



Reunión Andina MIGRACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

2 y 3 de Marzo, 2009
Lima, Perú



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

REUNIÓN ANDINA
MIGRACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD
2 y 3 de Marzo 2009
Lima Perú

Edición: Dra. Mónica Padilla D.
Desarrollo de Recursos Humanos en Salud
Asesora Subregional Andina
OPS/OMS

Este documento es producto colectivo de los participantes al encuentro, el detalle en Anexo 2.

I. ANTECEDENTES

La migración del personal de salud es una tendencia en aumento a nivel global. Los beneficios profesionales, personales y económicos para quienes migran, incluso contribuyen a incrementar los rubros de ingreso nacional para varios de los países de la región. A la vez la creciente migración de profesionales de la salud formados y entrenados en un país hacia otro, pueden afectar la capacidad de respuesta a las demandas de salud de su propia población.

Los países de las Américas, han levantado la preocupación por el impacto de la migración en sus sistemas de salud, señalando la dificultad de los países para retener a sus profesionales. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha recibido el mandato de los gobiernos de "Promover acciones nacionales e internacionales para que los países afectados por la migración, conserven a su personal sanitario y eviten carencias en su dotación" y ha definido con los países del continente, tres metas particulares a alcanzar en este tema para la próxima década¹

Igualmente, el Plan Andino de Recursos Humanos en Salud², aprobado en la XXIX Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA), señala como una de las prioridades, la investigación y la gestión de la migración como base para la identificación de líneas conjuntas de trabajo y exploración de incentivos para comprender y gestionar este fenómeno.

La migración en salud, tiene una serie de implicaciones que deben ser debatidas y analizadas, temas como las condiciones y derechos para una libre movilidad de estos profesionales entre países, su posibilidad de inserción en mercados laborales, el reconocimiento de su formación profesional en su país de origen, la autorización del ejercicio profesional, y el acceso igualitario a los derechos de ciudadanía de los países, entre las principales.

Con estos antecedentes, la Organización Panamericana de la Salud – Representación del Perú y sede de la Cooperación Técnica Subregional para el Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, en coordinación con el Organismo Andino de Salud y la Secretaría de la Comunidad Andina, convocaron al Taller de Migración Profesional en Salud en el Área Andina los días 2 y 3 de marzo del 2009.

Con la participación de delegados de Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela y las organizaciones convocantes, el encuentro permitió definir prioridades, ejes de acción y plan de trabajo para abordar el tema: Migración de Personal de Salud en el Área Andina, y establecer los insumos para la formulación de un Proyecto Subregional Andino de gestión de la migración del personal de salud. El presente documento resume los contenidos, conclusiones y acuerdos operativos alcanzados en este encuentro.

II. ESTADO DE SITUACION DE LA MIGRACION EN LA REGION DE LAS AMERICAS

Los procesos migratorios del personal de salud han sido estimulados por los fenómenos derivados de la globalización de las economías y sus influencias en el sector salud. En la sub-región andina se observa una tendencia al incremento de estos procesos migratorios, entre los países miembros y hacia otras latitudes, cuya magnitud e implicaciones, están siendo investigadas.

¹ OPS/ CSP27/10 del 19 de julio del 2007 Migración en Salud, para los países de las Américas:

Meta 10: Todos los países de la Región habrán adoptado un código de práctica global o habrán desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de salud.

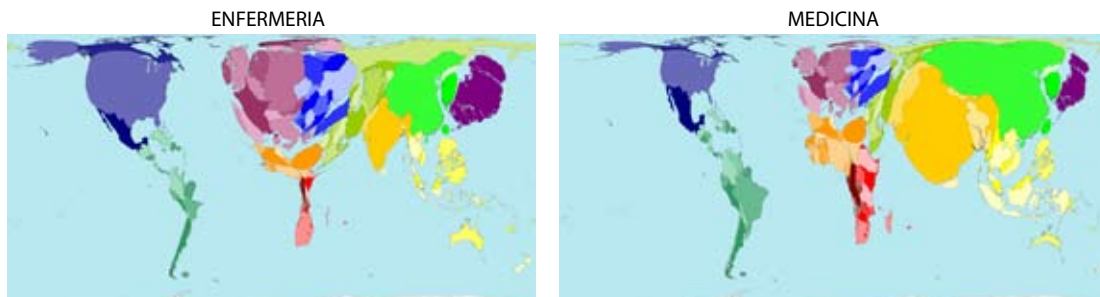
Meta 11: Todos los países de la Región tendrán una política de autosuficiencia para satisfacer sus necesidades de recursos humanos para la salud.

Meta 12: Todas las subregiones habrán desarrollado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales formados en el extranjero.

² Red Andina de Observatorios de RHUS (www.observarh.org)

Una mirada gráfica global del fenómeno de la migración evidencia el impacto de los flujos migratorios con una concentración en el hemisferio norte y una gran extracción principalmente del continente africano, e identifica una imagen en el bloque sudamericano que pudiera en un futuro ser similar a la africana.

Mapa proporcional de la distribución de personal de enfermería y medicina a nivel mundial



Fuentes: Worldmapper <http://www.worldmapper.org/display.php?selected=216> ; <http://www.worldmapper.org/display.php?selected=219>

Los datos sobre la migración tanto en enfermería y medicina son preocupantes: el 83% de enfermeras de la Región se desempeñan en Canadá y EUA, El 42% de los puestos de enfermería en el Caribe están vacantes por la emigración.

La realidad

AMERICA: Migración de Médicos

- 16.000 médicos peruanos han emigrado
- 12.448 médicos formados en México trabajan en EUA (6,7% - 3er lugar después de India y Filipinas)

6,000 médicos extranjeros se radican por año en los Estados Unidos de Norte América

Hoy se desempeñan en Estados Unidos, Canadá, Reino Unido y Australia:

1.067 médicos haitianos: 2 de cada 6
1.589 médicos jamaquinos: 2 de cada 6
3.232 médicos dominicanos: 1 de cada 6
2.374 médicos argentinos: 2,4 de cada 10
2.326 médicos colombianos
1 de cada 10 médicos bolivianos, costarricenses, ecuatorianos, guatemaltecos y panameños

26

Fuente: Malvarez Silvina, Presentación Reunión Andina Migración Profesional en Salud. Marzo 2009 Lima Perú. Vía Elluminate.

Se ha establecido una verdadera industria de reclutamiento activo de algunos países con déficit de RHUS. Eexisten 281 empresas de origen estadounidense de las cuales el 27% tienen sedes o actividad intensa en países de América Latina (AL) y el Caribe; asimismo un número aún no estimado de empresas italianas reclutan personal de medicina y enfermería en AL.

Un conjunto de estudios de cuantificación, análisis y determinación del fenómeno de la migración se han desarrollado tanto a nivel nacional como regional; igualmente se ha estimado el costo de la migración para los países donantes, lo que ha permitido dimensionar mejor la problemática.

Costos de la migración de personal de salud

- **En Kenya:**
 - Formar una enfermera cuesta 43.180 US
 - Retorno de la inversión perdida/enf: 339.000 US
 - Pérdida / total enf. que emigraron: 411.046.884 US
 - Formar un médico cuesta 65.997 US
 - Retorno de la inversión perdida: 517.000 US
- **En México:**
 - Formar una enfermera cuesta 4.550 US*
 - Formar una licenciada cuesta 9.430 US*
 - El costo anual de formación del personal que emigra (1200 técnicas y 820 profesionales) asciende a 13.192.600 US

Zarate et al. 2008 * Incluye costo de educación superior únicamente

33

Fuente: Malvarez Silvina, Presentación Reunión Andina Migración Profesional en Salud. Marzo 2009 Lima Perú. Vía Elluminate.

