



Esta obra está bajo una licencia creative commons "Reconocimiento-NoComercial 3.0 España".

ANÁLISIS COMPARADO DE EXPERIENCIAS DE GESTIÓN DE FLUJOS MIGRATORIOS DE PROFESIONALES DE LA SALUD

Febrero, 2016.

AUTORES: Silvia s. Hernández: coordinación técnica y académica (1); Helena Sanabria Mora: análisis caso España (2); Fabiano Tonaco Borges: análisis caso Brasil (3); Lenin Andrés Cadena Vallejo: análisis caso Ecuador (4); Juan Ignacio Martínez Millán: Revisión Académica (5)

(1) Consultora en el área de Salud Internacional, Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) (Tesis doctoral)

(2) Consultora Doctora en Demografía Histórica

(3) Consultor EASP, Universidad Federal de Mato Grosso (UFMT) y Universidad Federal Fluminense (UFF)

Investigadores: Maria Ângela Conceição Martins UFMT // Neuciani Ferreira da Silva UFMT // Karla Amorim Sancho Universidad Estadual de Campinas (UNICAMP) // Ehideé Gómez La-Rotta UNICAMP // Leonor Cristina Alvez Pereira Departamento de Salud del Estado de Mato Grosso // Lilian Soares Vidal Terra UNICAMP. **Colaboradores:** Kátia Regina Nunes Motizuki UFMT // Guilherme Henrique B.C. Melo UFMT. **Agradecimientos** especiales a los profesores Leonardo Cavalcanti da Silva de la Universidad de Brasilia (UNB) y Carlos Eduardo Siqueira de la Universidad de Massachusetts de Boston (UMass Boston) por la cooperación con nuestra investigación y elaboración de este Informe.

(4) Consultor especialista en recursos humanos y política pública. **Colaboradora:** Ana Mabel Pinto Aldaz

(5) Profesor Salud Internacional, Escuela Andaluza de Salud Pública. Coordinador MPDC (EASP)

DISEÑO PORTADA: Elaboración propia con datos del estudio utilizando la aplicación "Wordle"

MAQUETA: Atticus Ediciones, Granada, atticusediciones@gmail.com

ISBN: 978-84-608-5806-5

IMPRIME: Entorno Gráfico, Atarfe, Granada.

La presente publicación, realizada en el marco de la Acción "Migración de Profesionales de la Salud entre América Latina y Europa. Oportunidad para el Desarrollo Compartido", ha sido elaborada con la asistencia de la Unión Europea. El contenido de la misma es responsabilidad exclusiva de sus autores y en ningún caso debe considerarse que refleja los puntos de vista de la Unión Europea ni de las entidades asociadas a esta Acción.

La Acción "Migración de Profesionales de la Salud entre América Latina y Europa. Oportunidad para el Desarrollo Compartido", financiada por la Comisión Europea en el marco del Programa Temático de Cooperación con Países Terceros en los ámbitos de Migración y Asilo (Contrato N° DCI-MIGR/2012/283-036), es desarrollada por la Escuela Andaluza de Salud Pública en sociedad con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/DMS) y en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay, que ostenta la Secretaría Técnica de la Red Iberoamericana Ministerial de Migraciones Profesionales de Salud - RIMPS.



1. Introducción	11
2. Objetivos	15
3. Metodología	17
4. Resultados	23
4.1. El caso de Brasil	23
4.1.1. El contexto	24
4.1.2. Opiniones sobre el Programa Objeto de Análisis: PMM, en Brasil..	59
4.1.3. Conclusiones preliminares sobre el PMM	83
4.2. El caso de Ecuador	87
4.2.1. El contexto	88
4.2.2. Opiniones sobre el Programa “Ecuador Saludable, voy por ti” en Ecuador	123
4.2.3. Conclusiones preliminares sobre el Programa “Ecuador Saludable, voy por ti”, en Ecuador	132
4.3. El caso de España	141
4.3.1. El contexto	142
4.3.2. Opiniones sobre el Programa FSE para Extranjeros, en España .	156

4.3.3. Conclusiones preliminares sobre el Programa FSE-MIR en España.....	170
5. Conclusiones Comparadas	177
6. Lecciones aprendidas y Recomendaciones	185
7. Bibliografía	187

Gráficos

Gráfico 1: Percentual estimado de población cubierta. Estrategia de Salud de la Familia, 1998-2014	28
Gráfico 2: Cobertura poblacional estimado. Equipos de Salud de la Familia, Brasil y Regiones. Estrategia de Salud de la Familia, 1998-2014....	29
Gráfico 3: Densidad Médico/1000 habitantes. Brasil y Regiones, 2014.....	33
Gráfico 4: Densidad estimado de médicos SUS/1000 habitantes, según sitio y año, 2008-2014	34
Gráfico 5: Distribución(%) estimado de Médicos según tipo de especialidad, Brasil y Regiones, 2014.....	34
Gráfico 6: Distribución (%) de Médicos cubanos del Programa Mais Médicos, Brasil y Regiones, 2014.....	54
Gráfico 7: Médicos cubanos del PMM y de los Equipos de Salud de la Familia por 10.000 habitantes, Brasil y Regiones, 2014.....	55
Gráfico 8: Presencia de Equipos de Salud de la Familia y municipios con, por lo menos, uno/a médico/a del PMM, Brasil y Regiones, 2014	56
Gráfico 9: Distribución (%) de los Médicos cubanos del PMM según sexo, Brasil y Regiones, 2015.....	56

Gráfico 10: Distribución (%) de los Médicos cubanos del PMM según edad, Brasil y Regiones, 2014.....	57
Gráfico 11: Distribución (%) de los Médicos cubanos del PMM según tiempo de experiencia, Brasil y Regiones, 2014.....	58
Gráfico 12: Componentes del Plan de Fortalecimiento de Talento Humano	96
Gráfico 13: Profesionales egresados del Programa de FSE en España entre 2009 y 2012 según lugar de trabajo (en porcentaje)	155

