi/content/full/328/7451/1280-a, consultado el 28/10/06, 22:45 h.
[174] Burgermeister VJ. Exodus of Polish doctors could threaten health system. BMJ 2004;328:1280, disponible en http://www.bmj.com/cgi/content/full/328/7451/1280-a, consultado el 28/10/06, 22:45 h.

médicos mantenía salarios médicos equivalentes a un 20% del promedio de la UE, a lo cual debe sumarse las limitadas condiciones de trabajo y oportunidades de desarrollo profesional. En el caso de Eslovaquia, el salario promedio es aún menor (420 euros mensuales). Gran Bretaña y Alemania son los principales destinos para los médicos checos, 400 de los cuales ejercen en este país[175].

Un panorama cualitativamente semejante es el de Lituania, donde dos tercios de los médicos en entrenamiento y un tercio de los que ejercen desean trabajar en otros países. Los salarios son de 405 euros mensuales. En este caso se ha previsto un incremento gradual de los salarios en los próximos años y se viene realizando una reestructuración del sistema de salud, tornándolo más eficiente, así como se ha incrementado el número de vacantes en las universidades lituanas. Las corrientes migratorias en este caso se orientan principalmente a Alemania, Reino Unido y Escandinavia, en ese orden[176].

Finalmente, en el caso de Croacia el panorama es parecido: en una encuesta a 204 estudiantes del último año de estuidos de la Universidad de Zagreb, 84 consideraban emigrar principalmente a la Unión Europea y a Eslovenia. Se ha estimado un severo déficit de médicos[177].

De esta manera, Europa afronta el desafío de promover su integración, con la libre circulación de profesionales. Sin embargo, varios países, particularmente de Europa del Este están en severa desventaja frente a aquellos que cuentan con mejores condiciones laborales, salariales y de desarrollo profesional. Es ya un escenario a tomar en consideración, y del cual Latinoamérica puede aprender mucho en términos de estrategias de intervención y su impacto en el proceso migratorio.

[175] Las cifras han sido citadas en Krosnar K. Doctors warn of exodus from Czech Republic and Slovakia. BMJ 2003;327:72, http://www.bmj.com/cgi/content/full/328/7451/1280-a, consultado el 28/10/06, 23:40 h.
[176] Krosnar K. Could joining EU club spell disaster for the new members? BMJ 2004;328:310.
[177] Olasek O & Ivana K. Croatia's brain drain. BMJ 2005;331:1204.

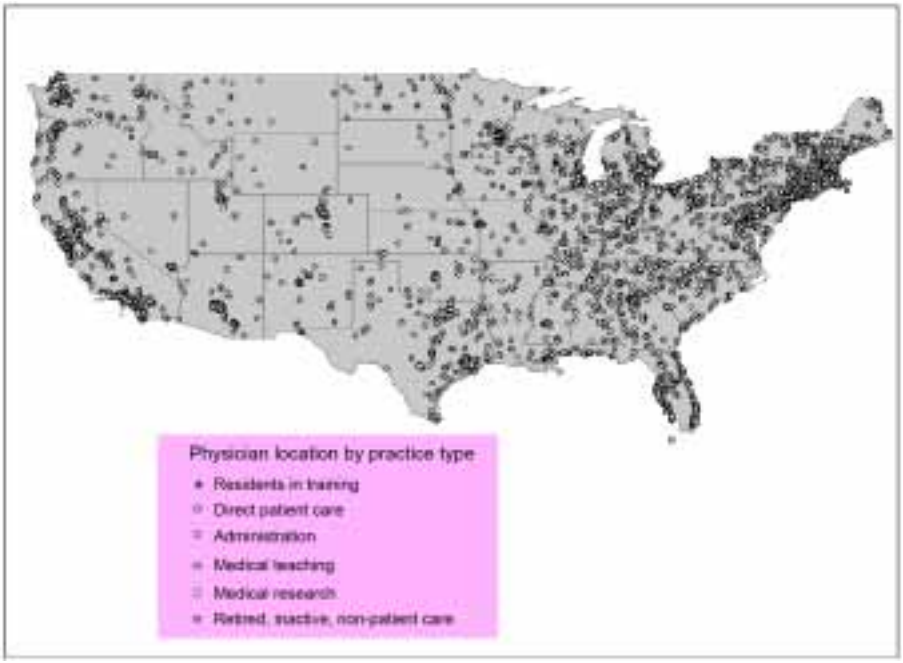
Canadá

El caso de Canadá es particularmente interesante para el análisis del proceso migratorio de médicos. En 1991, en el Reporte Barer-Stoddart[178] a los ministros federales y provinciales se predijo un exceso futuro de médicos, y se recomendó un corte del 10% en las vacantes para las residencias médicas y limitaciones para los graduados en el extranjero. Esto produjo un déficit de médicos, motivado por el reclutamiento activo desde los Estados Unidos de N.A., lo que dejó muchas provincias canadienses con déficit de médicos, lo que a su vez las llevaría a la necesidad de reclutar médicos desde otros países[179].

Por otro lado, cuando se consideran en Estados Unidos los 197.000 médicos graduados en el extranjero (IMG, siglas en inglés), no se considera en este porcentaje a los médicos graduados en Canadá, lo que explica, al menos parcialmente, que el "brain drain" de médicos canadienses hacia Estados Unidos sea raramente reconocido. La fuerza de trabajo médica en Canadá está compuesta por 36.079 médicos de atención primaria y 16.821 subespecialistas. A esto debemos agregar la producción anual por las facultades de medicina (1645) y la de los programas de residencias médicas (1705), y considerar que el promedio anual de quienes emigran es de 604 médicos, y los que retornan de 278 por año, generando un alto nivel de fragilidad en el sistema de salud. Así, un total de 10.568 médicos formados en Canadá están actualmente en Estados Unidos[180]. Los médicos que emigran se ubican en la atención directa a pacientes, principalmente en la costa este, como se aprecia en el siguiente gráfico:

[178] Barer ML, Stoddart GL. Toward integrated medical resource policies for Canada. Prepared by the Federal/Provincial/Territorial Conference of Deputy Ministers of Health Ottawa, 1991.
[179] Bundred P & Levitt C. Medical migration: who are the real losers?. Lancet 2000; 356: 245 - 246.
[180] The Migration of Canadian Physicians Canadian Physicians to the United Status. International Medical Workforce Conference. Oxford, England, September, 2003.

Figura 21. Médicos graduados en Canadá y que residen en Estados Unidos de N.A. Año 2002.



Una preocupación particular ha sido el proceso migratorio interno. Por ejemplo, se ha señalado que 653 médicos han salido de Québec en los últimos 5 años, en la plenitud de su ejercicio profesional (edad promedio 40.8 años). Delisle llama la atención sobre la naturaleza "cualitativa" de esta migración, debido a que son médicos altamente especializados los que parten, dejando detrás hospitales con una menor capacidad resolutiva en el nivel altamente especializado, debilitando asimismo la capacidad académica del sistema hospitalario[181].

Sin embargo, Canadá está tomando medidas para contrarrestar la emigración de sus profesionales, así como está promoviendo la inmigración de médicos de otros países, particularmente para garantizar la atención en el primer nivel de atención. En este caso, la fortaleza del sistema de salud brinda mejores condiciones para hacer frente a los efectos negativos del proceso migratorio.

[181] Delisle JS. Why are Quebec's doctors leaving? CMAJ 2002; 166 (7) 884.

Estados Unidos de N.A.

En 1954 se formó la Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME), asumiendo desde entonces la responsabilidad de evaluar las competencias de los médicos graduados en el extranjero.

En 1995, Richard Cooper predijo un importante déficit en la fuerza de trabajo médica al 2020, con base en el análisis del número de egresados de las escuelas médicas norteamericanas y otros factores críticos al tema. En este contexto es que sugiere, anticipándose a los graves problemas en ciernes, el promover un incremento en el número de graduados en el extranjero (IMG), que ingresaban a Estados Unidos[182]. En el 2001, los IMGs representaban ya una proporción significativa de la fuerza de trabajo médica, con un 24.5% del total de médicos, 23.6% de aquellos en programas de entrenamiento y residencia y 32.9% de todo el staff médico hospitalario a tiempo completo[183].

Cada año se incorporan 24.000 residentes de primer año en los programas de formación de especialidad en los EE.UU. De estos, 15.500 aproximadamente provienen de facultades acreditadas por la *Liaison Committee on Medical Education* (LCME) y 8.500 de instituciones no acreditadas por ésta. De este número, 2.700 se han graduado en instituciones osteopáticas, 1.300 son ciudadanos norteamericanos que se han graduado en el extranjero, y 4.500 son ciudadanos extranjeros, graduados en instituciones extranjeras.

Esta importante contribución de los IMGs a la fuerza de trabajo médica en Estados Unidos, en hospitales rurales, es de naturaleza crítica, en donde el grado de dependencia es mucho mayor, llegando al 44%[184]. Mas aún, Baer y colaboradores mapean la distribución de los IMGs, identificando aquellos condados que serían más afectados ante una restricción de IMGs, y señala que si los IMGs en atención primaria fuesen removidos, uno de cada 5 condados no metropolitanos "adecuadamente servi-

[182] Cooper RA. Perspectives on the Physician Workforce to the Year 2020,. Journal of the American Medical Association 1995, 274 (19): 1534.1543.
[183] Hallock JA, Seeling SS & Norcini JJ. The International Medical Graduate Pipeline. Health Affaire 2003, 22 (4): 94-96, quienes citan a su vez a T.Pasko and D.R. Smart, eds., Physician Characteristics and Distribution in the U.S., 2003-2004 Edition (Chicago: American Medical Association Press, 2003), 4.
[184] Dato referido por Hagopian A, citado en Hagopian A, Thompson MJ, Kaltenbach E & Hart LG. Health Departments' Use Of International Medical Graduates In Physician Shortage Areas. Health Affairs, Vol 22, Issue 5, 241-249.

dos" afrontarían problemas, y el número de condados con escasez de médicos se incrementaría de 30 a 44.4% y el número de condados rurales sin atención primaria se incrementaría de 161 a 212[185].