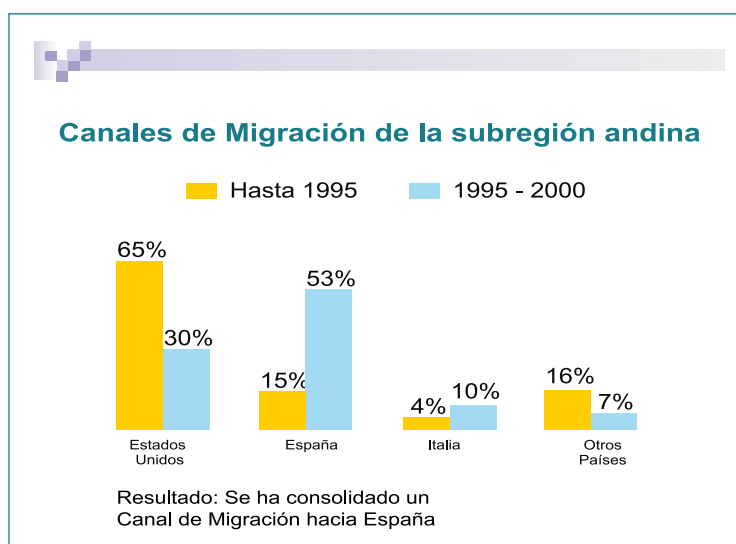
Se identifican una serie de medidas para enfrentar este problema como, la restricción a la libre movilidad, compensación directa, para educación, para servicios de salud, políticas de retorno y reinserción, la OMS ha promovido una discusión regional para establecer un código ético para la contratación. En varios foros aparecen como temas centrales la preocupación por retener al personal de salud y la necesidad de los países de ser autosuficientes para cubrir sus necesidades de recursos humanos en salud.

Hay un acuerdo global sobre la necesidad de profundizar el conocimiento de la problemática, pero sobre todo de enfrentarla en forma colectiva. En este marco se han movilizadas alianzas de organismos internacionales, una de ellas ha dado lugar al Proyecto Iberoamericano de Migración de Personal de Salud: UE - EASP – OPS – SEGIB/MinSal Uruguay, presentado por OPS nivel regional en este encuentro, como una oportunidad para emprender acciones concretas frente a la problemática de la migración en la subregión andina.

III. CARACTERIZACIÓN DE LA MIGRACIÓN EN LA SUBREGION ANDINA

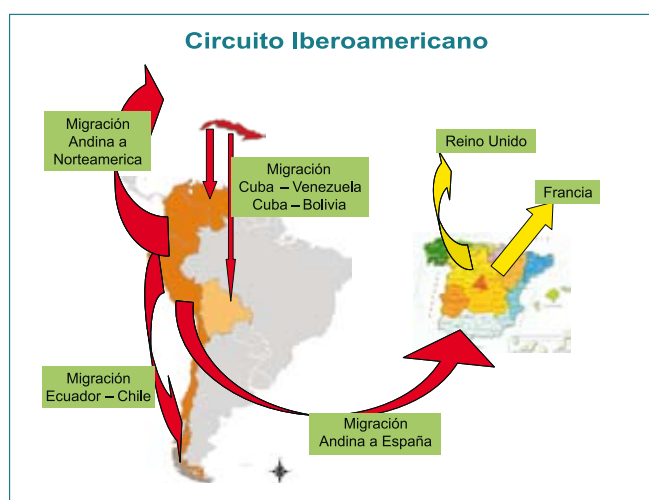
Existe importante información recabada por los países andinos sobre la migración, tanto un estudio del conjunto de los países para la profesión médica, como estudios individuales de Ecuador, Perú y Bolivia que dimensionan esta problemática. Igualmente Chile, en su calidad de país receptor de RHUS, cuenta con información sobre el peso de la migración en su sistema de salud. Asimismo, hay un reconocimiento de la importancia del tema por parte de Venezuela y Colombia pero no hay estudios específicos disponibles para este encuentro.

La migración profesional de la subregión, evidencia el establecimiento de un canal de migración de personal profesional principalmente hacia España³, lo que representa un cambio en el destino de la migración profesional en las últimas décadas. Esta movilización se ve favorecida por la existencia del Convenio Andrés Bello⁴ vigente para los seis países del área andina incluidos en el estudio.



Fuente: Nuñez, M. Migración en la Región Andina. Lima, marzo 2009.

Las grandes diferencias en remuneraciones, posibilidades de desarrollo profesional, ambientes de trabajo, acceso a la tecnología, investigación y desarrollo científico, son factores decisivos en la dinámica entre oferta y demanda de empleo para la fuerza de trabajo en salud, que hoy se establece en el plano de lo global y ha superado por completo las fronteras nacionales. Las grandes necesidades de los países europeos, EEUU, Canadá se resuelven con grupos de profesionales que dejan países con ofertas de trabajo precario y altas tasas de desempleo profesional.



Fuente: Nuñez, M. Migración en la Región Andina, Presentación Lima, marzo 2009.

³ OPS/OMS / NUÑEZ, M / Red Andina de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina. Migración de recursos humanos en salud. Subregión Andina. Lima, Perú. 2006.

⁴ http://www.dicori.ucv.vg/Documentos/Convenios_Andres_Bello.pdf

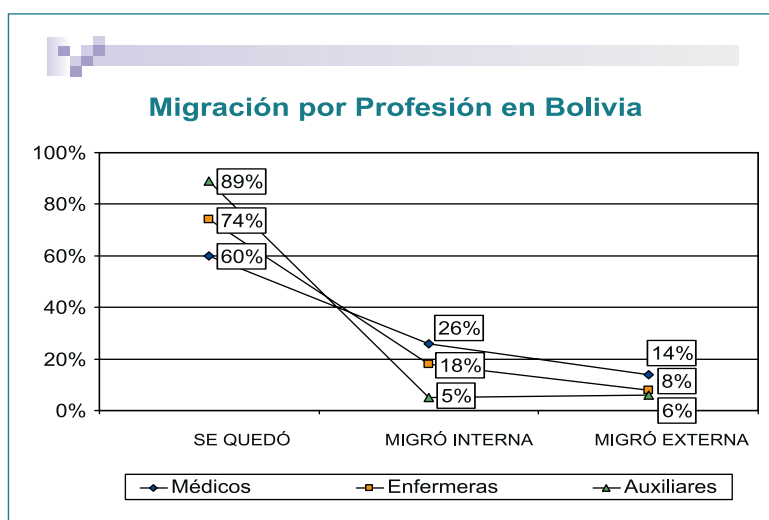
Como plantea el Dr. Manuel Nuñez en su presentación, este canal de migración se articula a un verdadero circuito, con la particularidad de que los grupos profesionales migrantes, dejan la prestación en los niveles de alta especialización en sus países, para ocupar aquellas funciones menos valoradas en los países receptores, generalmente la atención ambulatoria en los niveles menos complejos de la atención.

Las autoridades de salud de los países andinos, perciben la migración como un tema importante que potencialmente afectaría el funcionamiento de sus sistemas de salud, sin embargo reconocen una ausencia de políticas de Estado en esta materia y poco interés político en formularlas. El desarrollo profesional, la promoción del empleo y la acción conjunta andina se identifican como las estrategias más viables y que concitan interés en los países y a la vez se plantea la ausencia de información confiable y sistemática como una debilidad que debe ser resuelta para dimensionar y enfrentar el problema de la migración.