Cuadros

Cuadro 1: Entrevistas realizadas para cada uno de los estudios de caso.....	20
Cuadro 2: Caracterización de los participantes de la investigación de acuerdo con denominación, sexo, gestión e inserción profesional.....	60
Cuadro 3: Indicadores de oferta y demanda de plazas de Formación Sanitaria Especializada en España, 2001-2015.....	153
Cuadro 4: Características sociodemográficas de la muestra de profesionales de medicina latinoamericanos participantes en el programa de FSE en España	156
Cuadro 5: Características sociodemográficas de la muestra de personal técnico y político implicado en la gestión del programa de FSE en España	165

Acrónimos

ACS: Agentes Comunitarios de Salud

ANIMHU Agenda Nacional de Igualdad para la Movilidad Humana (Ecuador)

CCAA: Comunidades Autónomas (España)

CNE: Consejo Nacional de Educación en Brasil

CNES: Registro Nacional de Establecimientos de Salud

CRTS: Cámara de Regulación del Trabajo en Salud
DATASUS: Base de datos del SUS
DEGES: Gestión de la Educación en Salud
DEBERTS: Gestión y Regulación del Trabajo en Salud
ELAM: Escuela Latinoamericana de Medicina
ESF: Equipos de salud de la familia
ESP: Estrategia de Salud familiar
FSE: Formación Sanitaria Especializada (España)
IBGE: Instituto Brasileño de Geografía y Estadística
IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (Ecuador)
INAMPS: Sistema de Salud del Brasil hasta los 80. Ahora SUS.
IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Brasil)
ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (Ecuador)
ISSPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (Ecuador)
MAIS: Modelo de Atención Integral en Salud (Ecuador)
MIDUVI Ministerio de Desarrollo y Vivienda (Ecuador)
MIR: Medico Interino Residente (España)
MRL Ministerio de Relaciones Laborales (Ecuador)
MSP: Ministerio de Salud Pública (Ecuador)
MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (España)
OPS: Organización Panamericana de la Salud
OMS: Organización Mundial de la Salud
ORAS: Organismo Andino de la Salud
PACS: Programa de Agentes Comunitarios de la Salud
PHD: Estudios de Doctorado
PMM: Programa Mais Médicos

PNDHM: Plan Nacional para el Desarrollo Humano para las Migraciones (Ecuador)
PROVAB: Programa de Valorización del Profesional de la Atención Básica (Brasil)
RAS: Redes de Atención a la Salud
REPS: Registro Nacional de Profesionales Sanitarios (España)
RHUS: Recursos Humanos en Salud
RPIS: Red Pública Integral de Salud (Ecuador)
RSB: Movimiento de Reforma Sanitaria Brasileira
SECAP: Servicio Ecuatoriano de Capacitación Profesional (Ecuador)
SENAE: Servicio Nacional de Aduanas (Ecuador)
SENAMI: Secretaría Nacional del Migrante (Ecuador)
SENESCYT: Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (Ecuador)
SGETS: Secretaría de Gestión del Trabajo y Educación en Salud
SUS: Sistema Único de Salud (Brasil)
UNA-SUS: Universidad Abierta del SUS (Brasil)

LA MIGRACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD se viene considerando un fenómeno con demostradas consecuencias en la cobertura en salud de los países. Uno de elementos determinantes de la crisis actual de los Sistemas de Salud es la escasez de Recursos Humanos en Salud (en adelante, RHUS), una escasez que se piensa ha sido agravada por la migración de los profesionales de la salud (1).

Desde esta perspectiva la migración de los RHUS se venía considerando una pérdida para los países de origen y una ganancia para los países receptores, encuadrando este fenómeno dentro de la migración de profesionales cualificados, denominado "fuga de cerebros" (2). Sin embargo, en los últimos años, gracias a la intervención de la cooperación internacional, se da un cambio en la visión del fenómeno orientada al logro de una relación entre país de origen y país de destino de ganancia para ambas partes: una perspectiva que se ha denominado de "win-win" o "todos ganan" (3) (4) (5). Esta perspectiva hace necesaria favorecer y reglamentar ese intercambio de capital humano procurando involucrar de manera voluntaria a todos los actores, desde los propios migrantes a organismos tales como: consulados, departamentos de migración, relaciones laborales y empleo; ministerios de salud y educación, así como instancias formadoras: centros de investigación científica, técnica y de innovación, entre otros (6)

Esta visión hace que los países y las instituciones pongan en marcha convenios y estrategias políticas conjuntas que en su mayoría son de índole privada y de bastante difícil acceso para su lectura, análisis y/o valoración. (2)

En los últimos tiempos, también se pone de manifiesto, que los países, además, están poniendo en marcha medidas internas para gestionar los flujos de profesionales cualificados en salud dentro de sus países o en líneas de frontera, incluso a pesar de que no tengan exhaustivos planes y herramientas de planificación de recursos humanos. Esto lo realizan como medidas para garantizar la atención en salud de toda la población, incluso aquella que está en zonas desatendidas (por dificultad de acceso, por conflicto, etc.). Este tipo de medidas van desde mejorar la recolección de datos para la planificación de recursos humanos, hasta el pago de incentivos económicos o apelar al altruismo profesional (2).

Las medidas que más se están poniendo en marcha tienen que ver con:

- Estrategias para abordar la gestión de flujos internos (entre zonas rurales y urbanas) para atraer y retener capital humano en las zonas rurales del país. Siendo las estrategias más usadas el servicio obligatorio o los incentivos económicos, a pesar de que no se ha demostrado realmente su eficacia a medio y largo plazo. (7) (8) (9) (10).
- Estrategias y políticas de atracción y retención de personal de otros países del tipo incentivos económicos y de carrera profesional, apelando a visiones éticas; como el código de buenas prácticas de contratación de la OMS (11), que luego no tienen un aterrizaje real en políticas (planes, normas, estrategias, etc.) concretas (12) (13).