El Conrad "State 20" Program fue creado en 1994 como una enmienda al Título III del Acta de Inmigración y Nacionalidad, con el fin de promover el enrolamiento de IMGs en áreas con escasez de profesionales de la salud (en inglés: health professional shortage areas - HPSAs), permitiendo que cada Estado recomendase 20 médicos para obtener las visas J-1 para practicar en HPSAs. Esta cifra se incrementaría posteriormente a 30 recomendaciones (State 30" Progre). Este programa establece el compromiso de practicar por al menos 3 años en una HPSA, brindándole la visa correspondiente, debiendo retornar por al menos 2 años a su país de origen, antes de volverse elegible para el retorno. Luego del 11 de septiembre, el marco legal establecido ha dificultado el proceso inmigratorio, especialmente a aquellos provenientes de una lista de 25 países, incluyendo a Pakistan y otros países, que contribuían significativamente en el número de IMGs[186].

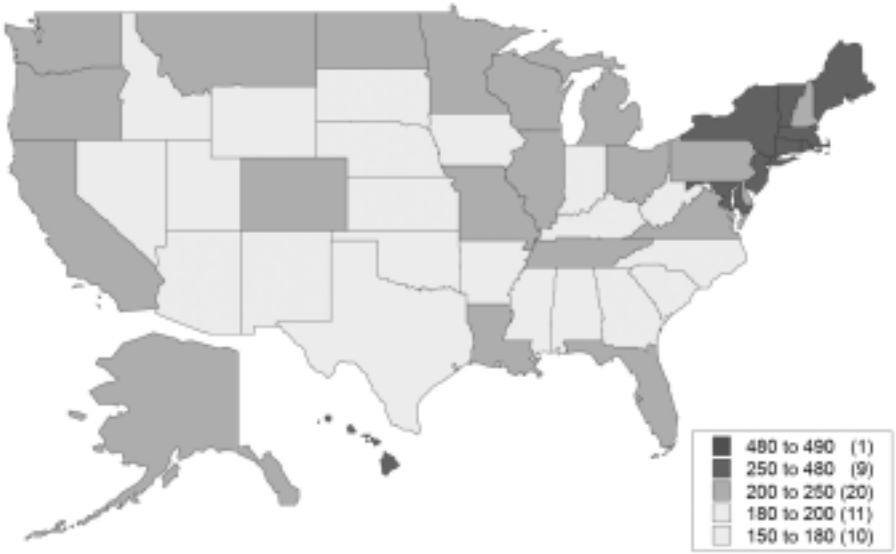
Esta visa J-1 tambien puede ser promovida por otras agencias gubernamentales, tales como el propio Departament of Health and Human Services - HHS (de alcance nacional), así como regionales tales como el Appalachian Regional Commission y la Delta Regional Authority. Más aún el Departamento of Health and Human Services - HHS no tiene límites en las solicitudes aceptadas, pero en la práctica la gran mayoría de solicitantes se orienta a través del Conrad "State 30" Program. A pesar de ello, los solicitantes de visa J-1 han declinado, así datos del ECFMG muestran una declinación de IMGs solicitantes de visa J-1 (periodo 2000-2001: 8600 solicitudes, periodo 2003-2004: 6,600 solicitudes)[187].

[185] Baer LD, Honrad TR & Slifkin RT. If fewer international medical Graduates were allowed in the US, Who might replace them in Rural areas? Working Paper N° 71 North Carolina Rural Health Research and Policy Analysis Center, 2001, disponible en http://www.shepscenter.unc.edu/research_programs/rural_program/wp71.pdf, consultado el 18/12/06, 19:12 h.
[186] Hagopian A, Thompson MJ, Kaltenbach E & Hart LG. Health Departments' Use Of International Medical Graduates In Physician Shortage Areas. Health Affairs, Vol 22, Issue 5, 241-249.
[187] Croasdale M. Rural areas say more J-1 visas hended. American Medical News. Jan. 2/9, 2006, disponible en http://www.ama-assn.org/amednews/site/free/prsa0102.htm, consultado el 22/10/06, 19:39 h.

Aparentemente esta declinación en las solicitudes de visa J-1 refleja un cambio en la demanda, en la medida en que la visa J-1 exige un retorno al país de origen por 2 años, requisito no existente en la visa H-1b, la cual tampoco exigen el laborar en un área con escasez de médicos[188].

En cuanto a la distribución de médicos, se encuentra una amplia variación según la región o Estado analizado, como se evidencia en el siguiente gráfico:

Figura 22: Médicos por 100000 hab en los EE.UU de N.A., 2004.



Fuente: The United Status Health Workforce Profile[189]

De manera general, el tema de la escasez de médicos ha sido sumamente debatido. Se estima que el crecimiento y el envejecimiento de la población estadounidense ocasionará una avalancha de demanda de servicios médicos. Sin embargo, recientemente se ha publicado un estudio en el que se proyecta las necesidades hasta el 2020, y en el que se plantea que si los niveles actuales de utilización y prestación de

[188] De acuerdo a Michael Berry, Director del Programa de Visas J-1 en el HHS-USA, quien es citado por Croasdale M. Rural areas say more J-1 visas hended. American Medical News. Jan. 2/9, 2006, disponible en http://www.ama-assn.org/amednews/site/free/prsa0102.htm, consultado el 22/10/06, 19:39 h.
[189] The New York Center for Health Workforce Studies, 2003, disponible en http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/, consultado el 12/12/06, 02:18 h.

servicios continúa, la provisión general de médicos debería ser suficiente para cubrir la demanda esperada en los próximos 10 años, proponiendo un modesto incremento en la capacidad de las escuelas médicas, y advirtiendo que una menor provisión de IMGs, tendría que ser suplida con una expansión de esta capacidad[190].

Otras experiencias

Entre los esfuerzos desplegados por los países y los colaboradores del desarrollo para reducir la emigración del personal sanitario y sus repercusiones, figuran el establecimiento de vínculos con los profesionales recién graduados, un mayor número de oportunidades para el avance profesional, la revisión periódica de los sueldos y la utilización de profesionales de la salud extranjeros. Por ejemplo, entre 1983 y 1999, más de 2000 ciudadanos altamente calificados y experimentados regresaron a 11 países que participaban en un programa de retorno y reintegración. Sin embargo, la comparación de esa cifra con la estimación de unos de 20.000 que parten anualmente muestra que debe hacerse mucho más. Incluso, las intervenciones para mitigar la migración y la fuga de cerebros han fracasado, en gran parte porque las condiciones socioeconómicas no han mejorado considerablemente y los enfoques han sido sólo parciales. La escasez de personal sanitario en África está exacerbada por las campañas de contratación de personal sanitario procedente de países en desarrollo que llevan a cabo organismos de países desarrollados[191].

Una experiencia importante es la desarrollada por el Reino Unido y Ghana para emplear enfermeras sólo por periodos y especialidades, de acuerdo a las necesidades de Ghana[192]. En la misma línea está el acuerdo entre el Reino Unido y Sudáfrica para frenar la migración de médicos y otros profesionales de la salud sudafricanos hacia el Reino Unido. Esto forma parte del propósito mayor de fortalecer el respaldo al Código de Prácticas de Reclutamiento Internacional y evitar que las agencias extraigan de los países desarrollados a sus mejores recursos humanos de salud[193]. Esta experien-

[190] Physician Supply and Demand: Projections to 2020. U.S. Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration Bureau of Health Professions, October 2006, disponible en ftp://ftp.hrsa.gov/bhpr/workforce/PhysicianForecastingPaperfinal.pdf, consultado el 12/12/06, 02:56 h.
[191] OMS, Informe de la Secretaría al Consejo Ejecutivo EB114/5, 19 de abril de 2004.
[192] McMaster Professor's Editorial in The Lancet - Medical migration and inequity of health care. Lancet 2000; 356: 177.
[193] Sidley P. South Africa and Britain reach agreement to curb poaching of healthcare staff. BMJ 2004;329:532.

cia es fundamental en la medida en que cerca de 80 por ciento de los médicos rurales escogen la ruta de la emigración. Es más, en 1999 Nelson Mandela había criticado a Reino Unido por reclutar enfermeras en Sudáfrica; producto de esta invocación, el Reino Unido incluiría en sus guías a los empleadores un llamado planteando que "es esencial que no se realicen campañas de contratación en países que están experimentando una escasez de enfermeras para atender sus propias necesidades", lo que sería moldeado en los siguientes años[194].

Otra importante experiencia es la desarrollada por Irlanda y por Tailandia, que han desarrollado programas de incentivos monetarios y a la investigación, así como servicios y asistencia[195].

Las experiencias aquí presentadas muestran que los Estados de países con fuertes corrientes migratorias deben tomar medidas urgentes para su oportuna modulación, aprendiendo de las experiencias negativas sucedidas en países africanos y las Filipinas. Las fortalezas de países como los de la Comunidad Europea, Canadá y Estados Unidos radican en su capacidad de establecer políticas para el mediano y largo plazo. Más aún, se observa que en estos 3 casos, las decisiones políticas se basan en importantes estudios que generaron evidencias y recomendaciones, las cuales puestas en práctica permitieron orientar la elaboración y desarrollo de políticas nacionales.

En la medida en que los reportes tomaron en cuenta de manera integral a los factores contextuales, estas medidas se han mostrado más eficaces en afrontar el fenómeno migratorio y la brecha existente de recursos humanos necesarios para el sistema de salud. Nótese el caso de Canadá donde el reporte sugería restringir el reporte de más médicos; sin embargo, la capacidad de monitorear permanentemente el comportamiento de la fuerza laboral, permitió hacer los ajustes oportunamente, o al menos con mayor previsión, a lo acontecido en nuestros países.

[194] OIT - E-Comunicación, Sala de Prensa, disponible en http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/inf/features/03/healthworkers.htm, consultado el 12-10-06, 22:15 h.
[195] Pang T, Lansang MA & Haines A.Brain Drain and Health professionals, a global problem needs global solutions. BMJ 2002; 324: 499-500.

Un último aspecto que quisiéramos resaltar, es que entre otros factores fuertemente emergentes, están el grado de conflicto social y la pandemia de VIH/SIDA que han contribuido a que la mayoría de los países africanos hayan severamente limitado su capacidad de asegurar cobertura y calidad de la atención a través de sus profesionales de la salud. Esta evidencia es una llamada de atención para nuestros países, en los que la ponderación de los factores sociales y políticos, todavía es limitada en el análisis de los factores que influyen en los procesos migratorios.