La situación en algunos de los países andinos

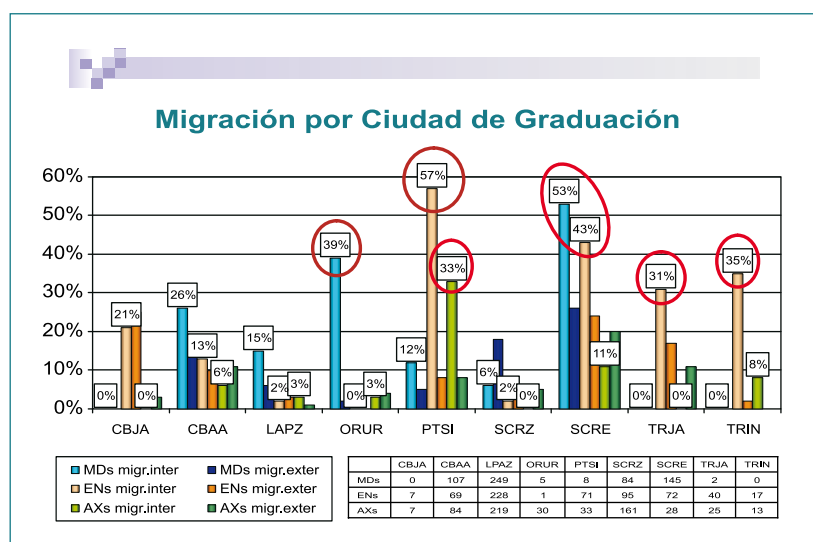
BOLIVIA

Mediante un estudio prospectivo basado en consulta a informantes clave, análisis documental y encuesta, Bolivia identifica una tendencia creciente a la migración, principalmente del personal médico, en menor grado en enfermería y prácticamente nula en auxiliares de enfermería.



Fuente: Colque, Ruben. Presentación Bolivia. Lima, marzo 2009.

La migración se asocia a la insuficiencia de oportunidades de trabajo y de especialización, existencia de diferencias salariales entre instituciones empleadoras, precarización del mercado laboral y un estancamiento en las fuentes de empleo. Se reconoce un incremento de la oferta de egresados de profesiones de la salud a expensas del sector privado sin control de calidad y sin conexión con el mercado laboral nacional. Se identifica una importante migración interna concentrada en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz y una migración internacional principalmente a Argentina, Brasil, EE.UU., España e Italia.



Fuente: Colque, Ruben. Presentación Bolivia. Lima, marzo 2009.

El estudio señala la importancia del problema y la necesidad de diseñar políticas para amortiguar la migración y subempleo, propone como medidas clave la formación de profesionales de acuerdo a las necesidades nacionales y la apertura de fuentes de empleo en salud.

CHILE

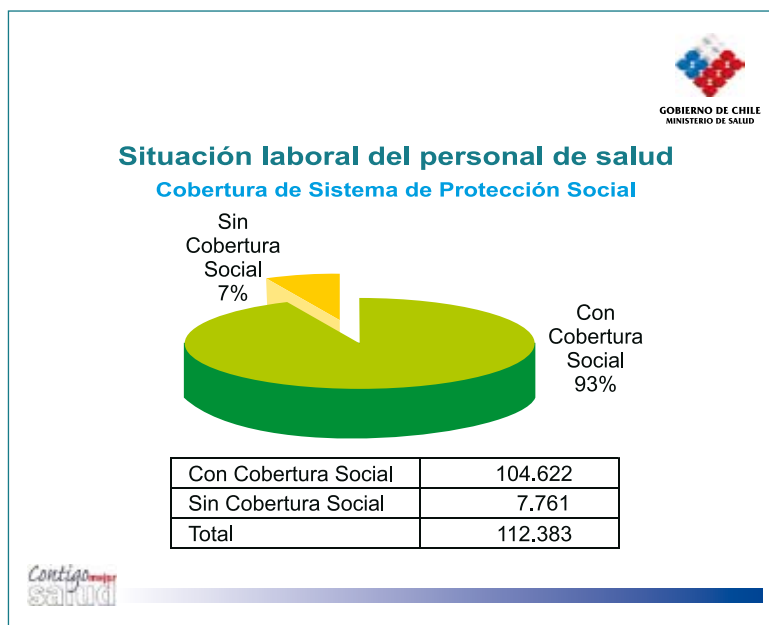
En Chile se describe como un país receptor de profesionales de la salud, el contexto de los países andinos. En un marco de integración subregional y de globalización en general, las fronteras no son más limitantes a la movilidad de las personas. La libertad individual de buscar mejores condiciones de vida y la atracción que ejercen los altos niveles de desarrollo social, económico y humano de un país y su potencial de oportunidades son los fenómenos que explican los importantes flujos migratorios que se desarrollan entre países. Las brechas en las condiciones de trabajo (salario, incentivos, carrera, seguridad social y de salud, protección social y bienestar) entre países, son una variable decisiva a la hora de migrar.

La migración hacia países receptores devela un desfase entre la necesidad de RHUS y la formación autónoma y planificada para el país, esto coloca a países como Chile a plantear la necesidad de contar con mecanismos que aseguren la autosuficiencia del país para constituir y mantener una fuerza laboral en salud, suficiente, y de acuerdo a las exigencias de su población.

Para un contingente de 114.000 funcionarios del MS Chile, distribuidos entre los servicios hospitalarios y la APS (34%), la política de RHUS puede considerarse como un factor que al proteger al recurso humano, fomenta una mayor fijación del mismo en el país, al incluir:

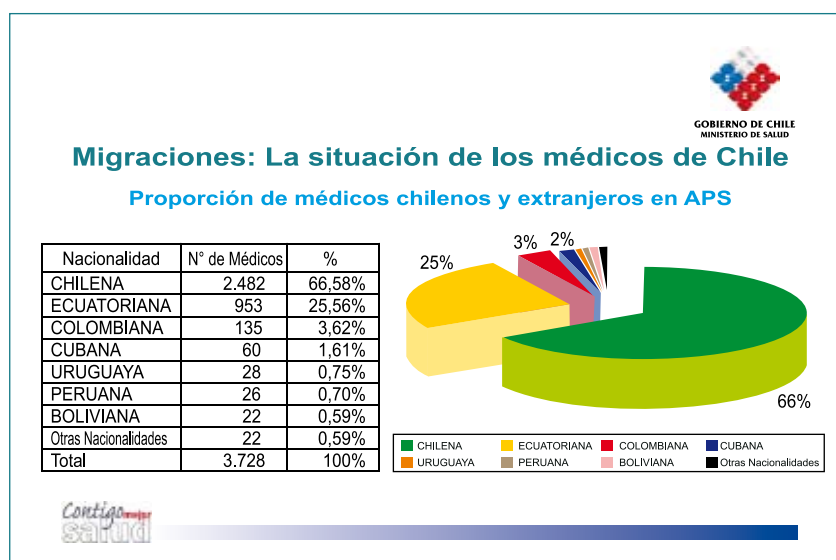
- Perfeccionamiento continuo de los marcos legales laborales.
- Políticas salariales vinculadas con asignaciones de estímulo por desempeño colectivo, competencias profesionales y condiciones laborales.
- Aumento sostenido de las dotaciones de personal (40% entre los años 2004 – 2008).
- Disminución de las proporciones de empleo precario en relación con el empleo con protección social y estabilidad.
- Aumento en el presupuesto para formación de médicos especialistas.
- Desarrollo de sistemas de calidad (Registro de Prestadores Institucionales y Personales de Salud, Examen Médico Nacional de Medicina).

La situación del personal en cuanto a la calidad del empleo se evidencian en el siguiente gráfico:



Fuente: Sepúlveda, Hernán. Presentación Chile, Lima Marzo 2009.

En el nivel de Atención Primaria de Salud en Chile el 33% de médicos son extranjeros.