Aunque también, de manera menos insistente, se habla de otro tipo de medidas tales como: Mejora de la capacidad de entrenamiento de los países con recursos (14); creación y promoción de redes entre profesionales migrantes y no migrantes (15); regulación del nivel institucional (16); análisis de la experiencia de profesionales sanitarios ya migrados (17); y apoyo de Tecnologías de la información y la comunicación (16).

Desde la cooperación internacional, se considera, que desde esta perspectiva "win-win" habría que realizar una gestión de flujos con apoyo institucional en dos líneas de trabajo: facilitando el regreso o retorno de los profesionales a su país de origen, y permitiendo y gestionando la colaboración de estos profesionales desde el exterior (6).

Y, por supuesto, se cree que debería haber una evaluación antes y después de la puesta en marcha de cualquier estrategia de gestión de flujos para poder proponer iniciativas más ajustadas a las realidades de los contextos de cada país, y para poder ir incorporando mejoras en estas iniciativas políticas y estrategias de gestión de flujos migratorios en salud, de manera que cada vez se esté más cerca de garantizar los objetivos del milenio de cobertura de salud universal. (18)

En definitiva, por esta escasez de análisis y sistematización de las estrategias que los países ponen en marcha para la gestión de los flujos migratorios, así como las dificultades que supone acceder y recopilar estos planes, convenios, estrategias, etc. es por lo que nos planteamos realizar una aproximación cualitativa que nos permita caracterizar algunas de las medidas y estrategias de gestión de flujos que se han puesto en marcha en los países de la región de Iberoamérica y realizar una primera valoración de sus resultados, procesos y mecanismos para comprobar su efectividad, extrayendo lecciones aprendidas y analizar la posibilidad de adaptación en otras zonas con necesidad de aplicar políticas de gestión de flujos migratorios de RHUS.

NOS PLANTEAMOS COMO OBJETIVO GENERAL:

Caracterizar y valorar las experiencias de gestión de flujos de RHUS que existen en la actualidad en la Región de Iberoamérica.

Los **objetivos específicos** son los siguientes:

1. Detectar las experiencias de gestión de flujos de RHUS que existen en la Región de Iberoamérica
2. Analizar la efectividad, viabilidad y pertinencia de las experiencias de gestión de flujos de RHUS detectadas
3. Elaborar lecciones aprendidas extraídas a partir del proceso de investigación

EL MÉTODO DESARROLLADO EN ESTE TRABAJO ha sido principalmente de carácter cualitativo, ajustándose a los objetivos diseñados, y atendiendo a las premisas de la investigación cualitativa (19) adaptada al ámbito socio-sanitario (20).

El trabajo se ha llevado a cabo en tres etapas:

1. Primera etapa de identificación de experiencias de gestión de flujos migratorios de profesionales de la salud
2. Segunda etapa de análisis en profundidad de tres experiencias concretas de gestión de flujos migratorios: en Brasil, Ecuador y España
3. Tercera etapa de análisis comparado de las experiencias para obtener recomendaciones y lecciones aprendidas.

Primera etapa: la aproximación al campo

Con el objetivo de detectar experiencias de gestión de flujos de RHUS que existen en la Región de Iberoamérica se diseñó un cuestionario auto cumplimentable y una entrevista semiestructurada que nos permitiera recoger información entre profesionales de la salud vinculados al tema de las migraciones en salud en la región de América Latina participantes en Congresos de salud global o internacional: en concreto estuvimos en dos Congresos celebrados en esta región:

- Congreso CALASS celebrado en Granada (España), en la Escuela Andaluza de Salud Pública en septiembre de 2014¹
- III Congreso Latinoamericano y del Caribe de salud global celebrado en la Universidad de Costa Rica en noviembre de 2014²

1. Para ver mas información: http://www.alass.org/cont/seccGen/seccGen_es.php?idField=38&table=v2_generales&seccion=calass

2. Para ver mas información: <http://portal.fundevi.ucr.ac.cr/congresosaludglobal/index.php?module=auth&view=login>

El cuestionario fue entregado junto a la documentación de los congresos y siendo de cumplimentación voluntaria, se recogía en un espacio específico en el vestíbulo de cada Congreso destinado a este efecto y a la divulgación de los resultados de la Acción Europea MPDC, en la cual se enmarca esta investigación. La entrevista se realizaba a aquellos profesionales de la salud interesados en el tema o vinculados al mismo y que se ofrecían de manera voluntaria a la profundización. Cada entrevista fue grabada con el fin de no perder información. Las entrevistas se transcribieron de manera literal y se utilizó la información de forma agregada para salvaguardar el anonimato de los informantes.

Por último, el cuestionario se introdujo también en una versión online para su difusión entre los participantes de los congresos citados anteriormente, así como entre los contactos facilitados por la "Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting"³

En esta fase se obtuvieron un total de 23 cuestionarios cumplimentados y se realizaron 10 entrevistas en profundidad.

Como conclusiones generales se resaltaba que los participantes hablaban de manera recurrente de cuatro experiencias de gestión de flujos, dos programas conocidos y reconocidos por los profesionales, como son: "Mais médicos" en Brasil y "Ecuador saludable, vuelvo por ti" en Ecuador. Una experiencia de cooperación internacional reconocida por todos los profesionales de la salud como son las brigadas sanitarias internacionales de Cuba. Y, se citaba, como experiencia de formación internacional entre los profesionales sanitarios de Latinoamérica, sobre todo estudiantes de medicina, el programa de formación sanitaria especializada MIR que se lleva a cabo en España.

3. Para más información ver: <http://healthworkforce.eu/>

Segunda etapa: la profundización en estudios de caso.