CAPÍTULO IV

AVANCES EN POLÍTICAS Y GESTIÓN DE LA MIGRACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

Para hacer frente a la situación previamente descrita, diversos organismos tales como la Organización Mundial del Comercio, la Organización Mundial de la Salud y otras, están tomando medidas muy importantes que describimos a continuación:

a. Iniciativas de organismos multilaterales

Organización Mundial de la Salud

El 22 de Mayo de 2004, la 57ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Resolución WHA57.19[196], en la que:

- recogiendo el mandato emanado de la Asamblea General de las Naciones Unidas antes referida,
- observando con inquietud que el personal de salud altamente preparado y especializado de los países en desarrollo sigue emigrando a un ritmo creciente a algunos países, lo que debilita los sistemas de salud en los países de origen;
- observando asimismo que muchos países en desarrollo no están aún preparados técnicamente para evaluar de forma adecuada la magnitud y las características de ese éxodo de su personal sanitario;
- y reconociendo la importancia de los recursos humanos para el fortalecimiento de los sistemas de salud y el logro de los objetivos acordados internacionalmente en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas;

[196] Asamblea Mundial de la Salud, Resolución WHA57.19, Migración internacional de personal sanitario: un reto para los sistemas de salud de los países en desarrollo, 22 de Mayo de 2004.

Instó a los Estados Miembros:

1) a que desarrollen estrategias encaminadas a mitigar los efectos adversos de la migración de personal sanitario y a reducir al mínimo sus repercusiones negativas en los sistemas de salud;
2) a que formulen y apliquen políticas y estrategias que fomenten la retención efectiva del personal sanitario, incluidos entre otras cosas el fortalecimiento de los recursos humanos para la planificación y gestión sanitarias, la revisión de los salarios y la aplicación de sistemas de incentivos;
3) a que concierten acuerdos entre gobiernos a fin de poner en marcha programas de intercambio de personal sanitario como mecanismo para controlar su migración;
4) a que establezcan mecanismos para mitigar los efectos adversos de las pérdidas de personal sanitario en los países en desarrollo debidas a la migración, con inclusión de medios para que los países receptores apoyen el fortalecimiento de los sistemas de salud, en particular el desarrollo de los recursos humanos, en los países de origen;

En esta perspectiva, y en el marco del cumplimiento de las recomendaciones emanadas de la resolución WHA57.19[197], el Informe de la Secretaría a la 59ª Asamblea Mundial de la Salud da cuenta de los avances logrados en el tema de migración de profesionales sanitarios[198]:

1) Información sobre la migración de profesionales sanitarios

Se constata una mejoría en la información disponible sobre migración de profesionales de la salud; sin embargo se constata dificultades o carencias en la información, especialmente sobre países del Mediterráneo Oriental y África. En el caso de África se ha podido constatar la gravedad de la situación, evidenciándose que por cada 100 médicos que ejercen allí, hay 23 médicos formados en

[197] Ibid.
[198] Informe de Secretaría a la 59ª Asamblea Mundial de la Salud, Organización Mundial de la Salud A59/18, 4 de mayo de 2006.

África que trabajan en países de la OCDE. En este caso se explicita que la causa más frecuente suele ser la existencia de salarios bajos en el país de origen, con la posibilidad de obtener mejores salarios en otros lugares. Sin embargo, hay incentivos no financieros que motivan considerablemente a los trabajadores sanitarios tanto a trabajar bien como a seguir trabajando en el sector público; por ejemplo oportunidades de formación, la licencia por estudios, el trabajo en equipo y el apoyo y la retroalimentación por parte de los supervisores. Se señala en este Informe que *"…las posibilidades de conservar al personal en las zonas rurales mejoran si se le proporciona viviendas y medios de transporte adecuados y se especifica el tiempo que debe permanecer en dichas zonas, en vez de extenderle contratos indefinidos. Estas constataciones respaldan las de trabajos anteriores y muestran que incluso medidas sencillas y de costo relativamente bajo pueden facilitar la conservación de personal*".

2) Búsqueda de respuestas políticas eficaces a la migración de personal sanitario

Igualmente se toma nota que incluso cuando la migración de profesionales sanitarios cualificados se produce por diversas razones, es notable, aunque seguramente no sorprendente, la coincidencia de factores que inciden en este fenómeno. De manera general se hace referencia a ingresos, satisfacción laboral, oportunidad de hacer carrera, gestión y gobernanza, así como motivaciones sociales y familiares. A la base de todo esto está la percepción de que el déficit mundial de trabajadores de salud es consecuencia de la insuficiente inversión a lo largo del tiempo en la salud pública y en la enseñanza y capacitación del personal sanitario.

En este sentido la OMS ha centrado muchos de sus esfuerzos en mejorar las estrategias de planificación y gestión, explorando las posibilidades de capacitar a los trabajadores de nivel medio que tienen menos tendencia a partir y pueden ocuparse de la mayoría de las necesidades de atención primaria.

3) Evaluación de la eficacia de las intervenciones internacionales

El esfuerzo por establecer modalidades de contratación internacional ajustadas a la ética procura proteger, por una parte, a los países de origen y, por otra parte, los derechos de los trabajadores a título individual.

En este sentido, la mayoría de los instrumentos que rigen una contratación internacional ajustada a la ética son recientes[199] y la información disponible sobre sus repercusiones es incompleta, aun cuando sugieren un efecto al menos temporal[200]. En tal sentido la aproximación que se ha realizado ha sido a través de los códigos de prácticas, los cuales aun cuando no tienen un efecto vinculante, tienen peso político y se viene trabajando a nivel de OMS una serie de principios en este tema.

El Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios de la OMC

Una reflexión particular es aquella que se refiere a este Acuerdo. Aun cuando en el mismo se establecen disposiciones sobre el movimiento de personas físicas proveedoras de servicios en el territorio de otro miembro de la OMC (artículo I:2), procurando liberalizar el movimiento temporal de personas entre los países, este Acuerdo se orienta a una "circulación de cerebros" y no, al menos explícitamente, a una "fuga de cerebros".

Sin embargo la preocupación sobre el impacto de estos tratados ha sido grande. Por ejemplo, Wibulpolprasert y cols[201] analizan el caso específico de Tailandia, encontrando que este comercio de servicios ha afectado severamente el sistema de salud, particularmente la disponibilidad de recursos humanos. Así de 1965 a 1975 se produjo una masiva emigración de médicos hacia Estados Unidos de N.A., perdiendo este país alrededor del 20% del total de sus médicos (7500 médicos). Sin embargo esto ocurrió sin relación con los acuerdos de servicios, pero a la vez se verificó que el comercio libre en otros sectores, con flujo de inversiones y pacientes, promovió el fortalecimiento de los servicios privados con una consiguiente migración interna de profesionales de la salud de hospitales públicos rurales a hospitales privados urbanos[202].

[199] Revisar por ejemplo. Op. Cit. Commonwealth Code of Practice for the Internacional……
[200] Management of international health worker migration. Instruments on ethical recruitment and other policy options. Documento EIP/HRH/PIE/2004/migration.
[201] Wibulpolprasert S, Pachanee C, Pitayarangsarit S & Hempisut P. International service trade and its implications for human resources for health: a case study of Thailand. Human Resources for Health 2004, 2:10, y puede ser consultado en http://www.human-resources-health.com/content/2/1/10.
[202] Ibid.

Igualmente Walt en 1998 refería el análisis de las crecientes inequidades entre los países y al interior de éstos, llamando la atención sobre la creciente liberalización del comercio global, y particularmente las implicancias de una mayor libertad y desregulación del mercado de servicios de los profesionales de la salud[203].

Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Mundial de Comercio señalaban en el 2002 que "si se dan las condiciones de reglamentación adecuadas, la liberalización del comercio puede contribuir a mejorar la calidad y la eficiencia de los suministros y/o a aumentar los ingresos de divisas. Por ejemplo, los hospitales financiados por inversionistas extranjeros pueden prestar servicios que antes no estaban disponibles. Los nuevos hospitales pueden ofrecer oportunidades atractivas de empleo a profesionales de la salud que, de no ser así, podrían abandonar el país. Los ingresos generados con el tratamiento de pacientes extranjeros se pueden utilizar también, por ejemplo, para mejorar las instalaciones que usan los residentes"[204].

Compensación a los países

La idea de compensar a los países que han perdido trabajadores no es nueva pero sí polémica, de hecho en la década de los 60s y 70s se realizaron enérgicos llamados ante la "fuga de cerebros" (brain drain)[205], y con consideraciones ideológicas y políticas a la base[206]. En los años setenta se entabló un amplio debate sobre la necesidad y la posibilidad de compensar a los países de origen, no adoptándose medidas concretas[207]. En la actualidad son múltiples los abordajes en esta línea que se están evaluando, incluyendo la compensación financiera, lo cual de por si es complicado (como la propia migración lo es), si consideramos por ejemplo que la emigración suele ser en escalas, con países intermediarios.

[203] Walt G. Globalisation of international health. Lancet 1998; 351: 434-37.
[204] OMS/OMC, Los Acuerdos de la OMC y la salud pública: Un estudio conjunto de la OMS y la Secretaría de la OMC. Ginebra, Organización Mundial de la Salud y Organización Mundial del Comercio, 2002, p. 127; citado por: Organización Mundial de la Salud. Migración Internacional, Salud y Derechos Humanos. Serie de Publicaciones sobre Salud y Derechos Humanos Nº 4, diciembre de 2003, p. 14.
[205] Martineau T, Decker K & Bundred P. Briefing Note on Internacional migration of Health Professionals:levelling the playing field for developing country health systems. Liverpool School of Medicine 2002, p. 4.
[206] Loefler I. Medical Migration. Croatian Medical Journal 2001;42(5), p. 504.
[207] Informe de Secretaría a la 59ª Asamblea Mundial de la Salud ……..

Asimismo se han propuesto mecanismos para que los países receptores inviertan más en la formación, permitiendo reforzar la calidad de la formación y la producción de profesionales.

