

# Panorama de la Migración de Médicos y Enfermeras de la Región de Centroamérica y República Dominicana





Panorama de la Migración de  
Médicos y Enfermeras de la Región de  
Centroamérica y República Dominicana



Representación de El Salvador  
Área Desarrollo de Recursos Humanos

Catalogación hecha por Centro de Documentación de OPS/OMS en El Salvador.

Panorama de la Migración de Médicos y Enfermeras de la Región de Centroamérica y República Dominicana/ Organización Panamericana de la Salud.

Desarrollo de Recursos Humanos en Salud/Migración/Migración Internacional/Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana.

---

ISBN

Tiraje

### **Organización Panamericana de la Salud – Representación El Salvador**

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 Sistemas de Salud, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Washington DC. Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición y reimpressiones, 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 contienen 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.

#### **COORDINACIÓN TÉCNICA:**

- **Mónica Padilla**, Asesora Subregional de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud OPS/OMS ELS.

#### **ASESORÍA METODOLÓGICA E INVESTIGADOR:**

- **Manuel Núñez**, Consultor Coordinador del estudio.

#### **GESTIÓN DEL SITIO WEB, DESARROLLO Y GESTIÓN DE ENCUESTAS EN LÍNEA:**

- **Marco Ramírez**, Consultor Gestión del portal Web OPS.

#### **EDICIÓN**

- **Kenny Romero**, Asistente de Edición.

Desarrollado en el marco del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana de la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana.

#### **BELICE**

- **Robert Tucker**, Ministro de Salud de Belice.
- **Natalia Castillo**, Seguridad Social de Belice.

#### **COSTA RICA**

- **Andrés Sánchez M.**, Director Garantía de Acceso a Servicios de Salud DGASS.
- **Anargerí Solano Siles**, Coordinadora Equipo de Recursos Humanos en Salud DGASS.
- **Vilma Pacheco Urpi**, Equipo de Recursos Humanos en Salud, DGASS /MS.

#### **EL SALVADOR**

- **María Angela Elías**, Directora de Recursos Humanos MINSAL El Salvador.
- **Aminta Cáceres**, Profesional de la Dirección de RHUS MINSAL El Salvador.
- **Gianira Chávez**, Consultora RHUS OPS/OMS El Salvador.
- **Miriam Castillo**, Centro de Documentación OPS/OMS El Salvador.
- **Félix Pineda**, Responsable de la coordinación entre OPS/OMS El Salvador y Secretaría de COMISCA.

#### **GUATEMALA**

- **Jorge Luis Pérez**, Director General de RHUS, Ministerio de Salud.
- **César Gonzales**, Ex Director de RHUS Guatemala, Ministerio de Salud.
- **Mario Figueroa**, Representante del Ministerio de Salud ante la Comisión Técnica de Recursos Humanos de la Subregión.
- **Johanna Díaz**, Asesora de RH OPS/OMS Guatemala.

#### **HONDURAS**

- **Tomás Cruz**, Asesor Sub Secretario Política Sectorial, Secretaría de Salud Honduras.
- **Jacobo Arguello**, Director de Recursos Humanos - Honduras.
- **Lourdes Ramírez**, Asesora OPS/OMS Honduras.

#### **NICARAGUA**

- **Humberto Murillo**, Director de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Nicaragua.
- **José Gómez**, Asesor OPS/OMS Nicaragua.
- **Roberto Cisneros**, Asesor OPS/OMS Nicaragua.
- **Roger Montes**, Asesor OPS/OMS Nicaragua.

#### **PANAMÁ**

- **Dilsa Cedeño**, Directora de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Panamá.
- **Maida Martínez**, Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Panamá.
- **Rodrigo Arosemena**, Departamento de Planificación e Investigación de Recursos Humanos Ministerio de Salud.
- **Hilda Leal**, Asesora de Sistemas y Servicios de Salud OPS/OMS-Panamá.

#### **REPÚBLICA DOMINICANA**

- **Maribel Evangelista**, Directora General de Recursos Humanos.
- **Elvira Sosa**, Subdirectora Técnica de Recursos Humanos.
- **Rafael Montero**, Director de Desarrollo Estratégico Institucional MSPAS.
- **Tirsis Quezada**, Ex Viceministra de Desarrollo Estratégico MSPAS.
- **Nerys Sánchez**, Ex Director General de Recursos Humanos Ministerio de Salud.
- **Ramona de Paula**, Dirección de Desarrollo Estratégico Institucional MSPAS.
- **Jacqueline Gernay**, Asesora Internacional de Sistemas y Servicios de Salud OPS/OMS.
- **Laura Ramírez**, Asesora Internacional de Sistemas y Servicios de Salud OPS/OMS.
- **Escarle Peña**, Consultora Nacional de RHUS OPS/OMS.

Contenido



# Contenido

|   |            |
|---|------------|
| <b>Resumen Ejecutivo .....</b>  | <b>8</b>   |
| <b>1. Introducción .....</b>  | <b>15</b>  |
| <b>2. Metodología e Instrumentos .....</b>                                  | <b>17</b>  |
| 2.1. Contexto de la Migración Calificada.....                               | 18         |
| 2.2. Información en Países de destino de la migración.....                  | 21         |
| 2.3. Percepción de Actores.....   | 21         |
| <b>3. Marco General de la Migración de los Profesionales de Salud.....</b>  | <b>25</b>  |
| <b>4. Migración Calificada a Destino Específicos.....</b>                   | <b>28</b>  |
| <b>5. Percepción de Actores sobre el tema de Migración Calificada .....</b> | <b>36</b>  |
| <b>6. Condiciones para la Migración por Países .....</b>                    | <b>61</b>  |
| 6.1. Belice .....   | 61         |
| 6.2. Costa Rica .....   | 64         |
| 6.3. El Salvador .....  | 81         |
| 6.4. Guatemala .....  | 86         |
| 6.5. Honduras .....   | 96         |
| 6.6. Nicaragua .....  | 105        |
| 6.7. Panamá .....   | 112        |
| 6.8. República Dominicana .....   | 119        |
| <b>7. Bibliografía .....</b>  | <b>129</b> |
| <b>8. Anexos - Formularios de Entrevistas .....</b>                         | <b>133</b> |
| 8.1. Percepción de los Actores Sociales sobre Migración .....               | 133        |
| 8.2. Posicionamiento del tema de Migración en las Agendas Nacionales .....  | 134        |
| 8.3. Percepción de la Situación Actual y Futura .....                       | 135        |
| 8.4. Determinantes: Factores Expulsores y Atrayentes .....                  | 137        |
| 8.5. Políticas a Implementar .....  | 140        |

El personal de salud es el pilar fundamental en el funcionamiento de los sistemas de salud, los cuales requieren trabajadores competentes y comprometidos, pero a la vez en un número suficiente y adecuadamente distribuidos. En este escenario, la migración de personal calificado, particularmente médicos y enfermeras se constituye en un desafío a los sistemas de salud, y en última instancia al derecho a la salud, que vienen construyendo los países.

El presente estudio, elaborado por encargo de la Organización Panamericana de la Salud, analiza la migración de médicos y enfermeros(as) en los 7 países de Centroamérica: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana, busca cimentar la construcción de políticas y estrategias para la gestión del desplazamiento internacional del personal de salud en la región centroamericana. Con este objetivo se generó una aproximación desde tres perspectivas:

- La recopilación, sistematización y análisis de la información proporcionada y disponible en los 8 países (Bases de Datos, Informes e Investigaciones, entre otros), incluyendo los marcos regulatorios de la certificación de la formación y el ejercicio profesional, así como la habilitación de la práctica profesional.
- La percepción que tienen los líderes de las instituciones del campo de los recursos humanos sobre el proceso migratorio, incluyendo el dimensionamiento del tema, los factores

intervinientes, el impacto de este fenómeno y las posibles alternativas a desarrollar.

- Finalmente se procuró fuentes de información en países de destino que permiten evaluar, especialmente desde las perspectivas de magnitud y temporalidad, el proceso migratorio de médicos y enfermeras.

Con relación a la primera parte, se acudió fundamentalmente a fuentes secundarias, recogiendo la información a través de un instrumento específicamente preparado. Los resultados permiten mostrar que:

- La información, en principio recolectada, a pesar del esfuerzo desplegado por los participantes, se mostró en muchos casos fragmentada, insuficiente, incompleta o desactualizada. En gran medida este es el escenario que constatamos en la mayoría de los países de nuestra región. Este es un primer tema crítico, que requiere ser abordado con decisión. La posibilidad de construir políticas efectivas, sobre sólidas bases técnicas, pero que a la vez puedan ser implementadas y monitoreadas, descansa no solo en la decisión política, sino en la capacidad de generar indicadores, líneas de base, fuentes y sistemas de información. Más aún, la información y la evidencia se constituyen en fuertes herramientas para el desarrollo de la abogacía, particularmente en este tema, que como veremos más adelante, está marcado aún por una baja visibilidad en la mayoría de los países.



- Una segunda constatación a destacar, es que los países centroamericanos y República Dominicana, en su amplia mayoría se desenvuelven en escenario de cambios, y en varios casos de transformación de sus sistemas de salud, planteando como reto común el hacer vigente el derecho a la salud, extendiendo la cobertura de salud a toda la población, con un enfoque en mayor o menor medida integral de la salud. Ante este escenario, con algunas puntuales excepciones, el déficit de personal y su inequitativa distribución son graves barreras para cumplir con estos objetivos.
- Un tercer punto que es necesario señalar es que emerge como común denominador la desvinculación de los sistemas formadores de los sistemas prestadores, notándose en la mayoría de los casos muy poca presencia de la autoridad sanitaria en los espacios de formación de los recursos humanos en salud. Correlato de esta situación, es la baja capacidad formadora, en términos cuantitativos, y el distanciamiento entre los perfiles de formación y laboral, lo que se agrava en la medida en que se constata que algunas universidades, particularmente privadas, orientan su formación hacia un mercado internacional, lo que se expresa en formación bilingüe, acuerdos con agencias reclutadoras y contenidos de formación enfocados en escenarios distintos al nacional. Toda esta situación no hace sino reafirmar la débil rectoría en el componente de planificación de recursos humanos, por parte de la Autoridad Sanitaria, lo que genera y acentúa en varios casos, los problemas de déficit y distribución descritos.
- Los procesos de aseguramiento de la calidad, fundamentalmente vinculados a la acreditación de instituciones y certificación de competencias de los profesionales, se encuentran aún en una fase inicial, girando fundamentalmente en torno a procesos de habilitación profesional. Los colegios profesionales asumen en varios países la función de registro, pero es débil la capacidad de ellos para acompañar, monitorear o evaluar el derrotero posterior de los profesionales. No hemos encontrado evidencia de avances significativos en torno a procesos de certificación o recertificación de competencias de los profesionales. Sin embargo existen casos en los que se viene avanzando, con diferentes ritmos, como con el SINAES de Costa Rica que inclusive ha alcanzado el reconocimiento de entidades internacionales y el Sistema de Supervisión y Mejoramiento de la Calidad de las Instituciones de Educación Superior de El Salvador.
- Encontramos diversos esquemas para el reconocimiento y revalida de los títulos. Así en Costa Rica está a cargo del Consejo Nacional de Rectores (CONARE) y en Honduras el Consejo de Educación Superior; en otros países a cargo de las Universidades, o un Consejo Técnico de Salud en Panamá, y en varios países mecanismos mixtos, lo que depende en cierta medida de la existencia o no de convenios internacionales y los propios marcos regulatorios existentes en el sector educación.
- La mayoría de los escenarios nacionales son altamente vulnerables a la pérdida de per-

sonal de salud que podría producirse por la migración de profesionales, lo que se evidencia con mayor claridad en el caso de los especialistas, en que dado el número limitado existente en cada especialidad, la migración de un número relativamente menor, generaría un problema mayor. Por ejemplo, se documenta el caso de Belice que cuenta 181 médicos generales y 64 especialistas, y en donde se observa que el número de especialistas ha fluctuado ampliamente, y de hecho con una tendencia importante a disminuir. A esto debemos agregar en el conjunto de los países un alto grado de concentración de la fuerza laboral de salud en las áreas urbanas con respecto a las rurales (por ejemplo la relación en Belice es 21 a 1 en desmedro del área rural), así como en el tercer nivel de atención. Documentamos en el presente Informe esfuerzos que se vienen desplegando para revertir esta situación<sup>2</sup>.

- La precariedad laboral, es un reto aún por vencer en prácticamente todos los países centroamericanos, variando entre los países el porcentaje de personal que se encuentra en esta situación, lo que constituye como veremos más adelante en uno de los factores que influyen en la decisión de emigrar.
- Los sistemas de salud se encuentran en gran medida fragmentados, con excepción de Costa Rica. Sin embargo en varios países se vienen desarrollando procesos de transformación de sus sistemas que enfrentan esta debilidad, como en el caso de El Salvador con el Sistema Nacional Integrado de Salud, lo cual implica la reorganización de la red

pública de los servicios de salud; o el caso de Guatemala con la creación del Sistema de Atención Integral de Salud (SIAS).

- Centroamérica y República Dominicana vienen recorriendo un camino de coordinación, articulación e integración. El Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) y su Comisión Técnica de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud bajo la Secretaría de Integración Centroamericana (SICA). Estos esfuerzos brindan una plataforma sobre la cual es posible estructurar políticas conjuntas que aborden la migración calificada.

El segundo bloque en el estudio está dado por la apreciación que tienen los líderes institucionales del proceso migratorio, constatándose:

- Un grado de visibilidad intermedia para la migración general, y un menor grado para la migración de los profesionales de medicina y enfermería, en ambos casos mayores en Nicaragua y República Dominicana. Se constata una dificultad para el desarrollo de la agenda (con la aparente excepción de República Dominicana), encontrándose un mayor grado de involucramiento por parte de los Ministerios de Salud, los Colegios Profesionales y los Gremios. La situación se percibe importante, especialmente en El Salvador, Nicaragua y sobre todo República Dominicana y en estos países con mayor relevancia en los siguientes años.
- Encontramos que el impacto percibido es mayor en los casos de Nicaragua, Honduras

<sup>2</sup>Baseline Indicators - 20 goals for a Decade in HRH Belice 2009. Tracking Regional Goals for Human Resources for Health. A Shared Commitment. Panamerican Health Organization. Washington D.C, 2009.

y algo menos en República Dominicana, lo que posiblemente está ligado por un lado a la magnitud del proceso migratorio, y por otro lado a la dotación actual y a la capacidad de recambio de este personal desde el espacio de la formación.

- Los factores expulsivos que se perciben como más importantes están dados por el empleo, las remuneraciones (vinculado directamente a esto la crisis económica), las oportunidades de desarrollo profesional y la violencia. Este último factor es, distintivamente menos importante en Costa Rica. El peso de cada uno de estos factores es algo diferente entre cada país y entre profesionales de medicina y enfermería, lo que se analiza con mayor detalle en el Informe. En el caso de los factores atrayentes, emerge en el caso de los profesionales de medicina en forma destacada las oportunidades de desarrollo profesional, y en el caso de enfermería las remuneraciones, aún cuando el conjunto de los factores analizados se percibe importante, con excepción de catástrofes para la mayoría de los países. Igualmente en el caso de enfermería, aquellos factores vinculados a la esfera personal (familia y remesas tienen un mayor peso relativo). Asimismo y seguramente tema para una mayor investigación, es notar el mayor peso relativo asignado en el caso de profesionales de enfermería a la presencia de agencias de reclutamiento.
- El grado de visibilidad del tema es pobre, y la fuerza de los factores expulsivos (bajas condiciones económicas y laborales, violencia social e inseguridad ciudadana, entre

otros) son preponderantes. A esto debemos sumar una creciente presencia de agencias de reclutamiento en la subregión, incluyendo aquellas que se preparan para exámenes nacionales de otros países. La viabilidad percibida de las políticas es moderada, sin embargo, aún cuando existen especificidades nacionales, la percepción es que actores e instituciones pueden llegar a comprometerse en el esfuerzo de construir e implementar políticas para abordar el tema de la migración calificada del personal de salud.

- Las respuestas encontradas con respecto a las políticas a implementar muestran, aún con algún margen de variabilidad, un nivel de desarrollo incipiente, pero que se prevé avances en los próximos años. Encontramos asimismo que el empleo se constituye en un factor fundamental que puede incidir en la decisión de migrar y que debe ser considerado en las políticas a implementar. Aquellos mecanismos no financieros de compensación se ven más viables y la posibilidad de implementar políticas comunes subregionales se encuentran en un nivel intermedio, con excepción de República Dominicana y El Salvador donde se estima una mayor factibilidad.

Finalmente, analizamos la información obtenida de fuentes secundarias sobre la migración de profesionales de medicina y enfermería, a España y Estados Unidos, respectivamente, empleando como indicadores proxy los exámenes nacionales desarrollados. Así, en el caso de profesionales de medicina empleamos el Examen Médico Interno Residente (MIR) administrado

por el hoy denominado *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*, y en el caso de enfermería empleamos el *National Council Licensure Examination for Registered Nurses (NCLE-RN)* administrado por el *National Council of State Board of Nursing (NCSBN)*.

Los resultados encontrados muestran:

- Un creciente número de postulantes para el conjunto de los países estudiados, con excepción de Belice. Es de destacar el caso de Nicaragua y Costa Rica, que mantiene un perfil relativamente bajo de postulantes al MIR, no excediendo a 11 y 23 postulantes respectivamente en ningún año. En contraposición los demás países fluctúan entre 42 y 681, para Panamá y República Dominicana, respectivamente.
- República Dominicana presenta consistentemente todos los años estudiados (p.e. 472 el año 2010, 681 en el año 2011) el mayor número de postulantes. Esto guarda concordancia, con los datos sobre percepción antes referidos, en lo que respecta a la importancia que se atribuye por parte de los líderes a la importancia del proceso migratorio.
- República Dominicana es un país con poco más de 10 millones de habitantes. Los siguientes países son Venezuela, México, Bolivia, Italia, Ecuador y Argentina, todos con poblaciones mayores a la de República Dominicana. Estos datos nos permiten afirmar que entre los principales países en términos de postulantes al MIR España, República Dominicana se constituye en el país que

más aporta en términos *per cápita*, en este canal de migración.

- Un análisis especial merece el caso de Costa Rica, que con una población de algo más de 4 millones, presenta cifras sumamente bajas en el número de postulantes, con menos del 3% del total de la subregión. Es evidente que a la base de esta situación han de encontrarse factores atrayentes que permiten una mayor retención del profesional médico, lo que se corrobora con los datos recogidos tanto en la revisión documental, como en la percepción de los actores.
- El número de profesionales de enfermería que se han presentado al NCLEX-RN es significativamente bajo, manteniéndose así entre los años 2007 y 2010, para el conjunto de los países estudiados. Son múltiples las causas de estos resultados, pero posiblemente emergen como principales la incorporación de importantes contingentes en labores en que no se exige el licenciamiento, en varios casos correspondiendo a grupos profesionales con una certificación menor al de enfermera; así como la presencia de otros destinos importantes, como Italia.

La conclusión central de este estudio es la presencia de un creciente proceso migratorio que se da en escenarios nacionales, en mayor o menor medida, vulnerables. La dinámica de los grandes procesos en recursos humanos: la planificación, la gestión del trabajo y el desarrollo de capacidades, no se logra articular en algunos países plenamente en políticas nacionales, que doten de orientación estratégica al conjunto de

actores y acciones en el campo de los recursos humanos. Esta situación incorpora un problema fundamental: la gestión al residir en un plano administrativo, difícilmente logra enlazarse con las políticas y los objetivos sanitarios que se vienen desplegando. Sin embargo, se da cuenta de esfuerzos en curso en todos los países, como la presencia de Direcciones Generales de Recursos Humanos, en República Dominicana, el caso de El Salvador que define en la Política Nacional de Salud 2009-2014 otorgando especial importancia y establecimiento de tres estrategias centrales en recursos humanos, o en Nicaragua en que igualmente la Política Nacional de Salud establece como lineamiento estratégico el desarrollo integral de los recursos humanos, lo que se articula con el Plan Nacional de Desarrollo Humano. Sin embargo, percibimos en varios países un desfase entre una gestión predominantemente administrativa, y un proceso político sanitario que exige respuestas estratégicas e integrales. En el mismo sentido, el propio proceso político puede a la vez constituirse en un acicate para los actores del campo de recursos humanos para avanzar con mayor velocidad en este desafío.

La migración, por su alcance y sus características requiere respuestas en un ámbito amplio de la gestión pública, y por lo tanto requieren ser también de naturaleza estratégica. La visibilidad del proceso migratorio de profesionales de medicina y enfermería aun es baja, los factores expulsivos y atrayentes energéticos, y el nivel de construcción de políticas incipiente. Así, constatamos que la Autoridad Sanitaria, afronta en la mayoría de los países debilidad para acometer plenamente este desafío, la cual plantea intervenciones desde una

perspectiva amplia e integral en varios frentes.

El presente estudio contribuye a enriquecer la perspectiva en el tema, pero a la vez, llama la atención a la importancia de fortalecer la capacidad de rectoría para construir y conducir participativamente, políticas públicas nacionales que permitan enfrentar los efectos adversos de la migración calificada, crecientemente grave en la mayoría de los países estudiados y que desafía en última instancia los esfuerzos que los países de Centroamérica y República Dominicana vienen desarrollando por hacer realidad el derecho a la salud, con calidad y equidad.





## 1. Introducción

Los trabajadores de salud son el pilar fundamental en el funcionamiento de los sistemas de salud, los cuales requieren trabajadores competentes y comprometidos, pero a la vez en un número suficiente y adecuadamente distribuidos. Uno de los problemas fundamentales que ha sido identificado en los sistemas de salud es el déficit de recursos humanos a nivel mundial. Esta situación compromete el logro de los objetivos sanitarios planteados, y en última instancia el derecho a la salud que tienen todos los ciudadanos (Organización Mundial de la Salud, 2006).

Con este marco, la agenda de recursos humanos gana creciente prioridad, estructurándose en torno a los 5 desafíos de Toronto, en los cuales, la migración de los trabajadores de salud, ocupa un lugar relevante. Este tema en particular se torna así 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 (Organización Panamericana de la Salud, 2006).

Así, se ha señalado como un elemento a considerar, y un desafío a acometer, la movilidad internacional de los trabajadores más calificados, la cual ha aumentado significativamente durante el último decenio. Paralelamente los sistemas de salud y las propias profesiones, particularmente en Latinoamérica, vienen desarrollando importantes cambios, en el marco de la globalización y los procesos de reforma del sector salud, procesos simultáneos de transformación positiva en algunos aspectos y negativa en otros (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

Por lo tanto el escenario está marcado por desafíos pero a la vez por importantes esfuerzos nacionales, subregionales y regionales por aco-

meterlos, conjugando voluntad política y elaboración técnica.

El presente estudio se inscribe en estos esfuerzos, recopilando y sistematizando información relevante al tema migratorio, procurando de esta manera aportar al proceso de integración entre países centroamericanos, estableciendo las bases para la discusión y la construcción de acuerdos regionales centroamericanos en materia de migración calificada en salud, conforme al Plan y Agenda Centroamericana de Salud y al Plan Operativo de la Comisión técnica de Desarrollo de RHUS de la COMISCA. Ser parte de la premisa que tan o más importante que analizar el flujo de profesionales de la salud, especialmente en términos cuantitativos, es el analizar con objetividad los factores que explican este proceso migratorio. Por ello el presente estudio incorpora una mirada en profundidad sobre los sistemas de salud, las unidades de conducción estratégica de Recursos Humanos, los marcos legales existentes, en particular laborales, y el espacio de la formación. El diseño de políticas para gerencia de la migración calificada requiere la de sistematización y análisis de todos estos aspectos.

Finalmente, debemos señalar que este estudio se enmarca en los acuerdos emanados de la 57<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud (22 de mayo de 2004, Resolución WHA57.19), la 63<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud (21 de mayo de 2010, Resolución WHA63.16), el Llamado a la Acción de Toronto (2005), las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud (aprobadas en la 27<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, el 43<sup>o</sup> y 47<sup>o</sup> Consejo Directivo de la OPS) y otros acuerdos adoptados por los países de la región en el seno de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud.

# metaphors



## 2. Metodología e Instrumentos

El presente es un estudio multi-céntrico, desarrollado por los 7 países de Centroamérica y República Dominicana, con la participación activa de las Direcciones Nacionales de RHUS de los Ministerios de Salud y Seguridad Social, delegados oficiales de la Comisión Técnica de Desarrollo de RHUS de Centroamérica y República Dominicana con el apoyo local de la OPS en cada país.

La coordinación general del estudio se encuentra a cargo de OPS a través del Proyecto Subregional de Desarrollo de Recursos Humanos y la coordinación técnica a través de una consultoría también a cargo de OPS, utilizando procesos de organización y consultas virtuales y luego de trabajo dentro de países. La información presentada en este documento fue coordinada entre el consultor y el nivel subregional.

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

En tal sentido, tan o más importante, desde un punto de vista de política de salud, que evaluar la intensidad de los flujos migratorios, es el analizar las explicaciones que están a la base del mismo. Esto permitirá tener una clara visión de los factores, y generar condiciones para el diseño de políticas y estrategias que nos permitan acometer la gestión de la migración con racionalidad política, ética y técnica.

Bajo esta perspectiva, es que una primera fase del Estudio fué el recopilar información relevante

sobre los factores institucionales que podrían estar influyendo en el proceso migratorio, aquellos que pudiesen propiciar condiciones para una visión compartida entre los países de Centroamérica y República Dominicana en el tema, así como la información relevante, no siempre la suficiente, que se dispone sobre el flujo en sí mismo.

Así, evaluamos aspectos referidos a la acreditación de instituciones formadoras, los procesos de habilitación, licencia y registro del título profesional, servicio social, certificación y recertificación profesional, revalida y reconocimiento de títulos, amparo social y laboral de migrantes, formación en el pregrado, disponibilidad nacional de profesionales, así como factores atrayentes o expulsivos, y agencias de reclutamiento. Es importante anotar que esta es una lista sucinta, de una lista de posibles indagaciones mucho más amplia, pero que procura generar una mirada inicialmente general, que fué profundizada y complementada con la encuesta de percepción y las entrevistas en profundidad que se realizaron.

En el presente estudio, se definieron tres componentes para caracterizar la problemática de la migración calificada:

### TRES COMPONENTES



Contexto general de los países para la migración profesional a partir de la recopilación, sistematización y análisis de la información de país y regional proporcionada y disponible.



Información en países de destino sobre magnitud y temporalidad de la migración calificada en CA y DOR.



Percepción que tienen los líderes de las instituciones del campo de los Recursos Humanos sobre la importancia del tema migración calificada.

Para cada uno de estos componentes se establecieron el grupo de variables a ser incluidas, así como sus definiciones operacionales, se elaboraron y validaron los instrumentos de recolección, se estableció un protocolo estandarizado que incluyó la definición de los productos mínimos esperados<sup>2</sup> y la recomendación de las fuentes de información a ser utilizadas<sup>3</sup> y se aplicaron en cada uno de los países a través de los equipos nacionales formados para la investigación.

## COMPONENTE 1: Contexto de la Migración Calificada



Contexto general de los países para la migración profesional a partir de la recopilación, sistematización y análisis de la información de país y regional proporcionada y disponible.

Para este primer componente, las variables incluidas así como sus definiciones operacionales<sup>4</sup> utilizadas fueron:

| CARACTERIZACIÓN DEL MARCO LEGAL |   |
|---------------------------------|---|
| <b>ACREDITACIÓN</b>             | Proceso de evaluación, desarrollado por organizaciones gubernamentales o no gubernamentales, voluntarias u obligatorias, 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. |
| <b>REGISTRO PROFESIONAL</b>     | Inscripción en la instancia nacional correspondiente (gubernamental o no), en la que el profesional se registra como médico o enfermero (a), y se le extiende el código de identificación profesional correspondiente que lo identifica.  |
| <b>SERVICIO SOCIAL</b>          | Conjunto de actividades de servicio a la comunidad, de carácter temporal y obligatorio, que realizan los estudiantes de medicina y enfermería como requisito para obtener el título o grado, o los médicos y enfermeros (as) graduados para poder ejercer plenamente.   |

<sup>2</sup>El enunciado de “mínimo” explicita el que en los casos pertinentes se espera que el investigador aporte con información adicional, si ésta es relevante a los objetivos del estudio.

<sup>3</sup>Potenciales fuentes primarias y secundarias de información los Colegios Profesionales, las Asociaciones Médicas y de Enfermería, los Organismos Gubernamentales, las Universidades, las Asociaciones de Facultades de Medicina y Enfermería, los informes periodísticos, entre otras.

<sup>4</sup>Las Definiciones Operacionales referidas en este documento han sido establecidas por el Coordinador del Estudio, así como extraídas y eventualmente modificadas de la recopilación realizada por la Lic. Adriana Careaga de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, República Oriental del Uruguay.

|   |   |
|---|---|
| <b>LICENCIA O HABILITACIÓN PROFESIONAL</b>  | 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.   |
| <b>CERTIFICACIÓN PROFESIONAL</b>            | Reconocimiento formal a cargo de un organismo dependiente o independiente de la profesión sobre las aptitudes de un individuo para el ejercicio médico o de enfermería.   |
| <b>RECERTIFICACIÓN PROFESIONAL</b>          | Proceso de evaluación periódica de los médicos y enfermeros (as) ya certificados y en ejercicio de acuerdo a criterios previamente definidos, conducente a renovar la licencia o dar fe de que se mantiene las competencias que lo califican para el ejercicio de su profesión. |
| <b>REVALIDA Y RECONOCIMIENTO DE TÍTULOS</b> | 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 o en enfermería, expedido por una universidad extranjera.  |

#### CARACTERIZACIÓN DEL MARCO LABORAL SOCIAL

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <b>AMPARO SOCIAL</b>                | Marco legal y normativo que establece las condiciones de seguridad social, retiro, acceso a respaldo financiero (Préstamos), asociación, entre otros del médico o enfermero (a) que inmigra al país. En general, en este punto se enmarca el tiempo y el procedimiento que se requiere seguir para el acceso a los derechos generales de un ciudadano. |
| <b>AMPARO LABORAL - PROFESIONAL</b> | Marco legal y normativo que establece las oportunidades de empleo y condiciones de trabajo, remuneración, incentivos, ascenso, descanso y licencias, entre otros aspectos, del médico o enfermero (a) que llega al país. En este punto se enmarca lo referido al tiempo y el procedimiento que requiere para estar habilitado para el trabajo.         |

### PERFIL DEMOGRÁFICO Y PROFESIONAL MIGRANTE

|  |   |
|--|---|
| <b>DATOS DEMOGRÁFICOS DEL EMIGRANTE</b>  | Número, sexo (masculino o femenino), año de titulación, año de emigración, nivel de formación (general o especialista), y país de destino de médicos o enfermeros (as) emigrantes a otros países. |
| <b>DATOS DEMOGRÁFICOS DEL INMIGRANTE</b> | Número, sexo (masculino o femenino), año de titulación, año de inmigración, nivel de formación (general o especialista), y país de origen de médicos o enfermeros (as) inmigrantes.               |

### PERFIL DEMOGRAFICO DE LOS PROFESIONALES DEL PAÍS

|   |   |
|---|---|
| <b>GENERO / AÑO DE GRADUACIÓN</b>                           | Número, sexo (masculino o femenino), año de titulación, año de emigración, nivel de formación (general o especialista), y país de destino de médicos o enfermeros (as) emigrantes a otros países. |
| <b>NUMERO DE MÉDICOS Y ENFERMEROS (AS) POR ESPECIALIDAD</b> | Número total de médicos y enfermeros (as) por especialidad, registrados al año 2010 (o en su defecto en el último año con datos disponibles).   |
| <b>GRADUADOS POR UNIVERSIDAD POR AÑO</b>                    | Número de médicos o enfermeros (as) graduados en cada uno de los años 2003, 2004 y 2005, por cada una de las universidades del país.  |

### FACTORES EXPULSORES Y ATRAYENTES

|                            |   |
|----------------------------|---|
| <b>FACTORES EXPULSORES</b> | Factores económicos, sociales, políticos, profesionales, entre otros, que promueven la migración de profesionales de la salud, en particular de médicos y enfermeros (as), dependientes del país de origen del médico migrante. |
| <b>FACTORES ATRAYENTES</b> | Factores económicos, sociales, políticos, profesionales, entre otros, que promueven la migración de profesionales de la salud, en particular de médicos o enfermeros (as), dependientes del país de destino del migrante.       |

## RECLUTAMIENTO INTERNACIONAL

### AGENCIAS DE RECLUTAMIENTO

Agencias gubernamentales o no gubernamentales, nacionales o extranjeras, que promueven, convocan, organizan o llevan a cabo el proceso directo de reclutamiento de médicos y enfermeros (as), teniendo como destino otros países. Se incluye en este rubro, aquellas agencias o instituciones que desarrollan procesos activos y explícitos de preparación para pruebas de selección o calificación en otros países (USMLE, MIR, etc.).

### COMPONENTE 2: Información en Países de destino de la migración



Información en países de destino sobre magnitud y temporalidad de la migración calificada en CA y DOR.

En este componente se recabó información obtenida de fuentes secundarias sobre la migración de profesionales de medicina y enfermería, de España y Estados Unidos, respectivamente, empleando como indicadores proxy los exámenes nacionales desarrollados. Así, en el caso de profesionales de medicina empleamos el Examen Médico Interno Residente (MIR) administrado por el hoy denominado *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*, y en el caso de enfermería empleamos el *National Council Licensure Examination for Registered Nurses (NCLE-RN)* administrado por el *National Council of State Board of Nursing (NCSBN)*.

### COMPONENTE 3: Percepción de Actores



Percepción que tienen los líderes de las instituciones del campo de los Recursos Humanos sobre la importancia del tema migración calificada.

La migración puede ser percibida por los actores bajo diferentes perspectivas. Para quienes asumen funciones en las instancias rectoras de

los Ministerios de Salud, en las corporaciones profesionales – colegios o gremios laborales, en las universidades, en las instituciones prestadoras, en la propia cooperación internacional, y quizás más importante aún, diferentes perspectivas entre los propios profesionales y los usuarios de los servicios de salud.

Todas estas miradas son legítimas, obedecen al rol que les compete desempeñar al menos de manera inmediata, en escenarios con diferentes prioridades, intereses y correlaciones.

El desafío para la construcción de una visión compartida centroamericana, es el diseñar una política común en el tema que articule estos múltiples puntos de vista en el tema, sin perder de perspectiva objetivos estratégicos.

Este componente incluyó cuatro áreas de valoración a ser consultada a un conjunto de informantes clave del país, específicamente:

1. *Posicionamiento del tema de migración en la Agenda Nacional.*
2. *Perspectiva de la situación actual y futura.*
3. *Determinantes – factores expulsivos y atrayentes.*
4. *Políticas a implementar.*

El instrumento desarrollado utilizó como medida de valoración la Escala de Lickert en función a la importancia, grado de acuerdo y de factibilidad otorgados a un conjunto de afirmaciones, a fin de establecer gradaciones en la opinión solicitada.

En consulta con los equipos nacionales se establecieron listados de informantes calificados: se construyeron listados por país solicitando 4 actores (profesionales / funcionarios) en cada una de las instituciones relevantes para el estudio (MINSA, gremios y colegios profesionales, universidades, autoridades reguladoras MINEDU, instancias de acreditación o similares), que se encuentran en funciones de dirección, gestión y que tienen responsabilidades en las definiciones de política de RHUS de los países, o bien personalidades reconocidas en el tema en el país, así como ministerios relacionados de trabajo,

migración y relaciones internacionales y otros contactos que a juicio de los equipos nacionales deberían ser incorporados en la consulta.

En los países estudiados se procedió a enviar vía correo electrónico la encuesta electrónica <http://www.observatoriorh.org/centro/?q=node/69> Ver anexos.

El estudio tuvo un carácter exploratorio. En total se analizaron 47 encuestas, distribuidas de la siguiente manera:

|                             | SECTOR SALUD | SECTOR EDUCACIÓN | TOTAL     |
|-----------------------------|--------------|------------------|-----------|
| <b>COSTA RICA</b>           | 3            | 4                | 7         |
| <b>EL SALVADOR</b>          | 12           | 3                | 15        |
| <b>GUATEMALA</b>            | 3            | 6                | 9         |
| <b>HONDURAS</b>             | 2            | 4                | 6         |
| <b>NICARAGUA</b>            |              | 5                | 5         |
| <b>REPÚBLICA DOMINICANA</b> | 4            | 1                | 5         |
| <b>TOTAL GENERAL</b>        | <b>24</b>    | <b>23</b>        | <b>47</b> |

El número de encuestas obtenidas corresponde a la respuesta que se logró de cada país. (15 Encuestas por país).



Las definiciones utilizadas fueron:

- Sector Salud: Autoridades del nivel central de los Ministerios de Salud, Directores de Hospitales, Directores Generales, funcionarios de alto nivel, Institutos de Seguridad Social y otros proveedores de servicios de salud.
- Sector Educación: Rectores, Decanos de Facultades y Escuelas de Ciencias de la Salud, directivos universitarios a nivel de la facultad, incluyendo Jefes de Departamento, agencias relacionadas con el tema de acreditación institucional en educación o certificación de la práctica profesional.

Se descartaron 3 encuestas que no encajaban en esta clasificación. El número de encuestas de Belice y Panamá no llegó al mínimo de 5 previamente establecido, por lo que no se consideraron en el análisis.

Es importante notar la heterogeneidad en la composición de los encuestados, por ello no representando necesariamente en ningún caso, la opinión de los gobiernos o instituciones, sino la de líderes, que opinan desde un punto de vista estrictamente personal. Más aún la encuesta recoge la percepción de estos, lo que requiere ser validado con el análisis objetivo de las realidades de cada país.

Sin embargo la percepción, especialmente de los líderes en cada país, es un referente que permite enriquecer el análisis.



### 3. Marco General de la Migración de los Profesionales de Salud – Contexto en Centroamérica – Apuntes y Perspectivas

Con el llamado a la Acción de Toronto en el año 2005, se cimenta una movilización de alcance nacional e internacional en la región de las Américas, para fortalecer el personal de salud, teniendo como referente los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y buscando proporcionar acceso a servicios de salud con equidad, calidad y eficiencia. De esta manera, 28 países asumen el compromiso de enfrentar los 5 desafíos en los siguientes 10 años. En este grupo se encuentran los 7 países centroamericanos y República Dominicana.

Un trabajador migrante internacional es definido por la *Convención Internacional de las Naciones Unidas sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migrantes y de sus Familias*, de 1990 como toda “*persona que vaya a realizar, realice o haya realizado una actividad remunerada en un Estado del que no sea nacional*”. Esta definición algo amplia en su alcance, sería precisada en 1997 en los siguientes términos: “*toda persona que se traslada a un país que no sea su lugar de residencia habitual por un período de al menos un año (12 meses), de forma que el país de destino se convierte en su nuevo país de residencia habitual*”. Como complemento a estas definiciones es importante considerar que 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) (ILO, 2003).

El proceso migratorio ha sido analizado desde una perspectiva dinámica, en función de factores atrayentes y expulsivos. Entre los expulsivos, las condiciones de vida, los problemas políticos-sociales, y la situación económica, son los generalmente citados. Entre los atrayentes, la demanda de mano de obra (calificada y no calificada),

las oportunidades económicas y laborales, así como la estabilidad y libertad política han sido las principales.

Una disciplina que ha contribuido particularmente en el tema de la migración es la demografía. En este caso, una línea de análisis particular ha sido el de la transición demográfica que vincula 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 (Organización Panamericana de la Salud, 2006). Un caso que puede servir de ejemplo para el impacto que tienen las migraciones, desde una perspectiva demográfica, es el de Uruguay: anualmente, nacen 52.000 niños, mientras que mueren 32.000 personas, lo que daría un crecimiento de 20.000 por año. Sin embargo, en el 2002 y 2003 migraron entre 20 y 25.000 personas, con lo que el crecimiento fue prácticamente nulo (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

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

Los programas de ajuste estructural que acontecieron en la región, vinculados a la crisis eco-

nómica de los 80s, se constituyeron en factores determinantes del incremento marcado en los flujos migratorios, al transformar los procesos productivos, reestructurar los mercados laborales y colocar amplias franjas de la población en la disyuntiva de sobrevivir en condiciones de extrema pobreza o procurar esperanzas en nuevos destinos. Es importante señalar que esta política tuvo su expresión en varias dimensiones:

- Apertura a la inversión extranjera, abandonando en general los granos básicos, transformando la producción en función de la agroindustria y la maquila.
- Reestructuración del Estado, que en la mayoría de los casos significó un abandono del rol rector, dejando la provisión de servicios públicos al mercado y la interacción no regulada de los actores.
- Cambios en los marcos laborales, asociados a políticas de flexibilización y precarización del empleo, así como disminución de la fuerza de trabajo.

Otro factor, que se asocia al incremento de la migración que especialmente acontece en la región, ha sido asociado a las catástrofes climáticas como la sucedida en la región centroamericana con el Huracán Mitch. Este último fenómeno es sumamente importante para efectos del análisis de la migración, ya que tiene al menos 2 impactos directos en los flujos: por un lado desarraigó a cientos de miles de habitantes hacia las grandes ciudades y el exterior y por otra parte es el factor que catalizó el surgimiento del Programa Internacional de Cooperación de la República de Cuba, que se extendería en los siguientes años a otros países de las Américas.

Finalmente, un tercer factor a considerar, y no menos importante, es la situación de violencia que han vivido y viven, en mayor o menor medida todos los países centroamericanos, en déca-

das pasadas bajo la forma de violencia política y conflicto bélico y en décadas recientes asociada a la violencia social e inseguridad ciudadana.

En forma esquemática, existen tres razones por las que los médicos y enfermeros(as) migran: para aprender, buscando la satisfacción profesional junto con la oportunidad de tener una vida decente y la tercera es escapar la opresión política y el estancamiento profesional (Medical Migration, 2001).

Existe un severo déficit de personal de salud, estimado en 40 millones de profesionales por la Organización Mundial de la Salud, en el 2006, la migración internacional de profesionales en salud, que se ha extendido recientemente, refuerza este desbalance. Así, entre el 25% y el 28% de los médicos/as que ejercen en los países de la OCDE son graduados en el exterior y entre el 40% y el 75% de esos médicos/as, provienen de países pobres (Fitzhugh, 2005, citado en OPS, 2006). Más aún, en cuatro países (Estados Unidos, Reino Unido, Canadá y Australia) se desempeñan 1.589 médicos/as jamaquinos, que equivalen al 70% de los que lo hacen en su país; 1.067 haitianos, que equivalen al 55% de los médicos/as en Haití; 3.262 dominicanos, que representan el 21% de los que actúan en su país y cifras variables proporcionalmente altas de 4 a 5% de médicos/as peruanos, bolivianos, guatemaltecos, panameños, costarricenses y colombianos (OPS, 2006).

Sin embargo, la situación es particularmente más grave en África. Así en el año 2005, Gran Bretaña contaba con aproximadamente 12.000 médicos/as africanos y continúa siendo un receptor importante de médicos/as y enfermeras/os/as de Sudáfrica, Zimbabue, Nigeria y Ghana; más aún en Gran Bretaña el 31% de los médicos/as y el 13% de las enfermeras/os son extranjeros, y en Zambia, solamente quedaban 50 de los 600 médicos/as formados desde su independencia en 1964 (Trahtemberg, 2005).



Recopilar estos datos, con la precisión requerida, es un desafío adicional. Por ejemplo en el caso de España, de acuerdo a Helena Sanabria (Sanabria, 2010), la mejor información es aquella obtenida de la afiliación a la seguridad social y los contratos registrados en el Servicio Público de Empleo (SEPE)<sup>5</sup>. En este estudio se encuentra que los contratos en España de médicos, odontólogos y enfermeros, provenientes de los países andinos, tienen en su gran mayoría el carácter de temporal (80-95%), proceso que percibe la autora se incrementa en los años recientes del estudio. Asimismo, destaca en la tipología de este Estudio, aquellos de “interinidad, eventual circunstancias de la producción”, sugiriendo niveles encubiertos de precariedad.

En cuanto al número de médicos y enfermeros activos provenientes de otros países, nos sirve la aproximación que realiza Sanabria, que acude a través de las solicitudes de homologación y resoluciones positivas de homologación del título de medicina general y enfermería<sup>6</sup>. Se constata un incremento significativo entre los años 2002 y 2009<sup>7</sup> con un 85% a 95% de solicitudes que culminaron con la homologación de los títulos de medicina.

Un proceso que requiere especial análisis en el tema de la migración, es el desfase que existe en la currícula de las facultades y escuelas de medicina y enfermería. El hecho de realizar una formación biomédica desvinculada del escenario y el contexto de ejercicio de la profesión, de la salud comunitaria, incorpora como derrotero natural el procurar un camino que afirme el modelo incorporado (hospitalario, de alta complejidad, urbano). La migración se constituye así en una consecuencia natural; y en contraposición, la formación de auxiliares y técnicos pue-

de constituirse en una respuesta más funcional del sistema formador a las demandas reales de las instituciones proveedoras de servicios de salud. Recogiendo el ejemplo señalado por Pilar Reyes, la formación de auxiliares de enfermería se ve entonces incrementada, especialmente por instituciones privadas, lo que va de la mano con una escasez de enfermeras en los 3 niveles de atención (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

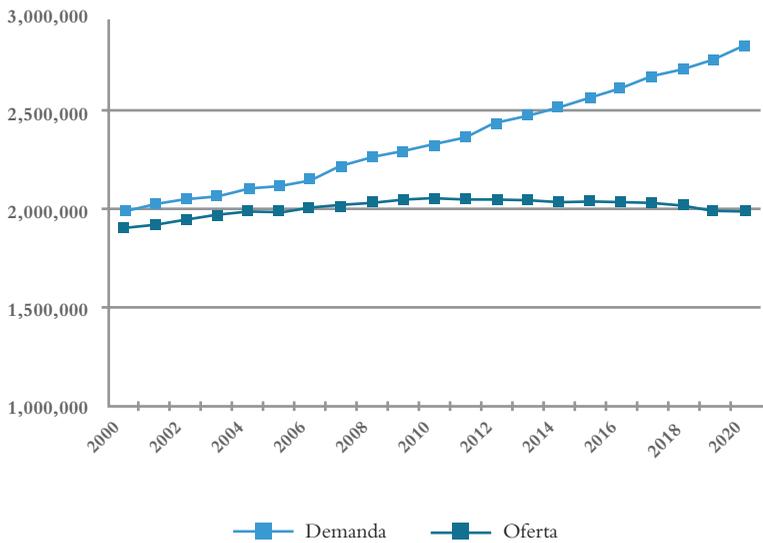
Estados Unidos es el principal país de destino de los profesionales de salud de Centroamérica. Esto es en parte explicado, por la alta demanda y el déficit creciente que existe en el país del norte, y que como se observa en la siguiente figura, camina a tornarse crítico en los siguientes años. Se estima que el número actual requerido es de más de un millón de nuevas enfermeras (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

---

<sup>5</sup>Antes denominada Oficina Pública de Empleo. H. Sanabria hace notar de fuente proporciona la mayor fiabilidad de los datos, especialmente en el caso de este estudio, ya que el tamaño de la población objetivo es pequeño en comparación con la población total

<sup>6</sup>Como en cualquier país, el reconocimiento del título requiere un trámite que se constituye en requisito para acceder al mercado laboral y las oportunidades de desarrollo profesional, lamentablemente, sin embargo, la naturaleza de estos datos no permiten a la autora inferir si los profesionales residen en España.