Tras la identificación de estas cuatro experiencias de gestión de flujos migratorios de profesionales de la salud nos propusimos el análisis en profundidad de tres de ellas, dejando fuera la experiencia cubana que consideramos contiene unas particularidades que hacen difícil su extrapolación a otros contextos. Con lo cual, las recomendaciones que podríamos obtener de su estudio no se iban a ajustar tanto a nuestro objeto de estudio. Por lo que, finalmente, se priorizó la realización de los siguientes estudios de caso:

- el programa “Mais Médicos” en Brasil
- el programa “Ecuador saludable, vuelvo por ti” en Ecuador
- el programa de formación sanitaria de especialización (FSE-MIR) para extranjeros en España.

Los objetivos de cada uno de estos estudios de caso fueron:

- Analizar la efectividad, viabilidad y pertinencia de cada programa desde la perspectiva de una experiencia de gestión de flujos de RHUS.
- Elaborar lecciones aprendidas y recomendaciones extraídas a partir de cada proceso de investigación.

Se comenzó con una detección y análisis de la documentación política, científica, gris e incluso periodística para contextualizar cada uno de los casos. Para ello se realizó una revisión documental entre las bases de datos de literatura gris, así como las webs oficiales del Ministerio de Salud y otros organismos implicados sin despreciar la aparición de literatura científica sobre el tema. Además, se solicitó esta documentación a los informantes claves contactados que estaban desarrollando su labor profesional en la gestión de cada programa.

Se generaron dos instrumentos de recogida de información normalizados para el desarrollo de entrevistas: semi-estructuradas, que se aplicaron de manera presencial y telemática, a actores clave relacionados, por un lado con la aplicación de cada experiencia de gestión de flujos, y por otro lado a su desarrollo. La propuesta era entrevistar a personal gestor y político vinculado a cada uno

de los programas, así como a profesionales usuarios de cada uno de ellos para valorar la efectividad, viabilidad y pertinencia de los mismos. Las entrevistas fueron grabadas en modo abierto y anónimo, y recopilaban los datos sociodemográficos de todos los participantes. El total de entrevistas realizadas fueron 50 y su distribución se presenta en el Cuadro I:

Cuadro I:
Entrevistas realizadas para cada uno de los estudios de caso

Programa/País	Nº entrevistas a personal gestor y político	Nº entrevistas a personal usuarios del programa
"Mais Médicos" Brasil	7	6
"Ecuador saludable vuelvo por ti" Ecuador	13	12
FSE-MIR para extranjeros España	2	10
Total	22	28

Las variables de partida para la generación de los instrumentos y el análisis preliminar de los datos fueron obtenidas a partir de una revisión bibliográfica (2) realizada en 2014, y son las que siguen:

- Política de incentivos o programa para retener o atraer a profesionales de la salud a trabajar en zonas remotas o de difícil acceso.
- Iniciativa educativa que se haya propuesto formar a agentes que hacen parte de comunidades rurales, incentivando tanto su permanencia allá, como la posibilidad de fortalecer dichas comunidades.
- Política de incentivos para atraer o retener a profesionales de la salud extranjeros para cubrir un déficit de estos profesionales.
- Política o convenio entre algunos países de Iberoamérica para intercambiar o incentivar la migración circular entre profesionales de la salud.
- Política para facilitar el retorno de profesionales sanitarios a su país de origen.
- Política o iniciativa institucional que fomente o gestione la colaboración de los profesionales migrados desde los países en los que están desarrollando su labor profesional.
- Política, código, plan, etc. que obligue a las agencias privadas de reclutamiento a cumplir requisitos éticos de contratación.

Los resultados de cada uno de los estudios de caso se exponen en este documento en el apartado denominado: "Resultados", comenzando por el contexto migratorio del país, descripción del programa, percepción de los informantes y algunas reflexiones y conclusiones.

Tercera etapa: el análisis comparado y las recomendaciones

Se comenzó por un análisis narrativo de contenido segmentado por grupos de informante y categoría, prestando especial atención a las categorías emergentes. Posteriormente se realizó una triangulación de los resultados de cada uno de los estudios de caso con la colaboración de los diferentes expertos de diversas disciplinas que realizaron cada uno de ellos: médicos expertos en gestión de salud pública, y antropólogas expertas en migraciones y demografía sanitaria.

Los resultados comparados y las lecciones aprendidas obtenidas se exponen en los últimos apartados de "Conclusiones y recomendaciones" de este mismo documento.

LA EXPOSICIÓN DE LOS RESULTADOS DE CADA UNO de los estudios de caso la realizamos por orden alfabético del país donde se desarrolla; comenzamos por el caso de Brasil, seguimos por el caso de Ecuador y finalmente el caso de España. Cada una de las experiencias está dividida en tres grandes apartados que son los que siguen:

- **Contexto:** donde se describe brevemente la situación migratoria de los profesionales sanitarios del país, una aproximación al sistema de salud vigente, y un resumen de la legislación del programa objeto de análisis.
- **Opiniones sobre el programa:** se describen las percepciones que hemos recopilado de los profesionales sanitarios vinculados al programa, bien porque participan en la gestión del mismo, o porque participan en su ejecución y desarrollo como participantes.
- **Conclusiones preliminares:** se exponen las reflexiones de cada una de las experiencias de gestión de flujos analizadas.