El tema es retomado nuevamente, formulándose propuestas de compensación directa que pagarían los países anfitriones a los países de origen, por ejemplo un impuesto o una proporción del sueldo pagado al personal sanitario contratado. Para los países de origen, encontrar la manera de que las remesas puedan canalizarse directamente al sistema de salud sería otro mecanismo de compensación. Se ha sugerido que estos fondos podrían ser administrados por la propia Organización Mundial de la Salud[208].

4) Campaña internacional en favor de los asuntos de los trabajadores

Los temas centrales del Informe sobre la Salud en el Mundo 2006[209] y del Día Mundial de la Salud (7 de abril) han estado dedicados a los recursos humanos en salud[210]. En tal sentido, y en el marco de un proceso de reconocimiento creciente del rol central de los recursos humanos para el desarrollo y éxito de las políticas sanitarias de salud, se identifica la necesidad de generar información relevante y confiable sobre estos recursos y desarrollar en un plazo de cinco años que todos los países, ricos o pobres, cuenten con un plan estratégico nacional en el plano laboral; promoviendo un aumento considerable de las inversiones en la enseñanza y la capacitación de los trabajadores;

5) Colaboración internacional

A nivel internacional se realizan importantes esfuerzos por coordinar y articular esfuerzos, incluyendo a la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), la OMS, la OIT, la OCDE, la Secretaría del Commonwealth y la OCDE, evitando duplicación de esfuerzos, armonizando la información, así como promoviendo las investigaciones y el diseño de políticas[211].

[208] Bundred P & Levitt C. Medical migration: who are the real losers?. Lancet 2000; 356: 245 - 246.
[209] Informe sobre la Salud en el Mundo 2006. Organización Mundial de la Salud.
[210] Asumiendo por supuesto el término de "recursos humanos en salud" en una perspectiva de talento y potencial humano. Ver Rovere M. Planificación Estratégica de Recursos Humanos. 2ª Ed.
[211] OMS, Informe de Secretaría a la 59ª Asamblea Mundial de la Salud.

En esta línea es que se ubica la Resolución del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, que aprobó solicitar a los Estados Miembros que "exploren maneras de abordar mejor los aspectos complejos de la contratación activa de profesionales de la salud de los países en desarrollo dentro de un marco de emigración ordenada"; y solicitó a la Directora a que "contribuya a crear una estrategia regional para el abordaje de problemas prioritarios derivados del flujo de recursos humanos entre países, incluido el fomento del concepto de gestión responsable de la emigración", reafirmando el curso trazado a nivel de OMS[212].

Reino Unido y países de la Commonwealth

Previamente, en el año 2001, el Departamento de Salud del Gobierno Británico publicó el Código de Prácticas para el Reclutamiento Internacional que estableció pautas éticas que deberían guiar el reclutamiento de médicos y enfermeras[213] y marcando como inaceptables aquellas prácticas que no consideraban el impacto negativo en los países de origen.

En esta misma línea y en el año 2003, los Ministros de Salud de la Commonwealth aprueban el *Commonwealth Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers*[214] (ver Información complementaria), que representa una aproximación consensuada para abordar el tema del reclutamiento internacional de trabajadores de salud, proporcionando un marco dentro del cual el reclutamiento internacional debería realizarse. En este sentido establece como principios: la transparencia (involucrando un acuerdo entre países donantes y receptores, así como transparencia en el numero de reclutados), la justicia y la mutualidad de beneficios. Así se procura establecer un marco de corresponsabilidades entre los gobiernos y las agencias reclutadoras, lo que conlleva a compensaciones, restituciones y/o reparaciones, señalándose:

[212] Resolución CD45.R9 del 45º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EUA, 27 de septiembre-1 de octubre 2004 (disponible en http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd45.r9-s.pdf, consultado el 10/10/06, 22:35 h)
[213] Department of Health. Code of practice for international recruitment.London: Department of Health, 2001.
[214] Commonwealth Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers, adoptado en el Pre-WHA Meeting of Commonwealth Health Ministers 2003, Geneva -l 18 de mayo de 2003.

Programas de reciprocidad por el reclutamiento de trabajadores de salud, a través de programas de transferencia de tecnología, así como asistencia técnica y financiera al país afectado.
Programas de entrenamiento para estimular a aquellos que retornan a hacerlo con un valor agregado.
Medidas para facilitar el retorno del personal reclutado (sujeto a cautelar el derecho de los migrantes y su no discriminación).

Estos códigos, por no ser vinculantes, parecen tener un efecto transitorio. En este sentido, la existencia de acuerdos jurídicamente vinculantes, se plantea como una mejor opción[215]. En este sentido lo que viene tornándose más evidente es la necesidad de contar con un Código Internacional de Guías Éticas de Reclutamiento Internacional de Personal de Salud, respaldado por las organizaciones internacionales y la comunidad internacional[216],[217].

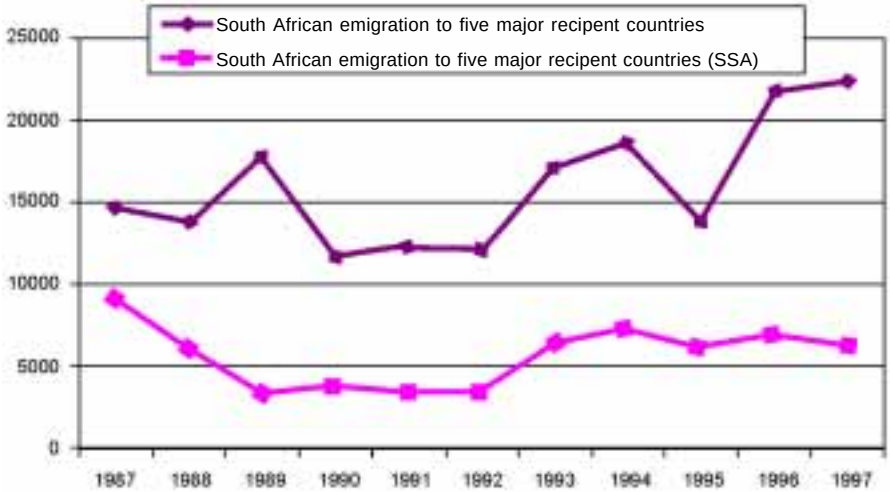
b. Iniciativas de políticas

1. Desarrollo de información válida y confiable, negociación e incentivos

Un elemento sustancial, primario e indispensable es el disponer de información válida y confiable que permita monitorear y evaluar la migración de profesionales de la salud. La información presentada y la experiencia publicada ha mostrado que aquellas fuentes de los países receptores son en líneas generales más confiables, particularmente aquellas de registros profesionales, en comparación con aquellas de los países de origen[218], como se corrobora en el siguiente gráfico. Al respecto, Stilwell ha documentado la dificultad para establecer con precisión información sobre emigración en los países africanos, lo que se evidencia en el siguiente gráfico:

[215] OMS, Informe de la Secretaría al Consejo Ejecutivo EB114/5, 19 de abril de 2004.
[216] Bundred P & Levitt C. Medical migration: who are the real losers?. Lancet 2000; 356: 245 - 246.
[217] Pang T, Lansang MA & Haines A.Brain Drain and Health professionals, a global problem needs global solutions. BMJ 2002; 324: 499-500.
[218] Sin embargo, es necesario insistir en que estos datos proporcionan información sobre el "deseo de trabajar", y no sobre el estatus laboral del profesional migrante. Asimismo no considera generalmente a aquellos profesionales que migran pero no han logrado la regularización de su documentación.

Figura 23. Emigración de profesionales de Sudáfrica: datos registrados por Sudáfrica y por países receptores.



Fuente: [219]; SSA: Estadísticas de Sudáfrica[220]

Por ello, los datos provenientes de los países receptores se consideran más confiables que aquellos de países donadores, estimándose que muchos países de estos subestiman las cifras reales. Sin embargo, esto no elimina completamente las dificultades, en la medida en que en muchos países, tales como Estados Unidos y Australia, el registro profesional es a nivel estatal, lo cual puede conducir a un doble o mayor conteo. Sin embargo la limitación principal es que el registro profesional indica la intención de trabajar, y no el estatus laboral[221].

Una esfera que podría contribuir a gerenciar la migración de profesionales de la salud es a través de convenios comerciales que reglamenten el movimiento transfronterizo de profesionales de la salud, a través de los cuales se puedan generar y establecer oportunidades temporales para el entrenamiento.

[219] Stilwell B et al (2003). Developing evidence based ethical policies on the migration of health workers: conceptual and practical challenges. Human Resources for Health 1 (8). WHO, Geneva, Switzerland. Accesado en http://www.human-resources-health.com/content/1/1/8, el 15 de septiembre de 2006, 19:56 h
[220] Tourism and Migration, Pretoria, http://www.statssa.gov.za/default1.asp Last accessed 22/8/03 (por Stilwell)
[221] Bach S. International Migration of Health Workers: Labour and social issues. Sectoral Activities Program, Working Paper. International Labour Office, 2003, p. 3.

Ante las desigualdades en las remuneraciones que existen entre nuestros países, y los de los países desarrollados (incluyendo España), es muy poco probable que se pueda intervenir exitosamente en este tema.

2. Fortalecimiento del rol rector rector en materia migratoria en los países de origen

Es necesario, obviamente revisar las razones sociales, políticas y económicas detrás del éxodo de los profesionales de la salud, proveyendo seguridad y oportunidades para un desarrollo local[222]. Como hemos visto previamente, la formulación de políticas públicas en el tema de migración, particularmente de profesionales de la salud, requiere en primer lugar que se generen sistemas de información válidos y efectivos, permitiendo a la vez que se monitoree los resultados de las intervenciones realizadas. Asimismo, se requieren políticas de recursos humanos que alienten el desarrollo profesional, mejoren las condiciones de trabajo, esfuerzos que requieren ser apoyados por los países desarrollados[223].

Otro tema particularmente importante es la necesidad de analizar un esquema racional y políticamente viable de compensaciones entre los países de origen.

En este esquema se citan experiencias particularmente interesantes: "En un hospital de un país industrializado se trabaja para concluir un acuerdo bilateral con hospitales de un país en desarrollo a fin de contratar a enfermeras por un período limitado. Se ofrecerán contratos de cinco años, si bien tres de los cuales deberán transcurrir en el país de origen, no en el país contratante"[224].