Fuente: Sepúlveda, Hernán. Presentación Chile, Lima Marzo 2009

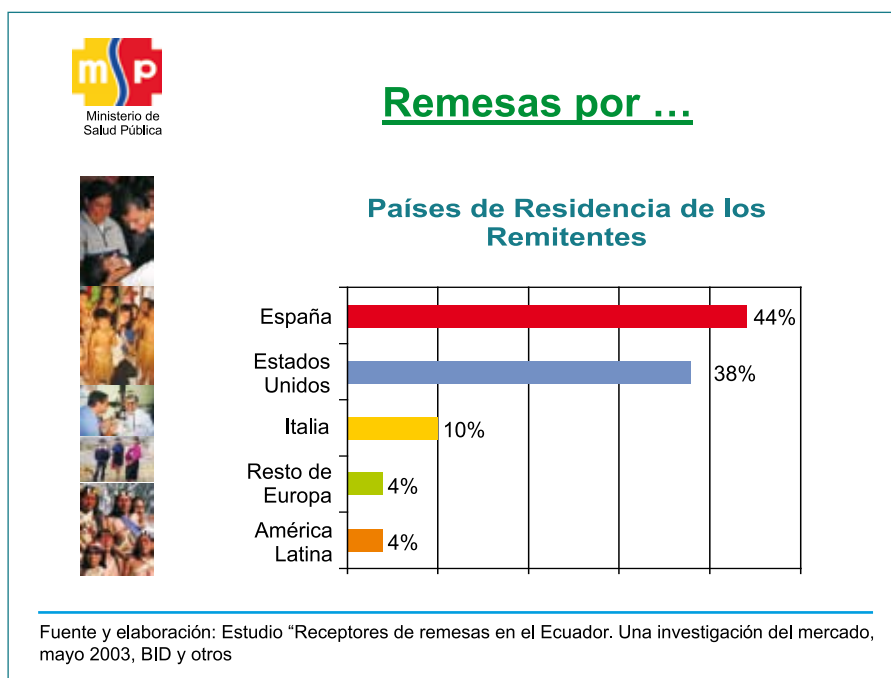
Con las condiciones de trabajo que Chile ofrece a los profesionales de la salud el nivel de migración de su país se considera baja, más bien es un país que atrae profesionales que se ubican en su nivel primario de atención, plaza de trabajo para la que tiene poca demanda local. Esta dinámica del mercado de trabajo evidencia un desfase en la formación y fijación de personal chileno en el primer nivel de atención, aspecto que requiere un análisis sobre la capacidad del país para cubrir con sus propios recursos humanos las necesidades del sistema de salud chileno.

ECUADOR

Ecuador es un país con un fenómeno migratorio general muy intenso, “se estima que 3 millones de ecuatorianos han emigrado; población total, 14 millones de nacionales”. De acuerdo al Estudio “Receptores de remesas en el Ecuador, de Mayo 2003, BID y otros, la principal razón de la migración en el Ecuador es aumentar el ingreso familiar, así responde el 83% de los migrantes ecuatorianos consultados en este estudio.

La salida del país de los profesionales jóvenes es alta, casi 10 de cada 100 profesionales que se graduaron en el 2001 en las Universidades estudiadas en 3 años, han salido del país. Son los médicos los que abandonan el país en porcentajes mucho más elevados que las enfermeras, así también son más los hombres que mujeres y aquellos que se forman en universidades privadas antes que en las públicas.

Este fenómeno se encuentra relacionado con una contracción del empleo público, pasando de representar un 80% de la oferta de trabajo en los 90 a un 50% en el 2004. A la vez a una disminución en la calidad del empleo que pasa de un contrato estable o nombramiento a un contrato provisional, generalmente, sin protección social.



Fuente: Marco, Herrera Galárraga. Presentación Ecuador, Lima Marzo 2009

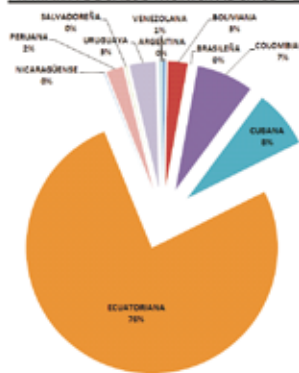
El fenómeno de la migración ecuatoriana hacia Chile, se ha intensificado en los últimos 10 años y está estrechamente relacionada con la atención básica de salud en establecimientos de primer nivel. El perfil de médico(a) migrante es de un(a), profesional joven, con pocos años de egreso, sin especialidad, soltero(a) o en estadio inicial de conformación familiar.



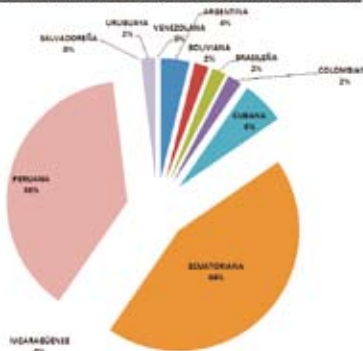
Recursos Humanos Extranjeros en Atención Primaria de salud Municipal Chile - 2007



MÉDICOS ECUATORIANOS TRABAJANDO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL CHILE - 2007



ENFERMEROS ECUATORIANOS TRABAJANDO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL CHILE - 2007



Fuente y elaboración: Ministerio de Salud de Chile, 2007

Fuente: Marco Herrera Galárraga.. Presentación Ecuador, Lima Marzo 2009

Analizando la disponibilidad de RHUS en salud en el país, se identifican brechas tanto para profesionales médicos como para enfermeras, que deben ser cerradas a fin de garantizar la operación del sistema de salud y que han sido motivo de intervenciones de nueva dotación de RHUS en el país.

El país se encuentra desarrollando acciones de política de RHUS con el fin de elevar la capacidad operativa del MSP para el cuidado de la salud, para ello ha generado nuevo empleo con una importante inversión nacional, mediante la asignación de equipos básicos de salud a 317 parroquias pobres del país (se espera cubrir a 517), lo que ha generado una activación del mercado de trabajo sanitario, factor clave para la retención del personal de salud en el país.

Igualmente se busca dinamizar el sector formador de profesionales y trabajadores, impulsando el desarrollo de procesos de certificación periódica del título académico/profesional, educación permanente, la relación entre formadores y servicios, la modificación de espacios de práctica y aprendizaje. Igualmente se busca la renovación del marco general de la gestión del RHUS mediante el diseño de una carrera sanitaria y el desarrollo de nuevos instrumentos de gestión del trabajo como clasificación de puestos, evaluación del desempeño.

PERU

El déficit de recursos humanos en el Perú es crítico, a esto se agrega una distribución inequitativa del RHUS en las zonas de mayor pobreza tanto urbanas como rurales (con un rango de 15,8 a 3.3 profesionales por 10.000 hab.), lo que hace "muy improbable lograr una alta cobertura de intervenciones esenciales, como las necesarias para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud" (OMS - 2006).