4.1. EL CASO DE BRASIL

Se trata de analizar el programa de captación de personal sanitario en Brasil, llamado "Mais Médicos", dado que supone una clara iniciativa para recuperar y atraer el talento cualificado en salud para que desarrolle una labor asistencial en zonas alejadas y de difícil acceso del país. Se trata de una experiencia de gestión de la migración de profesionales de la salud y su análisis puede aportar luces sobre los logros alcanzados y desafíos enfrentados a lo largo de estos años de trabajo en el ámbito de la gestión internacional de RHUS en Iberoamérica

4.1.1. El Contexto

Contextualización de la implantación del “Programa *Mais Médicos*”: la crisis del modelo liberal de producción de salud en el Sistema Único de Salud de Brasil⁴

El “Programa *Mais Médicos*” (en adelante PMM) fue puesto en marcha como una respuesta del Gobierno Federal a las manifestaciones de junio de 2013, que reivindicaban la mejora de los servicios públicos en Brasil. El país asistió a la organización de un movimiento popular que demandaba la democratización del transporte público, de la educación y de la salud. Estas manifestaciones dieron lugar a la propuesta por parte del Gobierno Federal Brasileño de un pacto inter-federativo, con estados y municipios, para mejorar la calidad de los servicios públicos, pues existían evaluaciones que mostraban la insatisfacción del pueblo. Entre ellas la investigación realizada por el “Instituto de Investigación Económica Aplicada” (IPEA) en 2011, cuyas conclusiones a partir del estudio de la percepción social en salud eran que los principales medios para mejorar el SUS se centraban en: el aumento del número de médicos (37,3%), la reducción del tiempo de espera para consultas con especialistas (34,1%) y la mejora de la calidad en la atención por parte de los médicos (11,9%) (21).

Tras 27 años desde la creación del SUS por el Movimiento de Reforma Sanitaria Brasileira (RSB) habría que preguntarse las razones por las que Brasil tuvo que recurrir a políticas de atracción internacional de RHUS para garantizar la atención de la salud en este país. La Constitución de 1988 busca contrarrestar la lógica del modelo liberal-privado de la producción de servicios médicos regulados por el mercado y su formación bajo la base del modelo biomédico, creando un sistema de acceso público-universal sin olvidar la responsabilidad en la formación de personal para el área de la salud. El artículo 200 de la Constitución Brasileira, que trata de las atribuciones del SUS, en su inciso III, describe el compromiso

4. El texto fue presentado originalmente en el Informe de CAVALCANTI et al. (2015), y ha pasado por actualización y ampliación para este documento.

del SUS de ordenar la formación de recursos humanos para la salud (22). Por lo cual el sistema público brasileño posee la obligación constitucional de formar y organizar el trabajo de los médicos y de otros profesionales de la salud, lo que fundamenta la Ley de *Mais Médicos* (23).

Dentro de esta perspectiva, el argumento central del Ministerio de la Salud al realizar la política de reclutamiento de médicos formados en el exterior para el PMM, fue el poder contar de manera urgente con profesionales para la Atención Básica en los lugares de mayor vulnerabilidad social. Existía un déficit de profesionales en las regiones más pobres y apartadas de los grandes centros urbanos, así como un número insuficiente de escuelas de medicina que pudieran dar cuenta de las necesidades de la salud del pueblo brasileño.

El objetivo de este apartado es realizar una aproximación al contexto de las políticas de salud del SUS que condicionaron la implementación del PMM. Para ello se realizó el análisis documental utilizando la técnica del materialismo histórico-dialéctico (24). Y, como fuente de datos, se utilizaron las informaciones demográficas del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística – IBGE, la Base de datos del SUS (DATASUS), el Registro Nacional de Establecimientos de Salud (CNES) y datos del Departamento de Atención Básica del Ministerio de la Salud.

Algunas consideraciones sobre la organización del Sistema Único de Salud (SUS) del Brasil

Al contrario de lo que admiten algunos autores, el SUS es un sistema contra-hegemónico que impulsa al Brasil a una reestructuración de su organización socio-política. A pesar de las influencias de organismos internacionales para perpetuar la hegemonía del paradigma liberal-privatista, Brasil formuló su proyecto de Reforma Sanitaria en la década de los 80 con un sentido absolutamente diferente (25). La reforma brasileña no se puso en marcha por iniciativa de las áreas económicas del gobierno ni por la inducción internacional, como en Colombia, ni fue un proceso revolucionario como el de Cuba; se configuró en una coyuntura de transición democrática con amplia participación de la sociedad civil (25). El hecho es que Brasil logró en su constitución un sistema

público-universal bajo los principios de Universalidad, Integralidad y Equidad; no obstante permitió el ejercicio de la iniciativa privada.

El SUS por mandato constitucional es único, y no puede existir otro sistema de salud para cualquier ente federado brasileño. Sin embargo, Unión, estados y municipios poseen autonomía administrativa, bajo las orientaciones del SUS (22). El sistema asistencial fue planeado para ser dirigido por los municipios brasileños y el Distrito Federal⁵, de forma descentralizada con integración de los niveles asistenciales. El SUS se organiza en una estructura jerarquizada en la cual la atención básica es el primer nivel asistencial, la atención especializada el segundo y la atención hospitalaria el tercero. El modelo asistencial debe ser estructurado en las regiones de salud, por medio de la cooperación inter-federativa. Los tres niveles pueden participar de la atención a la salud en los municipios y en las regiones de salud. Pero Brasil hizo a lo largo de estos 27 años un intenso proceso de descentralización político-administrativa hacia los estados y principalmente, hacia los municipios, que han acabado siendo los grandes responsables de la atención de la Salud de los brasileños (22) (26).

Desde el punto de vista administrativo, cada ente federado posee una unidad administrativa propia: en la Unión, el Ministerio de la Salud; en los estados y municipios, las respectivas secretarías de salud. Todas esas unidades reciben el mandato constitucional de trabajar para garantizar el Derecho a la Salud, en una verdadera estructura administrativa inter-federativa. Cada ente federado posee un Fondo de Salud específico para los recursos del SUS, que actualmente están divididos en 5 grupos de financiación: atención básica; atención especializada y de alta complejidad; vigilancia en Salud; asistencia farmacéutica; y gestión del SUS (27).

El espacio más importante administrativo del SUS está en la Conferencia y en el Consejo de Salud. La primera define las directrices políticas para el SUS cada

5. El Distrito Federal (DF) es una de las 27 unidades administrativas, la menor de ellas, que no posee municipios, pero sí regiones administrativas (31). El DF es el responsable de la organización del módulo asistencial del SUS en su área de acción.