Esta es una posibilidad, que involucra una subvención financiera al país de origen, un beneficio al migrante, y la oportunidad de contar con personal entrenado al país de destino. Mecanismos acoplados a procesos de reinserción laboral, podrían mejorar los resultados.

[222] Latif AS. Third world brain drain - Causes of exodus need to be examined and rectified. BMJ 2003;327:930.
[223] Fisher JP. Third world brain drain - Brain drain must be halted. BMJ 2003;327:930.
[224] Trascrito de: Organización Mundial de la Salud. Migración Internacional, Salud y Derechos Humanos. Serie de Publicaciones sobre Salud y Derechos Humanos Nº 4, diciembre de 2003.

Otro aspecto que requiere ser afrontado es el de la modernización de la enseñanza y las reformas curriculares, mejor aún con apoyo internacional, que permita que las capacidades recaigan en las habilidades clínicas y no en la tecnología sofisticada[225].

Gore y Franciso[226] sintetizan la importancia de que el país receptor genere "oportunidades", oportunidades educativas de nivel mundial, promoviendo el desarrollo de investigaciones, generando núcleos de alta productividad científica, y financiando en forma sostenible las inversiones necesarias para la implementación y desarrollo de estas estrategias. Brasil, China e India son países que muestran la viabilidad de este abordaje.

3. Políticas responsables en los países receptores

Es necesario asumir responsablemente un Código de Ética que respete el derecho del migrante a buscar sus mejores opciones, pero a la vez de su país de origen a preservar un sistema de salud que brinde atención a los que lo requieren.

Un aspecto fundamental es el de la formación de recursos humanos. Entre 1985 y 1994, los 27 países que constituyen la Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) incrementaron la formación en las escuelas médicas en un promedio de 26%. Sin embargo, en el Reino Unido, Estados Unidos de N.A. y Canadá, el incremento fue sólo de 14%, 10%, y 18%, respectivamente, siendo el déficit cubierto por médicos graduados en el extranjero[227].

Sin embargo el tema es complejo, porque muchos de los médicos formados en el extranjero, se desempeñan, por ejemplo en los Estados Unidos de N.A., en el nivel primario de la atención, asistiendo a poblaciones rurales o particularmente pobres. Una expansión en la formación de los médicos formados en el mismo país, no necesariamente llevaría a estos a ocupar estas plazas[228]. En este senti-

[225] Bundred P & Levitt C. Medical migration: who are the real losers?. Lancet 2000; 356: 245 - 246.
[226] Gore N & Francisco Juan. Plumbing the brain drain. Bul WHO 2004;82:608-615
[227] Datos de la OECD Health Data 1998. OECD. Paris, France; citados en Bundred P & Levitt C. Medical migration: who are the real losers?. Lancet 2000; 356: 245 - 246.
[228] Op. cit.

do, cualquier solución a largo plazo requiere la formulación de políticas internas que incorporen esfuerzos por hacer más equitativo el acceso a la salud.

4. Construcción de una agenda política conjunta

Se deben establecer espacios para un diálogo permanente sobre este tema, que incorpore a las agencias internacionales y a los países involucrados. El siguiente esquema puede resumir las opciones de políticas a implementar, basándose en el enfoque presentado por Alkire & Chen[229]:

POLÍTICAS	PAÍSES DE ORÍGEN	PAÍSES RECEPTORES
Protectoras	Mejorar las condiciones de trabajo	Adoptar guías o códigos éticos
	Mejorar las remuneraciones	Fortalecer la implementación de los códigos
	Mejorar los sistemas de gerencia de salud	Monitorear el seguimiento de los códigos
	Desestimular a países reclutadores	Establecer cuotas de trabajadores de salud inmigrantes
	Cargar la inversión en educación pública a los emigrantes	Alcanzar autosuficiencia en RHUS
	Unir a los graduados	Transparentar las estrategias de reclutamiento
	Establecer bases de datos sobre migración	
Oportunistas	Entrenar profesionales de salud en exceso	Incrementar los permisos de trabajo temporario
	Estimular la outimigración	Facilitar las visas y certificaciones
	Estimular la migración de corto plazo	Proporcionar exoneraciones de tasas e impuestos
	Proporcionar incentivos para el retorno	Compensar por costos educativos
	Facilitar la remesa de flujos	Incrementar la ayuda en salud
	Incrementar la inmigración según sea necesario	
	Negociar compensaciones con países receptores	

[229] Modificado por el autor, a partir del esquema presentado por Alkire S & Chen L. "Medical Exceptionalism" in International Migration: Should Doctors and Nurses be Treated Differently? A Joint Learning Initiative: Human Resources For Health And Development. JLI Working Paper 7-3, p. 24.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El siguiente esquema sistematiza la complejidad del tema abordado con base en la perpectiva de Alkire S & Chen L, señalando las causas y consecuencias:

Causas y consecuencias de la migración médica[230]

GRADIENTE	PAÍS DE ORIGEN	PAÍS RECEPTOR
CONSECUENCIAS		
1. Migrante y familia		
Financiera	Remesas	Estándar superior de vida
Social	Status mayor	Inmigrante - variable
2. Status de salud nacional		
Sistema de salud	Parálisis, colapso	Atención a zonas periféricas
Status de salud	Reducido	Incrementado
Fuerza de trabajo: número	Reducido	Incrementado
Motivación laboral	Reducida	Variable
Carga laboral	Incrementada	Reducida
3. Educación y subsidio público		
Currículo educativo	Orientado a la exportación	
Instituciones públicas	Pérdida de productos	
Educación privada	Crecimiento para la exportación	
Financiamiento público	Perdido	Capturado

Por lo tanto, expresamos las siguientes conclusiones y recomendaciones:

1. El proceso migratorio de profesionales de la salud, y en particular médicos, de los países andinos hacía otros países es aún un tema de baja visibilidad. No existen estudios que permitan cuantificar de manera confiable, la magnitud y las

[230] Modificado por el autor, a partir del esquema presentado por Alkire S & Chen L. "Medical Exceptionalism" in International Migration: Should Doctors and Nurses Be Treated Differently? A Joint Learning Initiative: Human Resources For Health And Development. JLI Working Paper 7-3, p. 23.

tendencias en las últimas décadas; sin embargo, el presente estudio es un aporte que permite generar evidencias con base en las lecciones aprendidas a nivel mundial, así como las opiniones de los gestores del campo de la salud y la formación médica, en los países andinos. Se nutre de casos relevantes que han ocurrido en los países andinos, y que permiten prever que este es un fenómeno de creciente impacto negativo en los sistemas de salud, y ha sido un factor que aún no se ha tomado en cuenta, al diseñar las políticas nacionales de salud.

2. Urge tomar medidas integrales en los países de origen, así como en los países receptores, tomando atención a los factores expulsores y atractores del proceso migratorio. Por lo tanto, los países andinos necesitan construir políticas conjuntas para hacer frente al fenómeno migratorio, tomando en consideración, la necesidad de garantizar la calidad y cobertura de los servicios de salud, a través de la disponibilidad de profesionales competentes y motivados.

3. Existe un escenario internacional favorable, propiciado por los organismos internacionales tales como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Internacional de Trabajo, y otros, que promueven el establecimiento de espacios de reflexión y acuerdos internacionales que permitan minimizar los efectos negativos de la migración irrestricta de profesionales y promuevan por el contrario aquellos positivos de esta migración.

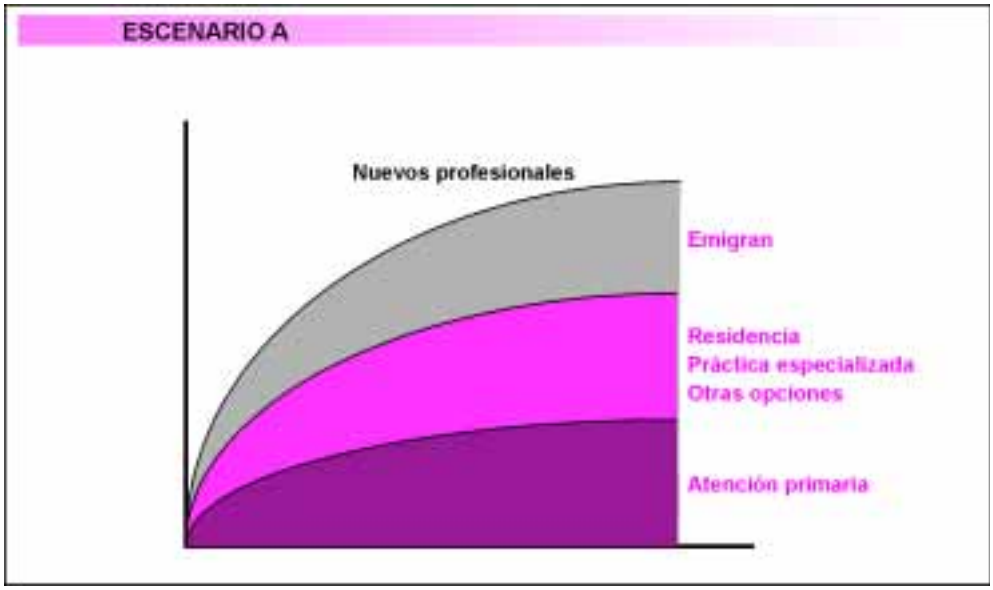
4. En los países andinos urge prestar atención a los factores atractores, particularmente a aquellos relacionados al desarrollo profesional, la seguridad en el empleo, los incentivos no financieros y los remunerativos, lo cual está reforzado por las evidencias observadas en las experiencias internacionales.

5. Especificamente es evidente el canal migratorio de países andinos hacia España, el cual se generó a partir de un giro en el flujo migratorio dirigido anteriormente a Estados Unidos. Este proceso está sostenido por un marco legal que permite que al amparo del Convenio Andrés Bello, en particular, se produzcan las homologaciones de títulos prácticamente de manera automática, generalmente con la sola presentación de títulos y certificados. En este mismo sentido se ubica desde 1999 la eliminación de la cuota para extranjeros para postular al MIR.