<sup>7</sup>Destacando Colombia con 6,534 solicitudes entre los años 2002 y 2009, Perú con 4,239 y Venezuela con 3,584.



**FIG. 1.** Proyección de oferta y demanda de enfermeras. 2000 – 2020. Fuente: Bureau of Health Professions, RH Supply and Demand Projections, tomado de Organización Panamericana de la Salud - Área de Sistemas y Servicios de Salud, 2008.

Otro importante punto a considerar es la débil estructura formativa en varios países, que dificulta una expansión de la formación de profesionales, como la requerida, para afrontar el déficit existente. Esto se ve agravado en la medida en que algunas universidades, particularmente

privadas, comienzan a orientar su formación hacia un mercado internacional, lo que se expresa en formación bilingüe, acuerdos con agencias reclutadoras y contenidos de formación enfocados en escenarios distintos al nacional.

#### 4. Migración calificada a destino específicos

Mediante el uso de fuentes de información secundarias sobre la migración de profesionales de medicina y enfermería, específicamente el Examen Médico Interno Residente (MIR) administrado el *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en España*, y el *National Council Licensure Examination for Registered Nurses (NCLEX-RN)* administrado por el *National Council of State Board of Nursing (NCSBN) en EEUU de Norte America*, el presente estudio busca una aproximación al volumen de migración calificada de los países centroamericanos.

Es importante ser consciente de las limitaciones de esta aproximación, aun cuando son las únicas fuentes confiables que tuvimos a nuestra disposición, en la medida en que un importante número de profesionales pueden emigrar, sin emplear necesariamente los canales formales de validación del título y habilitación profesionales,

establecidos por estos países. Sin embargo como apreciaremos más adelante, los datos presentados nos permiten apreciar la tendencia que sigue la migración de profesionales desde los países motivo del presente estudio.

##### 4.1 España: postulantes y admitidos al MIR España

En la Tabla No 1 se presentan los datos correspondientes a aquellos aspirantes al examen MIR provenientes de los países de Centroamérica y República Dominicana, entre los años 2001/2002 y 2010/2011.

Podemos observar un creciente número de postulantes para el conjunto de los países estudiados, con excepción de Belice, con diferente intensidad en la pendiente de incremento. En todos los casos, el incremento se hace significativo entre los años 2007 a 2009. Exceptuando el caso

de Belice, es de destacar el caso de Nicaragua y Costa Rica, que mantiene un perfil relativamente bajo de postulantes al MIR, no excediendo a 11 y 23 postulantes respectivamente en ningún año, en contraposición a los demás países que fluctúan entre 42 y 681, para Panamá y República Dominicana, respectivamente.

República Dominicana presenta consistentemente todos los años estudiados (p.e. 472 el año 2010, 681 en el año 2011) el mayor número de postulantes. Esto guarda concordancia, con los datos sobre percepción antes referidos, en lo que respecta a la importancia que se atribuye por parte de los

líderes a la importancia del proceso migratorio. El segundo lugar es ocupado por El Salvador en el año 2010 (89 postulantes), pero en el año 2009, Guatemala (64 postulantes) y Honduras (67 postulantes) ocupan el tercer y segundo lugar, respectivamente. Estos países ocuparían las mismas posiciones en el año 2008 y 2007.

El caso de Belice, mantiene consistentemente mínimas cifras, lo que es explicado por dos factores principalmente, tales como un muy bajo número de egresados, así como las barreras del idioma. A esto habría que agregar la ausencia de procesos de reclutamiento activo en este país.

**TABLA 1.** Aspirantes presentados al examen en las pruebas selectivas para médicos en España. Países de Centroamérica y República Dominicana, años 2001/02 a 2010/11.

|              | BELICE   | COSTA RICA | GUATEMALA  | HONDURAS   | NICARAGUA | PANAMÁ     | REP. DOMINICANA | EL SALVADOR | TOTAL        |
|--------------|----------|------------|------------|------------|-----------|------------|-----------------|-------------|--------------|
| <b>2001</b>  |          |            | 1          | 2          | 1         | 1          | 4               |             | <b>9</b>     |
| <b>2002</b>  |          |            | 1          | 1          |           |            | 7               | 5           | <b>14</b>    |
| <b>2003</b>  |          |            |            |            | 2         |            | 7               | 5           | <b>14</b>    |
| <b>2004</b>  |          | 1          |            | 4          | 3         | 1          | 26              | 6           | <b>41</b>    |
| <b>2005</b>  | 1        | 2          | 6          | 4          | 1         | 1          | 42              | 2           | <b>59</b>    |
| <b>2006</b>  | 1        | 3          | 13         | 6          | 2         | 9          | 38              | 8           | <b>80</b>    |
| <b>2007</b>  | 1        | 4          | 28         | 20         | 5         | 13         | 83              | 11          | <b>165</b>   |
| <b>2008</b>  |          | 7          | 40         | 44         | 7         | 29         | 246             | 37          | <b>410</b>   |
| <b>2009</b>  |          | 23         | 64         | 67         | 8         | 42         | 681             | 58          | <b>943</b>   |
| <b>2010</b>  |          | 10         | 45         | 70         | 11        | 38         | 472             | 89          | <b>735</b>   |
| <b>TOTAL</b> | <b>3</b> | <b>50</b>  | <b>198</b> | <b>218</b> | <b>40</b> | <b>134</b> | <b>1,606</b>    | <b>221</b>  | <b>2,470</b> |

**Fuente:** Información elaborada por el Servicio de Gestión de Formación Sanitaria Especializada, a 9 de diciembre de 2011

Una es la cifra de los que postulan, otra la de aquellos que alcanzan una plaza en el MIR de España. Estos últimos datos son presentados en la siguiente Tabla.

Un dato que requiere un análisis en profundidad es aquel que surge de comparar estas cifras entre los postulantes y aquellos que ocupan una plaza. Así de 410 que se presentan en el año 2008 acceden a una plaza 284 (69.28%), de 943 que se presentan en el año 2009, acceden 448 (47.51%),

y finalmente de 735 que se presentan en el año 2010 tan solo acceden a una plaza 191 (25.99). Así se observa una progresiva disminución en el acceso. Es importante señalar que las cifras son relativamente menores para los demás países, sin embargo estas cifras requieren ser consideradas en función del número de egresados, lo que muestra que son cifras significativas para países centroamericanos que como hemos verificado en las páginas previas tienen un número relativamente bajo de egresados y médicos en ejercicio.

**TABLA 2.** Aspirantes que han obtenido plaza de Formación Sanitaria Especializada para Médicos en las pruebas selectivas en España. Países de Centroamérica y República Dominicana, años 2001/02 a 2010/11.

|              | BELICE   | COSTA RICA | GUATEMALA  | HONDURAS   | NICARAGUA | PANAMÁ    | REP. DOMINICANA | EL SALVADOR | TOTAL        |
|--------------|----------|------------|------------|------------|-----------|-----------|-----------------|-------------|--------------|
| <b>2001</b>  |          |            |            | 2          |           | 1         |                 |             | <b>3</b>     |
| <b>2002</b>  |          |            | 1          |            |           |           | 2               |             | <b>3</b>     |
| <b>2003</b>  |          |            |            |            | 1         |           | 3               | 1           | <b>5</b>     |
| <b>2004</b>  |          |            |            | 1          | 1         | 1         | 16              | 6           | <b>25</b>    |
| <b>2005</b>  | 1        | 1          | 1          | 3          |           | 1         | 23              | 2           | <b>32</b>    |
| <b>2006</b>  |          | 2          | 10         | 1          |           | 6         | 16              | 7           | <b>42</b>    |
| <b>2007</b>  | 1        | 3          | 16         | 10         | 5         | 9         | 57              | 7           | <b>108</b>   |
| <b>2008</b>  |          | 4          | 18         | 22         | 7         | 22        | 181             | 30          | <b>284</b>   |
| <b>2009</b>  |          | 8          | 50         | 38         | 5         | 19        | 290             | 38          | <b>448</b>   |
| <b>2010</b>  |          | 5          | 17         | 24         | 3         | 9         | 105             | 28          | <b>191</b>   |
| <b>TOTAL</b> | <b>2</b> | <b>23</b>  | <b>113</b> | <b>101</b> | <b>22</b> | <b>68</b> | <b>693</b>      | <b>119</b>  | <b>1,141</b> |

**Fuente:** Información elaborada por el Servicio de Gestión de Formación Sanitaria Especializada, a 9 de diciembre de 2011

Los datos correspondientes al año 2011/2012, mostrados en la Tabla 3, muestran la dimensión de las cifras en el contexto general del total de aspirantes extranjeros. Colombia y Perú ocupan los 2 primeros lugares con 1,220 y 838 aspirantes, 23% y 16% respectivamente.

República Dominicana ocupa el tercer lugar (como verificamos en las siguientes páginas) con 512 postulantes (9.64% del total).

República Dominicana es un país con poco más de 10 millones de habitantes. Los siguientes países son Venezuela, México, Bolivia, Italia, Ecuador y Argentina, todos con poblaciones mayores a la de República Dominicana. Estos datos nos permiten afirmar que entre los principales países en términos de postulantes al MIR España, República Dominicana es el país que más aporta en términos per cápita, marcando el nivel de intensidad del proceso migratorio.

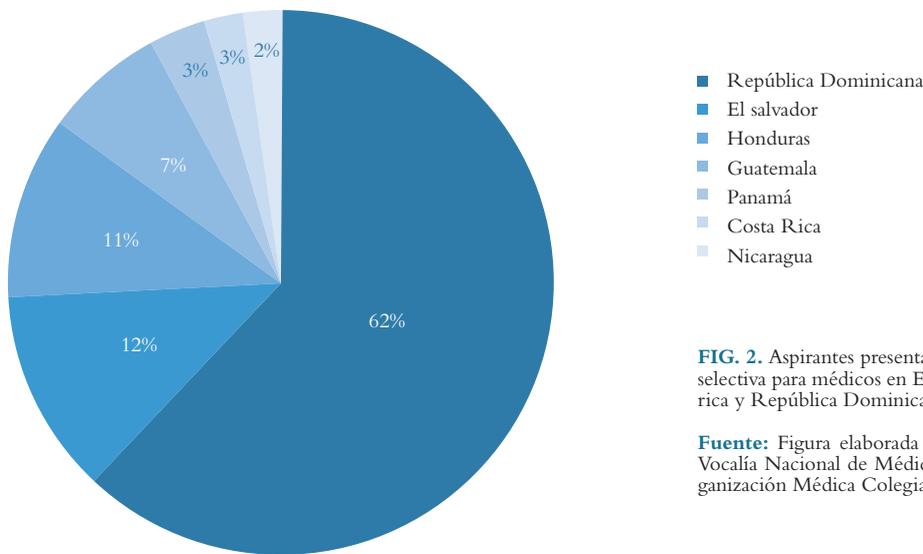
**TABLA 3.** Aspirantes extranjeros presentados al examen en la prueba selectiva para médicos en España. Países de Centroamérica y República Dominicana, años 2011/2012.

| PAÍS                 | Nº DE POSTULANTES | PROPORCIÓN DEL TOTAL DE POSTULANTES |
|----------------------|-------------------|-------------------------------------|
| COLOMBIA             | 1220              | 22.97                               |
| PERÚ                 | 838               | 15.78                               |
| REPÚBLICA DOMINICANA | 512               | 9.64                                |
| EL SALVADOR          | 100               | 1.88                                |
| HONDURAS             | 92                | 1.73                                |
| GUATEMALA            | 58                | 1.09                                |
| PANAMÁ               | 26                | 0.49                                |
| COSTA RICA           | 19                | 0.36                                |
| NICARAGUA            | 19                | 0.36                                |
| BELICE               | 0                 | 0.00                                |

**Fuente:** Tabla elaborada a partir de los datos de la Vocalía Nacional de Médicos en Formación de la Organización Médica Colegial de España.

**Nota:** Total de postulantes extranjeros: 5,311. Se consideran además de los países de Centroamérica y República Dominicana, a Colombia y Perú, por representar los dos países con mayor número de postulantes. El puesto relativo para cada país puede revisarse en la siguiente tabla.

La participación de egresados de otros países centroamericanos, en términos absolutos es menor, destacando nuevamente El Salvador y Honduras, con poblaciones entre 6 y 8 millones de habitantes, en un segundo y tercer lugar. Finalmente, Guatemala, Panamá, Costa Rica y Nicaragua aportan cifras menores.



Las mismas cifras, mostradas en la Figura 2, dan cuenta mejor del peso relativo de cada uno de los países. Así se observa que República Dominicana representa el 62% del total de aspirantes de la subregión estudiada, es decir casi dos terceras partes, mientras que El Salvador (12%) y Honduras (11%) contribuyen también significativamente.

**FIG. 2.** Aspirantes presentados al examen en la prueba selectiva para médicos en España. Países de Centroamérica y República Dominicana, años 2011/2012.

**Fuente:** Figura elaborada a partir de los datos de la Vocalía Nacional de Médicos en Formación de la Organización Médica Colegial de España.

Un análisis especial merece el caso de Costa Rica, que con una población de algo más de 4 millones, presenta cifras sumamente bajas en el número de postulantes, con menos del 3% del total de la subregión. Es evidente que a la base de esta situación han de encontrarse factores atrayentes que permiten una mayor retención del profesional médico, lo que se corrobora con los datos recogidos tanto en la revisión documental, como en la percepción de los actores.

Una similar situación es la observada con Nicaragua, con casi 5.5 millones de habitantes y Panamá con aproximadamente 3.5 millones de habitantes. Lamentablemente al no contar con los datos consistentes de migración de médicos

a Estados Unidos sobre todo, es posible que una parte, no determinada en el presente estudio, pueda estar migrando hacia este país, entre otros posibles destinos.

Otra limitación que es necesario considerar es que estamos analizando los datos de postulantes y aquellos que acceden a una plaza en el MIR. Al respecto debemos hacer, con los datos revisados 2 precisiones:

- Los postulantes son considerados unitariamente, como es de esperar. Sin embargo, esto nos lleva a esperar que aquellos que no acceden a una plaza en un año, puedan volver a presentarse en una segunda, o inclusive tercera oportunidad. Esta variable, no

controlada, se constituye en una limitación del estudio.

- En segundo lugar, el acceder o no a una plaza, puede tener al menos dos causas. Una primera es que no alcance la calificación requerida, aún cuando hasta el último proceso estudiado no consideraba una nota aprobatoria; más aún, en algunos de estos procesos el número de plazas ha excedido al número de postulantes. Pero una segunda causa puede atribuirse a que el postulante no encuentra una plaza que sea de su interés, ya sea por la especialidad, o por la ubicación de esta plaza.

En la siguiente Tabla y figura, se presenta un análisis en función del lugar que ocupan el conjunto de aspirantes de cada país en relación al número total de aspirantes extranjeros. Se obvian los datos de Belice, por ser prácticamente 0, y se evita considerar los años en que el número de postulantes fue de 4 o menos, para facilitar el análisis.

La pregunta que está en la base de este análisis es el indagar si los incrementos han sido mayores al de otros países, en la medida en que podría posiblemente esperarse que el incremento también se presentase en estos otros países, y no fuese solamente producto de las condiciones propias de los países centroamericanos y República Dominicana.

El análisis de puestos nos muestra que aún cuando el número absoluto ha sido creciente para la mayoría de los países de Centroamérica y República Dominicana, la evolución en el peso relativo – analizado según el puesto que ocupan considerando el total de postulantes – ha seguido un diferente perfil:

- Así, Costa Rica pasa del puesto 32° y el puesto 24°, con fluctuaciones entre estas cifras, que dan cuenta de una tendencia estable en números absolutos (ver páginas anteriores) pero también estable en términos relativos.

- El Salvador aumenta en términos absolutos el número de postulantes a lo largo de los años, y en términos relativos, pasa de ocupar el puesto 23° (año 2006) o 24° (año 2007) a ocupar el puesto 11° (año 2011).
- Guatemala ha visto incrementada su participación en términos absolutos (ver páginas anteriores), pero también en términos relativos. Así de ocupar el 19° en el año 2006 ha pasado a ocupar el 17° puesto en el año 2011. Este cambio es en gran medida similar al observado con El Salvador.
- Honduras igualmente crece en términos absolutos y también lo hace en términos relativos entre el año 2006 y 2007, del puesto 29° al 19°, se estabiliza en los siguientes años entre el puesto 19° y 12°.
- El caso de Nicaragua muestra un incremento en el puesto que ocupó entre los años 2007 y 2011.
- Panamá ha mostrado un ligero incremento en las cifras absolutas (ver páginas anteriores), muestra un patrón estable en términos relativos, fluctuando irregularmente entre los puestos 20° y 25°.
- República Dominicana muestra un importante incremento absoluto pero y creemos igualmente importante, su contribución en términos relativos ha sido crecientemente mayor. Así de ubicarse entre los puestos 12° y 10° (años 2004 a 2007) pasa a ocupar consistentemente el tercer puesto de todos los extranjeros que se presentan al MIR, desde el año 2008. Estos datos en particular requieren un análisis posterior, en la medida en que este incremento estaría por encima de la media de todos los países, al menos los que contribuyen principalmente con aspirantes, y como señalamos anteriormente, convierten a República Dominicana en el país que aporta, en términos per cápita el mayor número de postulantes al MIR.

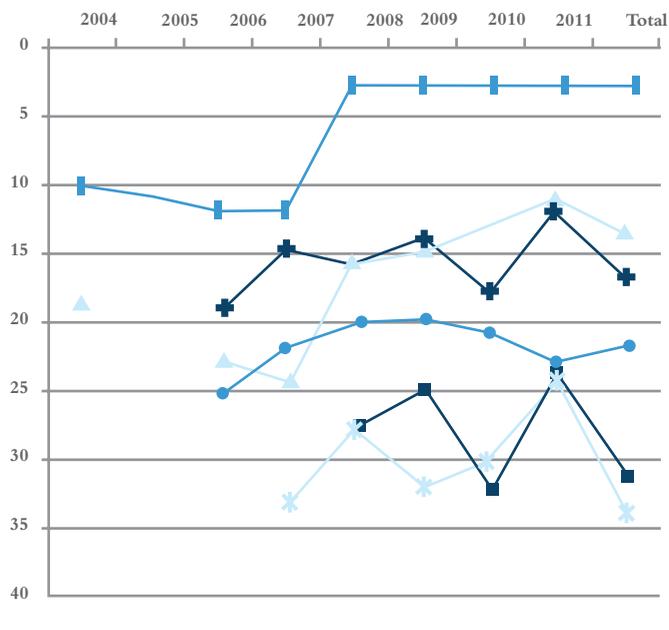
**TABLA 4.** Puesto relativo en N° de Postulantes de los Electores presentados al examen en las pruebas selectivas para médicos en España. Países de Centroamérica y República Dominicana, Años 2004/2005 a 2011/12.

Países de Centroamérica y República Dominicana, años 2001/02 a 2010/11.

|                             | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | Total |
|-----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| <b>COSTA RICA</b>           |      |      |      |      |      |      |      | 28   | 25   | 32   | 24   | 31    |
| <b>EL SALVADOR</b>          |      |      |      |      |      | 23   | 24   | 16   | 15   | 13   | 11   | 14    |
| <b>GUATEMALA</b>            |      |      |      |      |      | 19   | 15   | 16   | 14   | 18   | 17   | 17    |
| <b>HONDURAS</b>             |      |      |      |      |      | 29   | 19   | 14   | 13   | 14   | 12   | 15    |
| <b>NICARAGUA</b>            |      |      |      |      |      |      | 33   | 28   | 32   | 30   | 24   | 34    |
| <b>PANAMÁ</b>               |      |      |      |      |      | 25   | 22   | 20   | 20   | 21   | 23   | 22    |
| <b>REPÚBLICA DOMINICANA</b> |      |      |      | 10   | 11   | 12   | 12   | 3    | 3    | 3    | 3    | 3     |

**Fuente:** Elaboración propia a partir de los datos de la Vocalía Nacional de Médicos en Formación de la Organización Médica Colegial de España.

**Nota:** Los casilleros en blanco representan 4 médicos o menos en el número de postulantes.



**FIG. 3.** Puesto relativo en N° de postulantes de los electores presentados al examen en las pruebas selectivas para médicos en España. Países de Centroamérica y República Dominicana, años 2004/2005 a 2011/12.

**Fuente:** Elaboración propia a partir de los datos de la Vocalía Nacional de Médicos en Formación de la Organización Médica Colegial de España.

**Nota:** Han sido obviados los puestos correspondientes a los años 2001 – 2003, por representar 4 médicos o menos en el número de postulantes para cada uno de los países. Se ha obviado los datos de Belice, por esta misma razón (3 en el periodo 2001-2011).

- República Dominicana
- ✚ Guatemala
- ▲ El Salvador
- Panamá
- Costa Rica
- \* Nicaragua

## 4.2. Estados Unidos: Postulantes y aprobados en el NCLEX-RN

En Estados Unidos, los 50 estados y el Distrito de Columbia exigen que las enfermeras registradas sean autorizadas por la Junta Estatal de Enfermería. Los requisitos pueden variar de estado a estado, sin embargo se deberá rendir el Examen de Licenciatura del Consejo Nacional de Enfermeras Registradas (*National Council Licensure Examination for Registered Nurses*), conocido por sus siglas en inglés como el NCLEX-RN.

La siguiente Tabla muestra en primer lugar que el número de profesionales de enfermería que se han presentado al NCLEX-RN es significativamente bajo, manteniéndose así entre los años 2007 y 2010, para el conjunto de los países. Son múltiples las causas de estos resultados, pero posiblemente emergen como principales la incorporación de importantes contingentes en labores en que no se exigen el licenciamiento, en varios casos correspondiendo a grupos profesionales con una certificación menor al de enfermera; así como la presencia de otros destinos, como Italia.

**TABLA 5.** Postulantes educados en el extranjero (Fuera de EE.UU.) y que se presentan por primera vez al NCLEX-RN, por país de educación, 2007 - 2010.

| PAÍS DE EDUCACIÓN    | 2007  |           | 2008  |           | 2009  |           | 2010  |           |
|----------------------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|
|                      | TOTAL | APROBARON | TOTAL | APROBARON | TOTAL | APROBARON | TOTAL | APROBARON |
| BELICE               | 6     | 2         | 5     | 1         | 2     | 0         | 8     | 1         |
| COSTA RICA           | 6     | 2         | 11    | 3         | 4     | 2         | 5     | 1         |
| EL SALVADOR          | 10    | 2         | 11    | 0         | 2     | 0         | 4     | 2         |
| GUATEMALA            | 3     | 0         | 1     | 0         | 0     | 0         | 0     | 0         |
| HONDURAS             | 3     | 1         | 3     | 0         | 1     | 0         | 1     | 0         |
| NICARAGUA            | 4     | 0         | 6     | 1         | 2     | 0         | 1     | 0         |
| PANAMÁ               | 3     | 2         | 12    | 2         | 7     | 2         | 5     | 3         |
| REPÚBLICA DOMINICANA |       |           | 6     | 1         | 3     | 1         | 5     | 2         |
| <b>TOTAL</b>         | 29    | 7         | 44    | 6         | 16    | 4         | 29    | 9         |

**Fuente:** Tabla elaborada a partir de los datos publicados por el National Council of State Board of Nursing (NCSBN).

**Nota:** La fuente no muestra datos para República Dominicana en el año 2007.

Siendo esta una aproximación parcial al problema de la migración calificada, es importante puntualizar su tendencia creciente en un contexto de baja producción de personal especia-

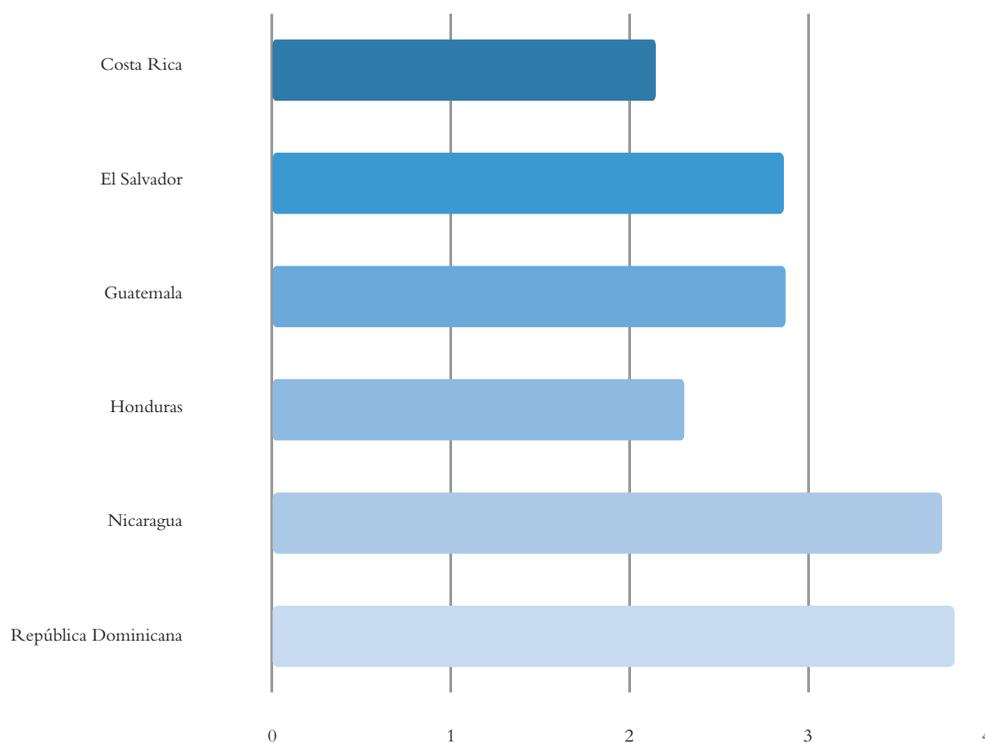
lizado en los países centroamericanos, lo que implica importantes riesgos para aumentar el déficit de profesionales para el funcionamiento de los sistemas de salud.

## 5. Percepción de Actores sobre el tema de Migración Calificada

Como resultado de la encuesta electrónica aplicada a un conjunto de 47 informantes clave de la región se obtienen los siguientes resultados:

### 5.1. Posicionamiento del tema de migración en las agendas nacionales

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



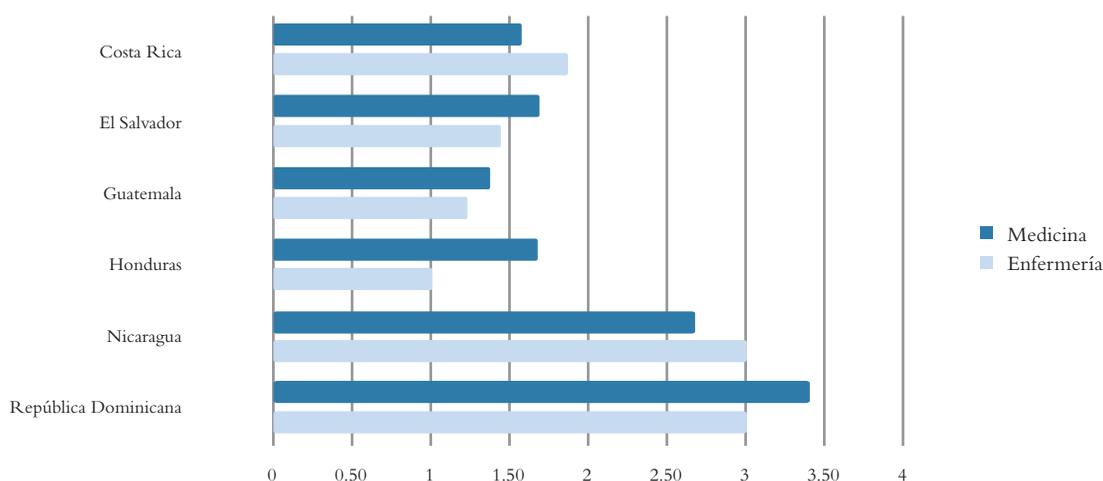
#### Leyenda

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

Encontramos que la importancia de la migración en general a los países desarrollados es un tema identificado por la opinión pública, des-

de el punto de vista de los encuestados, como algo importante a importante, llegando a ser en el caso de Nicaragua y República Dominicana mayor, entre importante y muy importante, siendo por otro lado la percepción de menor importancia en el caso de Costa Rica, percepción concordante en gran medida con las tasas de emigración que presentan estos países.

2. *La migración de médicos y enfermeros es un tema identificado por la opinión pública de su país como:*



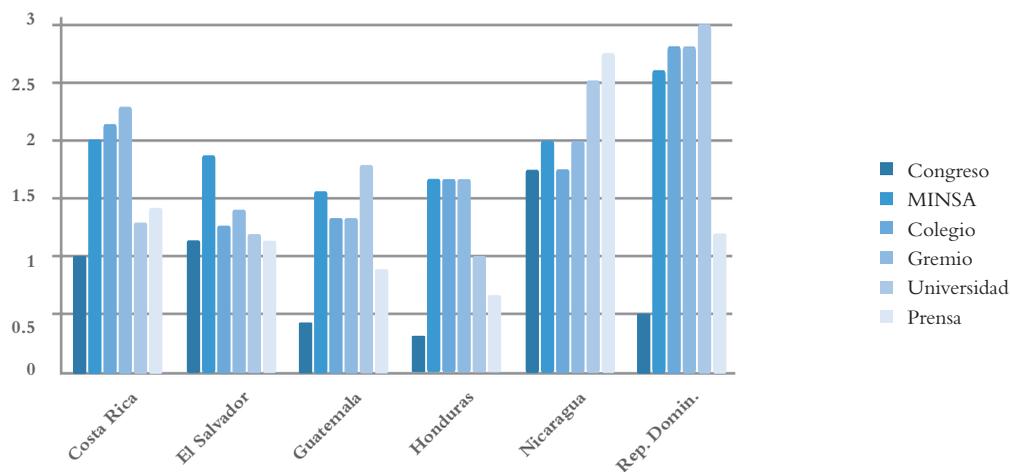
### Leyenda

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

Una primera afirmación a realizar es que no existirían diferencias significativas en la percepción cuando se analizan las respuestas referidas a profesionales de medicina y enfermería. Un segundo punto a considerar es que el nivel de importancia que la opinión pública atribuiría

a estos temas es menor al de la emigración en general, para el conjunto de los países, lo que probablemente pueda atribuirse a una menor visibilidad de la emigración de este personal calificado. Sin menoscabo de lo anterior, los mayores niveles de importancia, son atribuidos por la opinión pública en Nicaragua y República Dominicana, alrededor del nivel de “importante”, mientras que en los otros países se ubica entre “poco” y “algo” importante.

3. *Los siguientes organismos ¿Con qué frecuencia abordan el tema de la migración de profesionales de la salud?:*



### Leyenda

- Nunca 0
- Poco frecuentemente 1
- Algo frecuentemente 2
- Frecuentemente 3
- Muy frecuentemente 4

Recogiendo el nivel de percepción con respecto al nivel de involucramiento de las instituciones y organismos en el tema de migración de profesionales de salud, se ve de manera general un nivel intermedio de involucramiento, siendo mayor para los Ministerios de Salud, los Colegios Profesionales, los gremios y la Universidad.

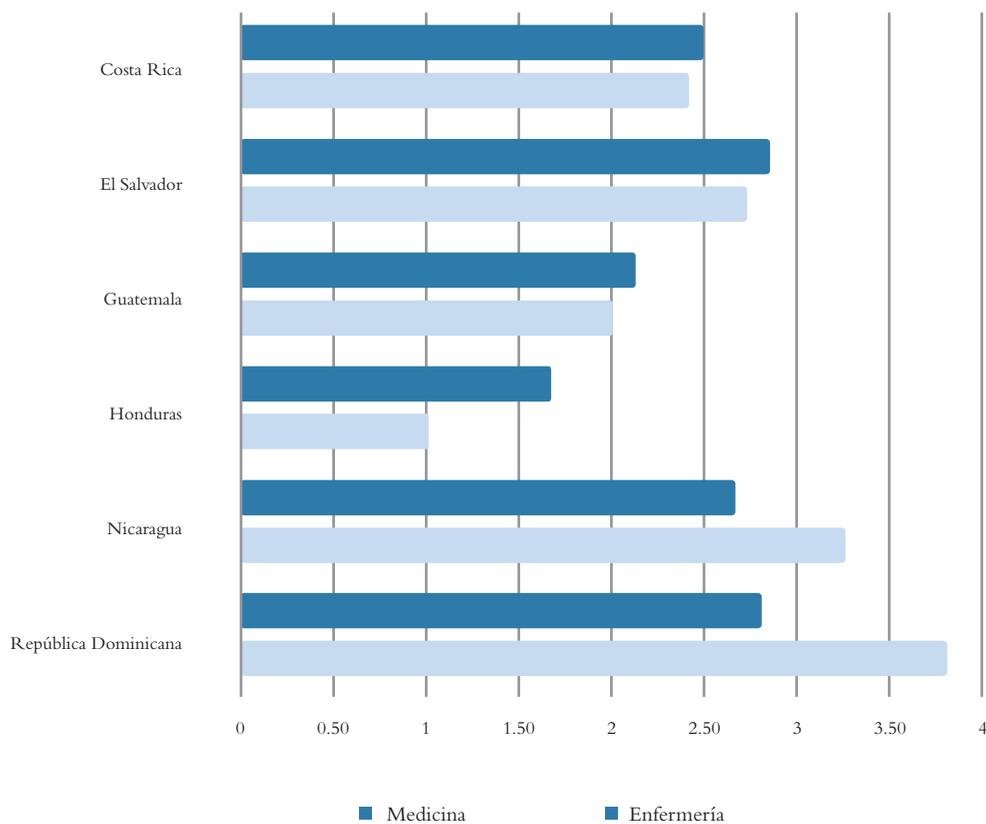
La prensa ocupa un lugar también destacado en el caso de El Salvador, Guatemala, Nicaragua y

República Dominicana. El Congreso no aparece de manera importante (al menos en términos de frecuencia) abordando este tema.

Estos resultados sugieren dificultades para desarrollar una agenda interinstitucional alrededor del tema de la migración, con posiblemente la excepción de República Dominicana, al mostrar la poca frecuencia con que se aborda este tema. Sin embargo, como se verá más adelante, la percepción del nivel de involucramiento es mayor para el futuro.

### 5.2. Percepción de la situación actual y futura

1. *¿Cómo caracteriza usted la situación actual con relación a la migración de médicos y enfermeros(as) al exterior?*





### Leyenda

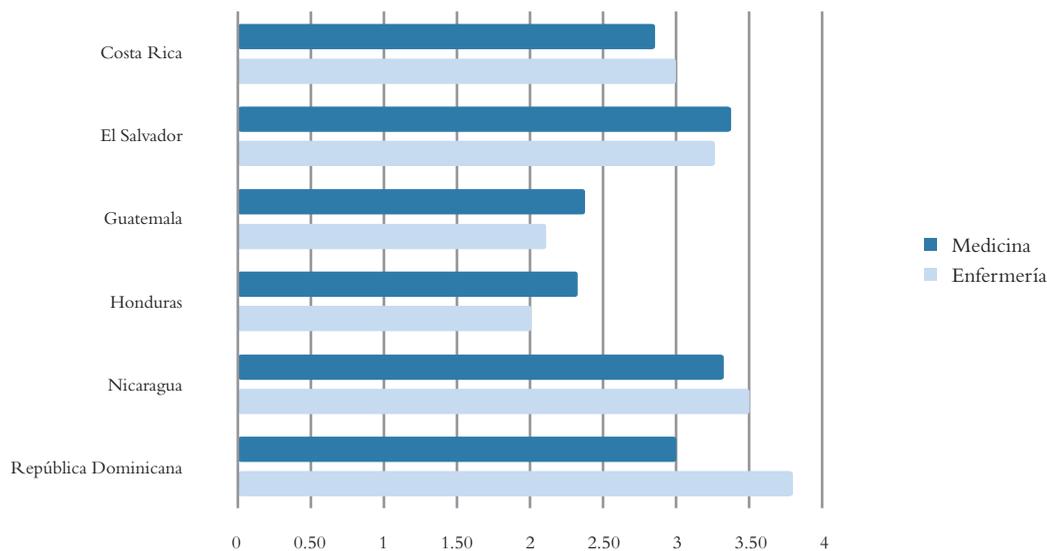
- Nada Importante 0
- Poco importante 1
- Algo importante 2
- Importante 3
- Muy importante 4

Encontramos que los líderes de los sectores salud y educación (en los términos antes definidos) perciben entre “algo” e “importante” a la situación de la migración de profesionales de medicina y enfermería, llegando a ser importantes para los casos de Nicaragua y República Dominicana, especialmente en lo que corresponde a enfermería.

El perfil comparado se muestra ligeramente diferente entre profesionales de medicina y enfermería, con un predominio en el caso de Nicaragua y República Dominicana de los profesionales de enfermería.

Estas respuestas cuando son analizadas con relación a lo encontrado anteriormente, muestra que el tema es percibido en términos situacionales con un relativamente menor grado de importancia, con excepción de Nicaragua y República Dominicana.

2. *¿Cómo prevé usted, en caso no se adopten medidas específicas, la situación de la migración de médicos y enfermeros(as) al exterior en el año 2015?*



### Leyenda

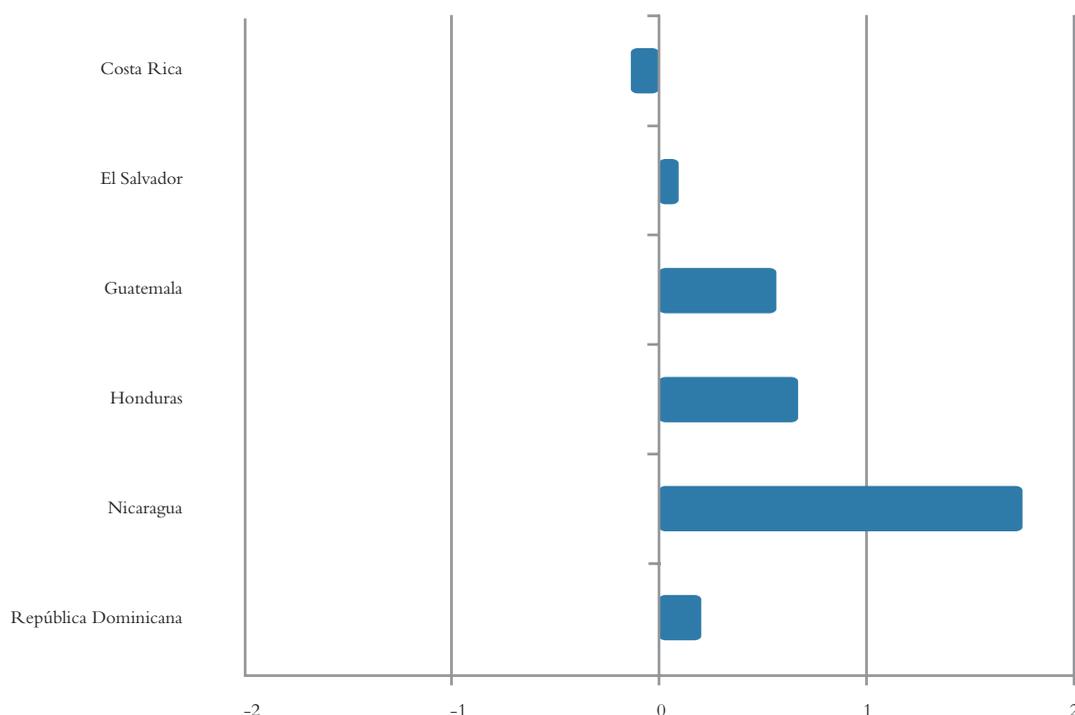
- Nada Importante 0
- Poco importante 1
- Algo importante 2
- Importante 3
- Muy importante 4

La percepción que los líderes tienen en el tema de la migración de los profesionales de medicina y enfermería, es que este se tornará más impor-

tante en los siguientes años, resultado encontrado consistentemente en prácticamente todos los países. Sin embargo, es de notar que la mayor importancia es encontrada en Costa Rica, El Salvador, Nicaragua y República Dominicana, la menor en Guatemala y Honduras.

Nuevamente, esta percepción es prácticamente similar para el caso de los profesionales de medicina y enfermería.

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



### Leyenda

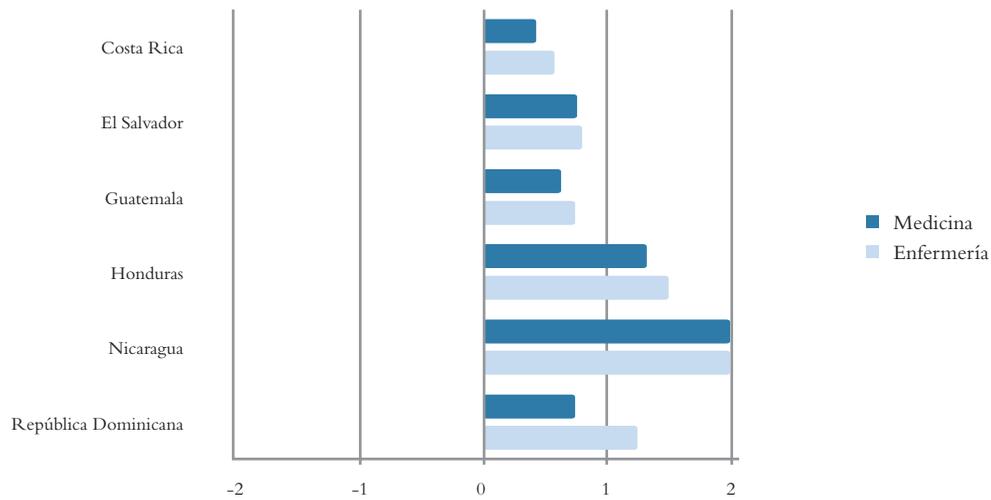
- Muy en desacuerdo -2
- En desacuerdo -1
- Indiferente 0
- De acuerdo 1
- Muy de acuerdo 2

Con respecto a la opinión sobre el que no se debe limitar, modular o impedir la migración de profesionales, las respuestas varían, siendo en términos generales concordantes con esta afirmación (en mayor o menor medida) en los casos de Guatemala, Nicaragua y Honduras. Esta afirmación no es necesariamente compartida (indiferencia) en el caso de Costa Rica, El Salvador y República Dominicana.

Cabe anotar que este es un tema que genera mucha discusión, alrededor de la legitimidad y legalidad de imponer restricciones o regulaciones al flujo migratorio, en salvaguarda de la integridad del sistema de salud.

En cualquier caso, las respuestas entendemos se inclinan, al menos en 3 de los países, a preservar el derecho al libre flujo de los profesionales, por encima de otras consideraciones. Más aún, y por extensión, las intervenciones que se realicen, en opinión de estos no deberían afectar este derecho.

4. *La migración de profesionales de la salud 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

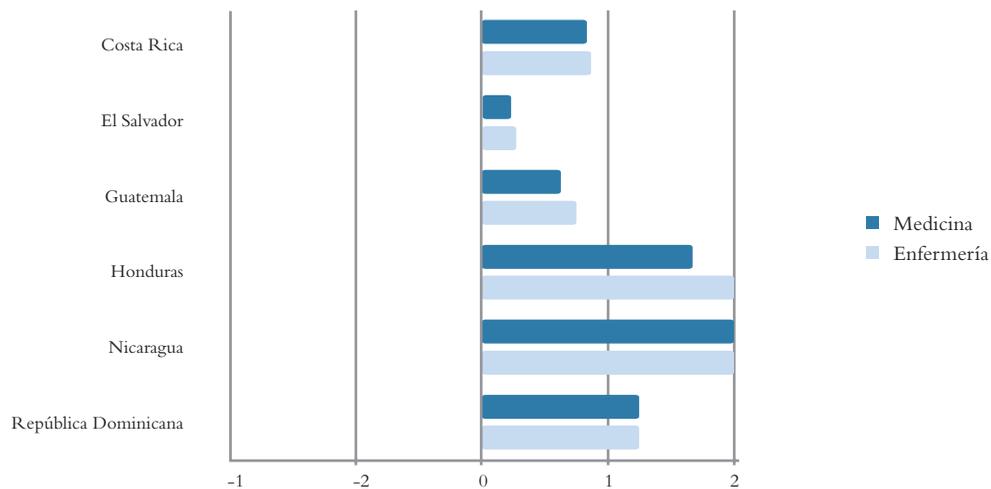
- Muy en desacuerdo -2
- En desacuerdo -1
- Indiferente 0
- De acuerdo 1
- Muy de acuerdo 2

Con relación a la opinión sobre si esta migración afecta la calidad de los sistemas de salud, las respuestas concuerdan con esta afirmación en el conjunto de los países, con mayor concordancia en el caso de Honduras y Nicaragua. Así ningún país se siente al margen del efecto del proceso migratorio, al menos en lo que respecta

a la calidad de su sistema de salud.

Llama la atención el caso de República Dominicana en que se percibe una menor afectación, lo que visto en concordancia con los anteriores y siguientes resultados supondría que aún cuando la migración es importante per se en términos de percepción y situación, el nivel de impacto percibido es menor. Esta cuestión requeriría un análisis en profundidad.

5. *La migración de profesionales de la salud 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

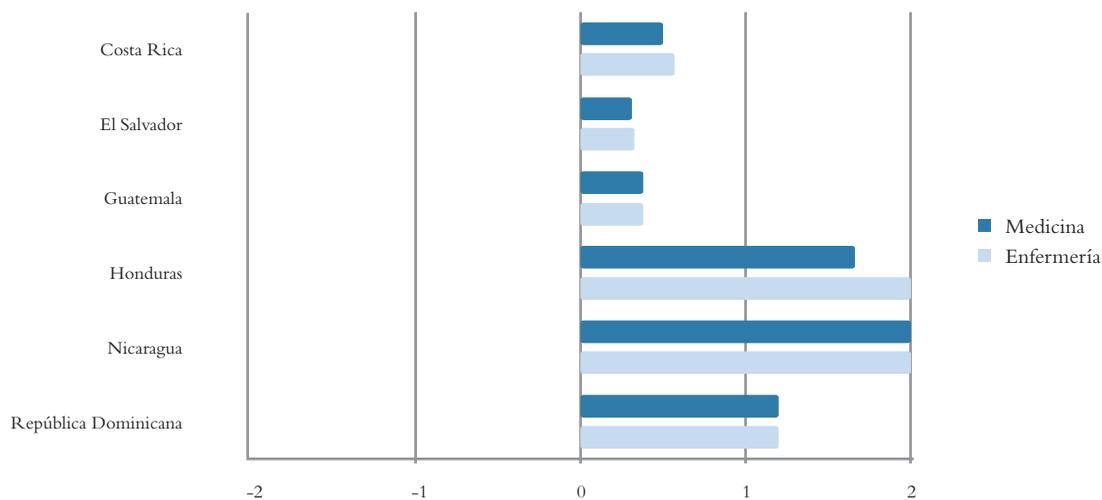
- Muy en desacuerdo -2
- En desacuerdo -1
- Indiferente 0
- De acuerdo 1
- Muy de acuerdo 2

Nuevamente se encuentra la percepción de que la migración afectaría la equidad del sistema de salud, especialmente en los casos de Honduras y Nicaragua, siendo menor en el caso de Costa Rica, El Salvador y Guatemala. El motivo de estas dos últimas respuestas merecería un análisis en profundidad. En cualquier caso, y como hemos

visto antes, el problema es percibido con creciente preocupación, y entre las consideraciones de esta preocupación, tanto la calidad (pregunta anterior) como la equidad serían factores que estarían incidiendo en esta preocupación.