4 años, a nivel nacional y estatal, y cada 2 años a nivel municipal; la segunda posee poder deliberativo y consultivo en las secretarías estatales y municipales. Llamamos a todo ese conjunto el Control Social, pues el 50% de las conferencias y consejos están compuestos por movimientos sociales; 25% por trabajadores de la Salud; y el otro 25% por representantes del gobierno y prestadores de servicios para el SUS. Para cada ente hay un respectivo Consejo de Salud.

Esta organización inter-federativa del SUS es la que ha permitido que el PMM se pusiera en marcha a gran velocidad. En 2 años más de 15 mil médicos habrán trabajado en el Programa, de los cuales aproximadamente 11 mil vinieron de Cuba, en una práctica de cooperación internacional planificada, constituyendo una experiencia real de Gestión de Flujos Migratorios de Personal de la Salud.

Aproximación a la Atención Básica de Salud en Brasil

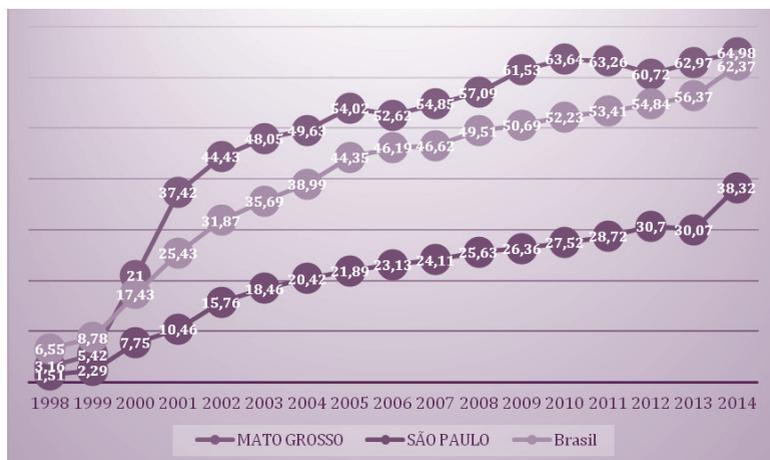
La política de salud brasilera que propuso la transformación del modelo tecno-asistencial biomédico y centrado en el hospital, hacia la Atención Primaria en Salud y el modelo de Redes de Atención a la Salud (RAS) fomentado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (28) es el Programa de la Salud de la Familia (PSF). Esta política, cuyo objetivo era reformular la atención primaria, fue creada en 1994 durante el gobierno del presidente Itamar Franco (1992-1994) e implementada en 1998 por el presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-2002). El Ministerio de la Salud pasó a fomentar en todo el territorio nacional la constitución de equipos compuestos por: un(a) médico(a), un(a) enfermero(a), dos auxiliares de enfermería y cinco agentes comunitarios de salud. Tiempo después, fueron incorporados en el equipo un(a) odontólogo(a) y un(a) auxiliar de consultorio odontológico (29).

Los equipos de salud de la familia (ESF) estaban compuestos inicialmente por un médico general, un enfermero, un auxiliar de enfermería y agentes comunitarios de salud. El Programa de Agentes Comunitarios de la Salud (PACS), que se puso en marcha a partir de experiencias locales que venían siendo desarrolladas de forma aislada en algunas regiones del Brasil, tenía como principal objetivo, cuando fue implementado en 1991, la reducción de la mortalidad materno-infantil, sobre

todo en las regiones norte y nordeste, fue sin duda el precursor del PSF (30). Los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) tienen la responsabilidad de actuar en territorios específicos del ESF, siendo importante su conocimiento sobre el territorio ya que ellos pertenecen al mismo. Son responsables del registro y acompañamiento de las familias residentes en el área. El PSF recomienda que cada equipo sea responsable de seiscientos a mil familias residentes en un área geográfica delimitada. Los profesionales del PSF deben conocer a las familias de sus territorios de intervención; identificar los problemas de salud y las situaciones de riesgo existentes en la comunidad, elaborar el cronograma de actividades para enfrentar los determinantes del proceso salud-enfermedad; desarrollar acciones educativas e inter-sectoriales relacionadas con los problemas de salud identificados, así como asistir integralmente a las familias (30).

Desde la implantación del PSF en 1994, el SUS consiguió ampliar la cobertura potencial de la población brasilera hasta aproximadamente un 62% de la población, con destacado aumento en dos períodos específicos: de 2004 a 2005 y de 2013 a 2014, conforme podemos visualizar en el gráfico 1.

Gráfico 1:
 Percentual estimado de población coberta. Estrategia de Salud de la Familia, 1998-2014

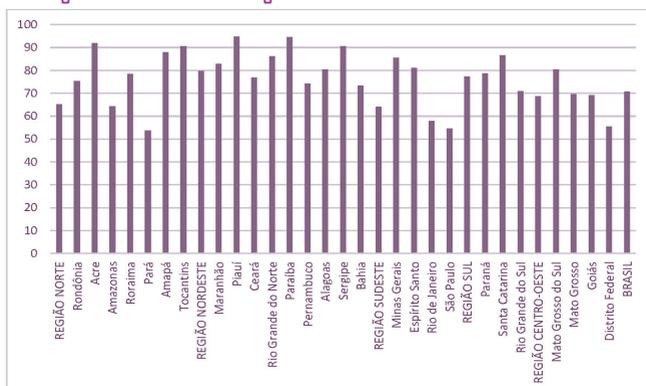


Fuente: Departamento de Atención Básica/MS. Elaboración de Neuciani Ferreira da Silva

El último período coincide con la implementación del PMM. A modo de ejemplo comparamos dos estados del Brasil, Mato Grosso en la región Centro-Oeste y São Paulo en la Sudeste, la segunda más rica y poblada, y percibimos que el primero se adhirió con mayor intensidad al PSF (que nombraremos como ESF – Estrategia de Salud de la Familia). La capital del segundo estado, el municipio de São Paulo, tardó más en descentralizar sus servicios de salud que otros estados brasileños, lo que influyó en la organización del SUS municipal, interfiriendo en los resultados del estado en su conjunto. No obstante otros factores de orden político y económico podrían explicar también este hecho.