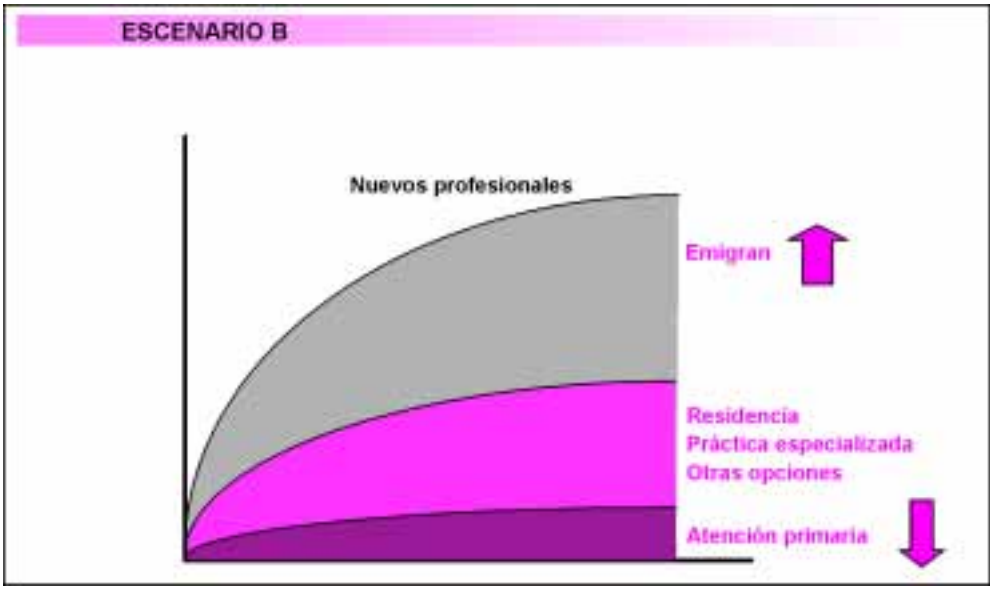
Este canal de migración se caracteriza por una fuerte expansión de la oferta educativa en la mayoría de los países andinos, con excepción de Venezuela (considerando a las universidades tradicionales) y un déficit en ciernes en la fuerza médica española. Asimismo debe considerarse la ventaja tecnológica de España frente a los países andinos que es ya un factor atractor dado el paradigma del ejercicio profesional predominante. Un elemento adicional a considerar, es el desbalance a nivel de remuneraciones y las oportunidades de especialización.

6. En base al estudio desarrollado, afirmamos que exiten 3 posibles escenarios para los países andinos:

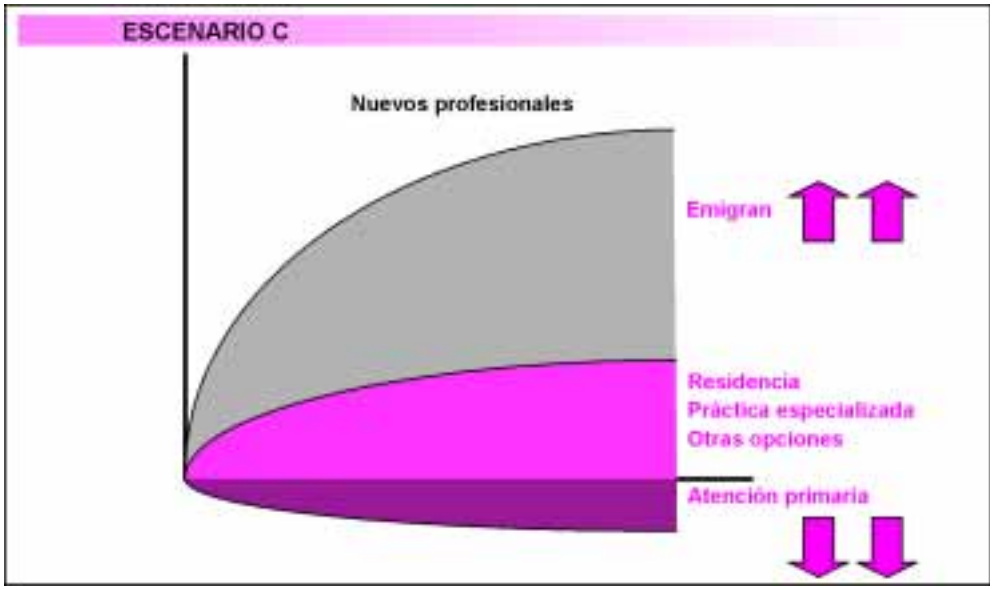
   - El primer escenario posible es el de una migración gestionada racionalmente, compatible con una expansión de la atención primaria en nuestros países, el cual permite el sostenimiento del sistema de salud, frente a un mercado laboral debidamente regulado, permitiendo un crecimiento de los 3 mercados (atención primaria, especializaicón - práctica privada, y migración):



El segundo escenario es el de una desregulación que ocasiona un creciente flujo migratorio que afectaría especialmente la capacidad de expandir el mercado laboral en el primer nivel de atención, y en menor medida el mercado laboral privado y de formación especializada. Consideramos que este escenario es el actualmente vigente en varios de nuestros países, como se expresa en la creciente incapacidad de poder cubrir las plazas de atención primaria en las zonas más pobres y el estancamiento de la demanda por especialización en algunos de nuestros países andinos:



Finalmente, el tercer escenario es el de un Estado fallido, y el serio debilitamiento de los sistemas de salud, que se ha dado en los países africanos, pero que se preveían ya en la década de los 70 y 80. Como se observa, el mayor impacto de la migración recarería en la atención primaria haciendo inviables la prestación de servicios en el primer nivel de atención, especialmente en zonas rurales. Inclusive en este escenario ya se ve afectada la prestación de servicios hospitalarios y la práctica privada.



Cada país tiene un propio patrón de migración[231], el cual refleja factores específicos del contexto, que se relacionan al nivel de desarrollo económico social, las características del sistema de salud, y las políticas nacionales de salud, y particularmente aquellas de recursos humanos. Sin embargo nuestro objetivo no es limitar la movilidad sino promover la equidad en el cuidado de la salud[232]. Esta premisa ha de marcar el perfil de nuestras propuestas de intervención, como parte de la construcción y desarrollo de las políticas de recursos humanos y de salud en nuestros países.

[231] Como bien anota Bach S. International Migration of Health Workers: Labour and social issues. Sectoral Activities Program, Working Paper. International Labour Office, 2003, p. 7
[232] McMaster Professor's Editorial in The Lancet - Medical migration and inequity of health care. Lancet 2000; 356: 177

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acosta A, López S & Villamar D. La Migración en el Ecuador - Oportunidades y Amenazas. Centro Andino de Estudios Internacionales, Universidad Andina Simón Bolívar. Corporación Editora Nacional, Serie Estudios Internacionales N° 6, Quito 2006.
2. Adlung Adams, O.; Kinnon, C.: "A public health perspective", in Zarrilli, S.; Kinnon, C. (eds.): International trade in health services: A development perspective (United Nations/WHO, 1998).
3. Ahmad O. Managing medical migration from poor countries. NEJM 2005;331:43-45.
4. Alkire S & Chen L. "Medical Exceptionalism" in International Migration: Should Doctors and Nurses be Treated Differently? A Joint Learning Initiative: Human Resources For Health And Development. JLI Working Paper 7-3.
5. Altamirano T. En los últimos 25 años ha emigrado más del 10% de los peruanos. Para muchos el dilema es abandonar o no el país. Entrevista, El Comercio Miércoles 12 de Julio de 2006. por Patricia del Rio.
6. Altamirano T. Migración. El Fenómeno del siglo. Lima, Fondo Editorial PUCP, 1996.
7. Altamirano T. Remesas y nueva "fuga de cerebros". Impactos transnacionales. PUCP. Fondo Editorial 2006.
8. Amaya C & García M. Demografía Médica en España. Mirando al Futuro. Madrid: Fundación CESM; 2005. (Disponible en http://www.cesm.org/nueva/fundaciondemogr/home.htm, consultado el 28 de agosto de 2006, 19:45 h).
9. Appleyard R. International Migration: Challenges for the nineties. Ginebra OIM, 1991.
10. Araneda L. Cambios Socio-Culturales en Comunidades Campesinas de Migración Internacional en Azuay y Cañar - Cuenca, 1995.
11. Asamblea Mundial de la Salud, Resolución WHA57.19, Migración internacional de personal sanitario: un reto para los sistemas de salud de los países en desarrollo, 22 de mayo de 2004.
12. Astudillo J & Cordero C. Huayrapamushcas en USA: flujos migratorios de la región central-sur de Ecuador, Quito, El Conejo, 1990.
13. Bach S. International Migration of Health Workers: Labour and social issues. Sectoral Activities Program, Working Paper. International Labour Office, 2003.

14. Banco Mundial 2003, citado en Organización Mundial de la Salud. Migración Internacional, Salud y Derechos Humanos. Serie de Publicaciones sobre Salud y Derechos Humanos Nº 4, diciembre de 2003.
15. Barer ML, Stoddart GL. Toward integrated medical resource policies for Canada. Prepared by the Federal/Provincial/Territorial Conference of Deputy Ministers of Health Ottawa, 1991.
16. Barnett G & Salisbury J. Communication and Globalization: A Longitudinal Analysis of the International Telecommunication Network. J World Systems Research 1996;2(16) 1. Accedido en http://jwsr.ucr.edu/archive/vol2/v2_ng.php, 3/08/06: 23:10 h.
17. Barrett, P.: "Who let the docs out?", in Finnie, R. (ed.) The brain drain myth and reality. www.irpp.org.
18. BBC News. Russian brain drain tops half a million, 20 june 2002 (http://news.bbc.co.uk/1/hi/world(europe/205557/1.stm); citado por Gore N & Francisco Juan. Plumbing the brain drain. Bul WHO 2004;82:608-615.
19. Biviano, M.; Makarehchi, F.: Globalization and the physician workforce in United States. www.bhpr.hrsa.gov/healthworkforcereports/default htm
20. Bundred P & Levitt C. Medical migration: who are the real losers?. Lancet 2000; 356: 245 - 246.
21. Bundred P & Levitt C. Medical migration: who are the real losers?. Lancet 2000; 356: 245 - 246; y Mullan F.. The metrics of the physician Brain Drain. NEJM 2005; 353:1810-8.
22. Bureau of Transportation Statistics, Department of Transportation USA, 2006. Accesado en http://www.bts.gov/xml/atpi/src/datadisp.xml?t=1; Accesado en 06/08/06; 10:42 h.
23. Chikanda A. Skilled health professionals' migration and its impact on health delivery in Zimbabwe. Centre on Migration, Policy and Society Working Paper No. 4, University of Oxford, 2004.
24. Commonwealth Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers, adoptado en el Pre-WHA Meeting of Commonwealth Health Ministers 2003, Geneva -I 18 de mayo de 2003.
25. Davies V. Diario El Nacional (noviembre, 02. 2005).
26. Declaración de Santiago sobre Principios Migratorios, Reunión de Ministros del Interior del MERCOSUR y Estados Asociados, 17 de mayo de 2004, Santiago de Chile.