Nuevamente República Dominicana aparece con la percepción de que la migración de profesionales de medicina y enfermería tiene un menor impacto en términos, en este caso de equidad.

6. *La migración de profesionales de la salud hacia el exterior es un proceso que afecta la capacidad de respuesta del sistema de salud en mi país al privar a éste de personal que se requiere en el sistema.*



### Leyenda

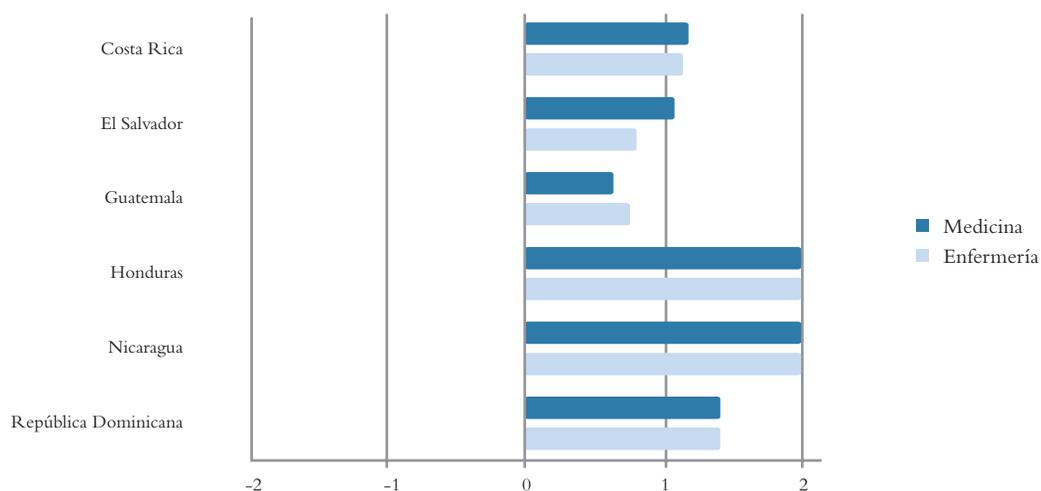
- Muy en desacuerdo -2
- En desacuerdo -1
- Indiferente 0
- De acuerdo 1
- Muy de acuerdo 2

Con esta pregunta exploramos la percepción sobre el impacto que tiene la migración en la capacidad de respuesta en un parámetro crítico del

sistema de salud, cuál es su capacidad resolutive.

El perfil de las respuestas es similar al observado en las dos respuestas anteriores, nuevamente la respuesta se muestra más concordante con esta afirmación en los casos de Honduras, Nicaragua, y menor, aun cuando concordante, en los casos de Costa Rica, El Salvador y Guatemala. El caso de República Dominicana mantiene consistentemente un nivel intermedio, como en las respuestas observadas en las dos preguntas anteriores.

7. La migración de profesionales de la salud hacia el exterior es un proceso que afecta la eficiencia del sistema de formación y desarrollo de Recursos Humanos en salud, al generarse una inversión que se perderá de manera importante con la migración internacional.



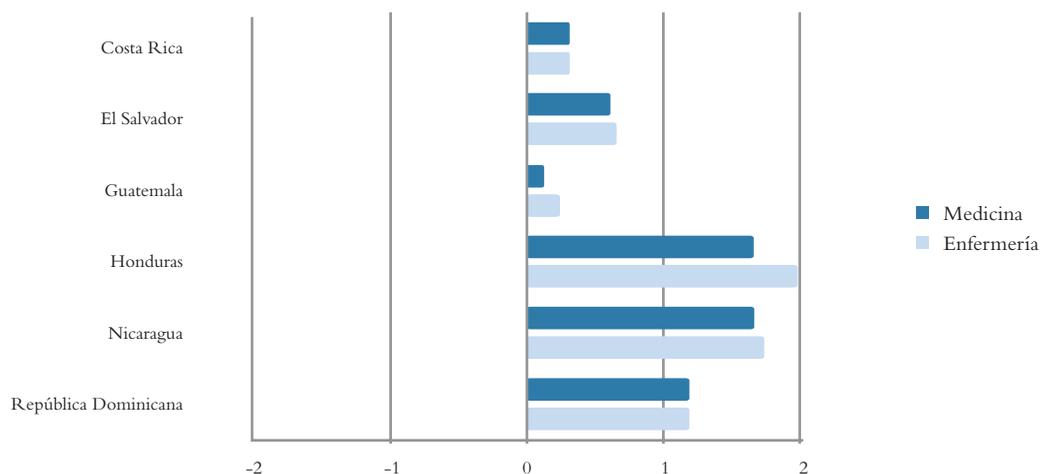
#### Leyenda

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

Independiente del nivel de impacto sobre el sistema de salud, se explora en que grado se percibe que este afecta al sistema (o subsistema, dependiendo de la taxonomía empleada) de formación y desarrollo de recursos humanos (aplican-

do como parámetro, el nivel de inversión que se ha realizado) referente empleado en múltiples ocasiones para analizar el impacto de la migración calificada. En este punto se encuentra que Honduras y Nicaragua perciben de manera muy clara este impacto, y en menor intensidad Costa Rica, El Salvador y Guatemala.

8. La migración de médicos, por incidir principalmente en los médicos jóvenes y recién egresados, compromete de manera significativa la disponibilidad futura de la fuerza de trabajo de médicos y enfermeros (as).



### Leyenda

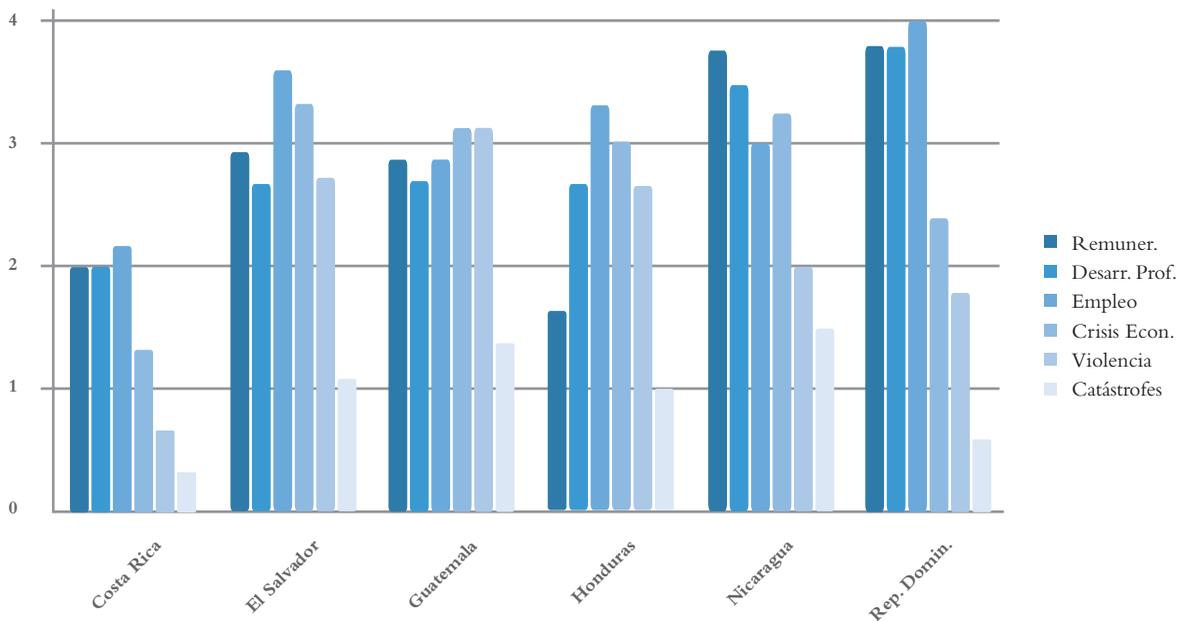
- Muy en desacuerdo -2
- En desacuerdo -1
- Indiferente 0
- De acuerdo 1
- Muy de acuerdo 2

Se estima por los encuestados que la migración afectará la disponibilidad de la fuerza de trabajo de profesionales de medicina y enfermería en el futuro, visibilizándose que esta afectación será mayor en el caso de Honduras, Nicaragua y República Dominicana y menor en el caso de Costa Rica, El Salvador y Guatemala. Vinculando estas respuestas a las anteriores, se observa

que Honduras, Nicaragua y República Dominicana visualizan un nivel de impacto importante tanto en el sistema de salud como en el sistema de formación, y homogéneamente Costa Rica, El Salvador y Guatemala señalan un nivel de impacto menor en ambos sistemas. Sin embargo una lectura más detallada mostraría una leve mayor preocupación de estos países por la inversión pérdida.

### 5.3 Determinantes: Factores Expulsores y Atractores

9. ¿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 1

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

### Leyenda 2

- Remuner *Bajas remuneraciones*
- Desarr Prof *Limitadas oportunidades de desarrollo profesional*
- Empleo *Pocas oportunidades de empleo adecuado*



- Crisis Econ *Crisis Económica*
- Violencia *Violencia e Inseguridad*
- Catástrofes *Catástrofes naturales*

Con esta pregunta se analiza la percepción que tienen los líderes encuestados sobre cuáles son los factores que inciden en la decisión de emigrar de los profesionales de medicina (en términos de la literatura sobre migración: factores expulsores). En tal sentido se observa que si bien, el peso de los factores correspondientes a bajas remuneraciones, limitadas oportunidades de desarrollo profesional, pocas oportunidades de empleo adecuado, crisis económica y violencia e inseguridad están presentes en mayor o menor medida en casi todos los países de manera importante y las catástrofes naturales es considerado poco importante, hay diferencias que deben ser anotadas:

- En el caso de Costa Rica, el conjunto de los factores tiene entre poca y algo de importancia, siendo en conjunto menor al encontrado en otros países. De estos factores, destacan bajas remuneraciones, limitadas oportunidades de desarrollo profesional y pocas oportunidades de empleo por encima de los otros factores. Es notorio el muy bajo peso atribuido a violencia e inseguridad cuando se compara con otros países.
- Los casos de El Salvador y Guatemala muestran perfiles similares, siendo las bajas remuneraciones, las limitadas oportunidades de desarrollo profesional, las pocas oportunidades de empleo, la crisis económica y la violencia e inseguridad factores importantes. Es decir prácticamente todos los factores, con excepción de las catástrofes naturales.
- En Honduras se visibiliza un menor peso a las bajas remuneraciones, con respecto a los otros países, pero igualmente los encuestados de El Salvador y Guatemala atribuyen un peso importante a las limitadas oportunidades de desarrollo profesional, las pocas oportunidades de empleo, la crisis econó-

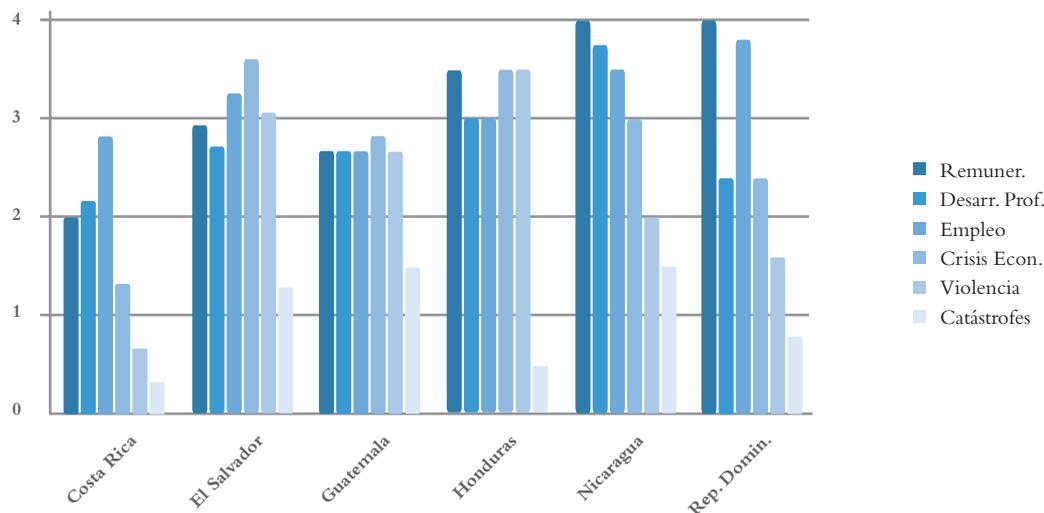
mica y la violencia e inseguridad, como factores expulsores.

- Nicaragua presenta un perfil que muestra un mayor peso relativo atribuido a las bajas remuneraciones (“muy importante”), conjuntamente con algo menor atribuido a las limitadas oportunidades de desarrollo profesional, las pocas oportunidades de empleo, la crisis económica. Es de destacar el menor peso atribuido a Violencia e Inseguridad (“algo importante”)
- Finalmente, en el caso de República Dominicana, las bajas remuneraciones, las limitadas oportunidades de desarrollo profesional y las pocas oportunidades de empleo, son factores prácticamente muy importantes, mientras que crisis económica y violencia e inseguridad son “algo” importantes”.

El bajo peso atribuido en todos los países a las catástrofes naturales puede ser explicado, al menos en parte, por la eventualidad con que estos fenómenos se presentan, y a que este segmento profesional calificado es afectado en menor grado que las poblaciones en general.

Así, el analizar con cuidado el peso específico de cada uno de estos factores – factores expulsores – en la decisión de emigrar, es fundamental para efectos de priorizar las intervenciones que se requieren realizar.

10. *¿Cómo caracterizaría el peso de cada uno de los siguientes factores que existen en su país en la decisión de emigrar que adopta un(a) enfermero(a)?*



### Leyenda 1

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

### Leyenda 2

- Remuner *Bajas remuneraciones*
- Desarr Prof *Limitadas oportunidades de desarrollo profesional*
- Empleo *Pocas oportunidades de empleo adecuado*
- Crisis Econ *Crisis económica*
- Violencia *Violencia e inseguridad*
- Catástrofes *Catástrofes naturales*

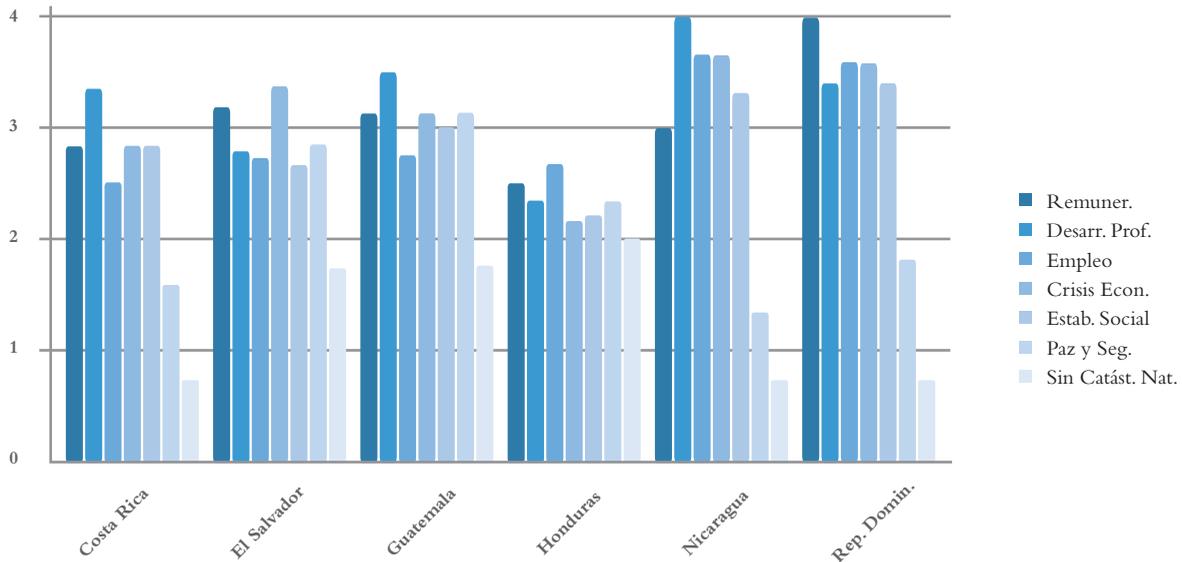
El análisis de la percepción sobre el peso que tienen cada uno de los factores expulsores en la decisión de emigrar por parte de los profesionales de enfermería muestra perfiles significativamente diferentes entre algunos de los países:

- Costa Rica muestra un peso del conjunto de sus factores, menor al de los otros países, con excepción del de pocas oportunidades de

empleo, que se constituye en el factor más importante para los profesionales de este país. Es de destacar igualmente el bajo peso atribuido a crisis económica, y el muy poco peso atribuido a violencia e inseguridad.

- El Salvador, Guatemala y Honduras presentan un perfil similar, atribuyendo importancia a todos los factores, con excepción del de catástrofes naturales.
- En el caso de Nicaragua, el peso de los factores es similar al anterior caso, con excepción de un menor peso atribuido a la violencia e inseguridad.
- República Dominicana presenta como factores principales las bajas remuneraciones y las pocas oportunidades de empleo como los factores muy importantes, Al igual que Nicaragua la violencia tiene una menor importancia, aun cuando no llega a los niveles de Costa Rica.

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



### Leyenda 1

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

### Leyenda 2

- Remuner *Elevadas remuneraciones*
- Desarr prof *Mejores oportunidades de desarrollo profesional*
- Empleo *Oportunidades de empleo adecuado*
- Estab econ *Estabilidad económica*
- Estab social *Estabilidad social*
- Paz y seg *Paz y seguridad ciudadana*
- Catástrofes *Sin catástrofes naturales*

Esta pregunta explora el peso que se atribuye a los factores atractores en la decisión de emigrar de los profesionales de medicina. Se eligió como destino Estados Unidos de Norteamérica, dada la evidencia de ser este el destino preponderante

de los profesionales de la salud que emigran, pero a la vez por poder clarificar el peso atribuido a los factores expulsivos, en función de un solo destino.

Los datos mostrados nos indican algunos elementos que deberían dar pie a un estudio en profundidad:

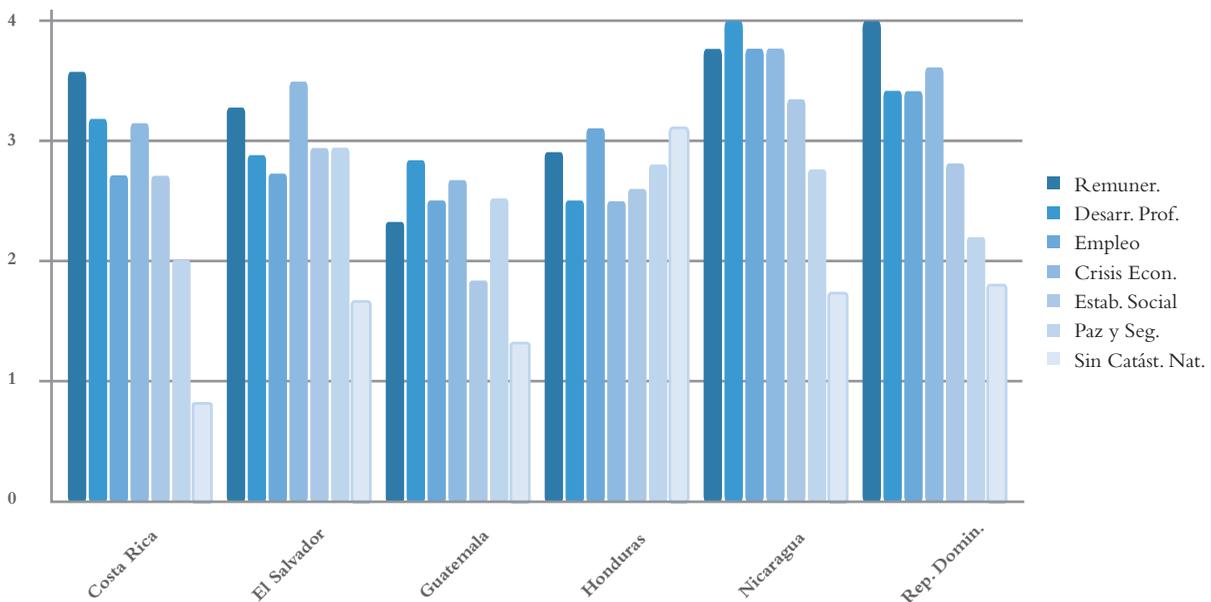
- Prácticamente el conjunto de los factores son considerados importantes (elevadas remuneraciones, mejores oportunidades de desarrollo profesional, oportunidades de empleo adecuado, estabilidad económica, estabilidad social, y paz y seguridad ciudadana), inclusive para Costa Rica, con excepción de la ausencia de catástrofes naturales, que es valorado entre “algo” y “poco” importante, mostrando un perfil en espejo con respecto a los factores expulsivos.
- Las mejores oportunidades de desarrollo profesional tienen un peso preponderante en prácticamente todos los casos, siendo el principal en Costa Rica, Guatemala y Nicaragua.

- La paz y seguridad es valorada como un factor importante en los casos de El Salvador y Guatemala, y en menor medida en los otros países. Costa Rica es el que le atribuye la menor importancia.

La heterogeneidad de los factores expulsivos y atrayentes muestra la necesidad de políticas, en el caso de los médicos, amplias en su alcance, que aborden paralelamente varios factores, con el fin de poder impactar en la decisión de emi-

grar de manera efectiva. Esta construcción de políticas en varios casos rebasa los marcos del sector salud sensu strictu, como la paz y seguridad ciudadana, pero a la vez existen otros factores que dependen directamente de las políticas del propio sector.

12. ¿Cómo caracterizaría el peso de cada uno de los siguientes factores que existen en Estados Unidos en la decisión de emigrar que adopta un enfermero(a) de su país?



### Leyenda 1

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

### Leyenda 2

- Remuner *Elevadas remuneraciones*
- Desarr prof *Mejores oportunidades de desarrollo profesional*

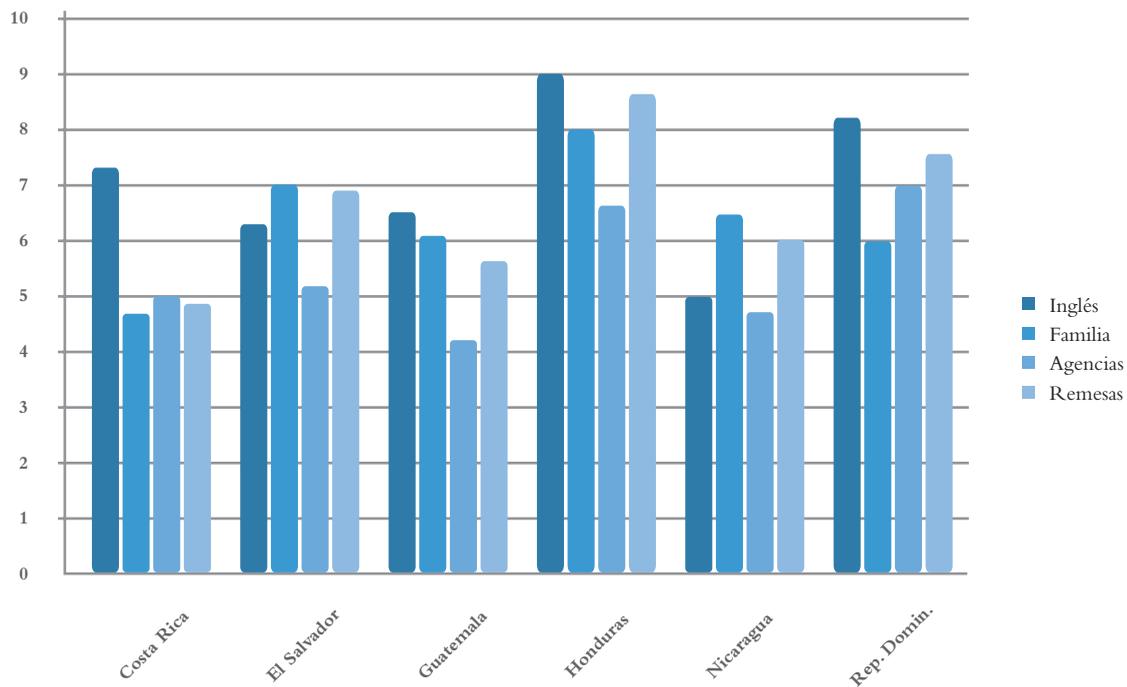
- Empleo *Oportunidades de empleo adecuado*
- Estab econ *Estabilidad económica*
- Estab social *Estabilidad social*
- Paz y seg *Paz y seguridad ciudadana*
- Catástrofes *Sin catástrofes naturales*

El perfil de las respuestas cuando se interroga sobre el peso atribuido a los factores atrayentes en la decisión que se adopta por los profesionales de enfermería es en gran medida similar al de los médicos, con algunas excepciones:

- El principal factor que se encuentra es mayoritariamente las mejores remuneraciones, con excepción de Guatemala y Nicaragua. Un análisis de la brecha entre las remuneraciones de los diferentes grupos profesionales permitiría aclarar esta diferencia.
- El peso que se atribuye a las mejores oportunidades de desarrollo profesional es relativamente menor al encontrado en el caso de los médicos, con relación a los otros factores. En el caso de los profesionales de enfermería, este es ligeramente preponderante solo en Guatemala y en Nicaragua.

Nuevamente señalamos que el abanico de factores, y el peso relativamente importante de prácticamente todos, obligan a una construcción de políticas que aborde de manera amplia e integral el tema. Existen especificidades en cada país, pero la necesidad de este tipo de abordaje sería aplicable al conjunto, con las particularidades que se requieren.

13. ¿Qué importancia asigna a los siguientes factores en la decisión de un médico de emigrar a Estados Unidos?



**Leyenda 1**

- Nula Importancia 0
- Gran Importancia 10

**Leyenda 2**

- Inglés *Idioma Inglés*
- Familia *Presencia de familiares*

- Agencias *Facilidades brindadas por agencias de reclutamiento*
- Remesas *Posibilidad de enviar remesas*

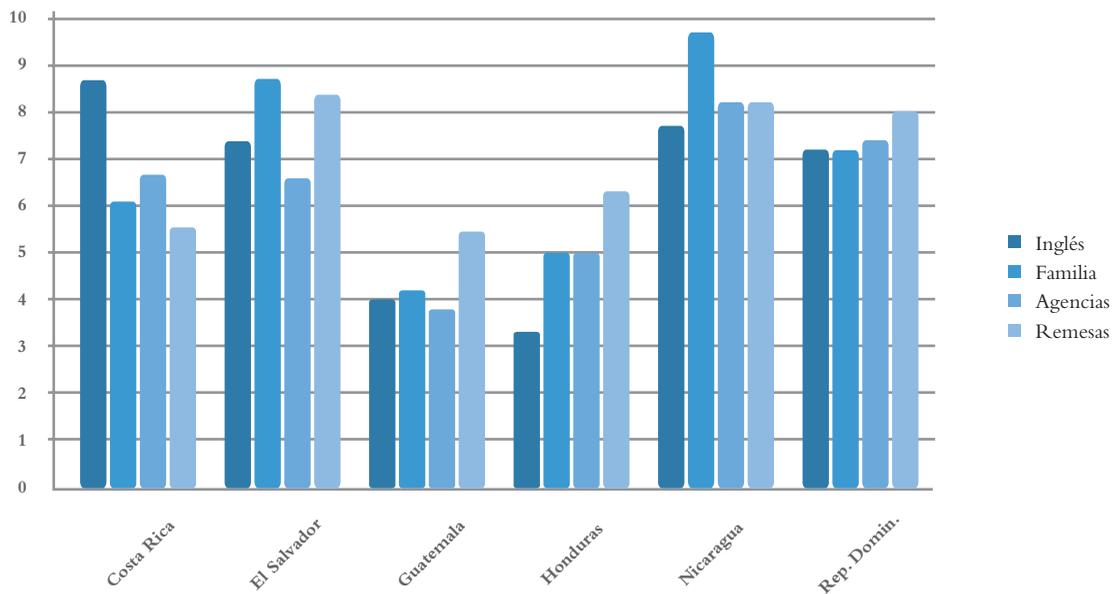
Con esta pregunta, sobre la importancia de algunos factores en la decisión de emigrar de un profesional de medicina, se recoge la percepción sobre algunos factores que también inciden en la población en general (idioma inglés, presencia de

familiares y posibilidades de enviar remesas), así como aquella vinculada directamente al reclutamiento activo: facilidades brindadas por agencias de reclutamiento. Observamos:

- En el caso de Costa Rica, el idioma inglés es un factor preponderante sobre los otros.
- El resto de los países muestra un perfil similar, caracterizado por un peso importante del conjunto de los factores, destacando de manera importante la posibilidad de enviar remesas
- Un comentario especial requiere el de las

facilidades brindadas por las agencias de reclutamiento. El peso de este factor es en términos generales comparable al de los otros factores, mostrando la importancia de este factor, con un peso relativamente mayor en Honduras y Santo Domingo y menor en Guatemala. Nuevamente este resultado brinda la base para un estudio en detalle, preferiblemente cuali-cuantitativo por la naturaleza de la variable interviniente.

14. ¿Qué importancia asigna a los siguientes factores en la decisión de un enfermero(a) de emigrar a Estados Unidos?



#### Leyenda 1

- Nula Importancia 0
- Gran Importancia 10

#### Leyenda 2

- Inglés *Idioma Inglés*
- Familia *Presencia de familiares*
- Agencias *Facilidades de agencias de reclutamiento*
- Remesas *Posibilidad de enviar remesas*

Cuando se analizan los factores para el caso de los profesionales de enfermería, se observan algunas particularidades:

- En el caso de Costa Rica, el peso del inglés se reitera tal como se había encontrado en el caso de los médicos, siendo preponderante sobre los otros factores.
- El Salvador muestra un peso mayor para los factores vinculados al entorno familiar (presencia de familiares y posibilidades de enviar



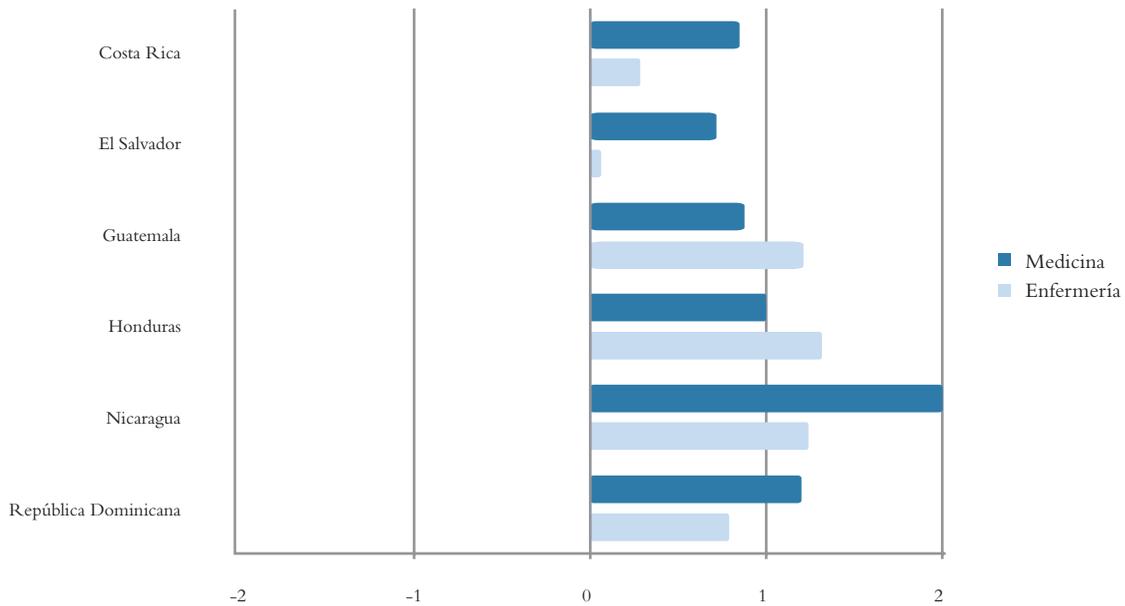
remesas). Es importante considerar que este grupo profesional está mayormente constituido por mujeres, muchas veces madres de familia, lo que puede explicar la importancia atribuida a este factor – finalmente de género; en este caso, un patrón que se repite en Guatemala, Honduras y Nicaragua,

- Es de destacar asimismo el peso importante que tiene las facilidades brindadas por las agencias de reclutamiento, con niveles mayores inclusive al encontrado para el caso de los médicos en el conjunto de los países, con excepción de Honduras, lo que sugeriría el mayor énfasis atribuido a este grupo profesio-

nal por parte de estas organizaciones.

- Las remesas ocupan un lugar destacado, como señaláramos en el párrafo anterior, lo que se observa especialmente en El Salvador, Nicaragua y República Dominicana, lo que va de la mano con la realidad que se presenta en la población migrante en general.

15. *La actual formación del profesional de salud privilegia un modelo que incorpora un fuerte componente tecnológico. Es natural en tal sentido que los profesionales de medicina y enfermería procuren emigrar a aquellos lugares en que esta tecnología encuentra su mayor desarrollo.*



### Leyenda

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

Con esta pregunta exploramos en qué medida se percibe que la formación con un enfoque científico tecnológico, incide en la decisión de migrar. Podemos observar:

- En el caso de Costa Rica, se asigna un peso relativamente mayor en el caso de los médicos, menor en el de los profesionales de enfermería.
- En El Salvador encontramos que el peso es significativamente (casi nulo) atribuido a este factor en el caso de los profesionales de enfermería.
- El patrón encontrado en el caso de Guate-

mala y Honduras es prácticamente similar, mostrando una ligera mayor concordancia en el caso de enfermería.

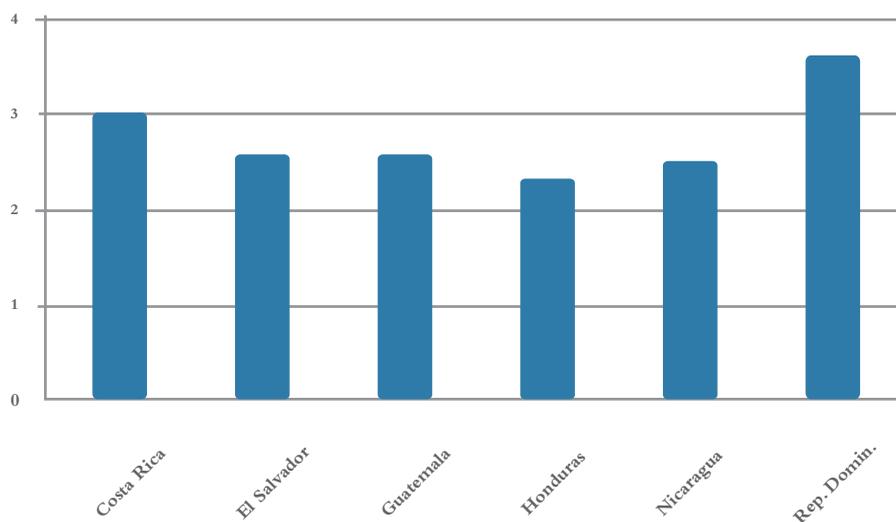
- En los casos de Nicaragua y República Dominicana encontramos que el peso es mayor en el caso de los médicos con respecto a los profesionales de enfermería.

Así, se encuentra que la formación, en los moldes en que se desarrolla, incide de manera importante en la decisión de emigrar, con excepción del caso citado de enfermería en El Salvador, lo que invita a realizar una mirada en

profundidad. Subyace en esta cuestión el desafío de poder equilibrar una enseñanza de calidad, que incorpore con racionalidad y pertinencia los aportes de la tecnología, con un escenario social que requiere conocimientos y destrezas integrales.

#### 5.4. Políticas a implementar

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



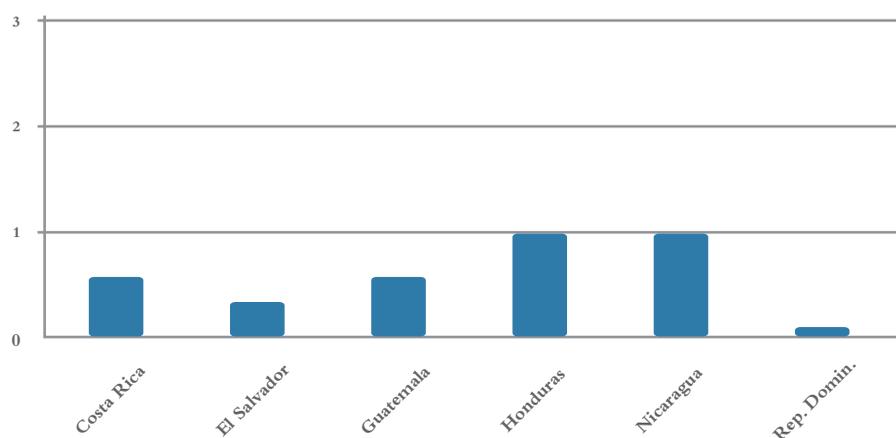
#### Leyenda

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

Procuramos explorar la percepción sobre la factibilidad de construir políticas en el sector salud para abordar el tema de la migración. Los resultados muestran un nivel similar de percepción, entre “algo factible” y “factible”, con excepción de República Dominicana que se ubica entre

“factible” y “muy factible”. Es importante señalar la importancia de estas respuestas, dado que quienes las brindan son justamente quienes están en gran medida involucrados en la construcción de estas políticas. Las razones de esta opinión, en términos de factibilidad, pueden ser muchas pero permiten una apreciación de la resultante final del conjunto de las razones que podrían esgrimirse.

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



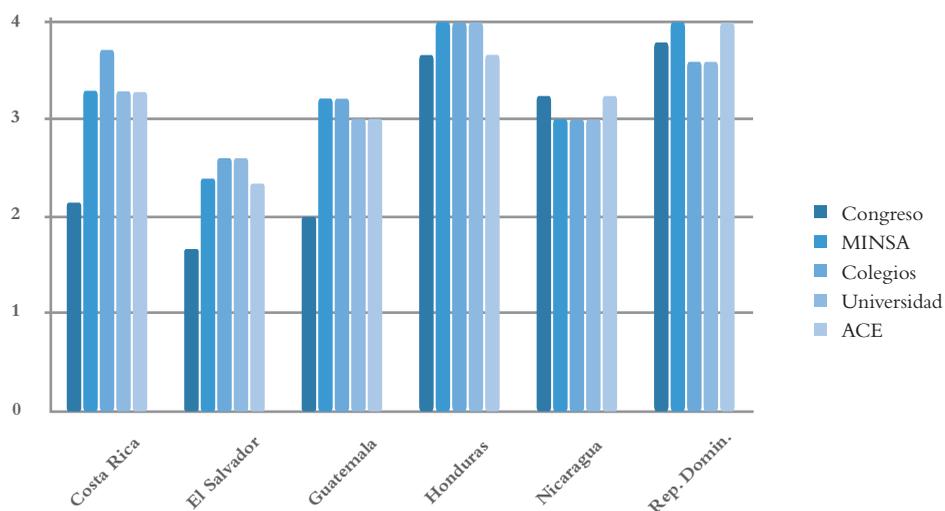
### Leyenda

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

Con esta pregunta validamos la información encontrada en la revisión documentaria realizada con respecto al avance en la formulación e implementación de políticas para abordar el fenómeno migratorio. Se observa que aún no se cuenta con políticas, estando en preparación, según la percepción de los encuestados, en el caso de Honduras y Nicaragua, y con un menor

avance en el resto de los países. Es importante confrontar estas respuestas con aquellas dadas en la pregunta 5, en que se prevé una mayor importancia en el tema, constituyéndose en un desafío que requiere ser enfrentado. La Organización Panamericana de la Salud está llamada a jugar un papel fundamental en el proceso de construcción de estas políticas.

18. ¿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 profesionales de la salud?



### Leyenda 1

- Nulo 0
- Bajo 1
- Regular 2
- Alto 3
- Muy Alto 4

### Leyenda 2

- Congreso *Congreso de la República*
- MINSA *Ministerio de Salud o equivalente*
- Colegios *Colegios Profesionales*
- Universidad *Universidad*
- ACE *Agencia u Organismo de Cooperación Externa*

Con esta pregunta exploramos la percepción de los encuestados sobre cuál sería el grado de involucramiento de las instituciones en el proceso de construcción de las políticas para abordar el tema de la migración de profesionales de la salud. Encontramos que:

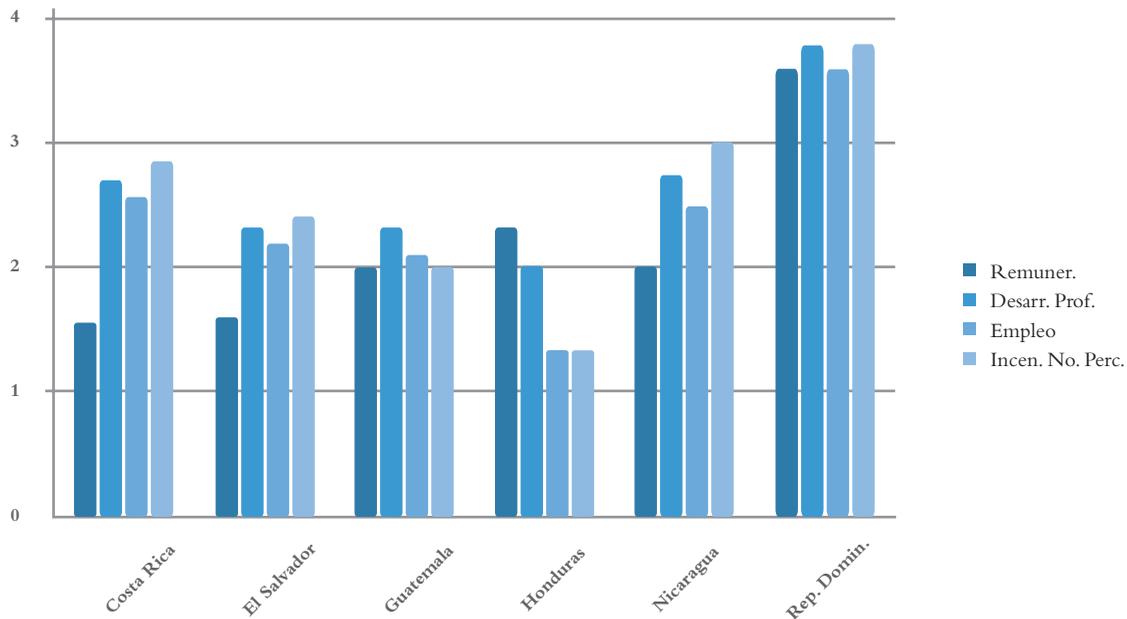
- En términos generales el grado de involucramiento de las instituciones sería entre

alto y muy alto, con excepción de El Salvador en que se percibe que este sería algo menor.

- Las expectativas de que el Congreso se involucre son regulares para los casos de Costa Rica, El Salvador y Guatemala, y mayores en los casos de Honduras, Nicaragua y República Dominicana.
- En forma consistente, en prácticamente todos los países, el Ministerio de Salud, los colegios profesionales, las universidades y las agencias u organismos de cooperación externa, se perciben con alta capacidad de involucrarse en este tema.

Estos datos reafirman la viabilidad de poder construir políticas que aborden el tema de la migración, involucrando instituciones y actores en este esfuerzo.

19. ¿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 profesionales de la salud al exterior?



**Leyenda 1**

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

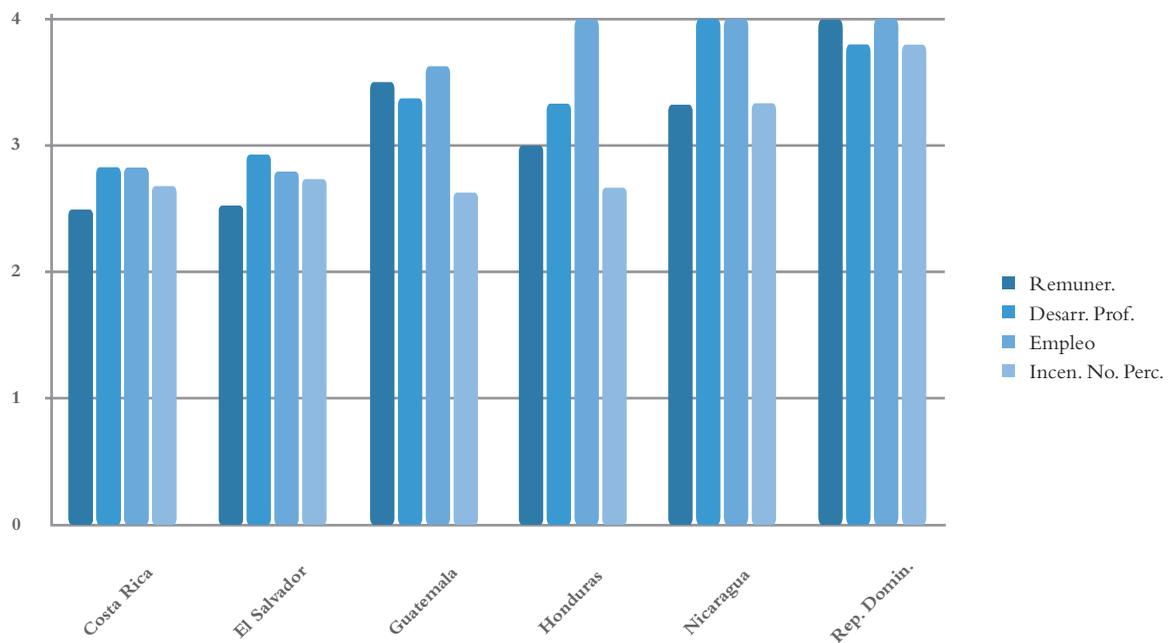
**Leyenda 2**

- Remuner *Elevar las remuneraciones*
- Desarr Prof *Mejores oportunidades de desarrollo profesional*
- Empleo *Mejorar las oportunidades de empleo adecuado*
- Incent No Pec *Generar incentivos no pecuniarios*

Procuramos explorar sobre qué factores sería más factible actuar con el fin de modular la migración. Encontramos que:

- En general se percibe que la factibilidad de mejorar la situación es considerada mejor en Costa Rica, Nicaragua y República Dominicana, siendo mayor en República Dominicana llegando a estar entre “factible” y “muy factible”.
- En el caso de Costa Rica, de los 4 factores indagados, el de remuneraciones es el menos factible de modificar, ubicándose entre “poco” a “algo” factible.
- El Salvador, Guatemala y Honduras presentan una percepción de que es “algo factible” modificar los factores explorados, siendo menor aún en el caso de El Salvador para el caso de remuneraciones, y en el caso de Honduras menor para Empleo e Incentivos no pecuniarios.