Cuando ampliamos la comparación entre regiones y estados de la nación, percibimos que en 2014 la región nordeste fue la que presentó la mayor cobertura con un 80%, siguiéndole la región sur. Por debajo de un 70% tenemos las regiones centro oeste, norte y sudeste. Los estados con cobertura potencial igual y mayor que un 90% son Paraíba, Piauí y Acre. En el otro extremo se sitúan los estados de Pará, São Paulo y el Distrito Federal con coberturas algo superiores al 50% (gráfico 2). Esta información muestra la diversidad en la organización de la salud de la familia que, en un análisis preliminar, no parece obedecer al criterio de desarrollo económico.

Gráfico 2:
Cobertura poblacional estimado. Equipos de Salud de la Familia, Brasil y Regiones, 2014, Estrategia de Salud de la Familia, 1998-2014



Fuente: Departamento de Atención Básica/MS. Elaboración de Neuciani Ferreira da Silva.

La Gestión del Trabajo en Salud en el SUS: breves consideraciones.

Para intentar responder por qué Brasil recurrió a una política de reclutamiento internacional para proveer de manera rápida de médicos a los lugares más vulnerables y apartados del Brasil, indagaremos brevemente en el área de Gestión del Trabajo en Salud dentro del campo de la salud colectiva.

En el marco de la reforma neoliberal del estado se adoptaron formas precarias de inserción en el SUS (31), generando la precarización de los vínculos de trabajo y en consecuencia la insuficiente adhesión de los profesionales médicos al proyecto de la Reforma Sanitaria.

A partir de 2003, con la toma de posesión del presidente Luiz Ignácio Lula da Silva, se inició un nuevo periodo para la administración pública, marcado por la expansión de la función pública para poder hacer frente al desafío de reducir inequidades en el seno de la sociedad brasileña. En esta línea, en el Ministerio de la Salud se creó la Secretaria de Gestión del Trabajo y Educación en Salud (SGETS) con dos departamentos: el de Gestión de la Educación en Salud (DEGES) y el de Gestión y Regulación del Trabajo en Salud (DEGERTS), ambos con las siguientes responsabilidades: *"el planeamiento, la coordinación, la organización y el apoyo a las actividades relacionadas con el área; la formulación de criterios para las pautas de las negociaciones, el ordenamiento de responsabilidades entre las tres esferas del gobierno y el establecimiento de acuerdos entre gestores del SUS"* (31).

Aun en 2003, se adoptó como estrategia para la mejora de las condiciones de trabajo el Programa Nacional de "Desprecarización" del Trabajo en el SUS, que incentivaba la realización de concursos públicos y establecía directrices para la implementación de carreras en el SUS. Se restableció también la Mesa Nacional de Negociación Permanente del SUS que creó un espacio de negociación entre trabajadores y gestores públicos y privados de la salud.

En el campo de acción de la Cooperación Internacional se estableció en el Mercosur el Forum Permanente para el Trabajo en Salud contando con la cooperación de la Cámara de Regulación del Trabajo en Salud (CRTS). En 2006 se puso en marcha

otra importante iniciativa política: el Programa de Calificación y Estructuración de la Gestión del Trabajo y de la Educación en el SUS, el ProgeSUS (31), que trabajaba por el fortalecimiento de las áreas de Gestión del Trabajo en Salud en los estados y los municipios. Esas iniciativas buscaron, de una u otra manera, solucionar los problemas estructurales del área de Gestión del Trabajo en Salud relacionadas con las carreras de los profesionales del SUS (por su presencia, falta o por ser incipiente) y la precarización de los vínculos laborales.

Otro asunto aún no mencionado, pero que tiene que ver con el tema, es la dificultad para la estabilidad por parte de los profesionales, principalmente médicos, debido muchas veces a causas locales (distancia de los centros formadores; vulnerabilidad económica y social), a los bajos salarios, contratos precarios, o igualmente por la competencia intra e interregional de los profesionales por vía salarios (principalmente en el caso de los médicos especialistas).

Además del área de Gestión del Trabajo en salud que hemos abordado, para el análisis del PMM es también relevante la evolución del área de Gestión de Educación en salud y el análisis de la Ley 12.871/2013 (23) que fundamentalmente trata sobre asuntos de formación en Salud, ya que el PMM se plantea intervenir para generar mejoras en dos áreas clave y sensibles del SUS: la organización del trabajo y la formación del médico en el Brasil.

Organización del Trabajo Médico en el Brasil

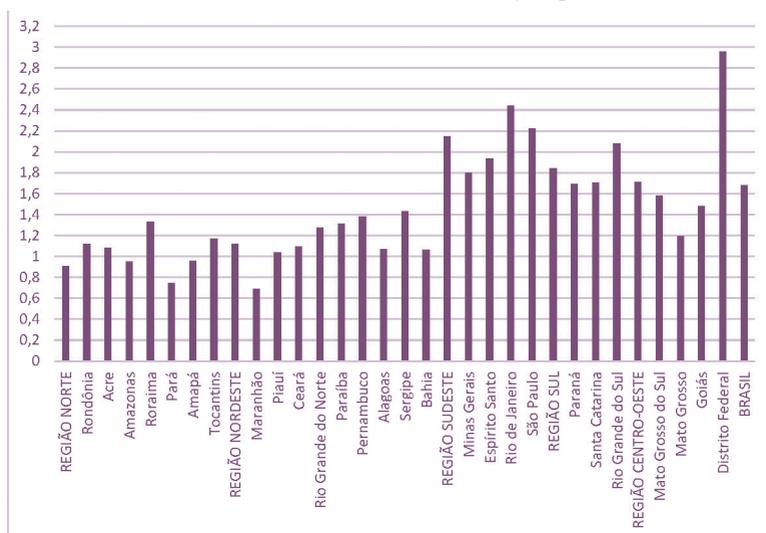
Brasil es un país continental donde el acceso a la salud es un derecho humano garantizado por el SUS; sin embargo, el sistema público presenta una cantidad y distribución de médicos muy desigual en el territorio, hecho explicado en parte por el nivel de desarrollo de las regiones y de los estados. Según los datos del DATASUS de 2014, estimamos⁶ 1.6 médicos por 1.000 habitantes, conforme

6. Estimación calculada por la media de los meses de 2014. La figura (1.67 médicos por mil habitantes) diverge del número oficial de Ministerio de la Salud, probablemente por diferencias en el cálculo o fuente de los datos.

muestra el gráfico 3, una relación baja si la comparamos con los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos - OECD (32), que de media registran 3.4 médicos por 1.000 habitantes.