27. Department of Health. Code of practice for international recruitment.London: Department of Health, 2001.
28. Diálogo Internacional sobre la Migración: Taller sobre perspectivas para el acopio y gestión de datos. Acopio y Gestión de Datos, 8-9 de septiembre de 2003, disponible en http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/inf/download/ecosoc/migration.pdf, consultado el 9 de septiembre de 2006, 18:15 h.
29. Diario Hoy On Line, "Ecuador forma 'cerebros' para la exportación", nota periodística en http://www.hoy.com.ec/Suplemen/blanco83/byn.htm editada el 20 de mayo de 2006, y consultada el 22 de julio de 2006, 19:35 h.
30. Dumont, J.C. and J.B. Meyer. "The international mobility of health professionals: An evaluation and analysis based on the case of South Africa." Part III. OECD (from Trends in International Migration: SOPEMI 2003). 2004, p. 128.
31. Estadísticas Mundiales del Internet, accesado en http://www.exitoexportador.com/stats.htm; 06/08/06,14:51 h.
32. Formación y Regulación de los Recursos Humanos en Salud. Ministerio de Salud - IDREH - Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud- Serie de Recursos Humanos en Salud 2005; 4.
33. Germaná C, Meneses M, Valencia I, Collatón R & Samamé D. La Migración Internacional - El Caso Peruano. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Fondo Editorial de la Facultad de Ciencias Sociales, Lima - 2005.
34. Goldfarb, R. et al.: "Can remittances compensate for manpower outflows: The case of Philippine physicians", in Journal of Developmental Economics, 1984, No. 15, pp. 1-2.
35. Gore N & Francisco Juan. Plumbing the brain drain. Bul WHO 2004;82:608-615.
36. Guzmán MA. Bicentralismo y pobreza en el Ecuador, Quito, Sociedad Alemana de Cooperación Técnica, GTZ/Universidad Andina Simón Bolivar, Sede Ecuador/Cooperación Editora Nacional, 1994.
37. Human Resources for Health - Critical Challenges for the Region of the Americas: Roundtables. 47th Directing Council - 58th Session of the Regional Committee.PAHO/WHO. Washington, D.C., USA, 25-29 September 2006.
38. ILO (1999). Terms of employement and working conditions in health sector reforms. Geneva, Internacional Labour Office, p. 23.
39. ILO: Decent work: Report of the Director General, International Labour Conference, 87th Session (Geneva, 1999), p. 3.

40. InfoDev. e-Readiness en America Latina y El Caribe - Retos y Oportunidades. CRICS 6. OPS-BIREME-INSP-SSP. Puebla - Mayo 7- 9, 2003. disponible en http://www.paho.org/English/DD/IKM/rh-infodev.pdf, 3/08/06: 19:15 h.
41. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994 (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: S.95.XIII.18), cap. I, resolución 1, anexo.
42. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995 (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: S.96.IV.13), cap. I, resolución 1, anexo II.
43. Informe de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, Copenhague, 6 a 12 de marzo de 1995 (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: S.96.IV.8).
44. Informe de Secretaría a la 59ª Asamblea Mundial de la Salud, Organización Mundial de la Salud A59/18, 4 de Mayor de 2006.
45. Informe sobre la Salud en el Mundo 2006. Organización Mundial de la Salud.
46. Internacional mobility of the Highly Skilled: Brain gain, Brain Drain or Brian Exchange. Hamburgisches Welt-Wirtschafts-Archiv (HWWA) -Hamburg Institute of International Economics 2000. HWWA Discussion Paper N' 88.
47. IOM: Defining migration priorities in an interdependent world (Geneva, 2003).
48. J P Ruger and H-J Kim. Comparison Global health inequalities: an international Comparison. J. Epidemiol. Community Health 2006;60;928-936 (disponible en http://jech.bmj.com/cgi/content/full/60/11/928, consultado el 27 de julio de 2006, 14:35 h).
49. La migración del personal de salud en la región de las Américas, situación, perspectivas y sugerencias para la acción. VIII Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de salud. 5 y 6 de octubre de 2006, Colonia del Sacramento, Uruguay, Septiembre 2006, Ministerio de Salud de Uruguay. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Documento de Trabajo (accesado en http://www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HR/7conf_iberoamer_migracion.pdf, 7 de noviembre de 2006: 19:35 h).
50. Ley de Ejercicio de la Medicina de Venezuela.
51. Loefler I. Medical Migration. Croatian Medical Journal 2001;42(5), p. 504.
52. Los procesos de evaluación y acreditación universitaria. La experiencia de Bolivia - IES/2003/ED/PI/34, fecha de publicación: mayo 2003, en http://www.iesalc.unesco.org.ve/acreditacion/bolivia/acr_bo_daza.pdf, accesado el 18 de agosto de 2006, 19:58 h.

53. Management of international health worker migration. Instruments on ethical recruitment and other policy options. Documento EIP/HRH/PIE/2004/migration.
54. Martineau T, Decker K & Bundred P. Briefing Note on Internacional migration of Health Professionals:levelling the playing field for developing country health systems. Liverpool School of Medicine 2002.
55. Matas V. Retribuciones de Tres Tipos de Médico Rural en España, Año 2005. Estudio Comparativo de los Servicios de Salud en el año 2005 y evolución 2003-2005. Abril 2006, España.
56. McMaster Professor's Editorial in The Lancet - Medical migration and inequity of health care. Lancet 2000; 356: 177.
57. Mejia A. Migration of Physician and Nurses: a Wordwide Picture. Internacional Journal 1978: 7(3): 207-215.
58. Migraciones y remesas en América Latina y el Caribe: Los flujos intrarregionales y las determinantes macroeconómicas. Secretaría Permanente del SELA, Caracas, Venezuela. Mayo de 2006, SP/Di Nº. 4.
59. Mullan F. The Metrics of the Physician Brain Drain. New England Journal of Medicine, 2005;353: 1810-18.
60. Naciones Unidas 1998, citado en Diálogo Internacional sobre la Migración: Taller sobre perspectivas para el acopio y gestión de datos. Acopio y Gestión de Datos, 8-9 de septiembre de 2003.
61. Observatorio Sanitario en Atención Primaria, accesado en http://www.observatoriosanitario.org/Puntoscandentes/Mejoremigrar/tabid/118/Default.aspx, 26 de agosto de 2006, 18:07 h.
62. OECD Health Data 1998. OECD. Paris, France; citados en Bundred P & Levitt C. Medical migration: who are the real losers?. Lancet 2000; 356: 245 - 246.
63. OMS, Informe de la Secretaría al Consejo Ejecutivo EB114/5, 19 de Abril de 2004.
64. OMS, Informe de Secretaría a la 59ª Asamblea Mundial de la Salud.
65. OMS/OMC, Los Acuerdos de la OMC y la salud pública: Un estudio conjunto de la OMS y la Secretaría de la OMC. Ginebra, Organización Mundial de la Salud y Organización Mundial del Comercio, 2002.
66. Organización Mundial de la Salud. Migración Internacional, Salud y Derechos Humanos. Serie de Publicaciones sobre Salud y Derechos Humanos Nº 4, diciembre de 2003.
67. Pang T, Lansang MA & Haines A.Brain Drain and Health professionals, a global problem needs global solutions. BMJ 2002; 324: 499-500.

68. Pedone C. Estrategias Migratorias y Poder - Tu siempre jalas a los tuyos. Plan Migración, Comunicación y Desarrollo, Quito, 2006.
69. Pellegrino A. Migración de Mano de Obra Calificada desde Argentina y Uruguay. Ginebra, 2003.
70. Quiroga, R. (1999): Regulación de recursos humanos de salud en Chile , OPS/OMS MINSAL, 1999, Santiago. Disponible en: http://observatorio_rh.tripod.com/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/regulacion-rrhh-en-chile.pdf.
71. Rama C. La Tercera Reforma de la Educación Superior en América Latina y el Caribe: masificación, regulaciones e internacionalización. Informe sobre la Educación Superior en América Latina y el Caribe 2000-2005. UNESCO - IESALC, p. 11.
72. Ruiz, J. I. Y C. Blanco. La inmigración vasca. Análisis trigeneracional de 150 años de inmigración, Bilbao, Universidad de Deusto, 1994.
73. Salt, J. Contemporary Trends in International Migration Study, International Migration, 1987, 25(3): 241-50.
74. Sasen S. The mobility of Labour and Capital: A Study in International Investment and Labour Flor. Cambridge: Cambridge University Press, 1988, citada en Pedone C. Estrategias Migratorias y Poder - Tu siempre jalas a los tuyos. Plan Migración, Comunicación y Desarrollo, Quito, 2006.
75. Saskia S. Los espectros de la Globalización. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A., 2003.
76. Sims P. A medical school of Zambia. J Public Health Med 1997; 19: 137-38.
77. Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Consumo de España (http://www.msc.es/estadEstudios/estadísticas/docs/FOLLETO-BAJA.PDF), accesado el 12 de julio de 2006, 18:28 h.
78. Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y Desempeño con Desarrollo Humano. Ministerio de Salud - IDREH - Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud- Serie de Recursos Humanos en Salud 2005; 1.
79. Sosa J. Los derechos humanos de los migrantes y sus familia. VIII Jornadas Anuales de Reflexión "las inmigraciones a Venezuela en el siglo XX - Aportes para su Estudio" organizadas por la Fundación Francisco Herrera Luque. Documento accesado el 19 de agosto de 2006, 08:59 pm en http://www.december18.net/web/docpapers/doc3515.doc.