20. *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 1

- Nulo impacto 0
- Poco impacto 1
- Algo de impacto 2
- Alto impacto 4

### Leyenda 2

- Remuner *Elevar las remuneraciones*
- Desarr Prof *Mejores oportunidades de desarrollo profesional*
- Empleo *Mejorar las oportunidades de empleo adecuado*
- Incent No Pec *Generar incentivos no pecuniarios*

Los resultados encontrados con esta pregunta nos muestran que la percepción del impacto de estas medidas es que serían de “impacto” a “alto impacto” en la posibilidad de modular el proce-

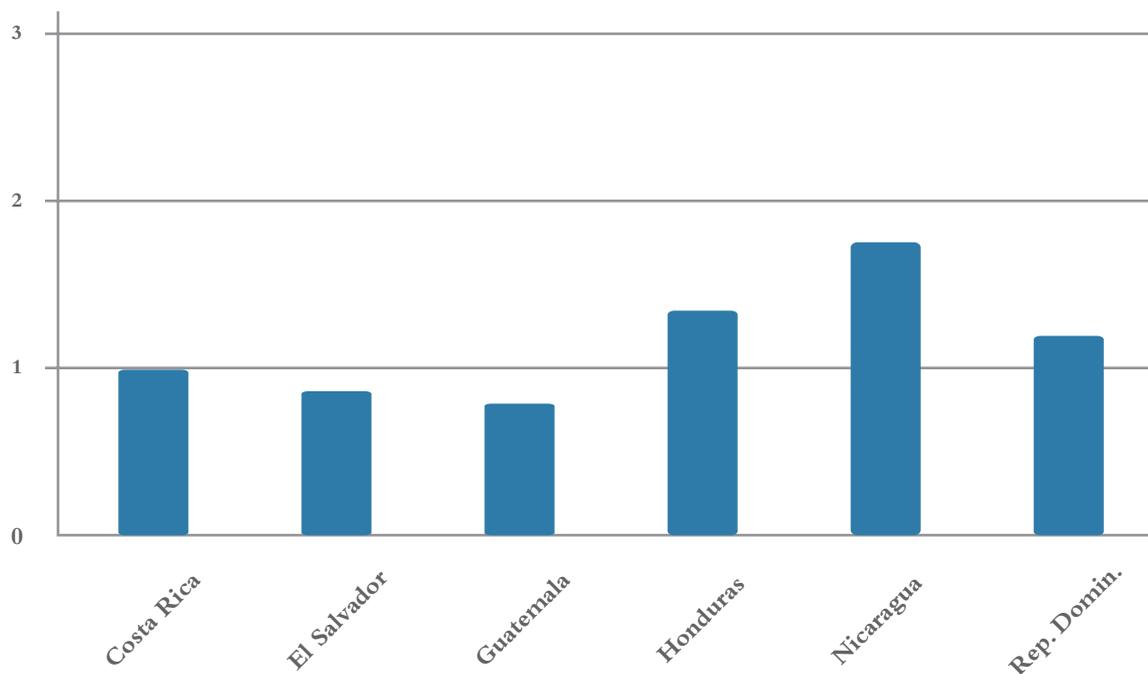
so migratorio de profesionales al exterior, en el caso de Guatemala, Honduras, Nicaragua y República Dominicana, algo menor, en términos generales en el caso de Costa Rica y El Salvador.

De manera general, el empleo es el que presenta una mayor capacidad de impacto, seguido del desarrollo profesional, las mejores remuneraciones y los incentivos no pecuniarios.

Es importante resaltar que esta percepción sobre el impacto del empleo adecuado, se da especialmente en países que afrontan brechas importantes en la disponibilidad de profesionales en sus sistemas de salud.

### 5.5 Abordaje internacional

21. Con relación al Código de Práctica Mundial de la OMS sobre la Contratación Internacional de Personal de la Salud, marque el grado de conocimiento:





### Leyenda

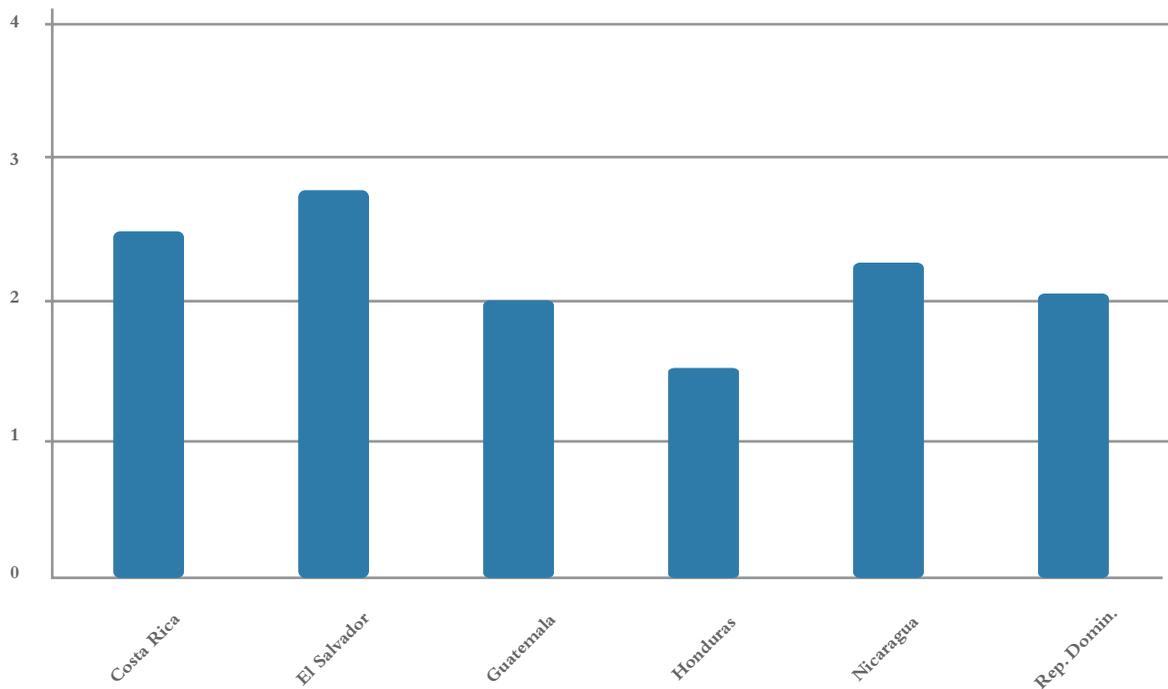
- No había escuchado de el 0
- Había escuchado de el pero no lo he leído 1
- Lo he leído, pero no lo conozco con precisión 2
- Lo he leído y lo conozco bien 3

Con esta pregunta exploramos en qué medida se conoce el Código de Práctica Mundial de la OMS sobre la Contratación Internacional de Personal de la Salud. Se evidencia que este es poco conocido (“había escuchado de el, pero no lo he leído”), con un relativamente mayor grado de conocimiento en los encuestados de Nicaragua. Esta percepción indicaría que este instrumento aún no ha logrado difundirse de manera

efectiva, privando a los líderes de la riqueza y efectividad de un instrumento a considerar en el proceso de construcción de las políticas, tanto desde un punto de vista utilitario, como, y más importante consideramos, conceptual, de cómo afrontar el tema de la migración calificada.

Paralelamente y recíprocamente plantea un desafío a la Organización Mundial de la Salud en términos de la efectividad de sus canales de comunicación, al observarse que para el conjunto de los países el nivel de conocimiento es bajo, con respecto a lo que habría de esperar para líderes del sector salud.

22. *¿Cómo califica la factibilidad de implementar el Código de Práctica Mundial de la OMS sobre la Contratación Internacional de Personal de la Salud?*



### Leyenda

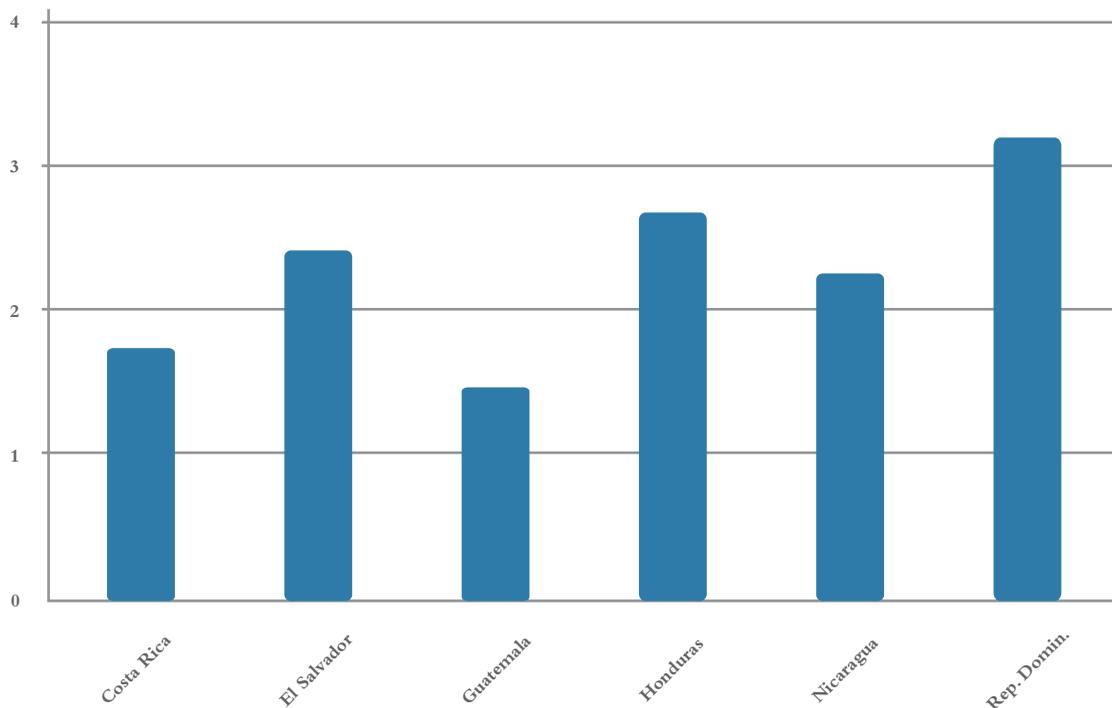
- Nada factible 0
- Poco factible 1
- Algo factible 2
- Factible 3
- Muy factible 4

Encontramos primeramente que, en la medida en que hay un bajo nivel de conocimiento del *Código de Práctica Mundial de la OMS sobre la Contratación Internacional de Personal de la Salud*, esta se constituye en una limitación para confiar

en las respuestas a esta pregunta.

Las respuestas encontradas establecen que se consideraría “algo factible” el implementarlo, siendo algo mayor en Costa Rica y El Salvador. Honduras es donde encontramos, desde la percepción de los encuestados, una menor factibilidad.

23. *¿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

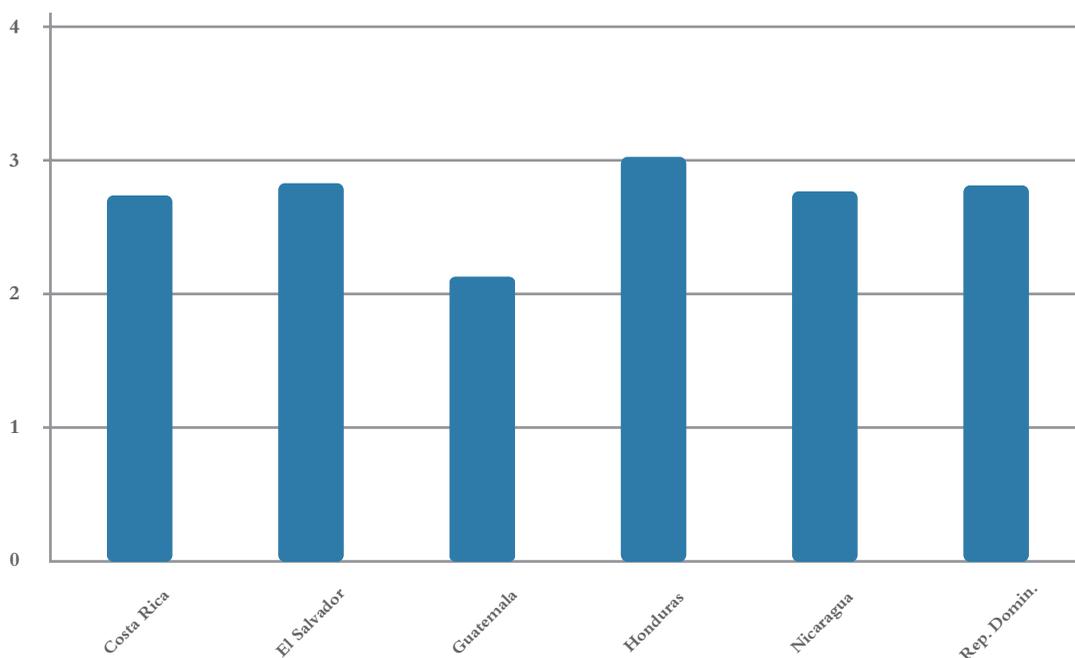
En este caso exploramos la percepción que se tiene sobre otra de las formas de compensación que se tiene con relación al proceso de migración de profesiones de la salud, y en particular de médicos, considerando sistema de compensación financiera de los países desarrollados a los países en desarrollo, por la transferencia de

recursos humanos calificados a través de la migración.

En general la percepción varía, mostrando un mayor optimismo en el caso de República Dominicana. Guatemala es donde se percibiría una menor viabilidad para un abordaje de esta naturaleza. Costa Rica, El Salvador, Honduras y

Nicaragua ocupan un lugar intermedio.

24) *¿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?*



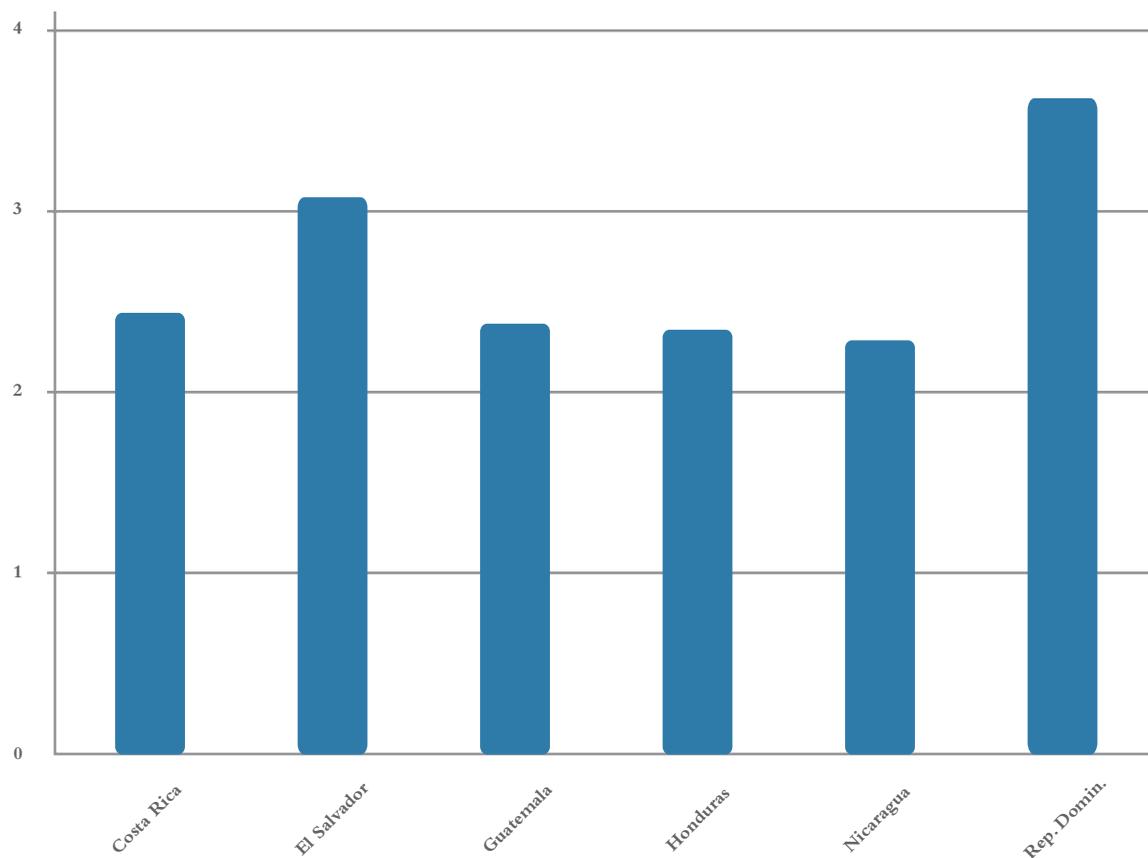
#### Leyenda

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

En este caso exploramos la percepción que se tiene sobre un sistema de compensación no financiera (programas de transferencia de tecnología, programas de intercambio, becas, etc.) de los países desarrollados a los países en desa-

rollo. La perspectiva en este tema es más optimista en todos los países, cuando se compara las respuestas a la pregunta anterior (sistema de compensación financiera), llegando a considerarse prácticamente “factibles” en todos los países, con excepción de nuevamente Guatemala en que los encuestados consideran este abordaje con menor optimismo: “algo factible”.

25. *¿Cómo califica la factibilidad de implementar una política común de los países de América Central 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

En relación a la factibilidad de implementar una política común de los países de la subregión de Centroamérica y República Dominicana que permita un abordaje conjunto en el tema de la migración de profesionales de la salud se percibe de manera heterogénea esta factibilidad. Mejor en el caso de El Salvador y República Dominicana, llegando a ser factible, mientras que en los restantes países, se considera “algo factible”.

Los procesos de integración a los que asisten estos países en Centroamérica requieren abordar esta diferente confianza, y el entender las razones que subyacen a esta percepción, puede ser importante en el tema.

Este acápite permite identificar una importancia relativamente baja otorgada al problema de la migración calificada, una claridad en los factores atractores y expulsos existentes.

## 6. Condiciones para la migración por países

### 6.1. Belice

Belice viene desarrollando un importante proceso de reforma desde el año 2007, el cual se ha centrado en el fortalecimiento de la capacidad regulatoria y organizacional del sector público, la mejora en la cobertura y calidad de los servicios públicos y el establecimiento del aseguramiento nacional en salud (National Health Insurance Scheme- NHIS).

En este marco de reforma, un objetivo central es el de desarrollar una política nacional para identificar, optimizar y gestionar mejor los recursos humanos en salud. Los elementos que están siendo considerados para este objetivo son a) El mejorar la distribución nacional de recursos humanos; b) Gestionar la migración; y c) Definir las pautas para una estrategia de seguimiento y evaluación de los recursos humanos.

El Belize Health Information System (BHIS) integra las diversas fuentes de información en salud y proporciona a todos los ciudadanos una historia clínica electrónica. Como parte de este programa, se ha desarrollado un módulo de recursos humanos, como un componente clave del sistema de información<sup>8</sup>. Esto permite contar con una perspectiva de datos en línea, y en tiempo real, que se constituyen en valiosos insumos para el análisis y la toma de decisiones. Emergen en estas perspectivas como prioritarias la constitución de una unidad de conducción estratégica, la conformación de equipos regionales y el desarrollo de un plan estratégico en recursos humanos (PAHO,2009).

<sup>8</sup>Utilizando los registros de personal del Ministerio de Salud se obtuvo datos sobre todos los empleados de los sectores público y privado en los meses de junio a agosto de 2009. Además, la información detallada sobre los graduados de la Universidad de Belice entre 2000 y 2009 también se recopiló y revisó. La vinculación de los datos de posgrado a los datos recursos humanos de salud proporcionaron una indicación del grado de retención y distribución nacional de profesionales de la salud graduados en todo Belice (PAHO, 2009).



FIG. 4. Organización Política Administrativa de Belice.

#### Situación de los recursos humanos

Es importante analizar la disponibilidad de recursos humanos, en función de su densidad. En los 90s, Belice se ubicó en el puesto 40° de los 47 países de la región de las Américas, mostrando a lo largo de la década un importante crecimiento que le permitiría ubicarse en el puesto 29<sup>a</sup> en el año 2000 y en el 1° puesto entre los 7 países centroamericanos (PAHO, 2009). Sin embargo, detrás de estos datos, la composición de la fuerza laboral mostraba en el año 2005, que de los 30 países analizados, sólo tres tenían un menor número de médicos por 10.000 habitantes que Belice.

Hay alrededor de 30 nacionalidades y grupos étnicos en la fuerza laboral de salud de Belice. En particular, los mestizos y los mayas no están bien representados en el personal de salud profesional (36% combinado), aunque en conjunto representan el 63% de la población total. Por otro lado, aproximadamente el 38% de los trabajadores de salud sólo hablan Inglés, el 5% sólo habla español, mientras que el 41% habla español e Inglés.

Sólo el 38% de los puestos de trabajo son “establecidos” (puestos de trabajo permanentes o seguros) dentro de la fuerza laboral de salud, mientras que el 23% de los puestos son cubiertas por trabajadores voluntarios o “precarios”, como contrato, a tiempo parcial, a corto plazo, o trabajadores por hora.

Voluntarios cubanos son reclutados principalmente para cubrir las brechas en la prestación de servicios de atención primaria. Sólo el 20% de todos los médicos están empleados en puestos de planilla. Alrededor del 80% de todos los profesionales de la salud (es decir, los trabajadores clínicos y profesionales de la salud) están empleados en el sector público.

El Distrito de Belice tiene la mayor densidad de trabajadores de salud, mientras que el Distrito de Cayo tiene la menor densidad relativa. La relación de trabajadores en el área urbana con respecto al área rural, según datos de 2009, era de 6,4 a 1. En contraste, el 52% de la población de Belice vive en zonas rurales, y sólo el 13,6% de los trabajadores reside allí.

Sólo un 51% de los graduados de la Universidad de Belice entre 2003 y 2007, trabajaban en el 2009 en el sistema de atención de salud de Belice. De estos, alrededor del 80% de los graduados regresaron a los distritos en los que residían cuando postularon a la Universidad de Belice<sup>9</sup>.

Las tasas de aplicación a los programas de formación en salud en la Universidad de Belice se han duplicado en la última década. Sin embargo, y aún cuando las tasas de aceptación de candidatos son frecuentemente mayores al 80%, las matrículas de los estudiantes están entre el 53 y el 60%. La tasa de graduación estuvo en el 34% entre el 2001 y 2005. Más aun, de más de 7.000 postulantes sólo 528 graduados. Paralelamente, el número de graduados varió ampliamente entre los 10 programas ofertados entre 2000 y 2009. Por ejemplo, mientras que hubo 26 graduados en obstetricia en el 2002, no hubo graduados entre el 2004 y el 2006. Similarmente en enfermería de 5 graduados en el 2006, hubo 26 en 2008.

Por otra parte, solo el 21% de los graduados provenían de las zonas rurales, en contraposición al 52% de la población antes descrita.

De los 142 graduados de enfermería en los últimos años, 117 eligieron tomar el examen de certificación de enfermería, siendo aprobado aproximadamente en la primer año por el 50%.

Para el año 2009, la proporción de médicos, enfermeras y obstétricas por 10.000 habitantes alcanza a 18,8 (<http://dev.observatoriorh.org/centro/?q=node/117>). De esta manera se estima que se requeriría un incremento anual de 32 médicos, enfermeras y parteras para alcanzar la densidad de 25 por 10.000 en el 2015, más un adicional de 26 al año para afrontar el crecimiento de la población, constituyendo un requerimiento de incremento total anual de 58 profesionales.

La producción media de todos los programas de formación en salud en la Universidad de Belice en la última década ha sido 53 por año. Los programas de enfermería y obstetricia tienen un promedio de menos de 14 graduados por año, muy por debajo de los requerimientos previstos.

<sup>9</sup>Los programas de formación de la University of Belize incluyen: Social Work, Medical Laboratory Technology, Pharmacy, Public Health Inspectors, Professional Nursing, Rural Health Nursing, Public Health Nursing, Midwifery, Psychiatric Nurse Practitioner and Practical Nursing



El Informe 2011 sobre logros en las metas en recursos humanos<sup>10</sup>, señala que se ha alcanzado un 75% en la densidad de recursos humanos. Sin embargo, la proporción de médicos en el primer nivel de atención excede el 40% de la fuerza laboral médica, y se llega a alcanzar una relación de médicos a enfermeras de 1 a 1. En este contexto, es importante identificar como una debilidad el que aún no se encuentre consolidada una unidad de conducción estratégica de recursos humanos.

Como señaláramos líneas arriba, Belice, como los demás países latinoamericanos, presenta un alto nivel de concentración de personal de salud en el ámbito urbano con respecto al rural (21 a 1), presentando a la vez brechas en el logro de las metas con relación a competencias del personal de salud en salud pública e interculturalidad (31%), incluyendo aquel de enfermería, auxiliares y trabajadores de salud comunitarios (70%)

Con respecto al III Desafío, el Informe de Belice da cuenta aun de ausencia de una política de autosuficiencia para encarar las necesidades en recursos humanos, y la adopción del Código de Prácticas es aún una tarea pendiente, en gran medida entendemos esto a partir de la ausencia de una unidad que aborde estratégicamente la agenda de recursos humanos.

En los aspectos referidos a la gestión del trabajo, aún se presenta elevados niveles de precariedad laboral en el sector salud, quedando pendientes el desarrollo de programas de salud y seguridad en el trabajo.

La orientación de los programas formativos orientados hacia la atención primaria, aún es un tema pendiente, aún cuando se registra un 80% de avance en la meta respectiva<sup>11</sup>, presentándose

avances en el desarrollo de programas de reclutamiento y entrenamiento de estudiantes con énfasis en aquellos provenientes de zonas indígenas. Asimismo, reporta Belice un avance importante (70%) en el proceso de acreditación de sus instituciones formativas.

---

<sup>10</sup>Es importante destacar el valor que la definición de metas, indicadores y fuentes de verificación han tenido para promover el desarrollo de sistemas de información en recursos humanos en salud, impulsándolos a generar datos e información relevante para la toma de decisiones. Proceso que se visualiza en todos los países en menor o menor medida.

<sup>11</sup>“80% of schools of clinical health sciences will have reoriented their education towards primary health care and community health needs and adopted inter-professional training strategies.”

## 6.2. Costa Rica

### I. Información general

Costa Rica es un país centroamericano con una extensión territorial de 51.000 km<sup>2</sup>; la división política administrativa del país consta de siete provincias y 81 cantones, con una densidad promedio poblacional de 75 habitantes por km<sup>2</sup> (con rangos de 10 a 1000 hab/km<sup>2</sup>).

La población en el año 2010 alcanzó a 4,615,646 habitantes, de los cuales el 50,8% son hombres. La población se encuentra en proceso de transición demográfica avanzada, con una disminución de la base de la pirámide poblacional y un incremento en los grupos de edad mayores.

La tasa global de fecundidad para el 2007 fue de 1.96, es decir, se estima que cada mujer tiene un promedio de 1.96 hijos durante toda su vida fértil. Esta es la fecundidad más baja en toda la región centroamericana (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2010).

La convergencia de estos dos fenómenos demográficos, el descenso en la fecundidad y mejora en la esperanza de vida, han venido ocurriendo en

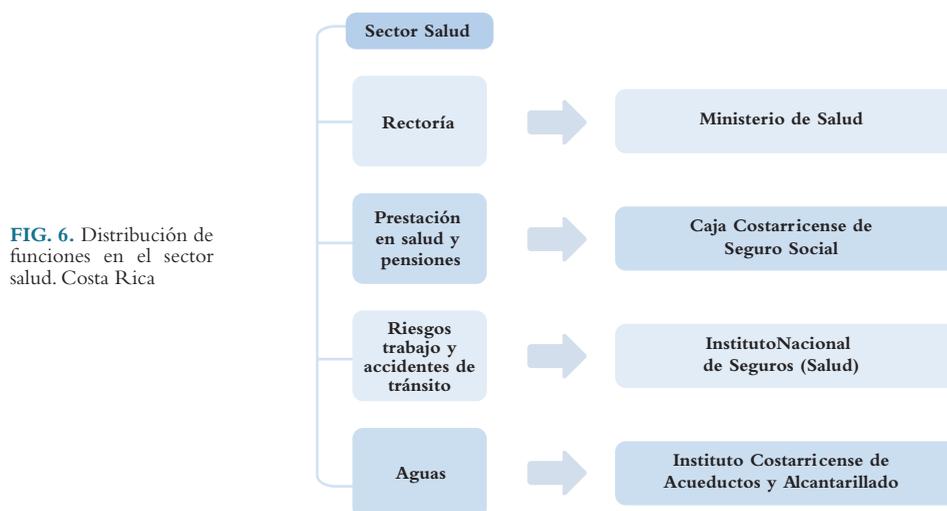


FIG. 5. Organización Política Administrativa de Costa Rica.

Costa Rica desde hace décadas. De esta manera Costa Rica presenta un progresivo proceso de envejecimiento en su población y una menor proporción de grupos en edades jóvenes e infantiles.

### II. Sistema de Salud<sup>12</sup>

Las funciones en el Sector Salud se encuentran distribuidas conforme al siguiente esquema:



<sup>12</sup>Licda. Anargerí Solano Siles, MEPPS. Dr. Andrés Sánchez Moreira, M.Sc.

Como se aprecia, la función de prestaciones de salud y pensiones está asignada a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), institución que atiende a 4,6 millones de habitantes, tiene a su cargo 29 hospitales, 107 áreas de salud y 995 EBAIS.

### Indicadores sanitarios

La tasa de mortalidad general del 2008 fue de 4,05 por mil habitantes, con un predominio de enfermedades cardiovasculares con una tasa de 4,0 por mil hab. seguida por afecciones tumorales.

La mortalidad infantil (TMI) ha venido disminuyendo en los años recientes, llegando a situarse en 8,9 por mil nacimientos en el año 2008.

En cuanto a la Mortalidad Materna, esta se ha presentado con un patrón oscilante en los años recientes. En el año 1998 se obtiene la tasa de 1,2 por 10,000 habitantes, la menor en el periodo 1992-2008, para el 2007 es de 1,91 y en el 2008 llega a 3,32 (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2010).

Costa Rica presenta una de las Esperanzas de Vida al Nacer más altas de la región, llegando en el año 2007 a situarse en el caso de los niños nacidos en este año en 76.7 años y cada niña en 81.9 años.

### Políticas Sanitarias y Recursos Humanos

En el año 2010 - 2011, Costa Rica aprueba su Plan Nacional de Salud, el cual surge con el propósito de *“Proteger y mejorar, con equidad el proceso de salud de la población, mediante la participación articulada de los actores sociales y la gestión de la planificación, a fin de promover una mejor calidad de vida.”*; y se fundamenta en los principios que aportan los enfoques de derechos humanos, género, diversidad y cohesión social.

El citado Plan traza 9 Objetivos Generales, el tercero establece:

*“Garantizar el acceso a servicios de salud de atención integral a las personas y la protección y mejoramiento del hábitat humano con equidad, calidad, seguridad, diversidad, universalidad, solidaridad, accesibilidad e inclusión social para la promoción, protección y mejoramiento del proceso de salud de la población.”*

Y el 8° Objetivo establece el:

*“Fortalecer el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud y su impacto en la promoción, protección y mejoramiento de la salud de la población”*

Los objetivos específicos relacionados con recursos humanos en salud, son los siguientes:

- Desarrollar un modelo de planificación de la fuerza de trabajo en salud, en función del modelo de atención vigente y las necesidades de la población.
- Desarrollar estrategias para la coordinación y articulación de las necesidades de formación de la fuerza de trabajo en salud, con las necesidades del sistema nacional de salud, el modelo de atención en salud vigente y las necesidades de la población
- Generar relaciones laborales entre las/os trabajadoras, instituciones y organizaciones de salud, que promuevan ambientes de trabajo saludables y permitan el compromiso con la misión institucional de garantizar acceso y calidad en los servicios de salud para la población.
- Fortalecer la generación, organización, análisis y divulgación de Información sobre la fuerza de trabajo en salud, mediante el funcionamiento de un sistema de información y observatorio nacional, que permita mejorar la toma de decisiones sectoriales en materia de desarrollo del recurso humano.
- Fortalecer el desarrollo de competencias del

recurso humano, para la ejecución de todas las acciones relacionadas con el mejoramiento del proceso de salud de la población.

### III. Gestión de Recursos Humanos de Salud

En Costa Rica se ha desarrollado proceso de desarrollo organizacional, el cual fue aprobado el 18 de setiembre 2008. La actual Dirección de Desarrollo Humano, tiene como objetivo garantizar que la ejecución del proceso de gestión de recursos humanos a nivel institucional se realice de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida, para lo cual define directrices técnicas, formula planes y proyectos, establece procedimientos, desarrolla sistemas y ejecuta directamente las actividades operativas de dicho proceso correspondientes a la Dirección de Desarrollo Humano. Brinda supervisión capacitante al nivel regional y acompañamiento técnico al Despacho del Ministro y a las divisiones y direcciones de los niveles central, regional y local”. Depende orgánicamente de la División Administrativa. (Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, Decreto 34510-S).

Es en la Dirección de Garantía de Acceso a Servicios de Salud donde en el 2009 se establece inicialmente un Equipo de Recursos Humanos

en Salud responsable de impulsar esta función. Hoy se cuenta con la aprobación de parte del Ministerio de Planificación Nacional, para la creación de la Unidad de Armonización de Recursos en Servicios de Salud, la cual contempla funciones de rectoría en Recursos Humanos.

En el año 2012 el Ministerio de Salud como ente rector alcanzó a 4,685 funcionarios/as.

Desde el punto de vista laboral, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) cuenta con 49,374 funcionarios<sup>13</sup>, de los cuales 43% son hombres y 57% mujeres, teniendo un perfil moderadamente joven con el 43% en menos de 34 años. Estos casi 50,000 funcionarios se encuentran asignados en 360 tipos de trabajo, estando distribuidos en administrativos: 9,326, Enfermería y Servicios de Apoyo: 20,784, Profesionales en Ciencias Médicas: 10,688 y Servicios Generales: 8,576. El esquema de Pago se estructura en una remuneración base y en “Pluses” adicionales<sup>14</sup>.

La tasa de trabajadores ha venido incrementándose significativamente en los últimos años, siendo en el año 2010 de 108,2 por 10,000 habitantes, que corresponden a los 49,374 citados anteriormente, tal como se aprecia en la siguiente figura:

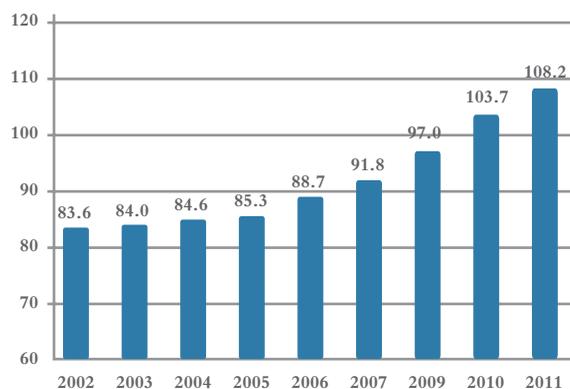


FIG. 7. Tasa de número de trabajadores de la CCSS por 10,000 hab, 2002 – 2010. Caja Costarricense de Seguro Social<sup>15</sup>.

<sup>13</sup>Los trabajadores de la CCSS y sus familias representan el 4.3% de la población del país, es decir 199,124 personas de los 4,615,646 habitantes actuales.

<sup>14</sup>Tomado de Costa Rica. Seguridad social, sistema de salud y Perfil de la CCSS. Taller de Sistemas de Información de Recursos Humanos en Salud. Caja Costarricense de Seguro Social – Organización Panamericana de la Salud. Brasil, 4 – 8 de Octubre de 2011.

<sup>15</sup>Tomado de Costa Rica. Seguridad social, sistema de salud y Perfil de la CCSS. Taller de Sistemas de Información de Recursos Humanos en Salud. Caja Costarricense de Seguro Social – Organización Panamericana de la Salud. Brasil, 4 – 8 de Octubre de 2011.

Aproximadamente el 80% de la fuerza laboral tiene menos de 50 años, con un predominio fe-

menino, como se observa en la mayoría de los países:

| Grupo de Edad        | Total         | Hombres       |              | Mujeres       |              |
|----------------------|---------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
|                      |               | Total         | Porcentaje   | Total         | Porcentaje   |
| 18-24                | 5.302         | 2.178         | 10,2         | 3.124         | 11,1         |
| 25-29                | 8.496         | 3.386         | 15,9         | 5.110         | 18,2         |
| 30-34                | 7.572         | 3.178         | 14,9         | 4.394         | 15,7         |
| 35-39                | 5.329         | 2.369         | 11,1         | 2.960         | 10,6         |
| 40-44                | 5.404         | 2.465         | 11,5         | 2.939         | 10,5         |
| 45-49                | 5.470         | 2.407         | 11,3         | 3.063         | 10,9         |
| 50-54                | 5.588         | 2.369         | 11,1         | 3.219         | 11,5         |
| 55-59                | 4.703         | 2.078         | 9,7          | 2.625         | 9,4          |
| 60-64                | 1.373         | 816           | 3,8          | 557           | 2,0          |
| 65 y más             | 137           | 103           | 0,5          | 34            | 0,1          |
| <b>Total general</b> | <b>49.374</b> | <b>21.349</b> | <b>100,0</b> | <b>28.025</b> | <b>100,0</b> |

FIG. 8. Población de Trabajadores - Distribución por Edad y Sexo<sup>16</sup>.

Un análisis particularmente importante es el de la distribución de esta fuerza laboral en los distintos grupos ocupacionales. Destaca el personal de apoyo con el 42% del total, y está integrado por auxiliares de enfermería, entre otros. A nivel profesional, el predominio es el de los médicos incorporados en funciones sanitarias con 5,099

médicos, pero un 10% aproximadamente de estos (544) involucrados en tareas administrativas. Representando ambos el 11.4% del total de trabajadores. El número de enfermeras es significativamente menor (2,826 enfermeras licenciadas), comprometiendo el equilibrio requerido, particularmente para una atención integral. Los datos se presentan en la siguiente figura:

| Grupo y Subgrupo Ocupacional             | Total         | Trabajadores  |               | % del total  |
|--|---------------|---------------|---------------|--------------|
|  |               | Propiedad     | Interinos     |              |
| <b>Total general</b>                     | <b>49,374</b> | <b>32,947</b> | <b>16,427</b> | <b>100,0</b> |
| <b>ADMINISTRATIVOS</b>                   | <b>9,326</b>  | <b>6,224</b>  | <b>3,102</b>  | <b>18,9</b>  |
| Jefaturas                                | 813           | 722           | 91            | 1,6          |
| Profesionales                            | 3,000         | 1,886         | 1,114         | 6,1          |
| Secretarías y Oficinas                   | 2,499         | 1,571         | 928           | 5,1          |
| Técnicos                                 | 2,762         | 1,827         | 935           | 5,6          |
| <b>ENFERMERÍA Y SERVICIOS DE APOYO</b>   | <b>20,784</b> | <b>14,402</b> | <b>6,382</b>  | <b>42,1</b>  |
| Auxiliar de Enfermería                   | 6,729         | 4,586         | 2,143         | 13,6         |
| Tareas de Apoyo                          | 5,156         | 3,521         | 1,635         | 10,4         |
| Tecnologías en Salud                     | 8,841         | 6,245         | 2,596         | 17,9         |
| <b>PROFESIONALES EN CIENCIAS MÉDICAS</b> | <b>10,688</b> | <b>6,317</b>  | <b>4,371</b>  | <b>21,6</b>  |
| Enfermera Licenciada                     | <b>2,826</b>  | 2,533         | 293           | 5,7          |
| Farmacéuticos                            | 776           | 315           | 461           | 1,6          |
| Médicos en Funciones Administrativas     | 544           | 475           | 69            | 1,1          |
| Médicos en Funciones Sanitarias          | 5,099         | 2,156         | 2,943         | 10,3         |
| Microbiólogos Químicos Clínicos          | 615           | 426           | 189           | 1,2          |
| Nutrición                                | 135           | 73            | 62            | 0,3          |
| Odontólogos                              | 610           | 294           | 316           | 1,2          |
| Psicólogos Clínicos                      | 81            | 43            | 38            | 0,2          |
| <b>SERVICIOS GENERALES</b>               | <b>8,576</b>  | <b>6,004</b>  | <b>2,572</b>  | <b>17,4</b>  |
| Mantenimiento                            | 999           | 795           | 204           | 2,0          |
| Servicios Varios                         | 5,664         | 3,782         | 1,882         | 11,5         |
| Vigilancia y Limpieza                    | 1,183         | 856           | 327           | 2,4          |

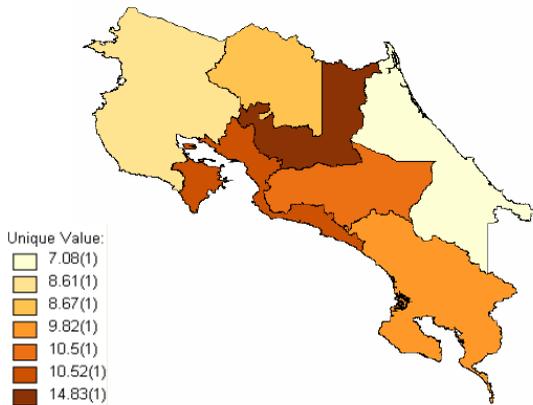
FIG. 9. Distribución de Trabajadores por Grupo y Subgrupo ocupacional. Caja Costarricense de Seguro Social<sup>17</sup>.

<sup>16</sup>Fuente: Archivo Maestro Planilla Salarial Diciembre 2010 y Padrón Electoral Marzo 2009. Elaborado por la Subárea Estadística de Recursos Humanos. Tomado de Costa Rica. Seguridad social, sistema de salud y Perfil de la CCSS. Taller de Sistemas de Información de Recursos Humanos en Salud. Caja Costarricense de Seguro Social – Organización Panamericana de la Salud. Brasil, 4 – 8 de Octubre de 2011.

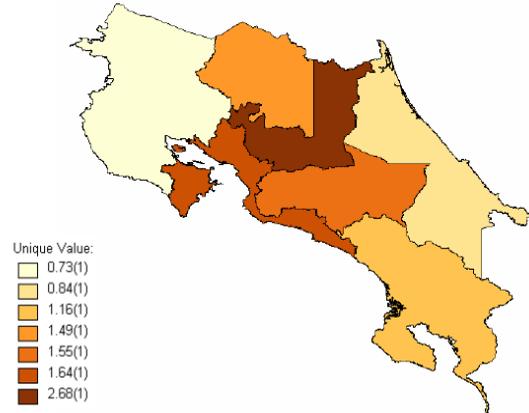
<sup>17</sup>Ídem.

La distribución de médicos, pero en particular aquella de médicos especialistas, no es uniforme en el territorio nacional, con una marcada con-

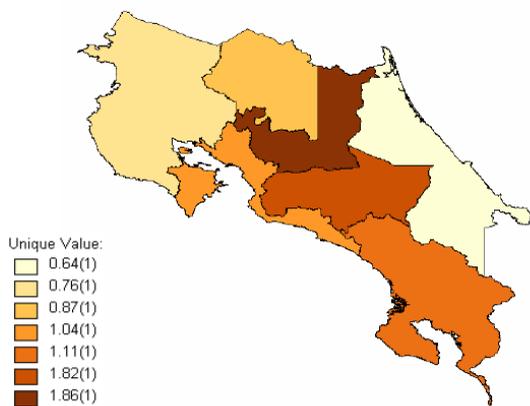
centración en determinadas regiones, tal como se puede apreciar en los siguientes gráficos<sup>18</sup>:



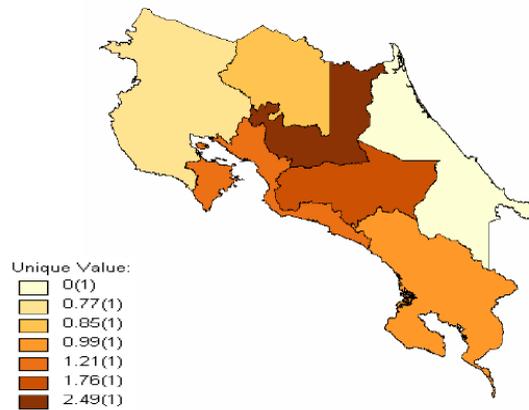
**FIG. 10.** Distribución de Médicos por cada 10,000 Hab. Según región.



**FIG. 11.** Distribución de Ginecólogos por cada 10,000 Mujeres (14 - 49 Años), según región.



**FIG. 12.** Distribución de Pediatras por cada 10,000 niños, según región.



**FIG. 13.** Distribución de Geriátras por cada 10,000 adultos mayores (+ 65 Años) según región.

<sup>18</sup>Ídem.

## IV. Caracterización del Marco Legal

### 1. Acreditación de instituciones de educación superior

En Costa Rica el ente acreditador es el Sistema Nacional de Acreditación de la Educación Superior (SINAES), entidad a la que el Estado costarricense, a través de las leyes 8256 y 8798, le encomendó la misión de promover el mejoramiento permanente de la calidad de la educación superior del país. De esta manera, el SINAES se constituye en la entidad costarricense facultada para dar fe pública de la calidad de aquellas carreras universitarias y para universitarias que aprobaron su proceso evaluativo, el cual se basa en estándares que son internacionalmente aceptados.

El Sistema está integrado por las instituciones de educación superior universitaria estatal, las universidades privadas y las instituciones para universitarias públicas y privadas que mediante un acto formal, libre y voluntario se comprometen a cumplir los principios de la ética, calidad y excelencia académica que las rigen.

La integración conlleva para las instituciones el deber de colaborar con el sostenimiento y desarrollo del Sistema y el de someterse a procesos de autoevaluación, evaluación externa y acreditación oficial bajo los términos y condiciones que el SINAES defina como norma académica.

SINAES se convirtió recientemente en la cuarta agencia a nivel internacional, la primera de América Latina, en recibir el reconocimiento de la *Red Internacional de Agencias de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior - INQA-AHE*<sup>19</sup>, que es la más importante red internacional de aseguramiento en la calidad educativa.

Asimismo en el ámbito regional, SINAES es la primera agencia de Centroamérica en ostentar el sello de calidad del Consejo Centroamericano de Acreditación (CCA), organismo formalmente reconocido por todos los países del Istmo.

### Proceso de Acreditación

La acreditación es el proceso de evaluación basado en criterios y estándares de calidad previamente establecidos que es llevado a cabo por un organismo externo y que procura garantizar la calidad de una carrera o de un programa educativo.

En Costa Rica este proceso es voluntario y comienza con la membresía: es decir con el compromiso formal y explícito de la universidad, como institución educativa, de adherirse a los principios de calidad que rigen al SINAES.

Posteriormente, cualquier carrera de dicha universidad que así lo desee puede solicitar participar en el proceso de acreditación, para esto lo primero es realizar una autoevaluación.

El proceso de acreditación sigue las siguientes fases<sup>20</sup>

### Proceso de Autoevaluación

Es un proceso participativo de revisión sistemática del quehacer de la carrera o programa, organizado por un equipo de trabajo comprometido y calificado. La autoevaluación debe tener características que den fe de la formalidad y rigor técnico con que se haya realizado el proceso y la información obtenida deben ser válida, confiable y verificable.

Como resultado, la carrera elabora el “informe de autoevaluación” que es revisado por un

<sup>19</sup>International Network for Quality Assurance Agencies in Higher Education (INQA-AHE), por sus siglas en inglés, es una asociación mundial de más de 200 organizaciones que trabajan en la teoría y la práctica de aseguramiento de la calidad en la educación superior. Ver <http://www.inqahe.org/>

<sup>20</sup>Información obtenida de Sistema Nacional de Acreditación de la Educación Superior (SINAES) en [www.sinaes.ac.cr](http://www.sinaes.ac.cr), acceso 2 de diciembre de 2011.

lector cuidadosamente seleccionado. La persona que funge como “lector” debe cumplir una serie de requisitos establecidos por el SINAES entre los que destacan una formación académica adecuada, experiencia docente / profesional y una comprobada solvencia moral.