El déficit ya preocupante en la distribución básica, se mantiene en la distribución de personal especializado como se observa a continuación:

Profundidad de inequidad: Brecha nacional de Especialistas Médicos

ESPECIALISTAS	MINSA	ESSALUD	TOTAL	NECESIDAD PERU	BRECHA
PEDIATRIA	637	408	1045	1917	-872
GINECO OBSTETRA	538	285	823	1480	-657
CIRUGIA GENERAL	0	362	362	1004	-642
OTORRINOLOGIA	82	89	171	658	-487
CARDIOLOGIA	89	137	226	710	-484
OFTALMOLOGIA	138	138	276	694	-418
GASTROENTEROLOGO	68	87	155	559	-404
ANESTESIOLOGO	196	329	525	911	-386
ONCOLOGIA CLINICA	27	30	57	442	-385
INTERNISTA	319	404	723	1103	-380
NEUMOLOGIA	52	51	103	447	-344
ENDOCRINOLOGIA	38	46	84	423	-339
NEUROLOGIA	86	63	149	473	-324
UROLOGIA	60	98	158	447	-289
PSIQUIATRIA	163	63	226	498	-272
PATOLOGIA	98	55	153	356	-203
RADIOLOGO	115	111	226	421	-195
NEONATOLOGIA	25	34	59	210	-151
GERIATRIA	9	17	26	112	-86

Fuente: Nuñez, M. Migración en la Región Andina, Presentación Lima, Marzo 2009.

En este contexto, el problema de la migración tanto interna como externa es un factor de alta preocupación para la sostenibilidad y operación del sistema de salud peruano, en un corto período se evidencia una alta movilidad desde el Ministerio de Salud hacia las instituciones de la Seguridad Social principalmente de profesionales especializados y con experiencia acumulada, directamente relacionada con una importante diferencia en las condiciones de trabajo entre estas dos instituciones públicas del Perú.

Migración Interna de Recursos Humanos: Del Ministerio a la Seguridad Social

Hospitales /Institutos	Médicos	Enfermeras	Total 8 meses	Total Proy. 12 meses
INEN	14	63	77	116
Hosp. Hipólito Unánue	22	40	62	93
Hosp. Chancay	33	7	40	60
Hosp. Huacho	27	8	35	53
Hosp. San Bartolomé	13	16	29	44
Hosp. Sergio Bernales	23	6	29	44
Inst. Materno Perinatal	12	16	28	42
Hosp. Apoyo Sullana	12	15	27	41
Hosp. Dos de Mayo	0	24	24	36
Hosp. Arzobispo Loayza	6	16	22	33
Hosp. Honorio Delgado	19	2	21	32
Hosp. Daniel Alcides Carrión	5	15	20	30
Otros	200	74	274	411
TOTAL	386	302	688	1032

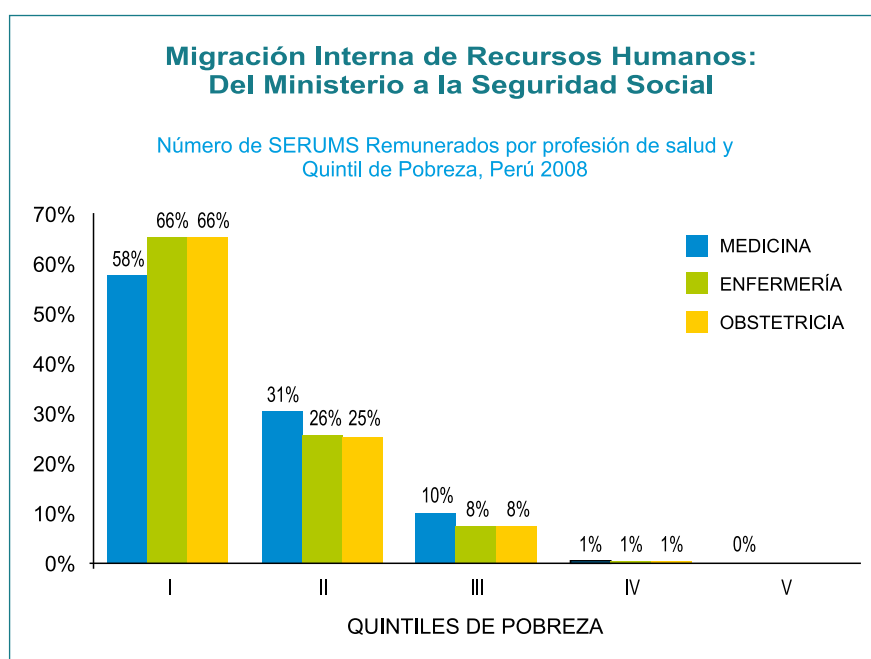
Fuente: Recursos Humanos-MINSA, Mayo 2008 Datos de 52 establecimientos de salud de II y III nivel en 8 meses (Octubre 2007 – Mayo 2008).35

Fuente: Nuñez, M. Migración en la Región Andina, Presentación Lima, Marzo 2009.

Para el caso del Perú, con una tendencia creciente a la migración profesional en medicina y enfermería, los datos confirman el establecimiento de un canal de migración médica hacia España, para el período 2007 – 2008, en que 29.03 % de los profesionales que rindieron el MIR español fueron peruanos⁵.

Una estimación realizada por el equipo de la Dirección de Recursos Humanos del MINSA indica que sólo en el período 2006-2007, 541 médicos Peruanos se presentaron a España, lo que irrogaría una pérdida de capital invertido de no menos de 787 millones de soles 2.836 nuevos soles/dólar⁶, este dato da una idea del impacto económico que tiene la migración en el país.

En este complejo marco, el país se encuentra desarrollando interesantes procesos de dotación planificada de recursos humanos, modificando los mecanismos de asignación y los incentivos para fijación en lugares alejados, un ejemplo el SERUMS Servicio Rural que realizan profesionales de la salud en poblaciones con mayores grados de pobreza, el gráfico evidencia una modificación del patrón de distribución del personal con una priorización clara de los quintiles de mayor pobreza.



Fuente: Nuñez, M. Migración en la Región Andina, Presentación Lima, Marzo 2009.

Igualmente se desarrolla un proceso para reorientar la definición y asignación de espacios de aprendizaje y práctica para la formación especializada hacia hospitales de mediana complejidad y se promueve la descentralización de la educación profesional en salud, impulsando el desarrollo de núcleos universitarios descentralizados en las ciudades intermedias del país.

⁵ Información elaborada por el Servicio de Gestión de Formación Sanitaria Especializada de España al 29 de julio de 2008

⁶ Estándar financiero de Kenya. Supuestos del Modelo Muthuri y Cols (Costos no subsidiados, incorpora costo educativo, periodo de emigración – Edad promedio de emigración 30 años - y edad promedio de retiro 62 años).

VENEZUELA

El Estado venezolano considera la migración en salud como un problema vigente, con un flujo no determinado de personal especializado con destino a EEUU y Europa, principalmente España. Igualmente un proceso de migración interna de lo público a lo privado y entre instituciones públicas proveedoras de servicios de salud determinada por las diferencias entre las condiciones de trabajo entre ellas, salarios principalmente.

Venezuela, desde hace tres años, tiene en marcha un programa de formación de médicos integrales con el objetivo de contar con un número suficiente para cubrir los requerimientos de personal de salud de su sistema. Se encuentra en proceso la formación de un contingente, previsto para dentro de 10 años, de 23000 profesionales de la salud, esto se está desarrollando en el marco del convenio Cuba Venezuela y a través de un grupo de universidades experimentales.

Igualmente ya desde el 2008 se ha activado la oferta de empleo público en salud a fin de garantizar a los profesionales de la salud mejores condiciones de trabajo que permitan retener y estimular al personal de salud, con la apertura de 8000 cargos fijos en salud para profesionales venezolanos, e igual se hará en el 2009.

Es importante contextualizar la formación de profesionales y el mejoramiento de sus condiciones de trabajo en el marco global del sistema de salud venezolano, que en los últimos años ha desarrollado el nivel primario de atención con la estrategia de Barrio Adentro, que cuenta con 50.000 profesionales y trabajadores de la salud, entre ellos 13000 médicos 4000 odontólogos y técnicos de salud, distribuidos en más de 10.000 centros de atención ambulatorios en todo el país, igualmente en un proceso de ampliación y fortalecimiento de la capacidad resolutive de las redes de salud tanto en el nivel primario como en el 2do y 3er nivel, dando prioridad a las ciudades mas necesitadas.