80. Stillwell B, Diallo K, Zurn P, Dal Poz MR, Adams O, Buchan J. Developing evidence-based ethical policies on the migration of the health workers. Conceptual and practical challenges. Human Resources fot health 2003;1:8.
81. Stilwell B et al (2003). Developing evidence based ethical policies on the migration of health workers: conceptual and practical challenges. Human Resources for Health 1 (8). WHO, Geneva, Switzerland. Accesado en http://www.human-resources-health.com/content/1/1/8, el 15 de septiembre de 2006, 19:56 h.
82. Stilwell B y cols. Migration of health-care workers from developing countries: strategic approaches to its management. Bull WHO 2004; 82(8):595-600.
83. The Migration of Canadian Physicians Canadian Physicians to the United Status. International Medical Workforce Conference. Oxford, England, September, 2003.
84. The NHS plan: a plan for investment; a plan for reform. Norwich, United Kingdom: The National Health Service, July 2000:50-5. (accesado el 30 de julio de 2006, en http:// www.dh.gov.uk/assetRoot/04/05/57/83/04055783.pdf.).
85. The World Factbook - CIA. Central Intelligency Agency. Accesado en https:// www.cia.gov/cia/publications/factbook/index.html, 06-08-06; 13:30 h.
86. Tourism and Migration, Pretoria, http://www.statssa.gov.za/default1.asp Last accessed 22/8/03 (por Stilwell).
87. Vujicic M, Zurn P, Diallo K, Dall Poz M. The role of wages in slowing the migration of health care professionals from developing countries. Human Resources for health 2004;2:3.
88. Wallerstein, I. (1976). The modern world system. New York: Academic.
89. Walt G. Globalisation of international health. Lancet 1998; 351: 434-37.
90. Wibulpolprasert S, Pachanee C, Pitayarangsarit S & Hempisut P. International service trade and its implications for human resources for health: a case study of Thailand. Human Resources for Health 2004, 2:10, y puede ser consultado en http://www.human-resources-health.com/content/2/1/10.
91. Zorogastua J. Los inmigrantes peruanos en España. Tesis para optar el grado de Magíster en Sociología.Lima, UNMSM, Facultad de Ciencias Sociales, 2000.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

MIGRACIÓN
DEFINICIONES OPERACIONALES UTILIZADAS EN ESTA PUBLICACIÓN

1. **Acreditación:** Proceso de evaluación, desarrollado por organizaciones gubernamentales o no gubernamentales, voluntario u obligatorio, que implica la superación de criterios y estándares de calidad previamente establecidos y que conduce a un reconocimiento público de la calidad de la institución o programa de formación.
2. **Certificación profesional:** Reconocimiento formal a cargo de un organismo dependiente o independiente de la profesión sobre las aptitudes de un individuo para el ejercicio médico.
3. **Factores atractores:** Factores económicos, sociales, políticos, profesionales, entre otros, que promueven la emigración de profesionales de la salud, en particular de médicos, dependientes del país de origen del migrante.
4. **Factores expulsores:** Factores económicos, sociales, políticos, profesionales, entre otros, que promueven la emigración de profesionales de la salud, en particular de médicos, dependientes del país de destino del médico migrante.
5. **Licencia o habilitación profesional:** Permiso otorgado a un individuo por una agencia (gubernamental o no) para desempeñar la profesión médica, una vez que el solicitante haya cumplido con los estándares de aptitud y requisitos establecidos.
6. **Migración:** Todo médico profesional que se traslada a un país que no sea su lugar de residencia habitual por un período de al menos un año (12 meses), de forma que el país de destino se convierte en su nuevo país de residencia habitual[233].
7. **Recertificación profesional:** Proceso de evaluación periódica de los médicos ya certificados y en ejercicio, de acuerdo a criterios previamente definidos, conducente a renovar la licencia o dar fe de que se mantienen las competencias que lo califican para el ejercicio de su profesión.

[233] Adaptado de Naciones Unidas 1998, citado en Diálogo Internacional sobre la Migración: Taller sobre perspectivas para el acopio y gestión de datos. Acopio y Gestión de Datos, 8-9 de septiembre de 2003.

8. **Registro profesional:** Inscripción en la instancia nacional correspondiente (gubernamental o no), en la que el profesional se registra como médico, y se le extiende el código de identificación profesional correspondiente que lo identifica.
9. **Revalida y reconocimiento de títulos:** Proceso mediante el cual se reconoce de manera prácticamente automática o luego de un proceso de evaluación, por parte de una instancia autorizada para ello - gubernamental o no -, la validez de un título de médico expedido por una universidad extranjera.
10. **Servicio social:** Conjunto de actividades de servicio a la comunidad, de carácter temporal y obligatorio, que realizan los estudiantes de medicina como requisito para obtener el título o grado, o los médicos graduados para poder ejercer plenamente.

COMMONWEALTH CODE OF PRACTICE FOR THE INTERNATIONAL RECRUITMENT OF HEALTH WORKERS[234]

INTRODUCTION

1. Many Commonwealth countries, both developed and developing, are experiencing shortages of skilled health workers. These shortages, which tend to be more severe in small island states, remote and rural areas, and some African countries, reduce countries' capacity to provide good quality health services to their populations.
2. Some countries are responding to the problem by systematically recruiting nurses, midwives, doctors, pharmacists, and other health care workers from other countries, in particular from developing countries. Whilst this is helping some recipient countries to overcome their staff and skills shortages, it deprives source countries of knowledge, skills, and expertise for which large amounts of resources have been expended. Although this type of international recruitment provides many health workers with opportunities to develop their careers, gain valuable experience, and improve living conditions for themselves and their families, it has also resulted in negative experiences for others.
3. Commonwealth Ministers of Health have agreed that, in keeping with Commonwealth values of cooperation, sharing and supporting each other, a consensus approach to dealing with the problem of international recruitment of health workers should be adopted.
4. This Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers is intended to provide governments with a framework within which international recruitment should take place. The Code is sensitive to the needs of recipient countries and the migratory rights of individual health professionals. The Code does not propose that governments should limit or hinder the freedom of individuals to choose where they wish to live and work. Commonwealth governments may wish to supplement the Code with additional guidance particular to their own national needs and situations.

[234] Adoptado en el Pre-WHA Meeting of Commonwealth Health Ministers 2003, Geneva - 18 de mayo de 2003.

5. Commonwealth member states are encouraged to take into account existing arrangements, treaties between countries and within regions in the application of this Code, and any international guidelines relating to the movement of persons across borders.
6. The Commonwealth will seek to encourage the adoption of the Code by countries outside the Commonwealth. International organisations such as the International Labour Organisation (ILO), World Health Organisation (WHO), the International Council of Nurses (ICN), and the International Council of Midwives should be encouraged to promote the Code to their non-Commonwealth members.

PURPOSE

7. The Code provides guidelines for the international recruitment of health workers in a manner that takes into account the potential impact of such recruitment on services in the source country.
8. The Code is intended to discourage the targeted recruitment of health workers from countries which are themselves experiencing shortages.
9. The Code seeks to safeguard the rights of recruits, and the conditions relating to their profession in the recruiting countries.

STATUS

10. The Code is not a legal document. Within the context of Commonwealth principles of co-operation and consensus, it is hoped that governments will subscribe to it.

GUIDING PRINCIPLES

11. This Code applies the principles of transparency, fairness and mutuality of benefits as these relate to relations among Commonwealth countries, and between recruits and recruiters.

TRANSPARENCY

12. Transparency should characterise any activities to recruit health care workers from one country to another. This would normally involve an agreement between recruiting countries and the source countries.
13. The Code requires recruiters to be transparent about the type of skills, expertise, the number of recruits, and grades being sought.

FAIRNESS

14. Recruiters should not seek to recruit health care workers who have an outstanding obligation to their own country, for example, contract of service agreed to as a condition of training. However, it is the responsibility of recruits to disclose such information, right from the outset of indicating their interest in working outside their country of origin.
15. Fairness requires that recruiters provide full and accurate information to potential recruits on:
    - the nature and requirements of the job that recruits are expected to perform
    - countries to which they are being recruited
    - administrative and contractual requirements
    - their rights
16. Fairness also requires that recruiters provide recruits with accurate information about selection procedures.
17. Recruiters should also ensure that, while working abroad, the recruits will be protected by the same employment regulations and have the same rights as equivalent grades of staff in the receiving country, for example rates of pay, professional development and continuing education, and, where possible, access to training.
18. The Code of Practice does not wish to undermine the right of health workers to migrate to countries that wish to admit and employ them. The Code seeks to encourage the establishment of a framework of responsibilities between governments - and the agencies accountable to them - and the recruits. This framework would balance the responsibilities of health workers to the countries in which they were trained - whether of a legal kind, such as fulfilling contractual obligations, or of a moral kind, such as providing service to the country which had provided their training opportunities - and the right of health professionals to seek employment in other countries.

MUTUALITY OF BENEFITS

19. The capacities of countries that need to recruit staff and those which lose their skilled personnel vary significantly. Recruiters may be in a position to consider ways in which they could provide assistance to source countries.

20. The expression of the principle of mutuality of benefits should/could take the form of technical assistance from recruiting countries to those from which countries are recruiting ('source' countries).

COMPENSATION / REPARATION / RESTITUTION

21. Governments recruiting from other Commonwealth countries should/[may wish to] consider how to reciprocate for the advantages gained by doing so. This could include:
    - programmes to reciprocate for the recruitment of a country's health workers through the transfer of technology, skills and technical and financial assistance to the country concerned;
    - training programmes to enable those who return to do so with enriched value
    - arrangements to facilitate the return of recruitees (subject to application of the non-discrimination principle and to the rights of the workers concerned in accordance with immigration and other laws).

SELECTION PROCEDURES

22. The recruit, prior to signing a contract, should ensure he/she fully understands details therein and is prepared to commit him/herself to honour the contract.

REGISTRATION

23. Registration/licensure to practise is the responsibility of the relevant regulatory body in each country and the specific requirements should be made known to recruits. It is the responsibility of the recruit to understand and comply with the jurisdictional requirements around registration/licensing and education.

WORKFORCE PLANNING

24. In addition to managing migration, Commonwealth member countries should explore and pursue additional strategies for retaining trained personnel.