Una vez finalizada la revisión, el lector informa al Consejo Nacional de Acreditación, órgano director del SINAES, sobre los resultados de la verificación efectuada. Los miembros del Consejo analizan la información y deciden si la carrera cumple o no con los requerimientos para pasar a la siguiente fase.

Las carreras cuyo informe de autoevaluación cumplió con los criterios mínimos establecidos por el SINAES pasan a la segunda fase del proceso de acreditación: la evaluación externa.

### **Evaluación Externa**

En la primera fase (autoevaluación) la carrera se “miró hacia adentro” para establecer sus fortalezas y debilidades, ahora la carrera recibe una “mirada externa” que le brindará un aporte invaluable en esa búsqueda de la calidad.

El modelo de Costa Rica establece que los “pares evaluadores” externos son tres renombrados académicos, uno nacional y dos internacionales que se caracterizan por no tener ninguna vinculación con la unidad académica que imparte la carrera que es objeto de evaluación, son especialistas en el área que evalúan y tienen amplia experiencia en procesos de acreditación. Para ser acreditada por el SINAES, toda carrera debe someterse a esta evaluación externa.

Al menos un mes antes de su visita a las instalaciones en las que se imparte la carrera, los “pares evaluadores” reciben toda la información generada por la unidad académica y la estudian con detenimiento. Previo a la visita, los expertos evaluadores reciben una inducción a cargo del SINAES.

La evaluación que efectúa el SINAES es integral, rigurosa y objetiva, abarca seis aspectos: personal académico, currículum, estudiantes, infraestructura y equipamiento, administración e impacto y pertinencia.

Al finalizar su labor, los pares evaluadores externos elaboran un informe y exponen sus hallazgos ante las autoridades universitarias y, posteriormente, ante el Consejo Nacional de Acreditación. El SINAES envía el informe de pares evaluadores a la carrera, ésta se pronuncia y paralelamente, hace llegar al cuerpo directivo del SINAES un Plan de Mejoramiento.

### **Decisión de Acreditación**

Para decidir si se acredita o no una carrera, el Consejo Nacional de Acreditación analiza los documentos presentados por la carrera (Informe de Autoevaluación y Plan de Mejoramiento), además de otros elaborados por los expertos externos: Informes de evaluación externa e Informe de Revisión del Plan de Mejoramiento, así como el Informe del técnico del SINAES que acompañó la visita de evaluación externa).

Si el Consejo decide acreditar la carrera, se deja constancia legal de la determinación en el libro de acreditaciones, luego se hace el anuncio público y se programa una Sesión Solemne en la que se efectúa la entrega del Certificado de Acreditación.

El Certificado de Acreditación Oficial que otorga el SINAES tiene una vigencia inicial de 4 años (con la re-acreditación se otorga hasta por ocho años), sin embargo, para mantener la certificación a lo largo de todo ese plazo la carrera debe presentar anualmente informes del cumplimiento del Plan de Mejoramiento. Pasados los cuatro años, si lo desea, la carrera puede solicitar la re-acreditación y, de aprobar satisfactoriamente el proceso de evaluación, recibe un nuevo certificado.

De acuerdo con la medición de las Metas Regionales en Recursos Humanos en Salud, en el país, sólo un 25% de las escuelas de ciencias médicas se encuentran acreditadas: en las Universidades públicas, la Escuela de Medicina UCR figura comore-acreditada, la Escuela de Enfermería figura acreditada y la Escuela de Salud Pública no está acreditada. En las Universidades privadas, de un total de 13 carreras hay una re-acreditada por el SINAES, una acreditada por la Asociación de Acreditación Adventista (internacional) y dos más están en proceso de autoevaluación.

Es importante señalar que en la Dirección General de Servicio Civil, para efectos de reclutamiento se le otorga un puntaje extra de 5 (cinco) puntos a los oferentes que superaron las pruebas de selección con más de un 70% y que posean el título Universitario debidamente acreditado por el SINAES. Esos 5 puntos se le suman a la nota final<sup>21</sup>.

Sin embargo, no se ha documentado en Costa Rica el impacto que ha tenido la acreditación en el proceso de migración de médicos y enfermeras(os).

## 2. Servicio Social

En el país se cuenta desde 1995 con la *Ley del Servicio Social Obligatorio para los Profesionales en las Ciencias de la Salud para los Profesionales de Medicina, Odontología, Microbiología, Farmacia, Enfermería y Nutrición* (Ley N° 7559, 1995). La prestación del servicio social es requisito indispensable para ejercer las profesiones antes enumeradas, por costarricenses o extranjeros, así como los profesionales graduados en universidades nacionales o del exterior, que soliciten autorización para ejercer su profesión en Costa

Rica en forma permanente.

La ley establece en su artículo 6° que *“En igualdad de condiciones, los profesionales costarricenses tendrán prioridad respecto de los extranjeros para cumplir con el servicio social”*. También establece en su Artículo 9° que *“El Estado deberá asegurar las plazas necesarias para realizar el servicio social obligatorio. No obstante, si por causas debidamente justificadas no se obtiene el total de plazas requerido, ello no constituirá impedimento para incorporar al profesional al colegio respectivo.”*

También se cuenta con el Reglamento Servicio Social Obligatorio Profesionales Ciencias Salud”(Decreto N° 25068-S, 1996).

Esta norma establece en su Artículo 9° que:

*“Los interesados en la prestación del Servicio Social Obligatorio, deben solicitar por escrito ante la Dirección General de Salud, su inclusión en la lista oficial de participantes al próximo sorteo, adjuntando los siguientes requisitos:*

- a) *Fotocopia de la cédula de identidad o de pasaporte, en caso de ser extranjero.*
- b) *Certificación de la Universidad correspondiente de haber cumplido con el récord académico para esa clase de profesión. Cuando se trate de estudios realizados en el extranjero, las certificaciones deberán seguir los trámites de autenticación del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, así como su respectiva certificación de reconocimiento extendido por la Escuela o Facultad correspondiente de la Universidad de Costa Rica.*
- c) *Autorización del colegio profesional respectivo.*
- d) *Los médicos graduados en universidades nacio-*

<sup>21</sup>Fuente: Oficina de Servicio Civil, Ministerio de Salud.

nales, deberán aportar certificación de haber realizado un año de internado rotatorio universitario. Los graduados en el extranjero, deberán aportar certificación de reconocimiento del internado extendido por la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica y el Colegio de Médicos Cirujanos.

- e) Lugar o número de fax donde oír notificaciones.
- f) Si el participante ha cursado alguna Especialidad y desea ejercerla durante el año de Servicio Social Obligatorio, deberá aportar la autorización del colegio profesional respectivo, siempre que exista interés de las instituciones involucradas y a juicio de la Comisión.
- g) Cuando el participante no sea hispanoparlante, deberá presentar un certificado extendido por la Universidad de Costa Rica o la Universidad Nacional Autónoma, donde conste que lee, habla y escribe bien el idioma español<sup>22</sup>.

El Artículo 14 señala: *De persistir la insuficiencia de plazas, los aspirantes que no obtuvieron plaza en el Sorteo, previa certificación extendida en tal sentido por la Comisión, podrán incorporarse a sus respectivos colegios profesionales sin cumplir con el requisito de Servicio Social Obligatorio.*

*Si el número de solicitantes fuere menor al número de plazas disponibles, serán excluidas del sorteo por la Comisión y a su juicio, las plazas que exceden, dando prioridad a las plazas del Sector Público en áreas de difícil acceso.*

El Artículo 17 establece que *“Cuando existan suficientes plazas para todos los aspirantes, los participantes costarricenses tendrán prioridad de sortear con respecto a los participantes extranjeros, aunque estos sean graduados o egresados de las facultades o escuelas de las universidades del País. Cuando por la cantidad de participantes, y a juicio de la Comisión se considere necesario, se procederá a realizar una sesión*

*para el sorteo de plazas con los participantes nacionales, y otra posterior con los extranjeros. Igual sucederá cuando existan varios participantes autorizados para ejercer alguna especialidad.”*

Cuando se convoca para el sorteo de plazas de Servicio Social para profesionales en Ciencias de la Salud, los aspirantes deben presentar los siguientes documentos:

- a) Solicitud de inclusión al sorteo incluyendo datos personales completos y lugar o número de fax donde oír notificaciones.
- b) Cédula de identidad o de pasaporte, en caso de ser extranjero.
- c) Certificación de la Universidad correspondiente de haber cumplido con el récord académico para esa clase de profesión. Cuando se trate de estudios realizados en el extranjero, las certificaciones deberán seguir los trámites de autenticación del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, así como su respectiva certificación de reconocimiento extendido por la Escuela o Facultad correspondiente de la Universidad de Costa Rica.
- d) Autorización del colegio profesional respectivo.
- e) Los médicos graduados en universidades nacionales, deberán aportar certificación de haber realizado un año de internado rotatorio universitario. Los graduados en el extranjero, deberán aportar certificación de reconocimiento del internado extendido por la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica y el Colegio de Médicos Cirujanos.
- f) Si el participante ha cursado alguna Especialidad y desea ejercerla durante el año de Servicio Social Obligatorio, deberá aportar la autorización del colegio profesional

<sup>22</sup>Así reformado este inciso, por el artículo 1° del Decreto Ejecutivo N° 25841 del 5 de Febrero de 1997.

respectivo, siempre que exista interés de las instituciones involucradas y a juicio de la Comisión.

- g) Cuando el participante no sea hispanoparlante, deberá presentar un certificado extendido por la Universidad de Costa Rica o la Universidad Nacional Autónoma, donde conste que lee, habla y escribe bien el idioma español.

Si bien es cierto, el servicio social constituye un paso más que debe dar el profesional que quiera brindar sus servicios en el país, por la realidad nacional reflejada en la gran cantidad de profesionales nacionales que se forman en las universidades y el número reducido de plazas existentes para realizar el servicio social, el proceso no constituye un obstáculo para el profesional inmigrante. Esto porque, como el reglamento establece que se debe dar prioridad a los nacionales y la ley establece que si no existen suficientes plazas a sortear no debe haber impedimento para incorporarse al colegio respectivo, el Ministerio de Salud bajo estas condiciones, reconoce por cumplido el requisito y así lo certifica al interesado.

### 3. Registro, Licencia y Habilitación Profesional

En Costa Rica el ejercicio profesional es regulado por los Colegios Profesionales.

#### Colegio de Médicos y Cirujanos

El ejercicio profesional se encuentra regulado por los siguientes artículos de la Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos N° 3019 Ley N° 3019 1962.

**Artículo 4.** Sin previa inscripción en el Colegio de Médicos y Cirujanos nadie podrá ejercer en el país

*las profesiones de médicos y Cirujanos ni sus especialidades.*

*En cuanto a otras ramas dependientes de las ciencias médicas, como la Homeopatía, la Osteopatía, la Técnica Radiológica, la Fisioterapia, la Quinesioterapia, la Optometría, Psicología Clínica y la Salud Pública, el Colegio de Médicos y Cirujanos autoriza su ejercicio, excepto para aquellas personas inscritas en dichas ramas en otros Colegios profesionales.*

**Artículo 5.** Solamente las personas inscritas en el Colegio, autorizadas por este, podrán desempeñar las funciones públicas relacionadas con el ejercicio profesional de la medicina o de sus ramas citadas en el Artículo 4.

**Artículo 6.** Las personas que no son miembros del Colegio, sino que simplemente estén autorizadas para ejercer su profesión, conforme al Artículo 4, estarán obligadas a acatar la autoridad del Colegio, en todo lo referente al ejercicio de la misma.

**Artículo 7.** Para obtener la inscripción en el Colegio, deberán llenarse los siguientes requisitos:

- a) Presentar el título de la Universidad de Costa Rica o atestados de dicha Universidad en que conste que al solicitante se le han convalidado estudios hechos en otro país.
- b) Satisfacer los derechos que señale la Junta de Gobierno del Colegio.
- c) Aportar constancia fehaciente de haber observado buena conducta<sup>23</sup>.
- d) Comprobar que se ha residido en el país antes o después de haber realizado los estudios profesionales<sup>24</sup>.
- e) Los extranjeros, además de llenar los requisitos anteriores, deberán comprobar que en su país de origen los costarricenses pueden ejercer la profesión

<sup>23</sup>Así reformado este inciso anterior por el artículo 213 de la Ley N° 8508 de 28 de abril de 2006, Código Procesal Contencioso-Administrativo.

<sup>24</sup>Texto modificado por resolución de la Sala Constitucional N° 2001-13008 de las 14:51 horas del 19 de diciembre de 2001..

en análogas circunstancias. Sin embargo, los médicos extranjeros con dos años o más de matrimonio con costarricense y que residan en el país, podrán obtener la inscripción en el Colegio cumpliendo con los requisitos exigidos para los costarricenses<sup>25</sup>.

- f) Haber hecho un año de internado en un hospital nacional o extranjero capacitado para tal fin, a juicio del Colegio de Médicos y Cirujanos y de la Facultad de Medicina.
- f) Haber desempeñado durante un año el Servicio Sanitario en el país.

Los requisitos señalados en los apartes c) y d) se comprobarán mediante información ad perpetuam con intervención del fiscal del Colegio<sup>26</sup>.

No será aplicable lo dispuesto en los incisos d), e) y g) de este artículo a los médicos extranjeros que sean contratados por instituciones del Estado para prestar sus servicios en el país, quienes no podrán ejercer la profesión fuera de los contratos, pero una vez terminado el contrato con esas instituciones, para obtener su inscripción en el Colegio deberán los interesados llenar los requisitos de este artículo.

Los médicos extranjeros sólo podrán ser contratados cuando no hubiere médicos costarricenses dispuestos a prestar sus servicios en las condiciones requeridas por esas instituciones. En todo caso, debe hacerse previamente la revisión de atestados y capacitación por el Colegio de Médicos y Cirujanos o por la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica<sup>27</sup>.

### **Colegio de Enfermeros y Enfermeras de Costa Rica**

Los requisitos de incorporación de profesionales de enfer-

mería que deben ser presentados ante el Colegio son<sup>28</sup>:  
Poner esto en un recuadro para animar la lectura:

1. Carta dirigida a la Junta Directiva del Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica solicitando la incorporación a esta institución y la autorización para ser incluida (o) en la lista de participantes del Sorteo Obligatorio de Servicio Social a efectuarse por el Ministerio de Salud<sup>29</sup>.
2. Presentar completo el formulario de datos, que está disponible en la página web del Colegio: [www.enfermeria.cr](http://www.enfermeria.cr)
3. Original y fotocopia del título con el grado académico en Enfermería.
4. Original y fotocopia del título de conclusión de estudios secundarios certificado por el Ministerio de Educación.
5. Original y fotocopia de la cédula de identidad por ambos lados.
6. Dos fotografías tamaño pasaporte a color, recientes, no escaneadas, sin objetos que cubran el rostro, anteojos oscuros u otros.
7. Cancelar el monto estipulado en la Tesorería, que incluya el pago del derecho de incorporación y emisión de la licencia.
8. Original del certificado de delincuencia proporcionado por el sistema interno del Colegio.

<sup>25</sup>Texto modificado por resolución de la Sala Constitucional No. 2001-13008 de las 14:51 horas del 19 de diciembre de 2001.

<sup>26</sup>Así reformado este párrafo por el artículo 219, inciso 9) de la Ley N° 8508 de 28 de abril de 2006, Código Procesal Contencioso Administrativo).

<sup>27</sup>Así reformado por el artículo 3° de la ley N° 4750 de 26 de abril de 1971.

<sup>28</sup>Requisitos de Incorporación para Profesionales en Enfermería. Gaceta No. 172 de 7 de setiembre de 2011.

<sup>29</sup>Con la carta de autorización que emite el Colegio debe presentarse ante el Ministerio de Salud para el trámite correspondiente.

9. Original y fotocopia del certificado del Curso de Ética Profesional, impartido por el Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica.
10. Certificación original de participación en el Sorteo del Servicio Social, extendido por la Dirección General de Salud, Ministerio de Salud.
11. Certificación de inscripción del título de Profesional en Enfermería en el CONESUP en el caso de las universidades privadas y el CONARE para los títulos de la universidad pública en este caso la Universidad de Costa Rica.
12. Certificación de la universidad de las notas obtenidas por cuatrimestre o semestre de toda la carrera de enfermería.
13. Presentar completo el formulario de Pago de Colegiaturas por deducción de planilla mensual, de la entidad empleadora, en el caso de profesionales en propiedad.
14. Las personas con trabajo interino, pueden cancelar la colegiatura mediante transferencia o depósito bancario, tarjeta de crédito o de débito, cancelar en las oficinas del Colegio.
15. Entregar el formulario de Fondo de Mutualidad completamente lleno.
16. Las personas que cuentan con licencia de Auxiliar de Enfermería deben presentar la licencia que portan para localizar el respectivo expediente.

***Requisitos de incorporación para profesionales de enfermería graduados en el exterior***<sup>30</sup>

Los requisitos de incorporación de profesionales de enfermería que han obtenido su título profesional en el extranjero, y que deben ser presentados ante el Colegio son:

*Poner esto en un recuadro para animar la lectura:*

1. Título de Licenciada(o), original y fotocopia de la Universidad Extranjera y debidamente convalidado por el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto de Costa Rica, además del documento original de reconocimiento y equiparación emitido por el Consejo Nacional de Rectores (CONARE).
2. Toda la documentación deberá ser presentada en idioma español, de lo contrario se deberá presentar traducción realizada por un traductor oficial o por un notario público.
3. Original y fotocopia del título de conclusión de estudios secundarios, debidamente autenticado. (Sellos y firma del Consulado de Costa Rica del país de procedencia, Ministerio de Relaciones Exteriores de Costa Rica y equiparación del título emitida por el Consejo Superior de Educación del Ministerio de Educación Pública de Costa Rica).
4. Presentar original y fotocopia de la cédula de residencia permanente, libre de condición y vigente. No se acepta otro tipo de documento de identificación.
5. Original de la hoja de delincuencia del país de origen.

Además de los puntos señalados, las personas extranjeras, que solicitan incorporación al Colegio, deberán aportar lo solicitado en los requisitos de incorporación nacionales: 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16.

Estos procedimientos facilitan el control de ingresos de profesionales al país e incide en que no puedan ejercer, si no están debidamente regis-

<sup>30</sup>Requisitos de incorporación para profesionales de enfermería graduados en el exterior. Gaceta N° 172 de 7 de setiembre de 2011. Página Web Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica; www.enfermeria.cr

trados e incorporados en el Colegio Profesional respectivo.

Como se señalara anteriormente, si hay médicos extranjeros contratados por instituciones del Estado para prestar sus servicios en el país, estos no pueden ejercer la profesión fuera de los contratos, pero una vez terminado el contrato con esas instituciones, para obtener su inscripción en el Colegio deben llenar los requisitos legales establecidos.

Para prevenir la emigración de médicos por carencia de puestos de trabajo, la normativa establece que los médicos extranjeros sólo podrán ser contratados cuando no hubiere médicos costarricenses dispuestos a prestar sus servicios en las condiciones requeridas por esas instituciones, y, en todo caso, debe hacerse previamente la revisión de atestados y capacitación por el Colegio de Médicos y Cirujanos o por la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica.

El Colegio de Enfermeras y Enfermeros establece con claridad los requisitos de incorporación para profesionales que obtienen títulos en el extranjero, partiendo del reconocimiento y equiparación emitido por el Consejo Nacional de Rectores (CONARE).

#### **4. Certificación Profesional y Recertificación profesional**

En Costa Rica el proceso de certificación y recertificación profesional se rige por los siguientes artículos del correspondiente reglamento (Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica):

##### **Artículo 1.** Definiciones

Para efectos de este reglamento se tienen las siguientes definiciones:

1. Sistema de certificación y recertificación: Conjunto de actividades y procesos avalados por el Colegio de Médicos y Cirujanos,

conducentes a la garantía de la actualización de los miembros de este Colegio.

2. Educación médica continua: actividades de actualización ofrecidas a los agremiados al Colegio de Médicos y Cirujanos dentro del Sistema de Certificación y Recertificación médica.
3. Crédito: unidad valorativa de las actividades de recertificación. Una hora reloj equivale a un crédito EMC.
4. Comité de Certificación y Recertificación Médica (CCRM): ente rector del Sistema de Certificación y Recertificación, nombrado por la Junta Directiva del Colegio de Médicos y Cirujanos.
5. Entidades Proveedoras de Educación Médica Continua (EPEMC): Entidades avaladas por el CCRM que ofrecen las diversas modalidades de EMC.
6. Recertificación: proceso de validación de las actividades de actualización de los médicos y técnicos en salud.
7. Modalidad de educación médica continua: Diversas formas de educación médica continua. Es la base del sistema de certificación y recertificación.
8. Programa: descripción de las actividades docentes, didácticas objetivos, metas y participantes en una actividad EMC.
9. Acreditación: certificación en que consta que se ha obtenido un mínimo de 60 créditos EMC durante tres años, en actividades de educación continua ofrecidas por entidades acreditadas para las mismas ante el CCRM.

##### **Artículo 2.** Funciones del Comité de Certificación y Recertificación Médica:

1. El Comité de Certificación y Recertificación Médica (CCRM) será el rector del Sistema de Certificación y Recertificación para todos los profesionales y técnicos agremiados en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica (CMC).
2. Realiza el estudio requerido y emite la acreditación de las EPEMC y de las actividades de EMC que se someten a su consideración.
3. El CCRM es el responsable de establecer las reglas y lineamientos que deberán cumplir todas las Entidades Prestadoras de Educación Médica Continua (EPEMC) para todas las actividades válidas para la recertificación.
4. Propone los cambios parciales o totales al presente reglamento, ante la Junta de Gobierno del CMC.
5. Da el aval o revoca el mismo para las EPEMC y sus actividades conducentes a la recertificación de acuerdo con los lineamientos establecidos en este reglamento.
6. Hace el estudio de atestados para emitir la constancia de recertificación cuando lo solicite un agremiado.
7. Emite la constancia de certificación y recertificación a solicitud del interesado.
8. Realiza el estudio de las EPEMC para otorgar el premio anual señalado en el artículo seis de este reglamento.
9. Coordina y delega en quien corresponda la elaboración de exámenes para recertificación cuando proceda para completar puntajes o para sustituir las actividades de EMC.
10. Organiza actividades que suplan las carencias en temas concretos de EMC no cubiertos por las actividades de las EPEMC.

11. Establece la tabla de homologación de las actividades de EMC, ofrecidas por otras EPEMC a nivel internacional.
12. Evalúa cuando lo considere pertinente el desarrollo de las actividades de EMC.

**Artículo 3.** Requisitos para la Acreditación de las Entidades Prestadoras de Educación Médica Continua:

1. Para poder llevar a cabo actividades de EMC, que permitan a los participantes obtener créditos válidos para la certificación o recertificación, las EPEMC deben estar acreditadas ante el CCRM y cumplir con todos los lineamientos establecidos para ellas mismas y para dichas actividades.
2. Para que las EPEMC obtengan la acreditación del CCRM deben tener las siguientes características:
  - a) Reconocimiento público de prestigio en el campo educativo, científico y social de las EPEMC.
  - b) El cuerpo docente debe gozar de reconocido prestigio y contar con una experiencia mínima de 5 años en la enseñanza superior.
  - c) Recursos físicos y didácticos acordes con la oferta de la EMC.
  - d) Contar con un sistema de evaluación continua de sus actividades.
  - e) Experiencia en varios tipos de metodología en educación superior y modalidades de educación continua.
  - f) Estar relacionada en el campo de la promoción y la educación en medicina.

3. La acreditación de las EPEMC ante el CCRM, puede ser revocada en cualquier momento que el CCRM considere que dicha entidad está incumpliendo con los lineamientos establecidos para ellas mismas o las actividades de EMC que lleven a cabo. Esto no afectará la validez de las actividades realizadas con anterioridad, las que se continuarán considerando válidas para recertificación.
4. Para que las EPEMC se puedan acreditar ante el CCRM, es indispensable que al menos el 30% de sus actividades de EMC se lleven a cabo en zonas fuera del área metropolitana.

**Artículo 4.** Requisitos para la Actividades de Educación Médica Continua

1. Es muy amplia la gama de las mismas, las cuales variarán de acuerdo al desarrollo que en campo se dé; un listado de las mismas sin ser exhaustivo es el siguiente:
  - Congresos, asistencia y participación como ponente o conferencista.
  - Seminarios participación.
  - Simposios.
  - Cursos de actualización.
  - Talleres de trabajo.
  - Pasantías en servicios de reconocido prestigio.
  - Programas de auto aprendizaje.
  - Cursos de formato audiovisual.
  - Cursos por tutoría presencial o mediante medios electrónicos.
  - Publicaciones de artículos científicos, relacionados con la salud, de revisión en revistas de prestigio que cuenten un comité editorial.
  - Telemedicina, Foros.
  - Charlas.

Todas las actividades de EMC deben cumplir a cabalidad con los lineamientos establecidos para ellas en este reglamento.

**Artículo 5.** De la emisión y vigencia de recertificación:

1. La certificación y recertificación oficial será emitida por el CCRM y tendrá una vigencia de tres años.
  - a) La solicitud de recertificación la presenta el interesado ante el CCRM en el formato oficial.
  - b) Recibo cancelado en la tesorería del Colegio de los aranceles correspondientes.
  - c) En caso de ser necesaria una evaluación complementaria indicar la solicitud de la misma.
2. El CCRM emitirá dos documentos:
  - Una certificación en que conste total de créditos obtenidos por el solicitante, el lapso en que los obtuvo y la vigencia de la misma.
  - Un diploma de recertificación.
3. La acreditación tendrá una vigencia de tres años calendario.
4. Los créditos que sobrepasen la suma total de 60 cada tres años, no son acumulables para la próxima solicitud de recertificación.
5. Los postulantes que con sus atestados no alcancen el puntaje mínimo exigido podrán solicitar rendir un examen de conocimientos para completar el puntaje requerido.

**Artículo 6.** Del premio anual de la calidad de las EPEMC

1. Se establece el premio anual a la calidad de la educación médica continua para las EPEMC que cumplan con lo siguiente:

- Llenen los estándares de calidad definidos por el CCRM.
- Idoneidad y solvencia ética y moral de sus actividades.
- Idoneidad y solvencia de los docentes responsables de las actividades.
- Calidad y cantidad las actividades ofrecidas.
- Distribución geográfica de sus actividades.

El premio consiste en:

- La entrega de un Pergamino.
- Una publicación del mismo en los medios de comunicación de nuestro país y en las revistas médicas del CMC.

Se entregará en la ceremonia de incorporación de los médicos que se celebra en el mes de febrero de cada año.

**Artículo 7.** Del catálogo de las actividades de educación médica continua acreditadas.

El CMC anualmente elaborara y distribuirá directamente a todos los miembros del CMC en el mes de noviembre de cada año, el catálogo en el que consten todas las actividades que se desarrollarán el próximo año, conteniendo toda la información sobre las características y requisitos de las actividades de EMC.

**Artículo 8.** De las responsabilidades

Corresponde a la EPEMC:

- Realizar los trámites correspondientes ante el CCRM con la debida antelación.
- Garantizar a los participantes que cuenta con el aval del CMRCM para la actividad que ofrece.
- Elaborar los programas y documentación necesaria para la actividad en que conste el aval del CRM para la misma.

- Realizar la autoevaluación de la actividad y enviarla al CCRM.
- Entregar el certificado de participación a cada asistente.
- Si la actividad tiene una evaluación final implementarla y dar constancia del resultado de aprobado en la certificación.
- Definir al responsable de la actividad a desarrollar.
- Llevar el listado de asistencia a la actividad y remitirla al final, con el visto bueno del Coordinador y responsables, al CCRM. Corresponde a cada médico o técnico Participante: Escoger la actividad que considere pertinente para su propia actualización.
- Llevar su récord personal de certificaciones y resguardar todos los documentos que certifiquen su participación y actualización.
- Solicitar al CCRM la certificación oficial cada tres años. Aportando la documentación requerida y adjuntando el recibo cancelado del arancel correspondiente, en la tesorería del CMC.

De esta manera, y con base en la información del Colegio de Médicos y Cirujanos se observa que los procesos de certificación y recertificación, como conjunto de actividades y procesos avalados por el Colegio, conducentes a la garantía de la actualización de sus miembros, involucran al conjunto de sus agremiados, quienes deben haber cumplido el requisito de estar incorporados.

### ***Certificación profesional y recertificación profesional en enfermería***

El Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica, tienen una propuesta elaborada, pero es parte del Proyecto de Reforma a la Ley

Orgánica del Colegio No.2323, por lo que no está aún disponible para divulgación<sup>31</sup>.

## 5. Revalida y Reconocimiento de Títulos

La entidad encargada del reconocimiento de estudios realizados en el extranjero es el Consejo Nacional de Rectores (CONARE). El proceso está a cargo de la Comisión de Reconocimiento y Equiparación de la Oficina de Planificación de la Educación Superior (OPES)

Esta Comisión refiere para su valoración, a las Instituciones de Educación Superior Estatal que ofrezcan las respectivas carreras o afines con los estudios solicitados de reconocimiento. Todo en el contexto de un “Convenio de Coordinación de la Educación Superior Universitaria estatal en Costa Rica”, suscrito el 04 de diciembre de 1974.

De acuerdo con el ordenamiento jurídico costarricense, los procesos de reconocimiento y equiparación de estudios realizados en centros de enseñanza extranjeros, se tramitan con arreglo a lo establecido en este Convenio, y los únicos entes autorizados para otorgar un acto académico de reconocimiento, son las universidades miembros del Consejo Nacional de Rectores (CONARE), órgano creado por el mismo Convenio, a quien el Estado otorgó capacidad jurídica suficiente para cumplir con el ámbito de competencias allí establecido.

El “Reglamento para el Reconocimiento y Equiparación de Estudios Realizados en otras Instituciones de Educación Superior” de la Universidad de Costa Rica (Aprobado en sesión N° 5154-08 del 08-05-07, publicado en la Gaceta Universitaria 14-2007, 29-05-07), señala en su Artículo 14: “El reconocimiento de títulos expedidos en el extranjero lo hará la Institución o Instituciones de Educación Superior Universitaria Estatal signatarias de este Convenio que ofrezcan los programas respectivos y afines” (basado en el Convenio de Coordinación de la

Educación Superior Estatal de Costa Rica del 20-04-84; de CONARE).

Requisitos de certificación para profesionales de la salud en Costa Rica:

Presentación de solicitud de reconocimiento ante la Oficina de Planificación de la Educación Superior (OPES) del Consejo Nacional de Rectores (CONARE) con la siguiente documentación:

- a) Fotocopia documento de identificación.
- b) Diploma original o certificación autenticada, de conformidad con los procedimientos establecidos por el Ministerio de Relaciones Exteriores.
- c) Certificación de calificaciones autenticadas, con indicación de la escala de calificación y la nota mínima de aprobación.
- d) Constancia oficial del país que extiende el diploma de que la Institución que lo expide tiene facultades para hacerlo y es de nivel universitario, y que el título y el grado obtenidos son suficientes para ejercer legalmente la respectiva profesión en ese país.
- e) Copia del trabajo final de graduación cuando este sea exigible de acuerdo con las modalidades de graduación establecidos por la universidad de origen.

**Fuentes:** Universidad de Costa Rica 1982; y Universidad de Costa Rica 2007.

Para la inmigración de médicos y enfermeras, aparte de constituir un mecanismo de control de ingreso de profesionales extranjeros, permite la posibilidad de que la calidad de la formación sea valorada y homologada a las exigencias académicas mínimas de las instituciones formadoras públicas del país.

<sup>31</sup>De acuerdo con la consulta realizada a la Fiscalía del Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica, Noviembre 2011.

## 6.3. El Salvador

### I. Información General

El Salvador es un país localizado en Centroamérica, con una población de 6,216,143 habitantes (2011) en 20.742 km<sup>2</sup>, generando una densidad de 295 hab./ km<sup>2</sup>, la más alta de América. Las ciudades principales son San Salvador, Santa Ana y San Miguel. De acuerdo al Índice de Desarrollo Humano, El Salvador se ubica en el puesto 105°, en el nivel medio. El Salvador está organizado en 14 departamentos, con 262 municipios.

### II. Sistema de Salud

El Gobierno de El Salvador viene desarrollando una reforma del sector salud, con base en las orientaciones establecidas en el Plan 2009-2014 y que establecen el “*diseñar y construir un Sistema Nacional Integrado de Salud basado en la Estrategia de Atención Primaria en Salud Integral (APSI)*”, lo cual implica la reorganización de la red pública de servicios de salud para mejorar la capacidad resolutive.



FIG. 14. Organización Política Administrativa de El Salvador.

En su documento de política “Construyendo la esperanza: Estrategias y recomendaciones en salud 2009 -2014”, el Ministerio de Salud, define con claridad las bases conceptuales y propuestas de intervención para superar la deficitaria situación de salud, cuyo resultado esperado es un sistema que conciba la salud como un derecho humano fundamental, que busca permanentemente la equidad en salud y la solidaridad social, reorientando los servicios de salud hacia la promoción y la prevención, basado en un abordaje intersectorial de la salud con enfoque de determinantes sociales de la salud. En este contexto,

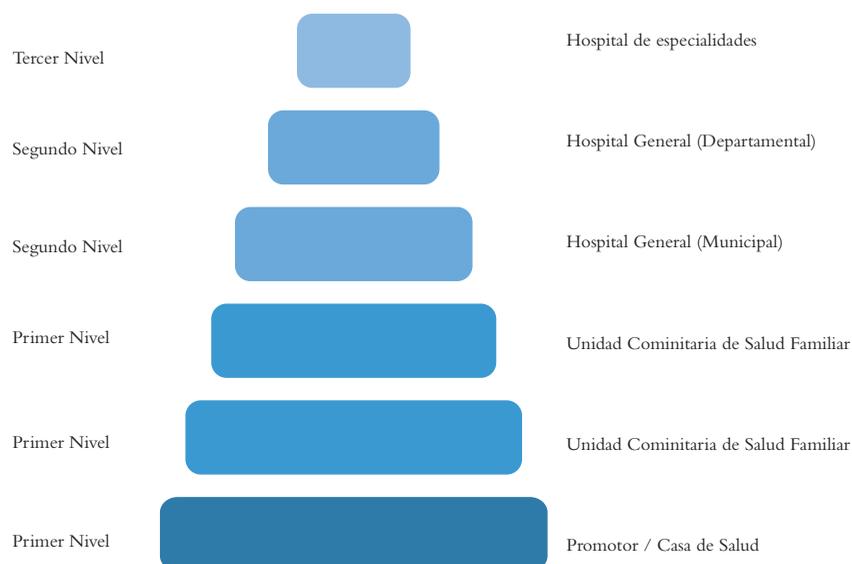


FIG. 15. Provisión de Servicios de Salud

el MSPAS ha decidido impulsar el desarrollo de la Red Pública Integral e integrada de Servicios de Salud (RIISS) basado en APS<sup>32</sup> ( fig. 15), iniciando con el primer nivel de atención en 74 municipios prioritarios del país y con una planificación progresiva hasta completar en el 2014 con los 262 municipios.

### III. Gestión de Recursos Humanos

La Política Nacional de Salud 2009 – 2014 establece en el campo de los recursos humanos tres estrategias centrales:

**Estrategia 18:** Desarrollo de Recursos Humanos, que implica formular la política y el desarrollo de los recursos humanos.

Teniendo como líneas de acción:

- 18.1. Constituir en el nivel central del Ministerio la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos.
- 18.2. Formular la política nacional del desarrollo de recursos humanos en consulta con el Consejo Nacional de Salud.
- 18.3. Crear los mecanismos y condiciones necesarias para dar respuesta a los desafíos de recursos humanos en salud identificados para alcanzar los Objetivos del Milenio.
- 18.4. Asignar al MSPAS la función de cuantificar y cualificar, con carácter general las necesidades de las diferentes categorías y características de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud y las funciones a ellos encomendadas (Perfil Profesional y Ocupacional).
- 18.5. Propiciar la estabilidad laboral de los trabajadores de la salud promoviendo la adscripción del Estado salvadoreño a la Política de

Trabajo Decente de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

- 18.6. Coordinar con el sector educativo y profesional, especialmente la universidad pública, la formación, acreditación y homologación de los recursos humanos de pregrado y postgrado en salud de acuerdo a la Política y Plan Nacional de Salud y los compromisos internacionales de reorientar los servicios de salud a la atención primaria de salud.
- 18.7. Promover el desarrollo de liderazgo en el personal de salud.
- 18.8. Distribuir equitativamente los recursos humanos en todo el sistema nacional de salud.
- 18.9. Aumentar la contratación de recurso humano en enfermería en el Sistema Nacional de Salud para alcanzar una relación médico-enfermera al menos de 1 a 1.
- 18.10. Garantizar la desconcentración de las especialidades médicas a los hospitales de segundo nivel.

**Estrategia 19.** Coordinación con el Sector Formador.

Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud a fin de adaptar la educación de los profesionales de salud para la prestación de atención de buena calidad que satisfaga la necesidad de salud de toda la población.

Las líneas de acción trazadas son:

- 19.1. Coordinar con los formadores de recursos humanos, especialmente con el sector formador público, la priorización de un programa de formación de técnicos y tecnólogos en salud y reorientar el currículo de las

<sup>32</sup>OPS/OMS 49ª. Reunión de Consejo Directivo en la cual se emitió la resolución CD 49 R 22 que insta a los países de la Región de las Américas a elaborar planes nacionales de acción para “Impulsar el establecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud con un enfoque de salud familiar y comunitaria”.

licenciaturas y los doctorados en función de lo siguiente:

- 19.1.1. La Atención de Salud Primaria Integral.
- 19.1.2. El enfoque de derecho a la salud.
- 19.1.3. La Determinación social de la salud.
- 19.1.4. La equidad y necesidades comunitarias.
- 19.1.5. Las nuevas tendencias en educación en salud.
- 19.2. Unificar el contenido curricular para los promotores de salud, garantizando niveles homologables en su formación, así como en los procedimientos de supervisión técnica.
- 19.3. Desarrollar un programa de formación y educación permanente del recurso humano en todos los niveles del sistema.

**Estrategia 20:** Trabajadores Comunitarios de Salud.

Que implica el potencial la figura del promotor de salud como elemento básico del Sistema Nacional de Salud en el primer nivel de atención, con base en la Atención Primaria de Salud Integral.

#### **IV. Caracterización del Marco Legal**

##### **1. Acreditación de instituciones de educación superior**

El Sistema de Supervisión y Mejoramiento de la Calidad de las Instituciones de Educación superior, cuenta con tres Subsistemas: Calificación, Evaluación y Acreditación; los dos primeros son de observancia obligatoria por parte de las Instituciones de Educación Superior, mientras que el de Acreditación es completamente voluntario.

El Consejo de Educación Superior (CES) es el organismo “consultivo y propositivo del MINED”; entre sus funciones están las de aprobación de carreras y planes de estudio; elaborar y proponer políticas de mejoramiento de la educación superior. La acreditación programática o especializada, que no está contemplada en la Ley de Educación Superior, se refiere a la “auditoría” de los programas o carreras que ofrece la institución y con los cuales prepara a los graduados para entrar a la práctica de la profesión.

La acreditación de las instituciones formadoras de recursos humanos de enfermería y médicos es relevante, porque constituye un elemento de juicio para seleccionar la institución en la cual se estudiará la carrera, cuyo reconocimiento social de la calidad académica es uno de los factores que inciden en los procesos de reclutamiento y selección de personal, para las instituciones empleadoras un título de una carrera acreditada es garantía de quien solicita el empleo.

A la fecha existen nueve Universidades que forman diversos profesionales de ciencias de la salud y dos Institutos Especializados de Educación Superior en Ciencias de la salud.

##### **2. Servicio Social**

La ley de educación superior aprobada en 1996 y revisada en el 2004, define como requisito de graduación haber realizado su servicio social, sin caracterizarlo. En el caso de salud el servicio social consiste en insertarse laboralmente en áreas de mayor necesidad de recursos humanos; además las juntas de vigilancia previo a autorizar el ejercicio profesional exigen como requisito un año de servicio social para los médicos; en el caso de enfermería el servicio es de seis meses si es ad honorem y un año si es remunerado.

En la práctica el MINSAL cuenta con plazas remuneradas para medicina, no así para enfermería.

Así, el profesional que desea migrar debe contar

con su número de ejercicio profesional, además de requerir el programa de estudios a la Universidad con las correspondientes notas certificadas para iniciar el proceso de reválida o reconocimiento en otro país.

### 3. Registro, Licencia y Habilitación Profesional

Constitución de la República

Decreto Legislativo N° 38 del 15 de Diciembre de 1983, publicado en el Diario Oficial N° 234, tomo 281, del 16 de Diciembre de 1983, art. 68, de la Constitución de la República establece que un Consejo Superior de Salud Pública (CSSP), velará por la salud del pueblo, el cual está formado por igual número de representantes de los gremios Médicos, Odontológicos, Químico Farmacéutico, Médico Veterinario, Laboratorio Clínico, Psicología, Enfermería y otros a nivel de Licenciatura que el CSSP haya calificado para tener su respectiva junta.

Se establece que el ejercicio de las profesiones que se relacionan de un modo inmediato con la salud del pueblo, será vigilado por organismos legales formados por académicos pertenecientes a cada profesión. Estos organismos tendrán facultad para suspender en el ejercicio profesional a los miembros del gremio bajo su control, cuando ejerzan su profesión con manifiesta inmoralidad o incapacidad. La suspensión de profesionales podrá resolverse por los organismos competentes de conformidad al debido proceso.

El Código de salud (Código de Salud, 1988)

Algunos artículos relevantes de esta norma:

Art. 5.- Se relaciona de un modo inmediato con la salud del pueblo, las profesiones médicas, Odontológicas, Químico Farmacéutico, Médico Veterinario, Enfermería, Licenciatura en Laboratorio Clínico, Psicología y otras. Cada una

de ellos serán objeto de vigilancia por medio de un organismo legal, el cual se denominará según el caso: Junta de Vigilancia de la Profesión Médica, Junta de Vigilancia de la Profesión de Química y Farmacia, Junta de Vigilancia de la Profesión Médica Veterinaria, Junta de Vigilancia de la Profesión de Enfermería, etc.

Art. 23.- Las juntas a que se refiere el artículo 5 del presente código, regulan el ejercicio de las profesiones correspondientes y sus actividades técnicas y auxiliares. La autorización para ejercer el control de ese ejercicio estará a cargo y bajo la responsabilidad de la respectiva junta.

Asume estas funciones regulatorias el Consejo Superior de Salud Pública, instancia regulatoria autónoma en su ejercicio, pública en su financiamiento. Este organismo es el que registra a los profesionales a través de las Juntas de Vigilancia de cada profesión, en este caso médicas y de Enfermería, según lo establecido en el Código de Salud. Estas Juntas de Vigilancia cuando ya el profesional que ingresa al país tiene su permiso de trabajo, les extienden su número de Junta de Vigilancia provisional, previa certificación de su título de grado o post grado; pueden acceder al número definitivo para el ejercicio profesional, en el caso que opten por su ciudadanía, esto no implica ningún otro tipo de pruebas, más que cumplir con el requisito contemplado en el capítulo VI del Código de Salud, Art 306.

Para el caso de emigración no existe como país ningún proceso para registro de las personas que emigran, las bases de datos no define si los profesionales registrados están o no ejerciendo en el país.

Art. 30. Las juntas de Vigilancia a que se refiere el artículo 5 de este código, podrán conceder autorizaciones de carácter permanente, temporal o provisional para el ejercicio de las respectivas profesiones y sus actividades especializadas, técnicas y auxiliares.

#### **4. Certificación y Recertificación profesional**

En El Salvador no existe un proceso de certificación profesional, solo el mecanismo de ingreso a la profesión, donde el profesional debe presentar sus documentos que lo acreditan como tal, extendidos por la institución formadora legalmente acreditada y registrados en el Ministerio de Educación y para los extranjeros en el Ministerio de Trabajo en el área de extranjería.

Actualmente la Política Nacional de Salud, 2009-2014, define en lo que corresponde a la estrategia 18 define la acreditación, y homologación.

Igualmente, en El Salvador aún es un tema pendiente la recertificación profesional.

## 6.4. Guatemala

### I. Información general

Guatemala es un país multilingüe y pluricultural, cuenta con 23 idiomas mayas, incluyendo los idiomas xinca y garífuna, este último hablado por la población afro descendiente en Izabal; con una población de 14,3 millones de habitantes y una superficie de 108.889 km<sup>2</sup>. Así es el país con mayor población y el tercero en tamaño en Centro América. Guatemala se encuentra organizada en 8 Regiones, 22 departamentos y 333 municipios.

Se ubica en el puesto 131 en el Informe sobre Desarrollo Humano 2011. El 36.5% de la población es indígena, sobretodo de origen maya, con un asentamiento predominantemente rural, aunque con un creciente proceso de urbanización. Guatemala tiene uno de los mayores índices de pobreza en América Latina y aún débiles indicadores sociales. Los problemas causados por el crecimiento exponencial demográfico (2,3% por año), la exclusión y las desigualdades han perpetuado una situación en la que el 56% de la población vive en la pobreza, de los cuales 22% viven en extrema pobreza. Datos relevantes de los ODM y otros indicadores muestran que aún queda mucho por lograr (European Commission 2007). Uno de cada cuatro Guatemaltecos es analfabeto y el promedio de vida escolar es de 10 años<sup>33</sup>.

Guatemala enfrenta altos niveles de pobreza y desigualdad social, a lo que se ha sumado en estos años graves tormentas tropicales. Estos desastres naturales han golpeado especialmente a los sectores más pobres de la sociedad (56% de la población), que tiene un acceso muy limitado a servicios de salud y educación y están expuestos a la inseguridad alimentaria. La esperanza de vida es de 63 años para los hombres y 69 años para las mujeres, 60% de la población es rural y 30% de los mayores de 15 años son analfabetos.



FIG. 16. Organización Política Administrativa de Guatemala

A pesar de estas graves dificultades, la democracia viene generando espacios para el debate y la construcción de respuestas a estos problemas, superando las secuelas del conflicto interno. Los problemas descritos desafían la fortaleza de las instituciones y a los compromisos asumidos por los actores políticos y sociales con base en los Acuerdos de Paz firmados en 1996, finalizando una guerra civil que duró 36 años. Esta situación explica el importante y continuo apoyo de la comunidad internacional en general y de la Unión Europea en particular a este país.

De esta manera, Guatemala sólo será capaz de cumplir con sus Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) si existe un compromiso continuo y riguroso de todas las partes hacia la paz y la reconciliación (European Commission 2007).

### II. Sistema de Salud

Los Acuerdos de Paz firmados en 1996 incluyeron la reestructuración del sistema de salud pública, con más recursos y una mayor atención a las zonas rurales, y un renovado énfasis en las estrategias de prevención. Luego de 15 años aún está pendiente el desarrollar avances sustanciales.