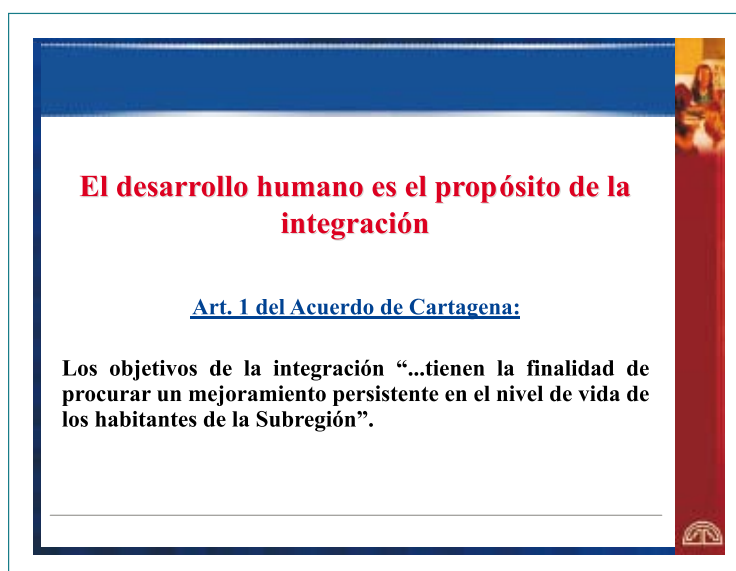
Otra de las líneas clave para incentivar al recurso humano en salud y que se orienta a garantizar la oferta de atención especializada en medicina, es la distribución de becas para la formación de especialistas en salud con financiamiento del estado.

Existe una preocupación por mejorar las condiciones de trabajo en el país, pero sobre todo por homogeneizarlas entre instituciones y entre sectores públicos y privado, y entre estados, pues al ser la gestión de los servicios de salud autónoma en cada estado, y a utilizar fondos del Ministerio de Salud, la variabilidad es muy amplia. Se está proponiendo a partir del análisis de las condiciones de trabajo, identificar beneficios nacionales que se pueden ofrecer incluyendo opciones que si bien no constituyan un incremento al salario, contribuyan a una mejor condición del profesional para su desarrollo y ejercicio profesional.

Marco de integración andina

El problema de la migración se establece en la relación entre países y en la movilidad de sus ciudadanos entre ellos, en este sentido es fundamental analizar la migración en el marco de los procesos de integración entre países

La Comunidad Andina, establece como marco propositivo la conformación de una comunidad de países en los cuales se garantice el desarrollo armónico de los países de la subregión, la conformación gradual de un mercado común latinoamericano, trabajar por disminuir la vulnerabilidad externa y mejorar la posición de los Países Miembros en el contexto económico internacional, fortalecer la solidaridad subregional y reducir las diferencias de desarrollo existentes entre los Países Miembros.



Fuente: Mendoza, G. Migración en la Región Andina, Presentación Lima, Marzo 2009.

La Comunidad Andina muestra hoy un *mercado ampliado* con fuerte dinamismo y apreciable calidad, importantes flujos de comercio, cuenta con sólido *patrimonio jurídico e institucional* reconocido internacionalmente y ha generado *concertación política* que busca contribuir al desarrollo, la inserción externa y la consolidación democrática. Existe un acuerdo en desarrollar acuerdos y mecanismos que permitan implementar una "*Ciudadanía Andina*". Con esta orientación se desarrollan progresos importantes en la consecución de *cuatro libertades*: circulación de bienes, capitales, servicios y *personas*.

Sobre el tema específico de las *personas*, los instrumentos sociolaborales que han sido desarrollados en la Comunidad Andina a través de la Secretaría de la Comunidad Andina, establecen "la libre circulación actual de ciudadanos andinos al interior del espacio subregional", se encuentran en fase de discusión técnica tres instrumentos que posibilitan esta libre circulación y establecimiento de los trabajadores migrantes andinos en el espacio comunitario.

La Decisión 545 para establecer normas que permitan la gradual libre circulación y permanencia de los nacionales andinos en la Subregión con fines laborales bajo relación de dependencia, creando a través de las Oficinas de Migración Laboral para el efecto

Decisión 583 en fase de discusión técnica: busca garantizar a los *migrantes laborales y sus beneficiarios* el derecho a percibir las prestaciones de seguridad social, sanitarias y económicas durante su residencia en otro País Miembro y a conservar los derechos adquiridos en su país de origen.

Decisión 584 y reglamentado mediante Resolución 957 que promueve y regula acciones que se deben desarrollar en los centros de trabajo para disminuir o eliminar los daños a la salud del trabajador, mediante medidas de control y prevención de riesgos derivados del trabajo.

Igualmente se encuentra en discusión el proceso de acreditación o reconocimiento recíproco de títulos, licencias y certificados profesionales (en proceso).

Todos estos elementos establecen factores "facilitadores" de la migración en general, que requieren ser analizados en un contexto de un desarrollo heterogéneo entre los países andinos tanto en términos socioeconómicos, políticos, de institucionalidad del estado y de procesos reguladores del recurso humano en salud.

DISCUSION SOBRE LA MIGRACION PROFESIONAL EN SALUD EN LA SUBREGION ANDINA IMPLICACIONES PARA UNA ACCIÓN CONJUNTA

Analizado el marco general de la migración en la subregión andina, y producto del debate desarrollado por el grupo se identificaron los siguientes elementos clave:

1. El desarrollo de este encuentro constituye el primer paso para fundamentar una propuesta andina que aborde el problema de la migración en forma conjunta, los acuerdos alcanzados tienen carácter programático y serán implementados en el período 2009 – 2010.
2. Durante el encuentro se realizó la presentación del Proyecto Migración de profesionales de salud entre América Latina y Europa. Creación de oportunidades para el desarrollo compartido⁷. Existe un compromiso de los países participantes en participar activamente en el desarrollo de un estudio multicéntrico conjunto para analizar la migración focalizando en la identificación de opciones de política para retención y autosuficiencia que puedan ser implementados en los países de la subregión andina.
3. Existe el compromiso político de los países andinos, el Organismo Andino de Salud, la Comunidad Andina, y la Organización Panamericana de la Salud para enfrentar el tema de la migración en forma conjunta, proponiendo a las máximas autoridades acuerdos internacionales aplicables para gestionar los fenómenos de la migración de manera que favorezcan la salud de las poblaciones de la subregión. Este tema ha sido incluido por el Consejo Sudamericano de Salud / UNASUR Abril 2009.
4. La migración de profesionales en salud en la subregión andina, se reconoce como un problema, articulado a los circuitos migratorios regionales y globales, que tiende a acentuarse significativamente, comprometiendo la viabilidad de las políticas sanitarias y el consiguiente logro de los objetivos en salud.
5. Frente a las distorsiones que ocasiona la migración profesional en salud en los sistemas de salud de los países, es fundamental impulsar decididamente el establecimiento de políticas consistentes que permitan a los países generar el contingente necesario de recursos humanos en salud para responder a las necesidades de la población (autosuficiencia) así como el desarrollo de estrategias que permitan valorizar y retener al personal sanitario en su país de origen, a fin de garantizar el acceso universal a una atención integral de salud en los países de la subregión.
6. Para todos los países andinos, la migración interna hacia las ciudades más desarrolladas, con mayores oportunidades de especialización, hacia los centros de mayor complejidad, hacia las instituciones que ofrecen mayor remuneración y a los lugares de mejores niveles de seguridad es un fenómeno permanente que establece grandes desafíos a la capacidad de fijación de personal sanitario en las zonas más desprotegidas.
7. Se identifica en la subregión andina perfiles de países claramente receptores, como es el caso de Chile, para quien la migración externa no es un problema, y de países con una importante emigración externa como Ecuador (con un fuerte flujo migratorio hacia Chile), Perú y Bolivia hacia los países vecinos y hacia Europa y EEUU principalmente. No conocemos la dimensión del problema en Colombia o en Venezuela.
8. En un marco global que se orienta a la integración entre los países (tanto en la Comunidad Andina y otras subregiones del continente, UNASUR, Comunidad Europea), y siendo la decisión de migrar una decisión individual y familiar, es necesario remarcar que están establecidos factores de atracción para la migración profesional, que favorecen el desplazamiento de este personal a países más desarrollados, tanto dentro como fuera de la subregión.