<sup>33</sup>Instituto Nacional de Estadística [www.ine.gob.gt](http://www.ine.gob.gt)

Un paso importante en la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud ha sido la creación del Sistema de Atención Integral de Salud (SIAS) bajo la conducción central de la Dirección General del SIAS<sup>34</sup> del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El sistema es definido como la:

*“Forma política, organizativa, técnico-administrativa y programática que adopta el sistema de salud en Guatemala, con el propósito de planificar, organizar, dirigir, monitorear y evaluar programas y acciones de salud orientadas hacia la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación y rehabilitación de la salud de la población Guatemalteca, con base a las políticas, estrategias y objetivos de la salud definidas por el Estado, identificadas en el plan de gobierno y ratificadas por los acuerdos de paz en 1996.”*

El punto de partida del Sistema es el reconocimiento y aceptación por parte de las instituciones y establecimientos que lo integran, de la rectoría del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social con relación a la conducción y regulación del sector salud. Sin embargo, enfatiza en la coordinación e integración de la oferta de servicios con el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), las Universidades, las ONG, las Municipalidades, las Iglesias y otras instituciones relacionadas con el campo de la salud. De esta manera, este sistema hace uso de los servicios prestados por las organizaciones no gubernamentales en áreas rurales remotas donde no hay instalaciones de salud pública. El SIAS contempla la organización y desarrollo de redes municipales, departamentales y nacionales de establecimientos y servicios de salud. Las características de los establecimientos de esta Red son:

- Centro Comunitario de Salud: Es el establecimiento de menor complejidad de la red de servicios, que tiene bajo su área de responsabilidad programática a una población que varía entre 400 y 1,200 habitantes.

Los recursos humanos de estos centros: a) Por la comunidad: El guardián de salud, el colaborador voluntario de vectores, la comadrona tradicional capacitada; y b) Por el ministerio: El auxiliar de enfermería, el técnico en salud rural y el médico ambulatorio.

- Puesto de Salud: Es el establecimiento de los servicios públicos de salud del primer nivel de atención ubicado en aldeas, cantones, caseríos y barrios de los municipios. Cubre 2,000 habitantes como promedio y sirve de enlace junto con el centro de salud entre la red institucional y el nivel comunitario. Brinda un conjunto de servicios básicos de salud definidos según normas y el recurso humano básico es la Auxiliar de Enfermería.
- Centro de Salud: Es el establecimiento de los servicios públicos de salud del segundo nivel de atención ubicado en el ámbito municipal y generalmente en las cabeceras municipales y ciudades de importancia. Brinda a la población de su área de influencia, los servicios ampliados de salud definidos según normas. Coordina y articula la prestación de servicios de salud de los establecimientos de menor categoría ubicados en su área de influencia.
  - Centros de Salud Tipo A: Son establecimientos de servicios públicos que cuentan con internamiento con 35 camas. Tienen un área de influencia de entre 10,000 a 20,000 habitantes. Funcionan las 24 horas del día y brindan atención de maternidad, cirugía y traumatología de urgencias; urgencias médicas y pediátricas, entre otros servicios. Los recursos humanos básicos son: Médico General, Odontólogo, Médicos Especialistas según normas, Psicólogo, Enfermera Graduada, Auxiliar de Enfermería, Técnico de salud rural,

<sup>34</sup>Esta Dirección General tiene entre otros Departamentos los de a) Desarrollo de los Servicios de Salud, b) Epidemiología, y c) Educación y Comunicación en Salud

- inspector de Saneamiento Ambiental, técnicos de laboratorio y Anestesia.
- Centro de Salud Tipo B: son establecimientos de servicios de salud que brindan servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación dirigidas a las personas y acciones al ambiente. Tienen un área de influencia entre 5,000 y 10,000 habitantes. Los recursos humanos básicos son el Médico General, Odontólogo, Psicólogo, Enfermera Graduada, Auxiliar de Enfermería, Técnico en salud rural, Inspector de Saneamiento Ambiental y otros técnicos de salud.
  - Hospital General: Es el establecimiento de mayor complejidad del segundo nivel, además de las acciones de recuperación, desarrolla acciones de prevención, promoción y rehabilitación de la salud, y presta atención médico hospitalaria de carácter general a la población que reside a nivel departamental. La atención brindada consiste en servicios médico hospitalarios de las especialidades de medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia y pediatría general y la subespecialidad de traumatología y ortopedia, así como servicios de Rayos X, laboratorio y banco de sangre. Los recursos humanos básicos son los Médicos Generales y Médicos especializados en Medicina Interna, Obstetricia y Ginecología, Pediatría General, Cirugía General, Traumatología y Ortopedia, Anestesiología, Q.B. Q.F. y Radiólogo, Psicólogo, Trabajadores Sociales, Enfermeras Profesionales, Auxiliares de Enfermería.
  - Hospital Regional: Es un establecimiento de tercer nivel de atención que desarrolla además de las acciones de recuperación, acciones de promoción, prevención y rehabilitación de la salud y brinda atención médica especializada a la población referida por los establecimientos de menor complejidad de su área de influencia y en especial

de los hospitales generales que pertenezcan a dicha área. Presta los servicios normados para los hospitales generales y otros servicios especializados. Los recursos humanos básicos son los médicos generales y médicos especializados en medicina interna, obstetricia y ginecología, pediatría general, cirugía general, traumatología y ortopedia, anestesiología, Q.B, Q.F, Radiólogo, Psicólogo, Enfermera Profesionales, Auxiliares de Enfermería

- Hospital Nacional de Referencia: Es el establecimiento de mayor complejidad de tercer nivel de atención que desarrolla acciones de promoción, prevención y rehabilitación de la salud y brinda atención médica especializada a la población referida por los establecimientos de la red de servicios de salud que requieren dicha atención. Esta atención médica especializada requiere alta tecnología, recursos humanos especializados y materiales y equipo. Pertenecen a esta categoría los hospitales Roosevelt y General San Juan de Dios. Los recursos humanos básicos son los médicos generales y especialistas en medicina interna, obstetricia y ginecología, pediatría general, cirugía general, traumatología y ortopedia, anestesiología, Q.B., Q.F, y Radiólogo, Psicólogo, t.s., Enfermeras Profesionales, Auxiliares de Enfermería.

Los programas de vacunación también han mejorado. Sin embargo, Guatemala tiene bajos indicadores de salud primaria en el contexto de América Latina. El gasto en salud en general no ha alcanzado la meta de 1,3% del PIB. Se estima que 20% de la población carece de asistencia pública o la atención del SIAS. Los desafíos incluyen la ampliación de la cobertura básica y la atención de salud preventiva, así como la integración más eficaz de la medicina tradicional indígena y la contratación de más personal bilingüe (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, 2010).

En estos últimos 15 años, Guatemala viene experimentando importantes transformaciones las que esquemáticamente (con las limitaciones que esto implica) pueden ser ordenadas de la siguiente manera (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala 2010):

- 1997: en el marco del proceso de Reforma Sectorial de Salud, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social impulsó el Programa de Extensión de Cobertura en el primer nivel de atención, mediante la contratación de ONG's como Administradoras y Prestadoras de servicios de salud, llegando a lugares que, como hemos señalado antes, no tenían acceso, con énfasis en la población rural, más pobre, y predominantemente indígena. Esta reforma ha permitido reducir la brecha en el acceso a la salud. Se estima que en enero del 2009 los convenios suscritos entre el MSPAS y las ONG's que prestan servicios básicos de salud cubrían 425 jurisdicciones con 9,096 comunidades, atendiendo de esta manera a 920,419 familias que conforman 4.6 millones de habitantes en 26 áreas de salud. Sin embargo los avances aún son insuficientes para brindar cobertura de salud a una población que demanda crecientemente los servicios en un escenario de transición demográfica, nutricional y epidemiológica, los paquetes básicos definidos y los criterios económicos ya no son suficientes para definir la prestación de servicios a hombres y mujeres en todas las etapas de su vida.
- En el año 2002 se desarrolló en áreas geográficas seleccionadas y en función de indicadores de daños a la salud, un proyecto de extensión de cobertura en el segundo nivel de atención (Proyecto Finlandia), fortaleciendo para ese propósito a los centros de salud con la dotación de recursos para atención en horarios de 24 horas y de fin de semana. Este esfuerzo se complementó,

posteriormente, con la implementación del Modelo Integral de Gestión en las mismas áreas geográficas, canalizando recursos para mejorar las capacidades gerenciales del personal en el ejercicio de la rectoría en salud, el mejoramiento de la infraestructura física, la dotación de mobiliario y equipo, impulsando todo un proceso de movilización social y de recursos locales para el mejoramiento de la salud.

- En el año 2003 se promueve en el MSPAS, con el apoyo técnico y financiero de OPS y ASDI el enfoque de salud de pueblos indígenas a partir del movimiento generado desde Washington (iniciativa SAPIA) con el apoyo financiero y técnico de OPS, PNUD los gobiernos de Suecia (ASDI) y Finlandia. Se concretó en el Ministerio con el diseño y la creación del Programa Nacional de Medicina Tradicional y Alternativa. En estos años se han desarrollado una serie de documentos técnicos que han ayudado en el desarrollo de marcos conceptuales para la salud de pueblos indígenas; se trabajó una propuesta de modelo de atención intercultural en la Dirección general del SIAS; este modelo teórico se operativizó en la segundo semestre de ese año localmente, en un área de salud con carácter de territorio indígena, esta iniciativa terminó con una propuesta de abordaje intercultural desde la construcción de redes sociales para la salud.
- Durante los años 2005, 2006 y 2007, se continuó trabajando en el diseño e implementación de un Modelo Básico de Gestión y Atención Integral en Salud, que estructuraba la organización del nivel operativo, representado por las Áreas de Salud, en cuatro Gerencias, consistentes en Provisión de Servicios, Control y Vigilancia de la Salud, de Recursos Humanos y Administrativo Financiera, planteándose los recursos pertinentes para el fortalecimiento de su capacidad operativa

y se integraron los equipos de seguimiento, pero por diversas razones no se consolidó. Además, en el ámbito del Modelo de Atención, se organizó la red de servicios en tres Niveles de Atención y se actualizaron las normas programáticas para ser implementadas en Centros y Puestos de Salud, con la respectiva capacitación al personal mediante un Diplomado, proceso que tampoco tuvo el seguimiento necesario para verificar su cumplimiento y apropiación.

- Durante los años 2008 y 2009, en el contexto del Plan de Gobierno y de las Políticas y Lineamientos Estratégicos del MSPAS, se brinda un fuerte impulso al fortalecimiento de la red y a la gratuidad de servicios de salud. Para ello se dotó a un número significativo de Centros y Puestos de Salud con personal, equipo, medios de transporte y remozamiento de su infraestructura física, a fin de habilitarlos para atención en horarios ampliados de fin de semana y de 24 horas, así como para atención del parto no complicado. Paralelamente dio inicio el fortalecimiento de las unidades de mayor capacidad resolutoria y complejidad de atención de la red, mediante la implementación del Plan Hospitales Solidarios, mejorando de esta manera la accesibilidad funcional a la salud, así como la integralidad, calidad y calidez de atención a los usuarios.
- A finales del año 2009, el MSPAS con la decidida intención de las autoridades de turno de avanzar en el diseño e implementación de políticas públicas que fortalecieran el enfoque para la salud de pueblos indígenas y la interculturalidad, se crea a través del acuerdo Ministerial 1632, una unidad con carácter político, con dependencia directa del despacho ministerial.

Sobre la base de estas experiencias, sistematizadas y confrontadas con las necesidades y deman-

das de los usuarios, es que se ha formulado la propuesta de Modelo de Atención Integral en Salud. La apuesta que hace el Ministerio es de emplear un nuevo enfoque de organización, de postulados y principios para resolver problemas de actualidad, pero con visión de futuro; es decir, sin que ello implique olvidar la dinámica que caracteriza al proceso de salud enfermedad (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala 2010).

### **III. Gestión de Recursos Humanos de Salud**

La Dirección General de Recursos Humanos en Salud es la dependencia del Nivel Central del Ministerio de Salud responsable de la formación, capacitación y administración de los recursos humanos en salud en función de la implementación y desarrollo del Sistema de Atención Integral en Salud (SAIS). Es la encargada del diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas de desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la institución y tiene la misión de coordinar con todas las instituciones del Sector Salud para el logro de los objetivos sectoriales manteniendo un análisis permanente del mercado laboral y educativo; de las políticas de formación y capacitación de las demás instituciones y una política de puestos y salarios acorde con los requerimientos de la institución. Esta dependencia tiene el mandato de promover el mejoramiento de la calidad de vida laboral e integral de los trabajadores de la salud mediante la puesta en práctica de un sistema moderno de planificación y administración de recursos humanos en salud. Participa además en el desarrollo de investigaciones en servicios de salud y en recursos humanos en salud (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social).

La organización de esta Dirección es la siguiente:



Organigrama de la Dirección General de Recursos Humanos - Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala.

En 2010 había 16.043 médicos registrados de los cuales 9.447 estaban activos. Aunque 71% eran hombres, en los últimos años se ha observado un incremento progresivo del número de mujeres. Con base en la población estimada se calculó que había 11 médicos por 10.000 habitantes. Sin embargo, 71% se concentraba en el departamento de Guatemala (36,1 por 10.000 habitantes), mientras que Departamentos como Quiché apenas tenían 1,4 por 10.000 habitantes.

La Brigada Médica Cubana apoya al país con la participación de 235 médicos. En 2010, el país tenía 6.584 enfermeros profesionales (4,5 por 10.000 habitantes), lo que determina una razón de 2,4 médicos por enfermero. Al igual que los médicos, los enfermeros profesionales y los auxiliares de enfermería se concentraban principalmente en el departamento de Guatemala. En 2007 había 2.376 Odontólogos (1,8 por 10.000 habitantes) en todo el país, de los que 78,1% se ubicaban en el departamento de Guatemala (6,5 por 10.000 habitantes).

#### IV. Caracterización del Marco Legal

##### 1. Acreditación de instituciones de educación superior.

Guatemala no cuenta con un sistema de acreditación de la calidad de la formación de profesionales, que evalúe a las instituciones formadoras.

##### 2. Registro, Licencia y Habilitación Profesional

La colegiación de los profesionales universitarios es obligatoria, tal como lo establece la Constitución Política de la República. Para ello la ley establece que “las universidades deberán, en los meses de enero y junio de cada año, remitir obligatoriamente a cada colegio profesional, la nómina de los profesionales que se hayan graduado durante el período, con sus correspondientes datos generales de ley”. Los títulos otorgados por

las universidades del país o la aceptación de la incorporación de profesionales graduados en el extranjero habilitan académicamente para el ejercicio de una profesión, pero no los faculta para el ejercicio legal de la misma, lo que deberá ser autorizado por el colegio profesional correspondiente, mediante el cumplimiento de la colegiación.

El Decreto N° 72-2001, emitido por el Congreso de la República, establece explícitamente que esta obligación de colegiación alcanza a Congreso de la República de Guatemala 2001:

Los profesionales graduados en las distintas universidades del extranjero, cuyos títulos sean reconocidos en Guatemala en virtud de tratados y convenios internacionales aceptados y ratificados por el Estado y que deseen ejercer su profesión en el país.

En estos casos, previo a la colegiación, los profesionales deberán cumplir con el procedimiento de reconocimiento de títulos, establecido por la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Los profesionales universitarios graduados en el extranjero que formen parte de programas de postgrado, entrenamiento u otras actividades organizadas para, desarrollarse en el territorio de la República por las distintas universidades del país, instituciones no estatales o internacionales o instituciones del Estado, autónomas o semiautónomas y las municipalidades, que por tal motivo deban ejercer la profesión en Guatemala, durante un lapso de tiempo máximo de dos años, no prorrogables, podrán hacerlo por el tiempo que dure la actividad respectiva, para lo cual se inscribirán en el registro de colegiados temporales que deberá llevar cada colegio profesional.

En estos casos, los profesionales podrán ejercer la profesión temporalmente, con la sola autorización del colegio profesional que corresponda con su naturaleza profesional.

Más aun las normas del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala establecen que “Para el ejercicio de la profesión médica se necesita la calidad de Colegiado Activo. Toda persona individual o jurídica, pública o privada que por cualquier concepto contrate los servicios de los colegiados, queda obligada a exigirles que acrediten su calidad de activos”. Recíprocamente, los colegiados activos adquieren el derecho a ejercer libremente su profesión. (Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, 1993).

En el caso de Enfermería, el Congreso de la República aprobó la Ley de Regulación del Ejercicio de Enfermería, mediante con el objeto de garantizar la prestación del servicio de enfermería en forma idónea, eficiente y eficaz, como un derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, de la población.

Esta norma señala que están facultados para el ejercicio de la enfermería, las personas que reúnan las calidades y requisitos siguientes:

#### **1. Para el nivel de licenciado (a) en enfermería:**

Haber obtenido el título habilitante, otorgado por cualquiera de las universidades reconocidas oficialmente en la República de Guatemala. En el caso de profesionales graduados en universidades extranjeras, es obligatoria su incorporación.

Estar inscrito en el colegio profesional correspondiente y tener la calidad de colegiado activo.

#### **2. Para el nivel de enfermero (a) y auxiliar de enfermería:**

Obtener el certificado otorgado por el establecimiento educativo que esté reconocido para tal efecto por el Estado de Guatemala, que acredite fehacientemente dicha calidad.

De esta forma la formación y enseñanza de las personas que ejercen la enfermería se realizará en la siguiente forma:

La formación de enfermeros (as) con grado de licenciatura y sus especializaciones, corresponde a las universidades legalmente reconocidas en la República de Guatemala.

La formación y capacitación de enfermeros (as) y auxiliares de enfermería, corresponde a las instituciones reconocidas y autorizadas por el Ministerio de Educación, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y entidades privadas, cuyos pensum de estudios estén autorizados por el Ministerio de Educación en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Más aún, precisa esta norma que atendiendo el grado académico la distinción se establece de la siguiente manera:

#### **1. Atendiendo al grado académico:**

Doctor, magíster y licenciado (a) en enfermería, graduados en las universidades estatal o privadas del país o incorporados de universidades extranjeras.

Enfermero (a) incluye a aquellas personas graduadas a nivel técnico en la Escuela Nacional de Enfermería, en universidad estatal o privada del país o en otras instituciones reconocidas para el efecto por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debiendo contar con la escolaridad mínima a nivel diversificado.

Auxiliar en enfermería, Incluye a quienes hayan aprobado el curso básico de enfermería acreditado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debiendo contar con la escolaridad mínima

de tercero básico.

Auxiliar de enfermería comunitario, personas formadas bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con la visión de cubrir las comunidades postergadas, debiendo contar con la escolaridad mínima de tercero básico; para tal efecto se creará un pensum con enfoque comunitario, quienes reciban esta capacitación están habilitados únicamente para el trabajo de salud comunitario.

(Congreso de la República de Guatemala 2007)

En el caso de las auxiliares de enfermería si bien no se cuenta con un Colegio Profesional, se requiere el aval del Ministerio de Salud, para la habilitación para ejercer.

#### **3. Certificación y Recertificación profesional**

Este proceso no se desarrolla como tal, como hemos señalado anteriormente el ejercicio profesional requiere solo la condición de colegiado activo.

#### **4. Revalida y Reconocimiento de Títulos**

El Departamento de Educación de Enfermería es la institución que realiza incorporación y registra a las enfermeras inmigrantes. Pertenece al Ministerio de Salud y Asistencia Social y a la Universidad Nacional de San Carlos de Guatemala. Actualmente no se tiene ninguna política de migración para el recurso humano de enfermería en Guatemala (Organización Panamericana de la Salud – Área de Sistemas y Servicios de Salud 2011).

#### **V. Marco laboral y de Protección Social**

Las leyes que rigen este aspecto en Guatemala son: Código de Trabajo, (aplicable a todos los trabajadores en relación de dependencia, excepto los trabajadores del estado), Ley de Servicio Civil (aplicable a trabajadores del estado), Ley de Se-

guridad Social. En estas leyes se encuentra la información referente a todos los puntos de marco laboral social

## VI. Formación de Profesionales de la Salud

| MÉDICOS<br>AÑO               | TOTAL  |
|------------------------------|--------|
| Graduados en el año 2008     | 595    |
| Graduados en el año 2009     | 521    |
| Graduados en el año 2010     | 699    |
| Total de médicos registrados | 16,043 |

**TABLA 7.** Médicos graduados en los últimos 3 Años en Guatemala<sup>35</sup>.

| ENFERMEROS (AS)<br>AÑO          | TOTAL |
|---------------------------------|-------|
| Graduados en el año 2008        | 200   |
| Graduados en el año 2009        | 467   |
| Graduados en el año 2010        | 410   |
| Total de enfermeras registradas | 6,584 |

**TABLA 8.** Enfermeras graduadas en los últimos 3 Años en Guatemala<sup>36</sup>.

| Serial | ESPECIALIDADES MEDICAS                                 | Total |
|--------|--|-------|
| 11     | Pediatría  | 48    |
| 12     | Ginecología y Obstetricia                              | 53    |
| 13     | Anestesiología   | 31    |
| 14     | Anestesiología y metodo del dolor                      | 6     |
| 15     | Patología  | 3     |
| 16     | Farmacología Clínica                                   | 2     |
| 17     | Maestría en Salud Pública con énfasis en Epidemiología | 4     |
| 18     | Neonatología   | 4     |
| 19     | Cirugía General  | 29    |
| 20     | Oftalmología   | 13    |
| 21     | Radiología por Imágenes Diagnosticas                   | 23    |
| 22     | Medicina Interna                                       | 38    |
| 23     | Patología  | 2     |
| 24     | Traumatología y Ortopedia                              | 9     |

| Serial | ESPECIALIDADES MEDICAS                           | Total |
|--------|--|-------|
| 25     | Neurología                                       | 2     |
| 26     | Psiquiatría                                      | 1     |
| 27     | Infectología de Adultos                          | 1     |
| 28     | Coloscopia y Patología de Tacto Genital Femenino | 1     |
| 29     | Urología   | 1     |
| 30     | Neurocirugía                                     | 1     |
| 31     | Administración de Hospitales                     | 1     |
| 32     | Medicina Familiar                                | 1     |
| 33     | Dermatología                                     | 2     |
| 34     | Nefrología de Adultos                            | 1     |
| 35     | Alimentación y Nutrición                         | 1     |
| 36     | Terapia Ocupacional                              | 1     |
| 37     | Productividad en Ciencias de la Salud            | 1     |

**TABLA 9.** Especialistas registrados por el Ministerio de Salud Pública de Guatemala, 2010<sup>37</sup>.

<sup>35</sup>Datos obtenidos del Departamento de Formación DGRRRH, MSPAS. Guatemala

<sup>36</sup>Idem.

<sup>37</sup>Cuadro Resumen Personal Registrado, Sección de Registro de Personal en Salud, Departamento de Formación de Recursos Humanos, Guatemala, Diciembre de 2010. Obtenido de: Guatemala Human Resources for Health; HRH Information Landscape Analysis, Business Process, Functions, and Minimum Data Element. Stakeholders Validation Meeting. Guatemala City, Guatemala, 31 August 2011. Ministerio de Salud Pública de Guatemala, CDC & WHO.

El número de enfermeras egresadas de las instituciones formadoras cada año es de 900 auxiliares de enfermería, 200 enfermeras a nivel técnico; 5 primeras licenciadas de la universidad nacional; y 10 licenciadas por año de la universidad privada. Estas cifras, particularmente en el nivel

profesional llevan a señalar una severa escasez de Licencias de enfermería, en los 3 niveles de atención, pero en particular en las zonas rurales (Organización Panamericana de la Salud – Área de Sistemas y Servicios de Salud 2011).

| UNIVERSIDAD                         | 2010 |
|-------------------------------------|------|
| Universidad Francisco Marroquín     | 37   |
| Universidad San Carlos de Guatemala | 121  |
| Universidad Mariano Gálvez          |      |
| Universidad Rafael Landívar         | 37   |
| Universidad Mesoamericana           | 238  |

**TABLA 10.** Médicos graduados en universidades de Guatemala, año 2010

## VII. Migración de Profesionales de la Salud

Sobre la migración en enfermería, cerca de 10 a 15 enfermeras por año, solicitan documentación para seguir trabajando en Estados Unidos; pero este dato tiene sub-registro. Las razones para la emigración son: falta de fuentes de trabajo; bajos salarios; incentivos laborales no satisfactorios; falta de una política de recurso humano; y exceso de trabajo en los servicios (Organización Panamericana de la Salud – Área de Sistemas y Servicios de Salud 2011). Para el 2004, según el estudio Migración de Recursos Humanos para la salud, Avances y perspectivas en las Américas. Malvarez Silvina OPS, 1.704 enfermeras que representan el 26% de las 4000 egresadas en el 2004, se encuentran laborando en Estados Unidos de Norteamérica y Canadá.

En cuanto a la inmigración, cerca de 5 enfermeras, promedio, por año realizan proceso de incorporación. Llegan de Nicaragua, México, Costa Rica y Colombia. Y las razones son: asuntos familiares y búsqueda de nuevas oportunidades laborales. (Organización Panamericana de la Salud – Área de Sistemas y Servicios de Salud 2011). No existe información registrada para los profesionales de la medicina.

## 6.5. Honduras

Información obtenida de varias fuentes<sup>38</sup>

### I. Información general

La República de Honduras se autodefine como un estado libre, soberano e independiente, unitario e indivisible. Está constituida por tres poderes: ejecutivo, legislativo y judicial, siendo el Presidente electo cada cuatro años. El país se divide en 18 departamentos y éstos a su vez en 298 municipios. La población proyectada al año 2010 fue de 8.045.990 habitantes (49,3% hombres y 50,7% mujeres) habitantes, para un territorio de 112,492 km<sup>2</sup>. La población urbana representa el 52% del total del país, marcando un alto nivel de ruralidad (Flores Fonseca). La pirámide poblacional muestra una base predominante joven, con aproximadamente el 50% de la población menor de 18 años (Organización Panamericana de la Salud 2009).

Es importante hacer notar que en el período entre los años 1960 y 2000, el crecimiento anual per cápita promedio fue 0.8, sensiblemente menor al promedio latinoamericano (1.7 %), y al de los países en desarrollo (1.2 %). De acuerdo a Achard y González, desde 1957 Honduras nunca experimentó un episodio de crecimiento sostenido que tuviera consecuencias significativas sobre su PIB *per cápita* (citando a Hausmann, Pritchett y Rodrik 2004). (Achardy otros 2006).

Honduras ocupa el puesto 117 en el Índice de Desarrollo Humano, calificado en el nivel medio. La pobreza alcanza en el año 2009 al 58,8% de los hogares de Honduras (con un 36,4% en extrema pobreza), a pesar del incremento constante del PBI per cápita, situación que expresa una desigual distribución en el ingreso. Esto coexiste con los bajos ingresos asociados a empleos temporales y la baja productividad, llevando a que el subempleo invisible nacional para el 2007 llegase al 33,2%, y en el área rural a 44,7%.



FIG. 17. Organización Política Administrativa de Honduras

Honduras, como otros países de Centroamérica, enfrenta un creciente problema de violencia social que se expresa en inseguridad ciudadana. Los homicidios se han incrementado, particularmente en los últimos años, llegando a 49 por 100 mil habitantes. Según datos proporcionados por el Comisionado Nacional de los Derechos Humanos, entre 2006 y 2007 se registraron 10,279 muertes violentas en Honduras, 6,280 de las cuales fueron homicidios, con armas de fuego en el 77%. (Organización Panamericana de la Salud 2009).

### Migración general

Las condiciones económicas, políticas y sociales contribuyen decididamente al proceso migratorio en Honduras, y al importante papel que cumplen las remesas familiares, las cuales se constituyen en la tercera fuente de ingresos, detrás de los salarios y los ingresos por cuenta propia. (Organización Panamericana de la Salud 2009).

Honduras ha sido y es un país altamente expuesto a los procesos migratorios. Anteriormente y de manera significativa, una inmigración aso-

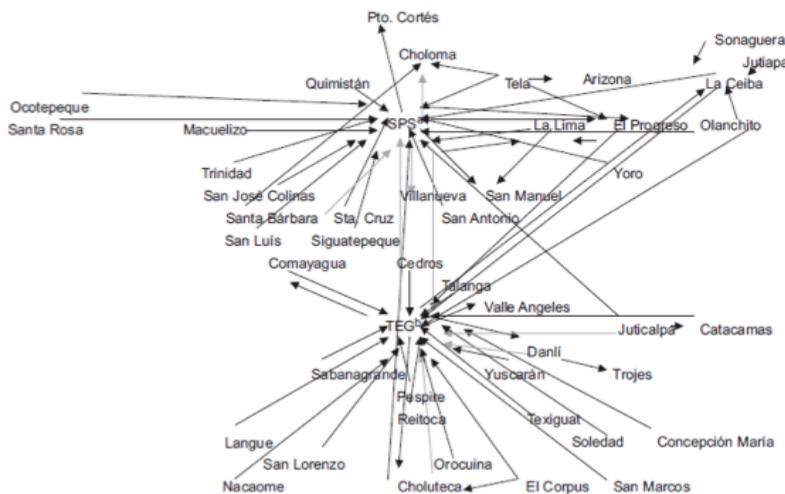
<sup>38</sup>Se tomará como fuentes de información los Colegios Profesionales de Médicos y Enfermeras, las Universidades Públicas y Privadas, el Instituto Nacional de Estadística, Secretaría de Salud y el Instituto Hondureño de Seguridad Social.

ciada a los conflictos bélicos que acontecían en otros países de la subregión centroamericana. En 1998, el huracán Mitch que afectó severamente la infraestructura y la economía del país, y desencadenó una emigración masiva de la población hacia el exterior<sup>39</sup>, básicamente acelerando el flujo existente, y que acentuó la generación de redes sociales. A esto ha de sumarse la migración interna la movilidad laboral fronteriza, la movilidad cotidiana y los desplazamientos al exterior. (Flores Fonseca).

En cuanto a la inmigración internacional, el número inmigrantes nunca ha superado el 5% de la población, con los mayores porcentajes entre 1920 y 1930 y en los años sesenta. En cuanto a la emigración, se estima que a principios de los años ochenta entre 50.000 y 125.000 hon-

dureños vivían en el exterior. En el Censo del año 2000 de Estados Unidos se empadronaron 217.569 personas de origen hondureño. En el censo de población hondureño de 2001, se estimó que en el 3,34% de los hogares hondureños, alguna persona había salido del país en los tres años anteriores al censo. En los Estados Unidos se encontraba el 91,4% de los emigrantes; el 2,2% vive en México, el 2,1% en España y el 1,9% en Centroamérica.

Por otra parte, la migración interna se ha orientado fundamentalmente hacia los desplazamientos de Cortés y Francisco Morazán, donde están las ciudades de San Pedro de Sula y Tegucigalpa, respectivamente, con un alto nivel de concentración como se aprecia en la siguiente figura:



**TABLA 11.** Flujos migratorios internos. Honduras. Sps: San Pedro de Sula, Teg: Tegucigalpa. Fuente: Flores Fonseca.

Se estima que entre los años 2000 y 2010 un equivalente a 7,5% de la población total ha dejado el país, y que 92,5% de los que emigraron pertenecían al grupo de la población económicamente activa (4, 5). El Foro Nacional para las Migraciones en Honduras ha informado que en un período de 10 años, en promedio 30.000 personas han sido deportadas anualmente desde Estados Unidos de América y México.

Cerca de 78% del total de la población migrante tiene entre 15 y 34 años, y con mayor frecuencia son hombres (OPS Salud de las Américas Vol. Países 2012).

## II. Sistema de Salud

El Sistema de Salud Hondureño tiene fundamentalmente 3 componentes: a) la Secretaría de

<sup>39</sup>Cita Flores Fonseca como factores adicionales las sequías y caídas en el precio del café después del año 2000.

Salud que brinda cobertura al 60% de la población, el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) al 10%, y las unidades prestadoras de servicios de salud del sector privado. El marco jurídico nacional reconoce a la Secretaría de Salud la función de rectoría del sector, debiendo coordinar con las otras instancias.

Orgánica y funcionalmente, el país cuenta con 20 Regiones Departamentales de Salud, concordantes con la organización política – administrativa del país. A nivel nacional cuenta con 6 Hospitales Nacionales, 6 Hospitales Regionales, 16 Hospitales de Área, 4 Centros de Emergencia y 380 Centros de Salud con Médico y Odontólogo, 1002 Centros de Salud Rural (CESAR) y 56 Clínicas Materno Infantiles (CMI), (Secretaría de Salud – Honduras 2009).

Honduras cuenta con el Plan Nacional de Salud 2021, aprobado en el año 2005, el cual es concebido con una duración de largo plazo que tiene “carácter político, técnico y sectorial que como instrumento de planificación y gerencia estratégica facilita la conducción, armonización y alineamiento de los esfuerzos y recursos nacionales y de la cooperación externa en el sector salud.” En este documento se señala como una meta medular del sector elevar a niveles aceptables el rendimiento del sistema de salud y su capacidad de respuesta a las expectativas y necesidades de la población mediante modelos efectivos, de calidad y equitativos. Asimismo, se establecen como prioridades del sector el fomento a la salud –especialmente en grupos prioritarios y vulnerables–; la salud materna infantil y nutrición; el control de enfermedades transmisibles; el control de enfermedades crónicas no transmisibles; y la reforma al sector salud (Secretaría de Salud – Honduras).

Honduras presenta un perfil de transición epidemiológica caracterizado por la coexistencia de enfermedades transmisibles o infectocontagiosas, relacionadas con las condiciones de ac-

ceso al agua segura y el saneamiento básico, con aquellas no transmisibles, incluyendo las enfermedades crónicas, en particular las enfermedades cardiovasculares, así como el cáncer. Es de resaltar problemas como relacionados a los estilos de vida, y en particular la violencia, como elementos a considerar en esta situación. Para el 2007, el promedio de la esperanza de vida al nacer es de 73 años.

El registro de hechos vitales es incompleto (69% de los nacimientos y 28% de las defunciones) y la calidad de la declaración de la causa de muerte es deficiente. La tasa bruta de mortalidad estimada al 2010 fue 4,6 por 1.000 habitantes,

Respecto a mortalidad materna, la misma ha experimentado una disminución importante, pasando de 182 muertes por 100 mil nacidos vivos en 1990 a 108 por 100 mil nacidos vivos en 1997 y 74 por 100.000 nacidos vivos en 2010. Estas muertes están vinculadas a causas prevenibles y evitables como: hemorragia, trastornos hipertensivos del embarazo e infecciones.

En cuanto a mortalidad infantil, se observa una tendencia decreciente pasando de 36 por mil nacidos vivos en el periodo 1991–1995 a 34 en el periodo 1996–2000 y 25 por mil nacidos vivos en el periodo 2001–2006; sin embargo, las diferencias entre las cifras de mortalidad a nivel urbano y rural, muestran una marcada diferencia, manteniéndose como un desafío a abordar (Organización Panamericana de la Salud 2009). El acceso a los servicios de salud ha mejorado en los últimos años, en particular en los servicios del primer nivel de atención.

### **III. Gestión de Recursos Humanos**

En el marco del pleno ejercicio de su rol rector, la Secretaría de Salud tiene la misión de “formular, diseñar, controlar, dar seguimiento y evaluar las políticas, planes y programas nacionales de salud; así como promover, conducir y

regular la construcción de entornos saludables y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, el desarrollo y fortalecimiento de una cultura de la vida y salud, la generación de inteligencia en salud, la atención a las necesidades y demandas de salud, la garantía de la seguridad y calidad de bienes y servicios de interés sanitario y la intervención sobre riesgos y daños colectivos a la salud” (Secretaría de Salud - Honduras 1999).

El Consejo Nacional de Recursos Humanos en Salud (CONARHUS), es una instancia política/técnica de carácter nacional del sector salud, responsable de direccionar y rectorar las políticas, planes, programas y proyectos para la gestión del desarrollo de los recursos humanos en el sector salud. Esta instancia tiene entre sus funciones: determinar la relación demanda y oferta de los recursos humanos, así como planificar la formación, capacitación y utilización, y definir los perfiles educacional y ocupacional de los recursos humanos en salud. Son miembros del CONARHUS: la Secretaría de Salud (presidente), la Dirección General de Servicio Civil, la Federación de Colegios Profesionales Universitarios de Honduras (FECOPRUH), el Colegio de Enfermeras Profesionales de Honduras, el Foro Nacional de Convergencia (FONAC), SETCO (secretario), Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), el Colegio Médico de Honduras, la Secretaría de Educación y el

Instituto de Formación Profesional INFOP, y todas aquellas instituciones públicas y privadas que el CONARHUS considere vinculado al sector salud. (Foro Nacional de Convergencia)

La medición de las funciones esenciales de salud pública, mostró en el año 2001, la primera oportunidad en que se aplicó, que la función de desarrollo y capacitación de recursos humanos (la segunda con menor desarrollo), era una de las 4 prioritarias a fortalecer, conjuntamente con vigilancia y análisis de la situación de salud; desarrollo de políticas y capacidad institucional para manejo y provisión de los servicios; y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud. Posteriormente, la medición realizada en 8 regiones, mostró que esta función era cumplida en un 57% en el año 2003 y en un 75% en el año 2007 (Organización Panamericana de la Salud 2009).

La remuneración de los recursos humanos representan más del 50% de los recursos de la Secretaría de Salud: 52,2% en el 2006, 54,8% en el 2008 y 57,3% en el 2010 (Secretaría de Salud - Honduras 2009).

La Secretaría de Salud desarrolla las funciones de gestión y administración de recursos humanos a través de dos instancias: la Subsecretaría de Recursos Humanos y el Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos.

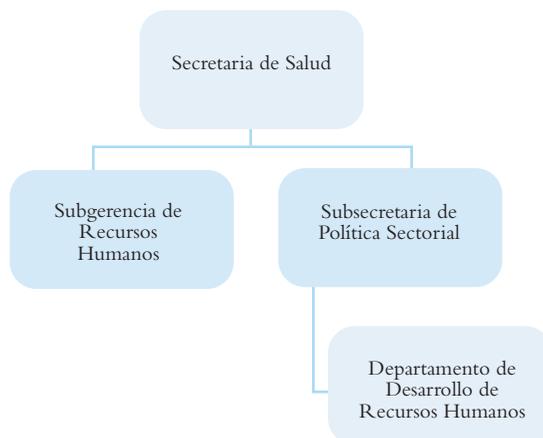


FIG. 18. Instancias vinculadas a las funciones de Recursos Humanos.

La Subgerencia de Recursos Humanos es la responsable del proceso de selección, contratación y administración del RHS. Por su parte, el Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos es la unidad responsable del proceso de formación, educación permanente y gestión enfocada en el desarrollo del recurso humano de salud. Asimismo es responsable de formación en centros de formación técnica de la SESAL, de la coordinación de prácticas supervisadas y servicio social de las áreas relacionadas con salud. Esta división de roles y funciones, por un lado la política y el desarrollo (Departamento) y por otro lado la gestión propiamente (Subsecretaría), genera desafíos en el abordaje de la política y el desarrollo con una perspectiva integral.

La Secretaría de Salud ha generado una Política de Recursos Humanos para la Salud la cual procura orientar el conjunto de los esfuerzos en la gestión y el desarrollo del personal que labora en el sector salud; sin embargo en la práctica coexisten 2 políticas, una anterior versión aprobada en 1985, y esta nueva a nivel de propuesta y elaborada en el 2006. Lo real es que ambas no han podido desarrollarse plenamente en el nivel estratégico ni operativo, en gran medida por las circunstancias políticas cambiantes en que se ha desarrollado el país. (Secretaría de Salud - Honduras 2009).

La densidad de recursos humanos (médicos y enfermeras profesionales) por 10.000 habitantes es de 12 x 10.000 habitantes, con una tasa de médicos de 9 x 10.000 y de enfermeras, de 3 por 10.000 (OPS/MS HON, 2011). Esto se atribuye al poco reconocimiento social de la profesión, que se vincula a los bajos salarios, con pequeñas diferencias con la de las auxiliares de enfermería, confusión de la población y el propio sector salud en los roles de ambas. Sería en el periodo 2004-2006, en que la demanda por la carrera de enfermería desciende a su nivel más bajo, lo cual se revierte por un incremento salarial. Un tema en discusión sería el nivel de

demanda de enfermeras y auxiliares que el modelo de atención imperante establece a nivel del mercado formativo y el mercado laboral (OPS/MS HON, 2011) Asimismo se señala que el 28% de los médicos laboran en atención primaria, estando la mayor parte en hospitales.

Una meta que se identifica como pendiente en el proceso de recopilación de información para medir el avance en la metas, es aquella referida a la de contar con una unidad de conducción estratégica de recursos humanos, particularmente desarrollando las funciones más complejas de la gestión de los recursos humanos. Esto explica, la debilidad para estructurar algunos datos en función de indicadores como proporción rural/urbano de trabajadores de salud, empate de esta distribución con el mapa de pobreza, o el monitoreo de los procesos de reclutamiento de personal calificado, especialmente desde las propias comunidades.

En cuanto a la migración, no se presenta mayor información, lo que se explica en parte al menos por no haber sido un tema abordado desde la perspectiva del impacto de la migración en los objetivos sanitarios, y estar por el contrario al envío de remesas (OPS/MS HON 2011).

Sobre el tema de condiciones de trabajo, se menciona en el ejercicio de medición de metas regionales de RHUS de una distancia entre los objetivos sindicales de los trabajadores de la salud y los objetivos sanitarios, no visibilizándose en los grupos de interés atención en los temas de salud y seguridad ocupacional, agenda que es polarizada prácticamente de manera completa por aspectos laborales salariales (OPS/MS HON, 2011).

Finalmente, los contenidos de APS se encuentran desvalorizados en el espacio formativo, cediendo terreno a un enfoque biomédico de la carrera, a pesar de esfuerzos puntuales de trabajo con la comunidad. De igual manera, la incorporación de la atención primaria, como eje central

del modelo de atención es aún un tema pendiente, lo que cierra el circuito entre formación y práctica de los profesionales de la salud.

#### **IV. Caracterización del marco legal**

##### **1. Acreditación de instituciones de educación superior**

Honduras no cuenta con institución u organización que acredite la calidad de la institución o Programas de formación.

##### **2. Servicio Social**

Existe un reglamento del médico en servicio social que define las funciones, deberes y derechos de cada uno de los profesionales.

##### **3. Registro, Licencia y Habilitación Profesional**

La inscripción del médico y enfermera se realiza a través de los respectivos colegios profesionales. Los estatutos de estos colegios describen el proceso de inscripción, donde se le extiende un código único personal que lo identifica y que le habilita para ejercer.

El proceso de licenciamiento para los profesionales nacionales, tanto médicos como enfermeras, es a través de las de la Facultad de Ciencias Médicas. Con respecto a los profesionales (pre y postgrado) hondureños y extranjeros graduados en el exterior, se realiza un procedimiento de reincorporación de título a cargo del Consejo de Educación Superior, integrado por los rectores de las universidades públicas y privadas.

##### **4. Certificación y Recertificación profesional**

En Honduras, una vez colegiado el profesional, no se lleva a cabo ningún proceso de

certificación. Lo que existe es un proceso de educación continua en ambos colegios profesionales, pero esto no tiene ninguna incidencia sobre su ejercicio profesional. El profesional hondureño que migra deberá someterse a los procesos de certificación profesional del país de destino, porque no cuenta con ningún documento que lo certifique para ejercer. Los profesionales extranjeros que buscan ejercer en Honduras, solamente realizan el proceso de reincorporación de título y colegiación profesional temporal o permanente, para ejercer.

El país no cuenta con un proceso de recertificación para ninguna carrera, lo que constituye una facilidad para el extranjero ejercer en el país.

##### **5. Revalida y Reconocimiento de Títulos**

Con respecto a los profesionales (pre y postgrado) hondureños y extranjeros graduados en el exterior, se realiza un procedimiento de reincorporación de título a cargo del Consejo de Educación Superior, integrado por los rectores de las universidades públicas y privadas.

#### **V. Marco laboral y de Protección Social**

En el caso de los profesionales de la medicina extranjeros, obtendrían las mismas condiciones de seguridad social, retiro y acceso a préstamos, siempre y cuando se naturalicen. De lo contrario están sujetos a las normas y reglamentos de la Dirección General de Migración, que les otorga un permiso de residencia. En el caso del Colegio Médico, el extranjero colegiado obtiene los mismos beneficios que el nacional.

Los Estatutos de los Colegios Médico y de Enfermería regulan estos aspectos. El extranjero debe estar naturalizado y colegiado para gozar de estos beneficios.

## VI. Formación de Profesionales de la Salud

La principal entidad formadora de profesionales de la salud es la Universidad Nacional Au-

tónoma de Honduras (UNAH). Asimismo, la Universidad Católica ha abierto la carrera de medicina, primero en San Pedro Sula y posteriormente en Tegucigalpa.

| MÉDICOS AÑO              | TOTAL |
|--------------------------|-------|
| Graduados en el año 2009 | 226   |
| Graduados en el año 2010 | 238   |

FIG. 19. Médicos graduados en Honduras 2009 - 2010.

Fuente: Facultad de Ciencias Médicas UNAH, 2011.

En comparación las cifras de enfermeras son significativamente menores, comprometiendo la

relación recomendada como mínima de médicos y enfermeros(as) de 1 a 1.

| ENFERMEROS (AS) AÑO      | TOTAL |
|--------------------------|-------|
| Graduados en el año 2008 | 65    |
| Graduados en el año 2009 | 55    |
| Graduados en el año 2010 | 16    |

FIG. 20. Enfermeros (as) graduadas en Honduras 2008 - 2010.

Fuente: Facultad de Ciencias Médicas UNAH, 2011.

## VII. Disponibilidad y Distribución del Recurso Humano

La Secretaría de Salud es la principal institución empleadora en el sector salud, tanto en médicos como enfermeras, con números muy superiores

al Instituto Hondureño de Seguridad Social. La disminución observada en periodo 2000-2005 estaría relacionada con el incumplimiento de la colegiación obligatoria para acceder a un puesto de trabajo, particularmente en el sector privado (Organización Panamericana de la Salud 2009).



**TABLA 12.** Recursos Humanos de Salud del Sector público Honduras

| Institución | 1990-1994 |            |           | 1995-1999 |            |           | 2000-2005 |            |           | 2006-2008 |            |           |
|-------------|-----------|------------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|------------|-----------|
|             | Médicos   | Enf. Prof. | Enf. Aux. |
| SS          | 2,152     | 788        | 6,586     | 1,664     | 785        | 4,927     | 1883      | 922        | 5,436     | 2,323     | 1,242      | 5,975     |
| IHSS        | 393       | 129        | 580       | 373       | 140        | 561       | 417       | 137        | 557       | 471       | 244        | 692       |
| Total       | 2,545     | 917        | 7,166     | 2,037     | 925        | 5,488     | 2,300     | 1,059      | 5,993     | 2794      | 1486       | 6667      |

**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud 2009.

Sin embargo es necesario considerar que el 60% de la población es atendido por la Secretaría de Salud, y tan solo el 10% por el Instituto Hondu-

ño de Seguridad Social (IHSS) (Secretaría de Salud - Honduras 2009).

**TABLA 13.** formación y disponibilidad de Recursos humanos de salud en Honduras. 1998 - 2008.

| Tipo de Recurso Humano                                | Periodo   |           |           |                 |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------------|
|   | 1990-1994 | 1995-1999 | 2000-2005 | 2006-2008       |
| Razón de médicos por 10 mil habitantes.               | 7.9       | 8.8       | 8.9       | 10.1            |
| Razón de enfermeras(os) profesionales por 10 mil hab. | 2.8       | 3.2       | 3.0       | 3.0             |
| No. de egresados postgrado en salud pública           | 22        | 57        | 70        | 90              |
| No. de graduados postgrado en salud pública           | 0         | 14        | 19        | 14 <sup>7</sup> |
| No. de Escuelas de Salud Pública                      | 1         | 1         | 1         | 1               |
| No. de Universidades con Maestría en Salud Pública    | 1         | 1         | 1         | 1               |

**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud 2009

La escasez de enfermeras en Honduras es notoria: tan solo 1,4 por 10,000 habitantes, mientras que la de auxiliares de enfermería es 8,4 por 10,000 habitantes, lo que va de la mano con una

notoria concentración en las principales ciudades (Organización Panamericana de la Salud - Área de Sistemas y Servicios de Salud 2008).

## VIII. Migración de Profesionales de la Salud

Con relación a la emigración, las razones esgrimidas son similares al de otros estudios. Un ejemplo de la importancia del currículo, lo refiere la Lic. Grogan cuando cita que “en la década de los 60-70 con la apertura de la Escuela de Enfermería del Hospital Vicente D’Antony a cargo de las Hermanas de la Merced cuyo Plan de Estudios fue similar al de Estados Unidos, facilitó el registro en ese país, lo que estimuló a una emigración muy alta” (Organización Panamericana de la Salud 2008).

La amplia mayoría emigra hacia Estados Unidos, y en mucha menor cantidad a Canadá, Venezuela, España y Alaska.

Aun cuando el número de enfermeras inmigrantes es escaso, Reyna Grogan destaca algunos factores que se han visibilizado están asociados a estos casos:

- Matrimonios con hondureños que han ido a estudiar al extranjero y regresan a radicarse en el país.
- Desplazamiento provocado por procesos socioeconómicos como la guerrilla o fenómenos de desastres socio-naturales en los países centroamericanos.
- Consultorías a largo y corto plazo.
- Religiosas enfermeras que son enviadas a prestar servicio en sus congregaciones, a nivel de hospitales o de formación de recursos.
- Brigadas médicas integradas con enfermeras y que se han incrementado después del Huracán Mitch en 1998.

La misma autora cita que en el año del estudio, el Colegio de Profesionales de Enfermería de Honduras (CPEH) autorizó 146 licencias temporales, con muy pocos casos de inmigración permanente.

Finalmente, en este caso, como en otros, el sub-registro en enfermería puede representar cifras elevadas, lo que se complica para efectos del análisis con el hecho de que la residencia no conlleva necesariamente el ejercicio de la profesión, como se da en el caso de los matrimonios (Organización Panamericana de la Salud 2008).

Los requisitos exigidos para las enfermeras inmigrantes son los siguientes:

- Título autenticado por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, autoridades competentes del país y por representante consular de Honduras en su país de origen.
- Resolución extendida por la Secretaría de Gobernación y Justicia donde se otorga la residencia legal en el país.
- Documentos personales incluyendo pasaporte, tarjeta de residente en el país, permiso de trabajo extendido por la Secretaría de Trabajo y Seguridad Social y curriculum vitae.
- Aprobar evaluación de suficiencia científico-técnica efectuada por Comité de expertos en el área que corresponda.
- La licencia para ejercer en el país debe ser renovada cada 2 años así como su carné de colegiación.

No existen estudios ni registros sobre migración de los profesionales de la salud, sin embargo en el caso de los factores profesionales dependientes del país se cuenta con número limitado de profesionales becados por la Secretaría de Salud, que beca 25 profesionales en el extranjero y 10 nacionales. Además se cuenta con el Programa de Becas de la ELAM de Cuba.

El país no tiene registro de agencias legalmente inscritas para el reclutamiento de personal de salud u otros profesionales.

## 6.6. Nicaragua

### I. Información General

Nicaragua es un país ubicado en América Central, definido como un estado independiente, libre, soberano, unitario e indivisible. Es de naturaleza multiétnica. Para el año 2011, la población es de 5,888,945 habitantes en un territorio de 130.373 km<sup>2</sup>, dando una densidad de 45.47 hab/km<sup>2</sup>. El Índice de Desarrollo Humano (2011) lo ubica en el puesto 129°.

Nicaragua está dividida en 15 departamentos, 2 regiones autónomas<sup>40</sup> y 153 municipios. Pese a los importantes resultados económicos, en el año 2009 se estimaba que 44.7% de la población vivía en condiciones de pobreza. (Salud de las Américas OPS 2012).

### II. Sistema de Salud

Una estrategia central del Ministerio de Salud en el periodo 2007 - 2009 ha sido la de promover una amplia participación popular por la salud; como base fundamental para la reconstrucción del sistema nacional de salud, extendiendo los servicios especializados a poblaciones excluidas, ampliando la formación de los recursos humanos, así mismo fortaleciendo su red de servicios con nuevas instalaciones y dotación de alta tecnología, aumentando a la vez el gasto público en salud.

Nicaragua presenta tasa de crecimiento anual de 1.7%, en el período inter - censal (1995 - 2005), con el 67% de la población es menor de 30 años, el 45% de la población reside en áreas rurales, 51% de los habitantes son mujeres, el promedio de hijos por mujer (Tasa Global de Fecundidad) es de 2.7.

Está, al igual que los otros países centroamericanos, en un proceso de transición epidemiológica, en el que confluye una alta prevalencia de en-



FIG. 21. Organización Administrativa de Nicaragua.

fermedades transmisibles y un progresivo incremento de las enfermedades crónico-degenerativas asociadas al envejecimiento de la población.

En el año 2008, el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional de Nicaragua aprueba la Política Nacional de Salud, como respuesta a las necesidades de las personas, familias y comunidades; que garantice el servicio gratuito y universal a los servicios de salud. El documento plantea además re-equilibrar “la prevención y promoción con la atención curativa, enfatizando en el trato respetuoso, cálido y humano que debe recibir la población en los servicios de salud, sobre todo en condiciones de equidad, solidaridad, participación social y acceso a la atención de la salud. Más aún, se plantea el fortalecimiento, articulación y transformación del Sistema Nacional de Salud, especialmente al desarrollo de un nuevo Modelo de Salud Familiar y Comunitario, siendo su punto de partida la concepción integral y moderna de la atención en salud, con enfoque de Promoción de la Salud y la Prevención de riesgos, dando respuesta así a la complejidad de la situación epidemiológica de la población y los determinantes de la salud, adaptando las intervenciones de salud a las características geográficas, políticas, culturales y

<sup>40</sup> Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN), Región Autónoma del Atlántico Sur (RAAS),

étnicas de la población; rescatando la medicina popular y tradicional” (Ministerio de Salud – Nicaragua 2008).

### III. Gestión de Recursos Humanos

La Política Nacional de Salud de Nicaragua establece como su 8º Lineamiento Estratégico el Desarrollo Integral de los Recursos Humanos, estableciendo que:

*La política de Recursos Humanos se fundamenta en el desarrollo del Talento Humano, como eje indispensable para la transformación del Sistema Nacional de Salud, con base en los principios institucionales y objetivos de la Política Nacional de Salud; debido a que los recursos humanos constituye el factor más decisivo para la generación de los cambios hacia un sistema de salud eficaz, eficiente y con enfoque humanizado en la atención a la población.*

*Esta política se llevará a efecto de manera concertada en el sector con el fin de encontrar los mecanismos e intervenciones que contribuyan a desarrollar una gerencia efectiva en materia de recursos humanos con la institucionalización de los procedimientos de gestión como la base normativa y rectora a nivel central y local, así también la determinación de estrategias de distribución adecuada de personal y de incentivos que motiven al trabajador a comprometerse con la calidad de la atención, al mismo tiempo que se le retribuya de manera justa en el marco de las condiciones económicas del país.*

En el Plan Institucional de Corto Plazo 2010 Orientado a Resultados se señala como una de las 6 prioridades:

*“Atender en todas sus dimensiones el desarrollo de los Recursos Humanos del Sistema de Salud, de tal forma que se pueda atender eficiente y eficazmente las necesidades de los y las nicaragüenses, especialmente aquellas que le brin-*

*dan confianza y satisfacción. Para ello, se hará especial énfasis en la atención de los procesos de formación, selección, contratación, distribución y educación permanente de los recursos humanos, incluyendo aspectos que contribuyan a su mejor desempeño y se brinde un trato digno a todos y cada uno de los pacientes que demandan servicios de salud.”* (Ministerio de Salud – Nicaragua 2010)

Más aún, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo Humano de Nicaragua, el Ministerio de Salud se plantea para el periodo 2009-2011 desarrollar como una de las estrategias:

*Formación acelerada de profesionales, técnicos y auxiliares que permita equiparar de acuerdo a necesidades reales su distribución a nivel nacional.* (Ministerio de Salud – Nicaragua 2010)

A nivel del Ministerio de Salud, existe la Dirección General de Docencia e Investigación, que tiene a su cargo el Internado Rotatorio, Servicio Social y las especialidades; y por otro lado, la División General de Recursos Humanos asume las siguientes funciones, como se aprecia en el siguiente organigrama:

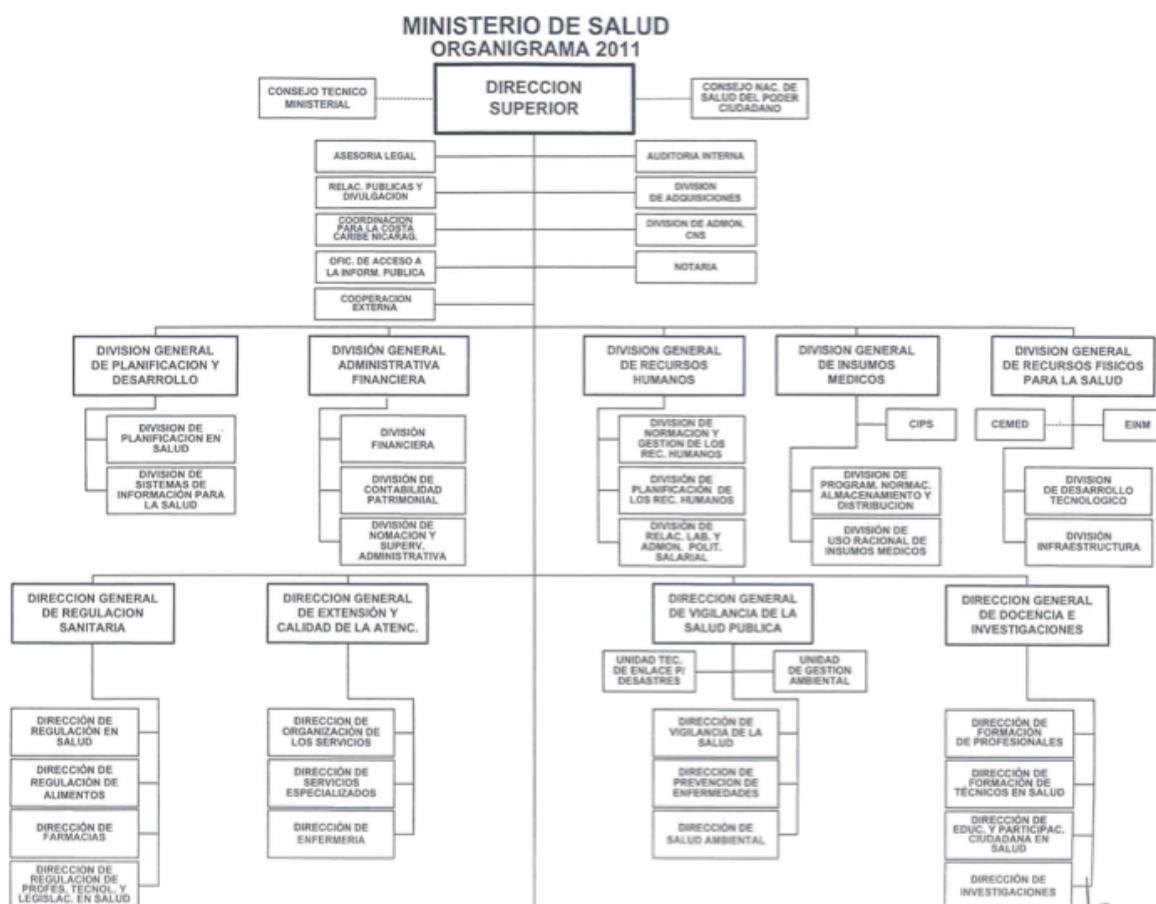


FIG. 21. Organigrama del ministerio de salud de nicaragua

Las funciones de la División General de Recursos Humanos son (Ministerio de Salud - Nicaragua):

- Formular y aplicar políticas y normas en materia de Recursos Humanos e implantar el Sistema de Clasificación de Puestos y los sistemas de Gestión de Recursos Humanos, así como orientar la elaboración y actualización de los manuales de Descripción de Puestos, conforme lo establecido en las Leyes que regulan la materia.
- Garantizar la planificación estratégica de los Recursos Humanos del Ministerio de Salud, normar el desarrollo de los mismos, acorde con las políticas institucionales y en coordinación con las instancias vinculadas.
- Coordinar el desarrollo de la estrategia de implantación de los procesos de ingreso, desarrollo y egreso del sistema de carrera.
- Coordinar y dar seguimiento a la aplicación de los sistemas de Provisión de Puestos y de Gestión del Desempeño, con base a los principios de mérito, capacidad e igualdad, así como al Sistema Retributivo sobre la base de la equidad.
- Garantizar el ante proyecto de presupuesto de puesto de la Institución, con base en la política ocupacional, retributiva y presupuestaria vigente en coordinación con el órgano rector.

- Garantizar la implantación y compatibilidad del Sistema de Información de Recursos Humanos con el Sistema de Información del Servicio Civil (SISEC) y su vinculación con el Sistema Integrado de Gestión Financiera y Auditoria (SIGFA).
- Normar el Desarrollo de los Recursos Humanos en coordinación, mediante la formulación ejecución y seguimiento al Plan de Capacitación anual, así como diseñar y evaluar el proceso de inducción del personal de nuevo ingreso de la institución.
- Garantizar el cumplimiento de las políticas, leyes, normas y procedimientos relativas a las Relaciones Laborales en los establecimientos de Salud.
- Garantizar el ante proyecto de presupuesto de puesto de la Institución, con base en la política ocupacional, retributiva y presupuestaria vigente en coordinación con el órgano rector.
- Garantizar la implantación y compatibilidad del Sistema de Información de Recursos Humanos con el Sistema de Información del Servicio Civil (SISEC) y su vinculación con el Sistema Integrado de Gestión Financiera y Auditoria (SIGFA).
- Normar el Desarrollo de los Recursos Humanos en coordinación, mediante la formulación ejecución y seguimiento al Plan de Capacitación anual, así como diseñar y evaluar el proceso de inducción del personal de nuevo ingreso de la institución.
- Garantizar el cumplimiento de las políticas, leyes, normas y procedimientos relativos a las Relaciones Laborales en los establecimientos de Salud.

Las acciones en el campo de los recursos huma-

nos priorizan aquellas vinculadas directamente al Plan Nacional de Salud, en particular aquellas vinculadas con una extensión de la cobertura con personal de salud competente y calificada. En esta lógica es que se inscribió el Plan de Corto Plazo orientado a Resultados, en el que se prioriza un incremento sustancial en la formación de médicos especialistas y una extensión del servicio social, para profesionales, técnicos y auxiliares.

Asimismo, se apuesta a un proceso nacional de capacitación de los médicos en la en la aplicación de los protocolos nacionales, especialmente el manejo de las complicaciones del embarazo, parto y postparto, planificación familiar, VIH/SIDA, enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, epilepsia).

Y en tercer lugar, se procura mejorar la gestión de los recursos humanos, particularmente en los componentes de planificación y programación (Ministerio de Salud - Nicaragua 2010).

**TABLA 14.** Lineamiento estratégico 8. Desarrollo integral de los Recursos Humanos 2010.

### **8.1. Ampliar la disponibilidad de médicos, enfermeras y otros técnicos de la salud para satisfacer las necesidades de los servicios de salud.**

8.1.- 900 Nuevos ingresos a las nóminas de residencia y servicio social de carreras de pregrado para profesionales, técnicos y auxiliares.

Asegurar el ingreso a la nómina de residente a 100 nuevos médicos y dar seguimiento a la correcta aplicación de datos a la nómina de residente a los 718 médicos en especialización. Asegurar el ingreso a nómina de servicio social a 290 nuevos médicos y la continuación en su segundo año a 326.

Incorporar a nómina de becas a personal que realizará servicio social: 295 en Enfermería Técnico Superior, 100 Auxiliares de Enfermería, 100 Técnicas Quirúrgicas y 12 Técnicos en Anestesia.

### **8.2. Elevar la preparación técnica-científica de los médicos de los servicios de salud.**

8.2.- 2,600 médicos del MINSA en las unidades de salud capacitados.

Realizar coordinaciones con las Universidades, gremios profesionales e instituciones especializadas capacitará 2,534 médicos en la aplicación de los protocolos nacionales, especialmente el manejo de las complicaciones del embarazo, parto y postparto, planificación familiar, VIH/SIDA, enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, epilepsia).

### **8.3 Facilitar el proceso de gestión de los recursos humanos de acuerdo con las necesidades actuales y futuras de la población, de los trabajadores de la salud y de los servicios de salud.**

#### **8.3.a.- En 17 SILAIS y 32 Hospitales se implementa las normas y procedimientos de planificación y programación de recursos humanos.**

Actualizar manual de normas y procedimientos de planificación y programación de recursos humanos. Preparar diseño metodológico para capacitación en el manual a SILAIS y Hospitales. Capacitar al personal y a los sindicatos en la aplicación del manual

Identificar las necesidades de plantilla básica de recursos humanos en los establecimientos de salud de acuerdo a lo establecido en el manual. Realizar visitas de apoyo técnico en la determinación de necesidades de la plantilla a SILAIS y Hospitales.

#### **8.3.b.- En 17 SILAIS y 32 Hospitales se implementa el proceso de gestión de desempeño de los recursos humanos.**

Capacitar a las instancias de recursos humanos y sindicatos en los 17 SILAIS y 32 Hospitales. Visitas de apoyo técnico para realizar monitorización y evaluación de la aplicación de la gestión del desempeño. Elaboración de propuesta de plan de estímulo y reconocimiento para motivar el desempeño exitoso de las y los trabajadores de la salud.

#### **8.3. c.- Garantizar al 100% de los trabajadores de la salud la aplicación correcta de los salarios y beneficios sociales así como su incorporación al régimen integral de seguridad social.**

Capacitar a las instancias de recursos humanos y sindicatos en los 17 SILAIS y 32 Hospitales en la aplicación de normas y procedimientos para la administración de salarios en el MINSA. Visitas de supervisión, monitorización y evaluación de la aplicación correcta de normas de administración de salarios.

**Fuente:** elaborado a partir de Ministerio de Salud - Nicaragua 2010.

#### IV. Formación de Profesionales de la Salud

En el Plan de Corto Plazo orientado a Resultados 2010, se señala como acción a desarrollar el que 118 médicos nicaragüenses continúen con el proceso de especialización en medicina

integral entre los que estudiaron en la ELAM (RAAN - RAAS), (Ministerio de Salud - Nicaragua 2010).

A nivel de residencia, los siguientes han sido los siguientes:

**TABLA 15.** Médicos ingresantes a especialidades médico quirúrgicas. Año académico 2011 - 2012

| No. | Especialidades       | SILAIS     | Convocatoria General |           |            | Total Becas |
|-----|----------------------|------------|----------------------|-----------|------------|-------------|
|     |                      |            | UNAN Managua         | UNAN León | Total UNAN |             |
| 1   | Anatomía Patológica  | 3          | 6                    | 2         | 8          | 11          |
| 2   | Anestesia            | 12         |                      | 3         | 3          | 15          |
| 3   | Cirugía General      | 7          | 6                    | 4         | 10         | 17          |
| 4   | Cirugía Pediátrica   | 4          | 4                    |           | 4          | 8           |
| 5   | Cirugía Plástica     | 3          | 4                    |           | 4          | 7           |
| 6   | Cx Máxilo Facial     | 1          | 1                    |           | 1          | 2           |
| 7   | Emergenciológica     | 1          | 6                    |           | 6          | 7           |
| 8   | Fisiatría            | 3          | 7                    |           | 7          | 10          |
| 9   | Gineco-obstetricia   | 23         | 12                   | 6         | 18         | 41          |
| 10  | Medicina Interna     | 16         | 6                    | 4         | 10         | 26          |
| 11  | Neuro Cirugía        | 2          | 4                    |           | 4          | 6           |
| 12  | Oftalmología         | 5          | 4                    |           | 4          | 9           |
| 13  | Ortopedia            | 4          | 7                    | 4         | 11         | 15          |
| 14  | Otorrinolaringología | 10         | 1                    |           | 1          | 11          |
| 15  | Pediatría            | 22         | 13                   | 6         | 19         | 41          |
| 16  | Psiquiatría          | 3          | 3                    |           | 3          | 6           |
| 17  | Radiología           | 7          | 12                   |           | 12         | 19          |
| 18  | Urología             | 9          |                      |           | 0          | 9           |
|     | <b>Total</b>         | <b>135</b> | <b>96</b>            | <b>29</b> | <b>125</b> | <b>260</b>  |

**Fuente:** Consultado en Ministerio de Salud - Nicaragua

El número de residentes en formación es de 944, distribuidos en programas de hasta 5 años de duración, tal como se aprecia en la siguiente tabla:

**TABLA 16.** Número total de médicos residentes por unidad docente asistencial. Año académico 2010 - 2011.

| No.          | Unidad Docente Asistencial  | Cantidad de Médicos Residentes |            |            |           |          |            |
|--------------|-----------------------------|--------------------------------|------------|------------|-----------|----------|------------|
|              |                             | R1                             | R2         | R3         | R4        | R5       | Total      |
| 1            | C Nac Dermatológico         | 0                              | 5          | 9          |           |          | 14         |
| 2            | C Nac Oftalmológico         | 9                              | 6          | 10         |           |          | 25         |
| 3            | C N R "Aldo Chavarría"      | 10                             | 5          |            | 9         |          | 24         |
| 4            | Aten Psico Soc "J D Fletes" | 6                              | 6          | 12         |           |          | 24         |
| 5            | Alemán Nicaraguense         | 20                             | 34         | 24         | 7         | 0        | 85         |
| 6            | Bertha Calderón             | 17                             | 29         | 12         | 20        |          | 78         |
| 7            | Manuel de Jesus Rivera      | 25                             | 34         | 24         | 7         | 0        | 90         |
| 8            | F Vélez Paiz                | 18                             | 23         | 13         | 13        | 0        | 67         |
| 9            | A Lenín Fonseca             | 75                             | 58         | 81         | 9         | 1        | 224        |
| 10           | Roberto Calderón            | 34                             | 44         | 60         | 8         | 0        | 146        |
| 11           | HEODRA                      | 34                             | 38         | 40         | 13        | 0        | 125        |
| 12           | Militar "A. D. B."          | 13                             | 16         | 11         | 2         | 0        | 42         |
| <b>TOTAL</b> |                             | <b>261</b>                     | <b>298</b> | <b>296</b> | <b>88</b> | <b>1</b> | <b>944</b> |

**Fuente:** Consultado en Ministerio de Salud - Nicaragua.

## V. Disponibilidad y Distribución del Recurso Humano

Los datos recogidos por el Ministerio de Salud señalan que en el año 2010, existían 7,059 profesionales de la salud, de los cuales 4,256 eran médicos (incluyendo entre especialistas, sub-especialistas, generales y residentes con internos) y 2,803 enfermeras graduadas (entre graduadas y en servicio social). Con base en estos datos, la densidad de recursos humanos es de 12 profesionales por 10,000 habitantes, cifra inferior a la recomendada (Ministerio de Salud - Nicaragua 2011).

Del total de médicos, 1,940 de ellos se encuentran en el primer nivel de atención y 2,311 en hospitales, alcanzando la meta establecida. Así, el 46% de los médicos se encuentran en el primer nivel. Un punto adicional es a la existencia de un programa de atención primaria de salud que incluye a agentes sanitarios de la comuni-

dad para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad (Ministerio de Salud - Nicaragua 2011).

Asimismo, el Ministerio de Salud señala que el número de enfermeras calificadas en Nicaragua en 2010 ascendía a 2,803 con lo que la razón enfermera médico es de 1.62 médicos por cada enfermera (Ministerio de Salud - Nicaragua 2011).

A diciembre de 2010 funcionaban articulados a la red comunitaria un total de 492 equipos de salud familiar en el área rural y 478 en el área urbana. Considerando la población rural y urbana (2,455,690 y 3,433,255 habitantes, respectivamente) en promedio existen 2.0 equipos de salud familiar en el área rural por cada 10,000 habitantes de áreas rurales y 1.39 equipos de salud familiar en área urbana por cada 10,000 habitantes del área urbana.

## 6.7. Panamá

### I. Información general

Panamá es un país ubicado en el extremo sureste de América Central. Tiene una extensión de 75.517 km<sup>2</sup> y una 3.405.813 (censo 2010), con una densidad de 44 hab/km<sup>2</sup>. Ocupa el puesto 58° en el Índice de Desarrollo Humano (IDH), ubicándose en el nivel alto. La Constitución Política de Panamá de 1972, reformada en 1978 y 1983, establece un gobierno unitario, republicano, democrático y representativo.

### II. Sistema de Salud

El sistema de salud esta constituido por los sectores público, compuesto por el Ministerio de Salud y la CSS, que cubre a 90% de la población; la Caja es la mayor proveedora de servicios de salud. El sistema esta organizado en 14 regiones sanitarias con 909 establecimientos de diversa complejidad con una distribución inequitativa de los establecimientos y de los Recursos Humanos, que se concentran en las cabeceras urbanas y una segmentación en la cartera de servicios. Mantienen subsidios cruzados, duplican su oferta, compiten entre sí y no hay una clara separación de funciones. Esta situación provoca inequidad, un debilitamiento de la rectoría y un aumento de los costos.

Para los sitios de población indígenas el único proveedor es el Ministerio de Salud, con una oferta muy limitada. Los hospitales de referencia nacional, financiados por el Estado, tienen independencia jurídica y modelos de gestión privada (patronatos), lo fragmenta el sistema y dificulta el ejercicio de la rectoría en salud.

Panamá cuenta con un sistema de seguridad social clásico, administrado por la CSS, según el Departamento de Planificación de la CSS, en 2010 esta tenía 2.651.510 beneficiarios registrados, lo que representaba 75,6% de la población.



FIG. 22. Organización Política Administrativa de Panamá.

(Salud de las Américas 2012 OPS)

### III. Gestión de Recursos Humanos

La Dirección de Desarrollo Integral de Recursos Humanos está ubicada en el Nivel de Apoyo y depende jerárquicamente de la Alta Dirección (Ministerio de Salud - Panamá). Los objetivos de esta Dirección son:

- Contribuir al desarrollo de los recursos humanos para el logro de mayor eficiencia, eficacia, y equidad de los servicios directos e indirectos del Sistema Nacional de Salud y de los objetivos y metas contenidas en las políticas, planes, programas y proyectos de la institución y del sector.
- Implantar una Política Nacional de Recursos Humanos en Salud en la que participen los actores sociales vinculados al campo de recursos humanos, para así facilitar el proceso de reforma y modernización del sector.
- Participar en el proceso de regulación de los aspectos relacionados con la certificación y recertificación de los profesionales y técnicos, que se desempeñan en el Sistema Nacional de Salud, como procesos contributivas al logro de los principios de calidad, ética, eficacia, eficiencia y equidad en salud.
- Impulsar y desarrollar los procesos de administración de Recursos Humanos, teniendo como marco de referencia las disposiciones

y otros reglamentos vigentes, orientados al uso más eficiente de los mismos.

Sus funciones son:

- a. Asesorar y presentar información oportuna y periódica al Despacho Superior y a el personal directivo de la institución y del sector en todo lo relacionado a su ámbito y competencia.
- b. Incorporar en el Plan Nacional de Salud los aspectos relativos a la planificación, formación, capacitación, gestión y regulación de Recursos Humanos en Salud.
- c. Impulsar la elaboración e implementación de nuevos modelos para la acreditación de los recursos humanos que se desempeñan en el Sistema Nacional de Salud, en los cuales se logre la participación de todos los actores relevantes y vinculados con el tema. Participar en la planificación de los requerimientos de recursos humanos que son necesarios para el logro de los objetivos institucionales y sectoriales.
- d. Fomentar los procesos de investigación operativa sobre Recursos Humanos como insumo para el enriquecimiento de su planificación y desarrollo.
- e. Implementar, orientar y dar seguimiento a las oficinas de recursos humanos, en los procesos de gestión de los subsistemas de reclutamiento, selección, evaluación, clasificación, retribución, trámites, registro y control y otros aspectos de administración de personal, en el marco de las políticas de descentralización.
- f. Diseñar, validar e implantar modelos de gestión descentralizada de recursos humanos, integrales y participativos, construidos a partir de los equipos nacionales, regionales y locales de salud a fin de orientar la gestión de salud hacia el incremento de coberturas y capacidad resolutoria bajo los principios de eficiencia, eficacia, calidad y equidad.
- g. Revisar y adecuar los aspectos legales que regulan y controlan diferentes áreas de la gestión de Recursos Humanos, a fin de que se posibiliten los procesos de descentralización en el contexto de la Reforma del Sector Salud y se asegure su distribución equitativa en todo el país.
- h. Implementar las Carreras Administrativa y Sanitaria con la consiguiente revisión y adecuación de las Leyes de Recursos Humanos, existentes en Salud, a fin de que se integren los elementos requeridos para estos aspectos en el contexto de la Reforma del Sector.
- i. Cumplir y hacer cumplir las políticas, normas y disposiciones legales existentes que regulan el campo de los recursos humanos del Estado y de Salud, en particular.
- j. Apoyar los procesos de educación permanente y educación continua, como estrategias efectivas de capacitación y adiestramiento de los funcionarios de salud, en busca de mejoramiento técnico y profesional, en lo individual y en lo colectivo donde se incorpore como principio básico el desarrollo y fomento de una cultura institucional y sectorial orientada a la implementación del proceso de reforma y modernización.
- k. Desarrollar propuestas educativas acordes con las necesidades de capacitación identificadas, en las que se incorporen acciones de Educación Permanente, Educación Continua y tecnologías educativas innovadoras, que aceleren el proceso aprendizaje-aprendizaje.
- l. Fortalecer y normalizar los programas de formación de recursos humanos en el

post-título que se desarrollan a lo interno de los servicios de salud.

- m. Contribuir al fortalecimiento de los procesos de formación de Recursos Humanos en el pre-grado, postgrado y post-título.
- n. Coordinar con las instituciones formadoras la preparación de los Recursos Humanos requeridos, según los planes de expansión de la institución y del sector, a corto, mediano y largo plazo.
- o. Impulsar acciones orientadas a fortalecer la capacidad de los gerentes en salud para el logro efectivo de objetivos y metas relacionadas con los roles de regulación, financiación y provisión de servicios de salud y promoción dirigidos a la población y al ambiente.
- p. Desarrollar mecanismos de coordinación intra y extra-sectorial eficientes para la formación y capacitación, negociación gremial, apoyo a la consecución de recursos y promulgación de leyes y la coordinación con carrera administrativa, entre otros, que contribuyan a resolver los problemas de recursos humanos que inciden en la salud de la población y del ambiente.
- q. Elaborar protocolos para el control de la calidad de los procesos de trabajo en el ámbito de los Recursos Humanos en salud.
- r. Establecer mecanismos efectivos que faciliten el desarrollo integral de las relaciones laborales y el bienestar del empleado en la gestión de Recursos Humanos.
- s. Cualquier otra que se le asigne de acuerdo al ámbito de su competencia.

Finalmente, esta Dirección cuenta con las siguientes unidades administrativas:

- a. Departamento de Administración de Recursos Humanos.
- b. Departamento de Bienestar del Servidor Público y Relaciones Laborales.
- c. Departamento de Acreditación de Recursos Humanos en Salud.
- d. Departamento de Formación y Capacitación de Recursos Humanos en Salud.
- e. Departamento de Registro y Control de Recursos Humanos.
- f. Departamento de Planificación e Investigación de Recursos Humanos.

Si bien se cuenta con una instancia nacional de conducción de los recursos humanos, aún los temas de planificación del número y tipo de recursos humanos que requiere el sistema de salud y la propia conducción estratégica de la gestión de Recursos Humanos en salud y la educación para el trabajo, quedan como funciones a desarrollar.

El número de médicos en Panamá es de 4,904 y el de enfermeras 4,421, lo que genera una densidad de recursos humanos de 27 profesionales por 10,000 habitantes, por encima del mínimo recomendado y trazado como meta regional. Es importante señalar, como hace el Informe, que Panamá no cuenta con Parteras, matronas u obstétricas, de nivel universitario, salvo aquellas parteras empíricas o entrenadas en programas de la comunidad. La labor a nivel profesional de la partera es asumida por la enfermera (Ministerio de Salud - Panamá 2011).

De estos 4,904 médicos, el 20% (886 médicos) laboran en el primer nivel de atención, cifra inferior a la meta trazada (40%). El 87% del personal médico labora en las instituciones públicas, siendo la Caja de Seguridad Social el principal

empleador con el 48%, seguido del Ministerio de Salud con el 39%. El 13% restante lo hace en la Universidad de Panamá, el Instituto Panameño de Habilitación Especial y las instalaciones de salud particulares. La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos es prácticamente 1:1. (Ministerio de Salud - Panamá 2011).

La distribución de la población en el medio urbano y rural es 2,262,765 y 1,241,718 habitan-

tes, respectivamente, mientras que la densidad de recursos humanos es 33 y 7,13 profesionales de la salud por cada 10,000 habitantes, evidenciando la inequidad aun existente en la dotación de recursos humanos.

En cuanto a la distribución por provincias, los recursos humanos, particularmente los profesionales se encuentran concentrados en Panamá y Chiriquí, como se aprecia en la siguiente figura:

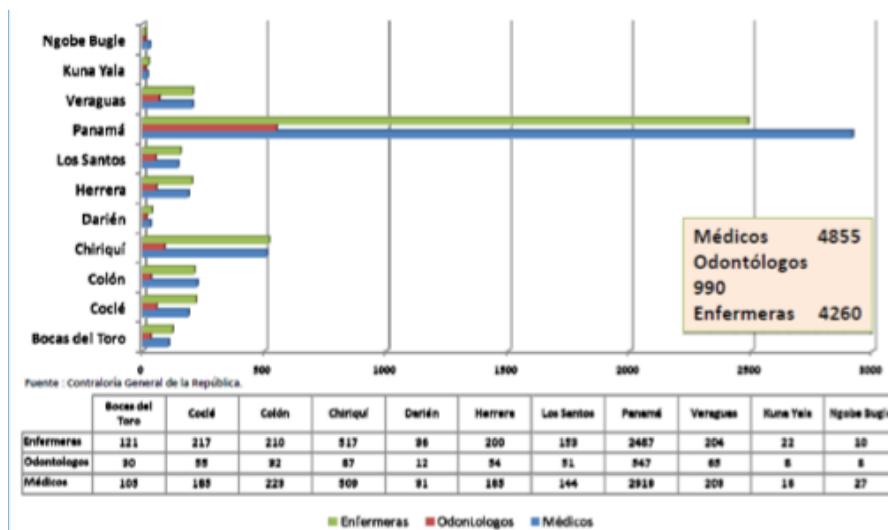


FIG. 23. Recursos Humanos de Salud por Provincia. Panamá 2008.

Fuente: Ministerio de salud - panamá 2010.

#### IV. Caracterización del marco legal

##### 1. Registro, Licencia y Habilitación Profesional

El Consejo Técnico de Salud, es el organismo estatal dirigido por el Director General de Salud, que emite el Número de registro o Idoneidad de enfermeras y técnicos en Panamá. A su vez, el Comité Nacional de Enfermería, organismo constituido por ley, asume la función de “habilitar al personal de enfermería, para iniciar labores tales como: enfermeras o enfermeros, técnicos en enfermería.”, así como “recomendar al Consejo Técnico de Salud, el registro de las enfermeras y enfermeros” (Ministerio de Salud – Panamá), Dicho Comité está integrado por: su presidente que es el Director General de Salud, la secretaria es asumida por la Enfermera Jefa Nacional del

Ministerio de Salud, y lo conforman las enfermeras jefas de los hospitales nacionales, la CSS, la Presidenta de ANEP y la Decana de la Facultad de Enfermería.

Para el registro como enfermera, esta debe cumplir entre otros requisitos el laborar por dos años, realizando rotaciones supervisadas en la capital y en el interior del país. A partir del 2005 se agrega el examen de competencia profesional (Organización Panamericana de la Salud 2008).

##### 2. Revalida y Reconocimiento de Títulos

Las leyes, decretos y acuerdos relacionados con la inmigración de enfermeras son (Organización Panamericana de la Salud 2008):

*La Ley de Enfermeras, promulgada en 1954,*

*establece que las enfermeras nacionales y extranjeras graduadas en el exterior deben revalidar y/o convalidar el título. Asimismo en su artículo 9° señala que en los casos en que no hubiese enfermeras panameñas, se podrá contratar enfermeras extranjeras por el término de un año. Finalmente, establece que para ser nombrada en el sistema público de salud –Ministerio de Salud (MINSA) y Caja de Seguro Social (CSS) se requiere ser nacionalizada, a menos que se presente la situación descrita antes en el artículo 9°.*

*El Decreto 186 del 20 de marzo de 1967 señala que los cargos de la sección de enfermería se asignan por concurso –desde la jefatura inicial hasta la superior– el requisito es ser panameña o naturalizada.*

En julio de 1991, se firmó un convenio entre Panamá y Costa Rica para la contratación de enfermeras por dos años prorrogables para laborar en la CCSS y el Ministerio de Salud. En este caso, se reconoció por un lado la necesidad de enfermeras por parte de Costa Rica y el elevado número de enfermeras desempleadas en el caso de Panamá. Las instancias coordinadoras del Convenio fueron los colegios de enfermeras de Panamá y Costa Rica (Organización Panamericana de la Salud 2008).

## **V. Marco laboral y de Protección Social**

Como se ha señalado anteriormente, el marco legal estructurado por Panamá privilegia la protección a los nacionales, lo que se expresa en los requisitos para ejercer cargos y presentarse a concursos, en que se exige el estar naturalizado (Organización Panamericana de la Salud 2008). El Informe sobre Metas Regionales en Recursos Humanos da cuenta de la situación laboral de los recursos humanos:

*“En Panamá a nivel de las instituciones del Sector Público, se cuenta con Leyes Especiales y Acuerdos Salariales Institucionales vigentes*

*aplicable a los servidores públicos pertenecientes a las Carreras instituidas en el Artículo No. 305 de la Constitución Política de la República de Panamá.*

*En el Sector Salud las diferentes ocupaciones que se identifican, se detallan los beneficios, la base legal, los requisitos de ingreso que se exigen en cada caso, los niveles y / o categorías aplicables y los criterios salariales que se aplican con repercusión directa en la administración presupuestaria del Sector Público. Además, se señalan los principales beneficios que estos grupos tienen, tales como: estabilidad en los puestos condicionado a la competencia, incrementos salariales programados, compensaciones adicionales al salario (sobresueldos por jefatura, riesgo profesional, zona apartada y seguridad social).*

*De acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá, sobre los recursos y servicios de salud de la República, referentes al 2007, en el país había una fuerza de trabajo de 21,488 personas en ejercicio en las instalaciones de salud, 4,501 (20.9%) Médicos Generales y Especialistas, 944 (4.4%) Odontólogos, 4,087(19%) Enfermeras Licenciadas, 3,725(17.3%) Técnicas de Enfermería, Asistentes de enfermería 1,113 (5.2%), Farmacéuticos 668 (3.1%), Asistentes de farmacia 619 (2.9%), Técnicos Radiólogos 586(2.7%), y Laboratoristas 977 (4.5%), Técnicos dentales (as) 309 (1.4%), Trabajadores sociales(as) 205 (1%), Psicólogos 130 (0.6%), Optometristas 29 (0.1%), Terapeutas físicos 138 (0.6%), Nutricionistas 136 (0.6%), Dietistas 12 ( 0.1%), Técnicos (as) en electrocardiogramas 85 ( 0.4%), Inspectores (as) de saneamiento 153 (0.7%), Promotores (as) de salud 112 ( 0.5%), Camilleros (as) 320 (1.5%), Otras 1928 (9%). Un 87% del personal médico labora en las instituciones públicas (48% en las instalaciones de la CSS y 39% en las instalaciones del MINSA), el 13% restante en la Universidad de Panamá,*

*Instituto Panameño de Habilitación Especial y las instalaciones de salud particulares. El 80% trabaja en las instalaciones de segundo y tercer nivel y solo el 20% restante trabaja en el primer nivel de atención (Centros de Salud, Subcentros de Salud, Policlínicas, Policentros, ULAPS y CAPSS, Clínicas o Consultorios, otros). El 80% laboraba a tiempo completo y un 20% el tiempo parcial. Por lo tanto el 100% de los puestos de empleo serán considerados no precarios. (Ministerio de Salud - Panamá 2011).*

Las condiciones de vida y trabajo de las enfermeras inmigrantes son las siguientes:

- Tienen iguales derechos que las panameñas, considerando su condición de naturalizadas.
- Las no naturalizadas se mantienen por contrato renovable, no gozan de beneficios del escalafón de enfermeras, ni acceden a concursos, y laboran en la empresa privada.
- Gran número de enfermeras naturalizadas, están en posiciones de jefatura o en las últimas etapas del escalafón.
- Las enfermeras inmigrantes han constituido sus familias en Panamá, y son vistas como panameñas sin distinción por su nacionalidad.

(Organización Panamericana de la Salud 2008).

## **VI. Migración de Profesionales de la Salud**

El destino principal de las enfermeras graduadas en Panamá y que deciden emigrar es Italia y Estados Unidos y en menor grado hacia América del Sur y América Central (Organización Panamericana de la Salud - Área de Sistemas y Servicios de Salud 2008).

Por otra parte el curso que ha tenido esta emigración se caracteriza por:

- a. Aquellas que emigraron a Costa Rica han retornado en un gran número a Panamá, esgrimiendo razones de no adaptación, o para obtener su registro en el país.
- b. Aquellas que emigraron a Italia; mayoritariamente algunas han formado familias, son bien reconocidas y valoradas, con un grupo menor habiendo retornado a Panamá.
- c. En el caso de las emigrantes a Estados Unidos, generalmente son contratadas como técnicas en enfermería por razones vinculadas a no cumplir con los requisitos exigidos (aprobación de exámenes, poseer licenciatura, entre otros). En general, influenciadas por los salarios aceptables y la valoración profesional, tienden a no retornar.

(Organización Panamericana de la Salud 2008)

De la Motte da cuenta con relación al número de enfermeras inmigrante que entre 1971 a 1985 fueron 60, mientras que entre 1986 a 2004, el número se redujo a 20 enfermeras. Cita la misma autora que las enfermeras de Centro América tienden a migrar hacia Panamá por contrataciones en la empresa privada y como paso previo hacia Estados Unidos (Organización Panamericana de la Salud 2008).

Señala el citado informe que las enfermeras naturalizadas y que trabajan en el Sistema de Salud de Panamá están ubicadas principalmente en la Caja del Seguro Social (43), la Clínica Privada San Fernando (13), el Ministerio de Salud (11), la Facultad de Enfermería (4) y el Hospital del Niño (1).

Las razones esgrimidas por las emigrantes son, entre otras: Condiciones de desempleo y subempleo en sus países; mejoras en condiciones económicas de salarios y en condiciones laborales; matrimonio con extranjeros; mejores oportunidades de educación y desarrollo profesional



(Organización Panamericana de la Salud 2008).

Están surgiendo universidades privadas, con una formación bilingüe claramente orientadas al mercado (Organización Panamericana de la Salud 2008).

La emigración de enfermeras hacia Italia, tiene como referente el año 1992, en que se establecen acuerdos y convenios entre la Asociación Nacional de Enfermeras de Panamá, enfermeras particulares y agencias de contratación de Italia; mecanismo que se mantiene a la fecha y han promovido y sostenido el flujo continuo de enfermeras hacia Italia (Organización Panamericana de la Salud 2008).

## 6.8. República Dominicana

### I. Información General

República Dominicana se encuentra ubicada en la región del Caribe, ocupando algo más de los dos tercios orientales de la Isla La Española, en el Archipiélago de las Antillas Mayores. El tercio occidental de la isla está ocupado por Haití; Posee una extensión territorial de 48,442 Km<sup>2</sup> y la población proyectada para el año es de 10,010,590 habitantes, con una densidad de 208,2 hab/km<sup>2</sup>. El porcentaje de población urbana estimado es de 67.1%. En el Índice de Desarrollo Humano (2011) este país ubica en el nivel medio (puesto 98°).

República Dominicana está formada por 31 provincias, además del Distrito Nacional, en donde se ubica Santo Domingo, Capital de la República.

### II. Sistema de Salud

El sistema de salud de la República Dominicana cuenta con un sector público compuesto por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Consejo Nacional de Salud, la Tesorería de la Seguridad Social y el Seguro Nacional de Salud, que es la principal aseguradora pública. El sector privado comprende las aseguradoras de riesgos de salud, los proveedores de servicios privados de salud y organizaciones no gubernamentales (37).

El Sistema de Salud de la República Dominicana se caracteriza, al igual que otros países latinoamericanos, por un alto nivel de fragmentación y segmentación, lo que compromete la capacidad de armonizar políticas, estrategias y acciones en el sector salud.

En los últimos 10 años, el Sistema de Salud de República Dominicana viene atravesando importantes cambios. Estos cambios se sustentan



FIG. 24. Organización Administrativa de República Dominicana.

en un nuevo marco legal que tiene en la Ley 42-01 - Ley General de Salud, promulgada el 8 de marzo del año 2001, la misma que separa las funciones de provisión de servicios, rectoría y financiamiento del sistema, estableciendo nueve servicios regionales de salud son los prestadores públicos de servicios de salud para la atención a las personas, de la atención indicada en el Plan Básico de Salud en forma eficiente en función del costo.

Esta ley tiene como objetivo *“la regulación de todas las acciones que permitan al Estado hacer efectivo el derecho a la salud de la población, reconocido en la Constitución de la República Dominicana”*. Señala esta norma además en su artículo 3°: *“Todos los dominicanos y dominicanas y las y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional son titulares del derecho a la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y a la protección, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna.”* y *“Los extranjeros no residentes en la República Dominicana, tendrán garantizado el derecho en la forma que las leyes, los convenios internacionales, acuerdos bilaterales y otras disposiciones legales lo establezcan.”* (Congreso Nacional - República Dominicana).

A su vez, la Ley 87-01 crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social) promulgada unos días después. La Ley 87-01 establece los fundamentos

para el desarrollo de un sistema de protección social con cobertura universal, promoviendo el aumento del aseguramiento vía cotizaciones sociales, con los aportes de empleadores y empleados, así como del Estado para las personas de menores ingresos (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - República Dominicana 2010).

### III. Gestión de Recursos Humanos

En el año 2004 se define la Agenda Estratégica para la Reforma del Sector Salud, para el período 2004-2008, considerándose 4 líneas estratégicas (Fortalecimiento del rol Rector de la SESPAS, organización de las Redes Públicas de Servicios a nivel regional, acceso equitativo a medicamentos, y garantía de aseguramiento con énfasis en menores ingresos), así como dos ejes transversales: sistema de información gerencial y de vigilancia epidemiológica; y gestión de Recursos Humanos (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - República Dominicana 2010).