⁷ Acción financiada por la Comisión Europea en el marco del Programa Temático de Cooperación con Países Terceros en los ámbitos de Migración y Asilo. Desarrollado por Escuela Andaluza de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud, Secretaría Grupo de Trabajo sobre migración de profesionales de la salud de la SEGIB: MSP Uruguay.

9. Enfrentar la migración de los profesionales de la salud, requiere un abordaje conjunto por parte de países receptores y emisores, reconociendo los factores críticos que conducen a la migración. Producto del análisis de situación y el debate logrado en el encuentro se identifican como determinantes las diferencias que en términos de a) oferta de empleo, b) condiciones de trabajo, c) las oportunidades de formación y desarrollo profesional y d) acceso a mejor calidad de vida personal y familiar se establecen (este aspecto no se aborda en el texto), generando una condición desigual entre los países, con poca posibilidad de los países menos desarrollados de retener su personal. En este sentido se reconoce una dinámica comparativa que solo puede enfrentarse homologando las condiciones entre países en esas áreas críticas.

- **Oferta de empleo:** La precarización y tercerización del empleo en los años 90, a excepción de Chile, generó un importante desbalance en el campo del Recurso Humano en salud en los países andinos, esto sumado a una sobre oferta de formación en zonas urbanas y de alta especialización, han constituido factores facilitantes para la migración profesional. La búsqueda de empleo asociada a una oferta de países que han mantenido su mercado de trabajo abierto como es el caso de Chile, España y otros constituyen una vía natural en ausencia de mercados nacionales disponibles.
- **Condiciones de trabajo:** Con la perspectiva de homologación, es necesario caracterizar las condiciones de trabajo con que cuentan los países de la subregión y buscar un mínimo común de "condiciones de trabajo adecuadas", a manera de referentes para el mercado laboral andino en salud, pensadas desde la perspectiva de la retención del RH en salud. Estos elementos podrían considerarse la base para una política comunitaria aplicada a las condiciones de trabajo profesional en salud. El observatorio Laboral de la CAN sería el espacio virtual en el que se podría montar un sistema de información y discusión sobre este aspecto.
- **Calidad y oportunidades de formación en salud:** En el tema de la formación en salud, el grupo de trabajo coloca un conjunto de problemas acumulados que deben ser analizados en detalle: a) el crecimiento del número de instituciones y programas para la formación de profesionales tanto en las áreas profesionales como técnicas, principalmente a expensas del sector privado sin sistemas de regulación b) débil participación del Estado como orientador de la formación de recursos humanos en salud en consonancia con sistemas de salud integrales, de cobertura universal y basada en APS, en general la formación de RHUS mantiene el modelo hospitalario y centralizado con pocas excepciones en las universidades de la subregión c) desfase entre la graduación profesional en los países andinos y las oportunidades de especialización, por lo general los filtros para acceder a una beca de especialidad son muy altos y pequeños porcentajes de los profesionales pueden mejorar su calificación, muchas veces en períodos muy largos de tiempo d) debilidad en la aplicación de mecanismos regulatorios que garanticen pertinencia y calidad de la educación en salud, en los que se incluyen los sistemas de acreditación de Facultades y escuelas y de certificación y recertificación profesional.

Es importante reconocer una gran heterogeneidad los países, aquellos con un mayor nivel de organización e institucionalización en la formación profesional, tienen a la vez mejor estructuradas las trayectorias de formación profesional, criterios y estándares de los espacios de formación y práctica, y una relación de estos aspectos con los sistemas de carrera profesional. El contar con una opción de carrera profesional, se convierte en un potente factor atractor para los profesionales de la salud.

El profesional de la salud conformación especializada que migra, tiene como respaldo un título que le acredita para ejercer, validado por patrones de calificación y por procesos de formación propios de su país, o bien reconocidos mediante acuerdos internacionales por un grupo de países como es el caso del Convenio Andrés Bello. En este punto, reconociendo la heterogeneidad ya mencionada, se reconoce la necesidad de conocer el marco de reconocimiento de títulos obtenidos en el extranjero y las equivalencias que existen entre los países andinos así como con otros países de la región y de fuera de ella a fin de identificar condiciones co-

munes que sirvan como referente básico para nuestros sistemas de formación, con el objeto de homologar condiciones entre los países andinos, con las implicaciones que esto tiene en el contexto analizado.

10. Es fundamental promover una política de contención frente al reclutamiento organizado y activo de RRHH (especializado) por parte de algunos países de Europa, EEUU, Canadá en los países andinos, partiendo de un diagnóstico de la situación de los mecanismos de reclutamiento internacional que se encuentran en los países, incluyendo una estimación sobre el impacto financiero y en la provisión de los servicios de salud de la migración para la inversión pública de los países de la subregión. Es necesario hacer énfasis en el carácter de “negocio” antiético que, en algunas ocasiones, adquiere la instalación de oficinas intermediadoras de la movilización de los profesionales de la salud entre países.
11. Los desfases entre necesidades, disponibilidad, distribución y migración de RHUS que afectan a los países, motivan la inquietud de conocer los procesos de planificación de RHUS que los países se encuentran aplicando, y la necesidad de abrir un espacio para intercambiar experiencias aplicables en este tema entre los países andinos.
12. Se requiere desarrollar mecanismos sistemáticos para acceder a información actualizada y precisa, sobre el problema de la migración, sus detonantes, su evolución e impacto, esto incluye
 - a. Registros nacionales de personal profesional en salud, que den cuenta actualizada del número, ubicación geográfica, profesión, formación y habilitación entre otras variables clave para estimar la composición de la fuerza de trabajo en salud.
 - b. Información sobre la capacidad de formación de profesionales en salud que incluya número de instituciones, número de egresados, distribución geográfica año de apertura de la institución, carácter público, privado, entre otras variables clave para estimar la potencialidad de formación de RHUS en el país.
13. El grupo analizó el Código de Práctica propuesto por la OMS y consideró necesario analizarlo a la luz de la situación de la migración en la subregión y en cada uno de los países y definir una posición conjunta que responda a las particularidades que se identifiquen en ella, pues el tenor general del código no considera la importante extracción de los países desarrollados de personal sanitario explícitamente ni propone medidas para evitar el reclutamiento activo.
14. Hay acuerdo en desarrollar un marco común para el abordaje del problema migratorio en salud, este marco incluiría el establecimiento de acuerdos internacionales en varios aspectos:
 - Factores habilitantes para la libre movilidad del personal de salud entre países andinos
 - Reconocimiento de títulos otorgados en el extranjero
 - Procesos para la garantía de la calidad de la formación
 - Condiciones de trabajo oportunidades de formación profesional y requisitos para el ejercicio de práctica
 - Indicadores trazadores para el monitoreo de la migración
 - Selección de opciones de registro (explorando Tarjeta Andina de Migración)Todos estos elementos habilitarían al conjunto de los países para establecer un marco integral para la gestión de la migración, para esto será necesario conocer con detalle el marco legal vigente en y entre los países para el reconocimiento de títulos obtenidos en el extranjero y las equivalencias entre ellos. Dada la importante migración hacia Europa y EEUU se incluirían en este análisis los marcos legales de estos destinos.
15. El grupo considera como primordial fortalecer los lazos de cooperación técnica e intercambio de experiencias entre países, así como mantener un trabajo activo permanente que permita participar en los procesos de integración en salud con una perspectiva de avance colectivo.

ACUERDOS A IMPLEMENTAR

Producto de la reunión se acordó poner en marcha las siguientes acciones:

1. Elaborar el informe técnico de la reunión y enviar a los delegados de los países para ajustar y oficializar los resultados del mismo a las autoridades de los países y de los Organismos auspiciantes OPS, ORAS, CAN.
2. Elaborar Términos de Referencia para sistematizar la información disponible sobre la situación andina de la migración de personal de salud y elaborar una propuesta para estudio multicéntrico con participación de Bolivia, Chile, Colombia (por confirmar), Ecuador, Perú, y Venezuela.
3. Promover la recolección e intercambio de experiencias y prácticas que fundamenten políticas de autosuficiencia, retención y adecuadas condiciones de trabajo para el personal de salud.
4. Solicitar a OPS/ORAS/CAN se coloque en la agenda de los Ministros de Salud en las reuniones de la REMSAA 2009 y de UNASUR, próximas, reforzando los compromisos y resoluciones que ya OPS y OMS han formulado, para tomar acción sobre el tema de la migración del personal de salud.
 - La preocupación sobre la creciente migración de los países andinos hacia países desarrollados y específicamente Europa, EEUU y Canadá.
 - El impacto potencial que esta migración tiene sobre todo en países con escasez crítica de este personal, para garantizar el cuidado a la salud en el marco de propuestas de cobertura universal.
 - La pérdida de la importante inversión pública que realizan los países andinos en la formación de RHUS.
 - La necesidad de frenar enérgicamente el reclutamiento activo de RHUS especializado en los países andinos.
 - La necesidad de contar con políticas de autosuficiencia, retención y mejora de las condiciones de trabajo en salud.
 - La necesidad de generar acciones comunes y contar con acuerdos subregionales que permitan enfrentar este problema con visión de futuro, en el marco de los procesos de integración.
5. Explorar mecanismos para monitorear la migración en la subregión en conjunto con la CAN a través de la Tarjeta Andina que hoy registra los movimientos de los ciudadanos de la comunidad.
6. Levantar información sobre los mecanismos de reclutamiento internacional que están en marcha en los países andinos.
7. Sistematizar el marco regulatorio del reconocimiento de títulos obtenidos en el extranjero en los países andinos.
8. Generar información sobre el impacto económico en la inversión pública de la migración de profesionales de la salud en la subregión.

ANEXO 1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Tiempo	Responsable
Informe del taller	1 mes	Mónica Padilla OPS
Términos de referencia para sistematización propuesta estudio multicéntrico Tarjeta andina de migración. Explorar.	3 meses Hasta junio	Mónica Padilla OPS
Políticas de autosuficiencia, condiciones laborales y retención de RRHH. - diálogo	6 meses 2do semestre 2009	Mónica Padilla OPS
Análisis del código de prácticas que los países deben cumplir sobre la contratación internacional de personal de salud de la can - criterio personal		Transferir a nivel político vía ORAS
Diagnóstico de políticas de reclutamiento agresivo de RRHH por parte de la UE, EEUU, Canadá y otros países.	2do semestre 2009	Delegados de países
Reconocimiento internacional de títulos. Documento informativo	6 meses	OPS

ANEXO 2

LISTA DE PARTICIPANTES

Nombre	Institución	E-MAIL
Betsy Moscoso R	MINSA – PERU	bmoscoso2003@yahoo.com bmoscoso@minsa.gob.pe
Sandra Cárdenas R	MINSA – PERU	scardenas@minsa.gov.pe
Dalila Postigo Mendoza	APCI – PERU	dpostigo@apci.gob.pe
Alvaro Vidal Rivadeneira	COLEGIO MÉDICO DEL PERU	avidalr3@hotmail.com
Rosa Maria Chinchay Matta	COLEGIO DE ENFERMERAS DE PERU	rosachin@hotmail.com
Rosa Villar Villegas	ASOC. PERUANA DE ESCUELAS Y FACULTADES DE OBSTETRICIA	rvillar@usmp.edu.pe
Nila Heredia Miranda	ORAS/CONHU	nheredia@conhu.org.pe
Patricio Yepez	ORAS/CONHU	pyepes@conhu.org.pe
Julia Ortega	SG – CAN	jortega@comunidadandina.org
Hender Villalobos	MPPS – Venezuela	henderv5@hotmail.com
Irma Rivera Ch.	Colegio Obstetrices del Perú	riverachocce@yahoo.com
Marco Herrera G.	MSP – Ecuador	mherrera@msp.gov.ec gherrerag2000@yahoo.es
Ruben Colque Mollo	MSD – Bolivia	ro_colque@yahoo.com
Hernán Sepúlveda	MINSAL – Chile	hsepulve@minsal.cl
Marco A. Ramirez	OPS/PERU	mr Ramirezch@gmail.com
Mónica Padilla	OPS/PERU	mpadilla@paho.org
Guido Mendoza	CAN	gmendoza@comunidadandina.org
Manuel Nuñez	MINSA PER	mnunez@minsa.gob.pe
Giovanni Escalante	OPS Peru	gescalan@paho.org

ANEXO 3

PROGRAMA DE LA REUNIÓN

Primer día	Lunes 2 de Marzo
8:00 – 9:00	Inscripción y registro de participantes
9:00 – 9:30	Acto Inaugural: OPS/OMS Perú / Organismo Andino de Salud/ Ministerio de Salud / Comunidad Andina
9:30– 10:00	Pausa
10:00 – 13:00	Panel: Análisis de la situación de las migraciones en la Sub-región Andina Los representantes de cada uno de los países realizarán una presentación de aprox. 20 minutos. Moderación: Dr. Patricio Yépez Organismo Andino de Salud
13:00 – 14:30	Almuerzo
14:30 – 15: 15	Sesión Elluminate: Presentación y debate Experiencias y avances regionales en gestión y regulación de las migraciones en salud Dra. Silvina Malvarez OPS Washington
15:15 – 16:00	Situación de la Comunidad Andina de Salud: acuerdos para la libre movilidad y ejercicio profesional implicaciones para la migración en salud Guido Mendoza Comentario: OIM (por definir)
16:00 – 16:30	Pausa
16:30 – 17:00	Proyecto Iberoamericano de Migración de Personal de Salud Dr. Gilberto Rios Ferreira Coordinador Nacional del SGT11 “Salud” MERCOSUR
17:00 – 17:30	Debate y conclusiones del primer día
Segundo día	Martes 3 de Marzo
9:00 – 11:00	Taller : Identificación de prioridades y ejes de acción a ser abordados en la Subregión en el tema de migración en salud
11:00 – 11:30	Pausa
11:30 – 13:30	Taller: Plan de trabajo proyecto subregional andino de gestión de las migraciones de los profesionales de la salud:
13:30 – 14:30	Almuerzo
14:30 – 15:00	Presentación de la Red Andina de Observatorios de RHUS / Plan Andino de Recursos Humanos - Migraciones Dra. Mónica Padilla
15:00 – 16:00	Plenaria
16:00 – 16:30	Pausa
16:30 – 17:30	Acuerdos finales y cierre