La Dirección General de Recursos Humanos (DGRH), es desde el año 2005, la instancia de conducción estratégica de recursos humanos, responsable de la rectoría en el Sistema Nacional de Salud, depende directamente del Ministro de Estado de Salud Pública.

Para dar paso a esta conducción se elabora el plan estratégico formulando acciones para el corto, mediano y largo plazo, en el marco del proceso de reforma que desarrolla el sector y los objetivos trazados en el plan decenal de salud trazados (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - República Dominicana 2010).

Los objetivos estratégicos son los siguientes:

- Ejercer la rectoría de los Recursos Humanos, mediante el establecimiento e implementación de políticas y normas a fin de contribuir con su desarrollo sostenible en el Sistema Nacional de Salud.

- Impulsar un proceso de fortalecimiento institucional y desarrollo organizacional de la gestión de los Recursos Humanos, mediante el traspaso de competencia y la reorganización y profesionalización de las unidades de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social.
- Favorecer el desarrollo de los Recursos Humanos, a través de estrategias que contribuyan con el mejoramiento de la productividad y calidad de empleo.
- Fortalecer y mejorar la gestión administrativa y operativa de la Dirección, para favorecer el mejoramiento de la productividad laboral.

Entre los principales resultados esperados están la formulación de una carrera sanitaria que permita articular las perspectivas de los trabajadores de salud, los usuarios y la institución. Es en este marco que se formula el Plan para la Década de los Recursos Humanos en Salud 2006-2015 (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - República Dominicana 2010).

El número de médicos y enfermeras en República Dominicana es de 15,717 y 2,807, respectivamente, lo que genera niveles de densidad de recursos humanos de alrededor de 18,5 (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - República Dominicana 2010).

Esta Tasa está por debajo del mínimo recomendado (25 profesionales por 10,000 habitantes), déficit que compromete la viabilidad de alcanzar los objetivos sanitarios, y se explica especialmente por el significativamente menor número de enfermeras con relación al de médicos (5,7 médicos por enfermera), situación que se ve agravada porque este personal se concentra en el segundo y tercer nivel de atención, quedando personal auxiliar de enfermería, con menor calificación, en el primer nivel (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - República

Dominicana 2010). Las explicaciones pueden ser múltiples, incluyendo la débil o ausente planificación de los recursos humanos necesarios para el sistema de salud, las bajas remuneraciones existentes, y el escaso reconocimiento social a la profesión de enfermería. En República Dominicana existen 27 liceos formadores de bachilleres técnicos en enfermería, cuyos egresados en su mayoría terminan estudiando medicina. De 11 universidades nacionales que ofertan la carrera de enfermería, solo egresan unas 200 enfermeras graduadas por año (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - República Dominicana 2010).

El 19.7% de los 15,717 médicos arriba descritos laboran en atención primaria, cifra insuficiente para abordar con integridad la prestación de salud, particularmente en el primer nivel de atención. Esto representa la mitad de la meta propuesta, la cual alerta sobre la necesidad de que la fuerza de trabajo este apropiadamente preparada para encarar los cambios esperados en el sistema de salud y apoyar la entrega de servicios de primer contacto basados en la comunidad. Asimismo, la red pública de salud dispone de 1,641 Unidades de Atención Primaria (UNAP), cada una de las cuales incluye un médico/a, un/a \*auxiliar de enfermería, promotor/a de salud equivalentes al trabajador comunitario. Actualmente el 44.2% de los médicos en las UNAP son pasantes de ley (1,441). En la actualidad laboran 3,097 médicos (Certificados y Pasantes) en unidades de atención primaria, 2,048 auxiliares de enfermería, 639 supervisores de promotores y 3,200 promotores de salud (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - República Dominicana 2010).

Quizás el dato que ilustra con mayor nitidez la inequidad en la distribución es aquel que señala que el número de médicos y enfermeras en el área urbana es de 17,076, mientras que en el área rural es de 1,448 profesionales, considerando la población existente (6,719,108 y 3,291,482 habitantes, respectivamente), la densidad es de 25.4 profesionales en el área urbana y 4,4 profesiona-

les en el área rural (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - República Dominicana 2010).

Se estima que hasta el 65% aproximadamente del personal de salud tiene multiempleo, aun cuando en el Ministerio de Salud Pública, todo el personal de salud tiene nombramiento definitivo, con excepción de los médicos pasantes y Residentes. Asimismo se encuentra en discusión la propuesta de Ley de Carrera Sanitaria.

#### **IV. Caracterización del Marco Legal**

##### **1. Acreditación de instituciones de educación superior**

El proceso de acreditación de las instituciones de formación está contenido en la ley 139-01 (Ley de Educación Superior Ciencia y Tecnología) art. 78. Este está descrito como un proceso de evaluación voluntario, realizado por entidades acreditadoras, que culmina con la certificación de que la institución o programa evaluado cumple con estándares de calidad preestablecidos. Sin embargo actualmente, en el país no existe ninguna entidad que realiza estas funciones.

Por otro lado la misma ley en su artículo 63, establece el proceso de evaluación de la calidad de las instituciones formadoras, concibiéndolo implícitamente como un proceso obligatorio, cuyo propósito fundamental es el desarrollo y la transformación de las instituciones de educación superior y de las actividades de ciencia y tecnología. Está previsto (artículo 70) una evaluación interna (autoevaluación) y una evaluación externa realizada por el Ministerio de Educación Superior cada 5 años y por instituciones evaluadoras privadas reconocidas e integradas por pares académicos.

Este proceso de evaluación tiene un impacto positivo en la formación médica y de enfermería, debido a que las deficiencias y faltas detectadas debería ser resueltas por la institución evaluada en un mínimo de 3 años o de lo contrario se procedería con el cierre de la misma, lo que

garantiza un estándar de calidad para la formación de estos recursos humanos.

En relación a su impacto en la migración de Recursos Humanos, esta favorece la inmigración debido a que existiendo en el país universidades que cumplen con estándares de calidad reconocidos incluso a nivel internacional y a menor costo, muchas personas llegan al país a formarse, la mayoría de ellos regresan a su país y otros permanecen en el nuestro. Ejemplo de ello es la carrera de odontología, la cual atrae muchos nacionales españoles. De igual modo existe un impacto en la emigración de profesionales dominicanos, sobre todo enfermería. Existen algunos precedentes como la captación de enfermeras desde Canadá y algunos países de Europa.

## **2. Servicio Social**

Para el Servicio Social, tanto médico como enfermeras, tienen un ciclo de servicio social, llamado internado rotatorio, el cual forma parte del plan de estudios de cada carrera. En ese sentido este ciclo es la etapa final de su proceso de formación, por lo que el status de la persona durante este período es de estudiante. En el caso de los médicos la duración es de 1 año, con la rotación por áreas básicas tales como Medicina Interna, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y ciclo social. Para el caso de las enfermeras graduadas, el internado es de 6 meses dividido en 2 ciclos uno comunitario y el clínico, 3 meses cada uno.

## **3. Registro, Licencia y Habilitación Profesional**

El registro profesional de médicos es realizado por el Colegio Médico Dominicano, y el registro profesional de enfermeras es realizado por la Asociación Dominicana de Enfermeras Graduadas. En ambos casos es un proceso voluntario. Su implicación en la migración de estos recursos consiste fundamentalmente en las oportunidades de acceder a ofertas de recluta-

miento internacional captadas por el gremio a través de convenios y otras modalidades de intercambio internacional. De igual manera para la inmigración es una fuente de información del profesional que llega al país.

Los requisitos establecidos son, entre otros: a) Copia de exequátur, b) Copia del diploma con la legalización. Para los extranjeros se les requiere llevar su título a reválida al registro de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), y luego llevarlo al Colegio Médico Dominicano. Para obtener la licencia o habilitación profesional, los profesionales extranjeros deberán ser residentes legales en el país, haber agotado el proceso de reválida y hacer la pasantía de ley, así como cumplir con los requisitos administrativos descritos por el Ministerio de Salud.

En el caso de los médicos inmigrantes, luego de agotar el proceso de reválida y convalidación y si la universidad de egreso no es reconocida en el país, deberán rotar unas 60 horas por las áreas básicas (medicina interna, cirugía, ginecología y pediatría), lo cual sería equivalente al internado rotatorio.

## **4. Certificación Recertificación Profesional**

Actualmente en el país no se desarrollan procesos de certificación o recertificación profesional.

## **5. Reválida y Reconocimiento de Títulos**

En el país existen mecanismos legales para el reconocimiento de credenciales de profesionales formados en el extranjero, procesos conducidos y regulados por la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), a través del departamento de revalidas y convalidaciones y la Coordinación de Revalida y Convalidaciones de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UASD. Asimismo existen acuerdos bilaterales con España y Cuba para el reconocimiento de profesionales de la salud.

La Ley General de Salud establece:

Art. 93. - Las/los dominicano/as graduados en universidades extranjeras, en cualquier área de la salud, solo podrán ejercer en la República Dominicana una vez hayan revalidado el título correspondiente y el Poder Ejecutivo les haya otorgado el exequátur de acuerdo a la ley.

PÁRRAFO I.- Los extranjeros que hagan su especialidad en la República Dominicana, para ejercer deberán cumplir con lo establecido en las leyes dominicanas.

PÁRRAFO II.- Se crea la Comisión Nacional de Revalida de Títulos, con la finalidad de revalidar los títulos de los profesionales de la salud graduados en el extranjero. Estará constituida por el CONES o la entidad rectora de la educación superior, la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencias Social, la universidad del Estado, y la Asociación Dominicana de Facultades y Escuelas de Medicina (ADOFEM). Así como cualquier otro representante que determine la Comisión Nacional de Revalida de Títulos.

La Asociación Médica Dominicana (AMD), formará parte de esta comisión para conocer los casos de reválida de títulos de doctores / as en medicina.

PÁRRAFO III.- Los profesionales de la salud extranjeros que hayan estudiado en universidades extranjeras sólo podrán ejercer en el país cuando: 1) Exista acuerdo de Estado a Estado para el ejercicio de los profesionales de ambos países. 2) en el país no exista la oferta de ese servicio o que dicha oferta no sea suficiente. 3) y que cumpla con la reválida de título y el Poder Ejecutivo le haya otorgado el exequátur de ley.

PÁRRAFO IV.- En caso de profesionales de la salud que visiten el país en acciones altruistas, bastará una autorización de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social para

que puedan ejercer la profesión de manera exclusiva para los servicios públicos de salud, durante tres meses, plazo que podrá ser renovado una sola vez.

Art. 155.- Constituyen delitos y se castigarán con pena de tres (3) meses a dos (2) años de prisión correccional o con multas que oscilarán entre quince y veinticinco veces el salario mínimo nacional, establecido por la autoridad legalmente competente para ello o por la ley; o ambas penas a la vez, las siguientes infracciones: 18.-Ejercer en la República Dominicana cualesquiera de las profesiones en Ciencias de la Salud con títulos de universidades o centros de estudios extranjeros, sin obtener la revalidación de los mismos, y sin cumplir con los requisitos establecidos en la presente ley. (Congreso Nacional - Republica Dominicana).

En el caso de los médicos inmigrantes, luego de agotar el proceso de reválida y convalidación y si la universidad de egreso no es reconocida en el país, deberán rotar unas 60 horas por las áreas básicas (Medicina Interna, Cirugía, Ginecología y Pediatría), lo cual sería equivalente al internado rotatorio.

## **V. Formación de Profesionales de la Salud**

**TABLA 17.** Médicos y enfermeros (as) graduados (as) en República Dominicana. 2008 – 2009.

| AÑO                      | MÉDICOS | ENFERMEROS (AS) |
|--------------------------|---------|-----------------|
| Graduados en el año 2008 | 2,083   | 65              |
| Graduados en el año 2009 | 2,247   | 55              |
| Graduados en el año 2010 | 1,569   | 16              |
| Graduados en el año 2011 | 594     | 594             |

**Fuente:** Informe general de estadísticas de educación 2006–2009

## VI. Disponibilidad y Distribución del Recurso Humano

El Ministerio de Salud actualmente cuenta con un total de 7,181 médicos especialistas nombrados dentro de las denominaciones seleccionadas en este estudio, lo que significaría un 57% de acuerdo a la nómina general de los médicos de

este Ministerio de Salud, a fin de brindar los servicios especializados a la población a nivel nacional. Los datos que observamos en esta tabla no contempla los especialistas de las siguientes instancias: Instituto Dominicano de Seguros Social (IDSS), Fuerzas Armadas (FFAA), Policía Nacional (P.N).

**TABLA 18.** Número de especialistas seleccionados para el estudio Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana

| NO. | MÉDICOS ESPECIALIDAD   | TOTAL |
|-----|------------------------|-------|
| 1   | Médico Forence         | 3     |
| 2   | Anatomía Patología     | 126   |
| 3   | Anestesiología         | 746   |
| 4   | Cardiología            | 142   |
| 5   | Cardiología Pediátrica | 21    |

|                      |                                     |             |
|----------------------|-------------------------------------|-------------|
| 6                    | Cérvico/ Cirugía Buco Maxilo Facial | 68          |
| 7                    | Cirugía Oncológica                  | 17          |
| 8                    | Cirugía Dermatológica               | 4           |
| 9                    | Cirugía General                     | 405         |
| 10                   | Cirugía Pediátrica                  | 29          |
| 11                   | Cuidados Intensivos                 | 44          |
| 12                   | Dermatología                        | 137         |
| 13                   | Diabetología                        | 54          |
| 14                   | Ecocardiología                      | 5           |
| 15                   | Emergenciología                     | 80          |
| 16                   | Fisiatría                           | 59          |
| 17                   | Gastroenterología                   | 214         |
| 18                   | Geriatría                           | 50          |
| 19                   | Gineco-Obstetricia                  | 904         |
| 20                   | Glaucoma                            | 2           |
| 21                   | Hematología                         | 59          |
| 22                   | Hematología Pediátrica              | 14          |
| 23                   | Imagenología                        | 96          |
| 24                   | Infectología Pediátrica             | 14          |
| 25                   | Medicina Familiar                   | 858         |
| 26                   | Medicina Interna                    | 688         |
| 27                   | Nefrología                          | 74          |
| 28                   | Neonatología                        | 24          |
| 29                   | Neumología Pediátrica               | 19          |
| 30                   | Neurocirugía                        | 45          |
| 31                   | Oftalmología                        | 171         |
| 32                   | Oncología Clínica                   | 9           |
| 33                   | Oncología Ginecológica              | 12          |
| 34                   | Ortopeda y Traumatología            | 364         |
| 35                   | Pediatría                           | 1028        |
| 36                   | Perinatología                       | 210         |
| 37                   | Perinatología Obstetricia           | 7           |
| 38                   | Psiquiatría                         | 169         |
| 39                   | Reumatología                        | 17          |
| 40                   | Urología                            | 193         |
| <b>TOTAL GENERAL</b> |                                     | <b>7181</b> |

**Fuente:** La siguiente tabla presenta el número de especialistas que se forman en las residencias Médicas del Sistema de Salud de República Dominicana.

**TABLA 17.** Número de especialistas en el Sistema de Salud. República Dominicana.

| MÉDICOS ESPECIALIDAD            | TOTAL |
|---------------------------------|-------|
| Anatomía Patológica             | 9     |
| Anestesiología                  | 29    |
| Cardiología                     | 7     |
| Cardiología pediátrica          | 3     |
| Cervico Buco Maxilo Facial      | 2     |
| Cirugía Buco-Maxilo-Facial      | 4     |
| Cirugía General                 | 13    |
| Cirugía Pediátrica              | 2     |
| Cirugía Dermatológica           | 3     |
| Cirugía Oncológica              | 3     |
| Cuidados Intensivos             | 3     |
| Dermatología                    | 11    |
| Diabetología                    | 4     |
| Ecocardiografía                 | 2     |
| Emergenciología                 | 5     |
| Fisiatría                       | 4     |
| Gastroenterología               | 12    |
| Glaucoma                        | 1     |
| Geriatría                       | 8     |
| Gineco-Óbstericia               | 45    |
| Hematología                     | 1     |
| Hematología Pediátrica          | 3     |
| Imagenología                    | 9     |
| Infectología Pediátrica         | 2     |
| Medicina Familiar y Comunitaria | 64    |



|                           |    |
|---------------------------|----|
| Medicina Forense          | 5  |
| Medicina Interna          | 22 |
| Neumología Pediátrica     | 3  |
| Nefrología                | 4  |
| Neonatología              | 2  |
| Neurocirugía              | 1  |
| Oftalmología              | 7  |
| Ortopedia y Traumatología | 3  |
| Oncología Clínica         | 1  |
| Oncología Ginecológica    | 5  |
| Pediatría                 | 44 |
| Perinatología             | 14 |
| Perinatología Obstétrica  | 2  |
| Psiquiatría               | 6  |
| Reumatología              | 1  |
| Urología                  | 4  |

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública, depto. Residencias Médicas 2010.

## VII. Migración de Profesionales de la Salud:

D. de Pérez señala la presencia de aproximadamente unas 100 enfermeras inmigrantes procedentes fundamentalmente de países latinoamericanos. Por otro lado la emigración de 200 a 250, que ha aumentado en los últimos años, fundamentalmente a Estados Unidos, Puerto Rico, España, Italia, Alemania, Venezuela, Argentina, Canadá, Francia y Panamá (Organización Panamericana de la Salud 2008)



## 7. Bibliografía

**Achard Diego, González LuisEduard.** *Honduras: Los escenarios posibles 2006-2009* Proyecto Análisis Político y Escenarios Prospectivos UNDP 2006.

**Código de Salud.** Decreto N° 955 28 de Abril de 1988, del 11 de Mayo de 1988. *Diario Oficial* N° 86, tomo 229 1988.

**Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.** Reglamento de Certificación Profesional y Recertificación Profesional [En línea] [Citado el: 24 Noviembre 2011]<http://www.amacr.org/modules/ama/index.php?id=2>.

**Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala.** Estatuto 1993.

**Congreso de la República de Guatemala.** Ley de Colegiación Obligatoria Decreto número 72-2001 — Ley de Regulación del Ejercicio de Enfermería *Decreto Número 07-2007*.

**Congreso Nacional - Republica Dominicana.** Ley General de Salud [En línea][Citado el: 19 Noviembre 2011]<http://www.salud.gob.do/download/docs/Ley42-01.pdf>.

**Consejo Internacional de Enfermeras/os.** La escasez mundial de enfermeras/os: sectores de intervención prioritaria [En línea]2006 [Citado el: 30 octubre 2011]<http://www.icn.ch/global/shor>.

**Decreto N° 25068-S.** Reglamento del Servicio Social Obligatorio de Profesionales de Ciencias de la Salud 1996.

**European Commission. Guatemala.** Country Strategy Paper 2007-2013 2007.

**Flores Fonseca, ManuelAntonio.** *La medición censal de la migración en Honduras* Notas de Población N° 88 2009 CEPAL.

**Foro Nacional de Convergencia.** CONARHUS [En línea][Citado el: 23 Noviembre 2011]<http://www.fonac.gob.hn/2011/01/conarush/>

*Globalización del mercado laboral de los profesionales de la sanidad* **ClarkPaul, StewartJames, ClarkMarlene.** 1-2 Ginebra OIT 2006 *Revista Internacional del Trabajo* Vol. 125 págs.41-70.

**ILO.** 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 [En línea]2003 [Citado el: 22 Noviembre 2011]<http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/inf/download/ecosoc/migration.pdf>.

Italia necesita 50 mil enfermeros [En línea][Citado el:30 octubre 2011]<http://www.anenf.com/2011/02/italia-necesita-50-mil-enfermeros-en.html>.

La mujer y la migración internacional en el sector de la salud. Informe final del estudio de acción participativa de la ISP Internacional de Servicios Públicos [En línea]2004 <http://www.world-psi.org/Template.cfm?Section=Home&CONTENTID=2039&TEMPLATE=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm>.

**Ley N° 3019.** Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos 1962.

**Ley N° 7559.** Ley de creación del Servicio Social Obligatorio para los profesionales en las Ciencias de la Salud 1995.

**MálvarezSilvina, CastrillónMaría.** Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina *Serie Desarrollo de Recursos Humanos, N° 39* [En línea]2005 [Citado el: 29 octubre 2011]<http://www.ops.org.bo/textocompleto/ift26346.pdf>.

**Martínez Ques, AngelAlfredo.** Evidentia 2007 ene-feb; 4(13). ¿Quién se ocupa de la seguridad de los pacientes? [En línea] [Citado el: 18 Noviembre 2011]<http://www.index-f.com/evidentia/n13/304articulo.php>.

*Medical Migration* **LoeflerI.** Croatian Medical Journal 2001, Vol. 42 págs.504-505.

**Ministerio de Salud – Nicaragua.** Dirección General de Docencia e Investigaciones [En línea] [Citado el: 19 Noviembre 2011][http://www.minsa.gob.ni/index.php?option=com\\_content&view=article&id=15&Itemid=21](http://www.minsa.gob.ni/index.php?option=com_content&view=article&id=15&Itemid=21).

— División General de Recursos Humanos [En línea] [Citado el: 19 Noviembre 2011][http://www.minsa.gob.ni/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1035&Itemid=194](http://www.minsa.gob.ni/index.php?option=com_content&view=article&id=1035&Itemid=194).

— *El Plan Institucional de Corto Plazo 2010 Orientado a Resultados* División General de Planificación y Desarrollo 2010.

— *Medición de Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud 2011-2015 para el cumplimiento de los Objetivos y Desafíos del Llamado de Acción de Toronto* 2011.

— *Política Nacional de Salud* 2008.

**Ministerio de Salud – Panamá.** Comité Nacional de Enfermería - Funciones del Comité Nacional de Enfermería [En línea] [Citado el: 20 Noviembre 2011][http://www.asamblea.gob.pa/legispan/PDF\\_NORMAS/2000/2005/2005\\_545\\_1650.pdf](http://www.asamblea.gob.pa/legispan/PDF_NORMAS/2000/2005/2005_545_1650.pdf).

— *Desarrollo de Recursos Humanos en el Marco de la Integración Centroamericana* Comisión Técnica de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud San Salvador, 27 al 29 de Octubre de 2010 2010.

— Dirección de Desarrollo Integral de Recursos Humanos [En línea] [Citado el: 21 Noviembre 2011][http://www.minsa.gob.pa/minsa/direccion\\_recursos\\_humanos.html](http://www.minsa.gob.pa/minsa/direccion_recursos_humanos.html).

— *Metas Regionales de RRHH para la Salud. Un compromiso compartido* 2011.

**Ministerio de Salud de Costa Rica.** Plan Nacional De Salud 2010 - 2021 2010.

**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - República Dominicana.** *Medición de Metas Regionales de Recursos Humanos de Salud en Republica Dominicana* Ministerio de Salud Pública 2010.

**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala.** Modelo de Atención Integral en Salud 2010.

**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.** Dirección General de Recursos Humanos [En línea][Citado el: 28 Noviembre 2011][http://www.mspas.gob.gt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=84&Itemid=13](http://www.mspas.gob.gt/index.php?option=com_content&view=article&id=84&Itemid=13).

**Observatorio Ecuador.** *Informe Metas Recursos Humano Honduras* 2011.

**Organización Mundial de la Salud.** Informe Mundial de la Salud [En línea]2006 [Citado el: 30 octubre 2011 ][http://www.who.int/whr/2006/whr06\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2006/whr06_es.pdf).

**Organización Panamericana de la Salud – Área de Sistemas y Servicios de Salud** Migración de Enfermeras de América Latina: Área de América Central, México y el Caribe Latino *Serie Recursos Humanos para la Salud N° 61* Washington, D.C. s.n. 2011.

— Migración de Enfermeras en América Latina *Serie Recursos Humanos para la Salud N° 60* Washington, D.C. s.n. 2011.

**Organización Panamericana de la Salud.** La migración del personal de salud en la región de las Américas, situación, perspectivas y sugerencias para la acción. VIII Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de salud. Ministerio de Salud de Uruguay, OMS y OPS, Uruguay [En línea]Septiembre 2006 [Citado el: 2 Noviembre 2011 ][http://www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HR/7conf\\_iberoamer\\_migracion.pdf](http://www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HR/7conf_iberoamer_migracion.pdf).

— *Migración de recursos humanos en salud. Estudio Subregión Andina* s.l. Red Andina de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina 2006.

— *Notas Preliminares sobre Migración y Escasez de Enfermeras en América Latina* Área de Sistemas y Servicios de Salud Washington D.C. s.n. 2008 Serie Proyecto de Recursos Humanos para el Desarrollo de la Salud N° 55.

— Perfil de los Sistemas de Salud - Honduras *Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma* 2009.

**PAHO HealthSystems and Services Area.** *Baseline Indicators - 20 Goals for a Decade in HRH - Belize, Tracking Regional Goals for Human Resources for Health* 2009.

**Gobierno de Costa Rica.** Reglamento Servicio Social Obligatorio Profesionales Ciencias Salud”, Decreto N° 25068-S.

**Sanabria Helena.** *Informe Final del Estudio de Inmigración de Recursos Humanos en Salud de los 6 países andinos en España* Washington Organización Panamericana de la Salud 2010.

**Secretaría de Salud – Honduras.** Código de Salud y Reglamento General de Salud Ambiental 1999.

— Plan Nacional de Salud 2021 [En línea][Citado el: 21 Noviembre 2011][http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/Políticas\\_Nacionales\\_Salud-Honduras\\_Plan\\_Nacional\\_2021.pdf](http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/Políticas_Nacionales_Salud-Honduras_Plan_Nacional_2021.pdf).

— *Políticas y Planes de Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud. La Situación en Honduras 2006-2010* Secretaria de Salud, Organización Panamericana de la Salud 2009.

**Social Studies in Action.** Migration Trends in Six Latin American Countries [En línea][Citado el: 21 Noviembre 2011][http://www.learner.org/libraries/socialstudies/9\\_12/weir/background.html](http://www.learner.org/libraries/socialstudies/9_12/weir/background.html).

**Universidad de Costa Rica.** *Convenio de coordinación de la educación superior universitaria estatal en Costa Rica, Universidad de Costa Rica, Consejo Universitario* 1982.

— Reglamento para el Reconocimiento y Equiparación de Estudios Realizados en otras Instituciones de Educación Superior *Publicado en la Gaceta Universitaria 14-2007, 29-05-07*. 2007.

## 8. Anexos – Formularios de entrevistas

| PERCEPCIÓN DE LOS ACTORES SOCIALES SOBRE MIGRACIÓN |   |
|--|---|
| INDICACIONES                                       | <p>Responda las siguientes preguntas, <i>diferenciando sus respuestas, de ser el caso, entre médicos y enfermeros(as)</i> tal como se indica. Con excepción de las preguntas abiertas sobre recomendaciones para cada tema, el resto de las preguntas estructuradas se contestan eligiendo un valor de una escala de 1 a 5 (en la mayoría de ellas). Para responder deberá ponerse una “x” en el casillero correspondiente. Es importante enfatizar que debe responderse <i>una sola alternativa</i>.</p>   |
|  | <p><i>Este cuestionario debe ser respondido en forma espontánea y razonada.</i> “en forma espontánea” implica que se hace uso del conocimiento que el propio experto ha acumulado a lo largo de su experiencia, sin que sea necesario consultar fuentes externas como artículos, estadísticas o cualquier material similar. Por supuesto, si se desea hacer estas consultas, para refrescar algún tema o confirmar alguna respuesta, puede hacerlo sin problemas. Pero, en principio, basta con “hacer funcionar” el conocimiento ya disponible. “En forma razonada” quiere decir que se pide un mínimo de reflexión, atención y dedicación para cada pregunta.</p> |
|  | <p>Luego de completar las preguntas, cada experto deberá llenar unas pocas preguntas básicas de datos personales.</p>   |
|  | <p>Ante cualquier duda, por favor póngase en contacto con el Dr. Manuel Núñez Vergara en el siguiente correo electrónico: <a href="mailto:mnv_pe@yahoo.com">mnv_pe@yahoo.com</a> por el equipo coordinador de la Investigación.</p>   |

Las respuestas tendrán carácter absolutamente personal, y no involucran la opinión de instituciones. La totalidad de la información es absolutamente confidencial, lo que significa que las

respuestas individuales de cada uno de los expertos no serán difundidas en ámbitos públicos o privados.

## Posicionamiento del tema de migración en la agenda nacional

| La MIGRACIÓN EN GENERAL a otros países es un tema identificado por la opinión pública de su país como:                             |                 |                     |                     |                | Código<br>(No llenar) |
|--|-----------------|---------------------|---------------------|----------------|-----------------------|
| Nada Importante  | Poco Importante | Algo importante     | Importante          | Muy Importante |                       |
|  |                 |                     |                     |                |                       |
| La MIGRACIÓN DE MÉDICOS Y ENFERMEROS(AS) es un tema identificado por la opinión pública de su país como:                           |                 |                     |                     |                |                       |
|  | Nada Importante | Poco Importante     | Algo importante     | Importante     | Muy Importante        |
| Médicos  |                 |                     |                     |                |                       |
| Enfermeros (as)  |                 |                     |                     |                |                       |
| Los siguientes organismos con que frecuencia abordan el tema de la migración de profesionales de la salud:                         |                 |                     |                     |                |                       |
|  | Nunca           | Poco frecuentemente | Algo Frecuentemente | Frecuentemente | Muy frecuentemente    |
| Congreso de la República   |                 |                     |                     |                |                       |
| Ministerio de Salud  |                 |                     |                     |                |                       |
| Colegio Profesional  |                 |                     |                     |                |                       |
| Gremio   |                 |                     |                     |                |                       |
| Universidad  |                 |                     |                     |                |                       |
| Prensa   |                 |                     |                     |                |                       |
| *  |                 |                     |                     |                |                       |
| *  |                 |                     |                     |                |                       |
| ¿Qué comentarios desearía realizar sobre el posicionamiento del tema de migración de profesionales de salud en la agenda nacional? |                 |                     |                     |                |                       |
|  |                 |                     |                     |                |                       |
|  |                 |                     |                     |                |                       |
|  |                 |                     |                     |                |                       |
|  |                 |                     |                     |                |                       |

\* Indicación: Complete con otras instituciones si lo estima necesario

## Perspectiva de la situación actual y futura

¿Cómo caracteriza USTED la situación ACTUAL con relación a la migración de médicos y enfermeros(as) al exterior?

|                 | Nada Importante | Poco Importante | Algo importante | Importante | Muy Importante |
|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------|----------------|
| Médicos         |                 |                 |                 |            |                |
| Enfermeros (as) |                 |                 |                 |            |                |

¿Cómo prevé USTED, en caso no se adopten medidas específicas, la situación de la migración de médicos y enfermeros(as) al exterior EN EL AÑO 2015?

|                 | Nada Importante | Poco Importante | Algo importante | Importante | Muy Importante |
|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------|----------------|
| Médicos         |                 |                 |                 |            |                |
| Enfermeros (as) |                 |                 |                 |            |                |

La migración de los profesionales de la salud, en particular de los médicos y enfermeros(as), ES UN DERECHO QUE NO DEBE SER LIMITADO, MODULADO O IMPEDIDO, independientemente de las consecuencias para los sistemas de salud en nuestros países.

| Con relación a este enunciado, Usted está | Muy de acuerdo | De acuerdo | Indiferente | En desacuerdo | Muy en desacuerdo |
|---|----------------|------------|-------------|---------------|-------------------|
|   |                |            |             |               |                   |

La migración de profesionales de la salud 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:

| Con relación a este enunciado, Usted está | Muy de acuerdo | De acuerdo | Indiferente | En desacuerdo | Muy en desacuerdo |
|---|----------------|------------|-------------|---------------|-------------------|
|   |                |            |             |               |                   |

La migración de profesionales de la salud 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.

| Con relación a este enunciado, Usted está | Muy de acuerdo | De acuerdo | Indiferente | En desacuerdo | Muy en desacuerdo |
|---|----------------|------------|-------------|---------------|-------------------|
| Médicos                                   |                |            |             |               |                   |
| Enfermeros (as)                           |                |            |             |               |                   |

La migración de profesionales de la salud hacia el exterior es un proceso que afecta la EFICIENCIA DEL SISTEMA DE FORMACIÓN Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD, al generarse una inversión que se perderá de manera importante con la migración internacional.

| Con relación a este enunciado, Usted está | Muy de acuerdo | De acuerdo | Indiferente | En desacuerdo | Muy en desacuerdo |
|---|----------------|------------|-------------|---------------|-------------------|
| Médicos                                   |                |            |             |               |                   |
| Enfermeros (as)                           |                |            |             |               |                   |

La migración de profesionales de la salud hacia el exterior es un proceso que afecta la EFICIENCIA DEL SISTEMA DE FORMACIÓN Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD, al generarse una inversión que se perderá de manera importante con la migración internacional.

| Con relación a este enunciado, Usted está | Muy de acuerdo | De acuerdo | Indiferente | En desacuerdo | Muy en desacuerdo |
|---|----------------|------------|-------------|---------------|-------------------|
| Médicos                                   |                |            |             |               |                   |
| Enfermeros (as)                           |                |            |             |               |                   |

La migración de médicos, por incidir principalmente en los médicos jóvenes y recién egresados, compromete de manera significativa la DISPONIBILIDAD FUTURA DE LA FUERZA DE TRABAJO DE MÉDICOS Y ENFERMEROS (AS).

| Con relación a este enunciado, Usted está | Muy de acuerdo | De acuerdo | Indiferente | En desacuerdo | Muy en desacuerdo |
|---|----------------|------------|-------------|---------------|-------------------|
| Médicos                                   |                |            |             |               |                   |
| Enfermeros (as)                           |                |            |             |               |                   |

¿Qué comentarios desearía realizar sobre la situación actual y futura de la migración de profesionales de la salud y particularmente médicos y enfermeros(as)?

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |



## Determinantes – Factores expulsivos y atrayentes

¿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?

| Factor  | Nada Importante | Poco Importante | Algo importante | Importante | Muy Importante |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|------------|----------------|
| Bajas Remuneraciones                              |                 |                 |                 |            |                |
| Limitadas Oportunidades de desarrollo profesional |                 |                 |                 |            |                |
| Pocas oportunidades de empleo adecuado            |                 |                 |                 |            |                |
| Crisis económica                                  |                 |                 |                 |            |                |
| Violencia e Inseguridad                           |                 |                 |                 |            |                |
| Catástrofe natural                                |                 |                 |                 |            |                |
| *   |                 |                 |                 |            |                |
| *   |                 |                 |                 |            |                |

¿Cómo caracterizaría el peso de cada uno de los siguientes factores QUE EXISTEN EN SU PAÍS en la decisión de emigrar que adopta un(a) ENFERMERO(A)?

| Factor  | Nada Importante | Poco Importante | Algo importante | Importante | Muy Importante |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|------------|----------------|
| Bajas Remuneraciones                              |                 |                 |                 |            |                |
| Limitadas Oportunidades de desarrollo profesional |                 |                 |                 |            |                |
| Pocas oportunidades de empleo adecuado            |                 |                 |                 |            |                |
| Crisis económica                                  |                 |                 |                 |            |                |
| Violencia e Inseguridad                           |                 |                 |                 |            |                |
| Catástrofe natural                                |                 |                 |                 |            |                |
| *   |                 |                 |                 |            |                |
| *   |                 |                 |                 |            |                |

\* Indicación: Complete con otros factores si lo estima necesario

¿Cómo caracterizaría el peso de cada uno de los siguientes factores QUE EXISTEN EN ESTADOS UNIDOS en la decisión de emigrar que adopta un MÉDICO de su país?

| Factor  | Nada Importante | Poco Importante | Algo importante | Importante | Muy Importante |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|------------|----------------|
| Elevadas Remuneraciones                         |                 |                 |                 |            |                |
| Mejores Oportunidades de desarrollo profesional |                 |                 |                 |            |                |
| Oportunidades de empleo adecuado                |                 |                 |                 |            |                |
| Estabilidad económica                           |                 |                 |                 |            |                |
| Paz y Seguridad ciudadana                       |                 |                 |                 |            |                |
| Sin catástrofes naturales                       |                 |                 |                 |            |                |
| *   |                 |                 |                 |            |                |
| *   |                 |                 |                 |            |                |

¿Cómo caracterizaría el peso de cada uno de los siguientes factores QUE EXISTEN EN ESTADOS UNIDOS en la decisión de emigrar que adopta un ENFERMERO(A) de su país?

| Factor  | Nada Importante | Poco Importante | Algo importante | Importante | Muy Importante |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|------------|----------------|
| Elevadas Remuneraciones                         |                 |                 |                 |            |                |
| Mejores Oportunidades de desarrollo profesional |                 |                 |                 |            |                |
| Oportunidades de empleo adecuado                |                 |                 |                 |            |                |
| Estabilidad económica                           |                 |                 |                 |            |                |
| Paz y Seguridad ciudadana                       |                 |                 |                 |            |                |
| Sin catástrofes naturales                       |                 |                 |                 |            |                |
| *   |                 |                 |                 |            |                |
| *   |                 |                 |                 |            |                |

**¿Qué importancia asigna a los siguientes factores en la decisión de un MÉDICO EMIGRAR A ESTADOS UNIDOS?**

| Factor                                   | Muy desfavorable |   |   |   |   | Muy Favorable |   |   |   |    |
|--|------------------|---|---|---|---|---------------|---|---|---|----|
|  | 1                | 2 | 3 | 4 | 5 | 6             | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Idioma Inglés                            |                  |   |   |   |   |               |   |   |   |    |
| Presencia de familiares                  |                  |   |   |   |   |               |   |   |   |    |
| Facilidades de agencias de reclutamiento |                  |   |   |   |   |               |   |   |   |    |
| Posibilidad de enviar remesas            |                  |   |   |   |   |               |   |   |   |    |
| *  |                  |   |   |   |   |               |   |   |   |    |
| *  |                  |   |   |   |   |               |   |   |   |    |
| *  |                  |   |   |   |   |               |   |   |   |    |

**¿Qué importancia asigna a los siguientes factores en la decisión de un ENFERMERO(A) DE EMIGRAR A ESTADOS UNIDOS?**

| Factor                                   | Muy desfavorable |   |   |   |   | Muy Favorable |   |   |   |    |
|--|------------------|---|---|---|---|---------------|---|---|---|----|
|  | 1                | 2 | 3 | 4 | 5 | 6             | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Idioma Inglés                            |                  |   |   |   |   |               |   |   |   |    |
| Presencia de familiares                  |                  |   |   |   |   |               |   |   |   |    |
| Facilidades de agencias de reclutamiento |                  |   |   |   |   |               |   |   |   |    |
| Posibilidad de enviar remesas            |                  |   |   |   |   |               |   |   |   |    |
| *  |                  |   |   |   |   |               |   |   |   |    |
| *  |                  |   |   |   |   |               |   |   |   |    |
| *  |                  |   |   |   |   |               |   |   |   |    |

La actual formación del PROFESIONAL DE SALUD privilegia un modelo que incorpora un fuerte componente tecnológico. Es natural en tal sentido que los médicos procuren emigrar a aquellos lugares en que esta tecnología encuentra su mayor desarrollo.

| Con relación a este enunciado, Usted está | Muy de acuerdo | De acuerdo | Indiferente | En desacuerdo | Muy en desacuerdo |
|---|----------------|------------|-------------|---------------|-------------------|
| Médicos                                   |                |            |             |               |                   |
| Enfermeros (as)                           |                |            |             |               |                   |

¿Qué comentarios desearía realizar sobre los factores que contribuyen a la migración de profesionales de la salud y particularmente médicos y enfermeros(as)?

---



---

## Políticas a Implementar

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

| Nada factible | Poco factible | Algo factible | Factible | Muy factible |
|---------------|---------------|---------------|----------|--------------|
|               |               |               |          |              |

¿Cómo estimaría usted, el **GRADO DE AVANCE** en el desarrollo de políticas en el sector salud para abordar el tema de la migración de profesionales de la salud?

|  | Ausencia de políticas | Políticas en preparación | Políticas aprobadas | Políticas implementadas |
|--|-----------------------|--------------------------|---------------------|-------------------------|
|  |                       |                          |                     |                         |

Independientemente del grado de avance en el desarrollo de políticas en el sector salud para abordar el tema de la migración de médicos, que **INSTANCIA NACIONAL** cree usted debería conducir este desarrollo?

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

¿Cómo calificaría usted el **GRADO DE INVOLUCRAMIENTO** que tendría cada uno de los siguientes factores en el desarrollo de políticas en el sector salud para abordar el tema de la migración de profesionales de la salud?

| Factor                          | Nulo | Bajo | Regular | Bueno | Muy Bueno |
|---------------------------------|------|------|---------|-------|-----------|
| Congreso de la República        |      |      |         |       |           |
| Ministerio de Salud             |      |      |         |       |           |
| Colegio Profesional             |      |      |         |       |           |
| Gremio laboral                  |      |      |         |       |           |
| Universidad                     |      |      |         |       |           |
| Agencias de Cooperación Externa |      |      |         |       |           |
| *                               |      |      |         |       |           |
| *                               |      |      |         |       |           |

¿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 profesionales de la salud al exterior?

| Factor  | Nada factible | Poco factible | Algo factible | Factible | Muy factible |
|---|---------------|---------------|---------------|----------|--------------|
| Elevar las remuneraciones                           |               |               |               |          |              |
| Mejorar las oportunidades de desarrollo profesional |               |               |               |          |              |
| Mejorar las oportunidades de empleo adecuado        |               |               |               |          |              |
| Generar incentivos no pecuniarios                   |               |               |               |          |              |
| *   |               |               |               |          |              |
| *   |               |               |               |          |              |

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?

| Factor  | Nulo Impacto | Poco Impacto | Algo de Impacto | Impacto | Alto Impacto |
|---|--------------|--------------|-----------------|---------|--------------|
| Remuneraciones elevadas                         |              |              |                 |         |              |
| Mejores oportunidades de desarrollo profesional |              |              |                 |         |              |
| Mejores oportunidades de empleo adecuado        |              |              |                 |         |              |
| Sistema de incentivos no pecuniarios            |              |              |                 |         |              |
| *   |              |              |                 |         |              |
| *   |              |              |                 |         |              |

| ¿Cómo visualiza USTED, el panorama de la migración de profesionales de la salud EN EL 2015?  |   |   |                               |              |
|--|---|---|-------------------------------|--------------|
| Factor   | Parcialmente resuelto                     | Igual   | Agravado                      | Muy agravado |
|  |   |   |                               |              |
| A NIVEL INTERNACIONAL SE HAN DISCUTIDO, Y EN ALGUNOS CASOS APROBADO, ALGUNAS INICIATIVAS QUE PROCURAN ABORDAR EL TEMA DE LA MIGRACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD.  |   |   |                               |              |
| Con relación al CÓDIGO DE PRÁCTICAS MUNDIAL DE LA OMS SOBRE CONTRATACIÓN INTERNACIONAL DE PERSONAL DE SALUD, marque con una (x)  |   |   |                               |              |
| No había escuchado de él   | Había escuchado de él pero no lo he leído | Lo he leído, pero no lo conozco con precisión | Lo he leído y lo conozco bien |              |
|  |   |   |                               |              |
| ¿Cómo califica la FACTIBILIDAD DE IMPLEMENTAR EL CÓDIGO Internacional de Prácticas para la contratación de personal sanitario?   |   |   |                               |              |
| Nada factible  | Poco factible                             | Algo factible                                 | Factible                      | Muy factible |
|  |   |   |                               |              |
| ¿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?  |   |   |                               |              |
| Nada factible  | Poco factible                             | Algo factible                                 | Factible                      | Muy factible |
|  |   |   |                               |              |
| ¿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? |   |   |                               |              |
| Nada factible  | Poco factible                             | Algo factible                                 | Factible                      | Muy factible |
|  |   |   |                               |              |
| ¿Cómo califica la FACTIBILIDAD DE IMPLEMENTAR UNA POLÍTICA COMÚN de los países de América Central en el tema de la migración de profesionales de la salud?   |   |   |                               |              |
| Nada factible  | Poco factible                             | Algo factible                                 | Factible                      | Muy factible |
|  |   |   |                               |              |
| FINALMENTE, Qué recomendaciones específicas haría para desarrollar políticas que aborden el tema de la migración de profesionales de la salud al exterior?   |   |   |                               |              |
|  |   |   |                               |              |
|  |   |   |                               |              |
|  |   |   |                               |              |



Una línea de estudios particularmente relevante para el contexto centroamericano, caracterizado en varios países por una baja tasa de enfermeras por habitante, es el que señala que esta

relación está particularmente vinculada además a los resultados adversos, como se muestra en la siguiente tabla, para el caso de personal de enfermería:

| Estudio  | Características                                   | Conclusiones   |
|--|---|--|
| Needleman, Jack; Buerhaus, Peter; Mattke, Soeren; Stewart, Maureen; Zeligovsky, Katya. Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals N Engl J Med Volume 346(22), 30 May 2002, pp 1715-1722.                | Muestra de 799 hospitales de 11 Estados de EE.UU. | Relación entre eventos adversos y muerte y número de enfermeras.   |
| Needleman, Jack; Buerhaus, Peter; Mattke, Soeren; Stewart, Maureen; Zeligovsky, Katya.   |   |  |
| Nurse Staffing And Patient Outcomes In Hospitals Boston: Harvard School of Public Health, 2001. (Accessed May 6, 2002, at <a href="http://bhpr.hrsa.gov/dn/staffstudy.htm">http://bhpr.hrsa.gov/dn/staffstudy.htm</a> ). | Muestra de 799 hospitales de 11 Estados de EE.UU. | Fuerte relación entre resultados de pacientes y número de enfermeras.  |
| Linda H. Aiken, Sean P. Clarke, Douglas M. Sloane, Julie Sochalski, Jeffrey H. Silber,. Effects of Hospital Nurse Staffing on Mortality and Nurse Burnout and Job Dissatisfaction.                                       |   |  |
| JAMA 2002 288: 1987-1993.  | 210 Hospitales generales en Pennsylvania.         | Con ratio enfermera paciente ajustado, los pacientes quirúrgicos experimentan un riesgo superior de mortalidad en 30 días y tasas altas de fallo de rescate. |
| Aiken LH, Smith H & y Lke, ET. Lower Medicare Mortality Among a Set hospitals Known for Good Nursing Care. Medical Care, 1994; 32(8):771-787.  | 234 hospitales de EE.UU.                          | Los hospitales magnéticos tienen una reducción de sobremortalidad.   |
| Lichtig LK, Knauf RA, Milholland DK. Some impacts of nursing on acute care hospital outcomes. J Nurs Admin 1999;29:25-33.  | 462 Hospitales en N.York y California.            | Más horas de cuidado-enfermera fue asociada a una disminución más baja de los índices de infección.  |
| Kovner C, Gergen PJ. Nurse staffing levels and adverse events following surgery in US hospitals. Image J NursSch 1998;30:315-21.   | Pacientes quirúrgicos en 589 hospitales en EE.UU. | Mayor ratio asociado a incidencia más baja de neumonías e infecciones urinarias.   |
| American Nurses Association. Nurse staffing and patient outcomes in the inpatient hospital setting. Washington (DC):American Nurses Association; 2000.   | 1500 hospitales en 9 Estados, de EE.UU.           | Menor ratio asociado a mayores tasas de infecciones postoperatorias, neumonías, infecciones urinarias, úlceras de presión y tiempo de estadía.               |

**Fuente:** Modificado a partir de Martínez Ques.