El Distrito Federal es la unidad de la federación que presenta la mayor relación médico/habitante, estimada en 2.9 médicos por 1.000 habitantes, seguida por el estado de Río de Janeiro con 2.5 médicos por 1.000 habitantes y por São Paulo con 2.2 médicos por 1.000 habitantes. Los estados de Maranhão, Pará, Amapá, Piauí e Acre (de menor a mayor) registraron en 2014 la menor densidad de médicos, por debajo de 1 por 1.000 habitantes, concordando con los argumentos del Ministerio de la Salud como causa de la implementación del PMM. Es evidente que las regiones más pobres del país sufrían más escasez de médicos (Gráfico 3).

Gráfico 3:
Densidad Médico/1000 habitantes. Brasil y Regiones, 2014



Fuente: DATASUS. Elaboración de Neuciani Ferreira da Silva

Los médicos en Brasil no trabajan únicamente en el SUS, pues el híbrido público-privado hace que la organización del trabajo en salud esté centrada en el médico. Las regiones sudeste y nordeste poseen la mayor cantidad de médicos, con

881.150 y 512.706 médicos respectivamente. La región con menor número es la Centro-oeste con 153.107 médicos. Cuando se realiza el cálculo de la relación de médicos SUS por 1.000 habitantes, la densidad estimada disminuye a 1.29 médicos por 1.000 habitantes, lo que indica claramente la necesidad de políticas públicas para la carrera médica en Brasil (Gráfico 4).

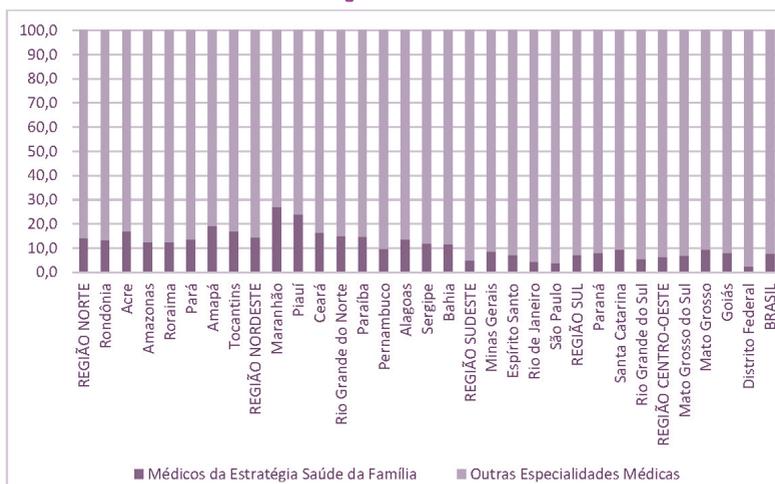
Es importante resaltar que aunque aumente la cobertura potencial por el ESF, la relación entre los médicos de familia y las otras especialidades es desfavorable a la primera. Con base en el gráfico 5 podemos comprobar que casi el 10% de los médicos que actúan en el SUS se declararan como médicos de ESF. El Distrito Federal presenta la menor proporción de médicos de ESF, seguido por São Paulo y Río de Janeiro (en orden creciente); las cifras son inversamente proporcionales a la relación médico/habitante. Por otro lado, Maranhão (un estado económicamente pobre) tiene proporcionalmente más médicos de la ESF, seguido por Piauí, Amapá e Acre (en orden decreciente).

Gráfico 4:
Densidad estimado de médicos SUS/1000 habitantes, según sitio y año, 2008-2014



Fuente: DATASUS. Elaboración de Neuciani Ferreira da Silva

Gráfico 5:
Distribución (%) estimado de Médicos según tipo de especialidad, Brasil e Regiones, 2014



Fuente: DATASUS. Elaboración de Neuciani Ferreira da Silva

La Crisis del modelo tecno-asistencial en Brasil

Consideramos que la crisis de falta de médicos que motivó la política de reclutamiento de recursos humanos no fue esencialmente del SUS, sino de la herencia atávica del modelo liberal-privatista que viene del esquema estadounidense de producción de la salud (33).

El SUS está en crisis permanente por no poder cumplir con su objetivo de garantizar el Derecho a la Salud para todo ser humano presente en el territorio nacional de Brasil. Campos (33) y Paim (34) alertaron sobre las contradicciones entre la tradición de los Sistemas Nacionales de Salud inspiradas en el Estado de Bienestar Social en contraposición con la herencia liberal-privatista recibida a lo largo de casi un siglo de experiencia en el esquema de seguro-salud y de grandes hospitales privados (con o sin fines lucrativos). Sin embargo, cuando comparamos los procesos de desarrollo de los sistemas de salud en América Latina, Brasil se sitúa de manera ventajosa, pues cuenta con un sistema público capitalizado que

reconoce el Derecho a la Salud como consecuencia de la ciudadanía. En otros países latinos como México, Chile o Colombia se adoptaron con más intensidad los esquemas de aseguramiento de la salud (35). En esos países, la salud viene primeramente dada por los modelos basados en el seguro social (los seguros de salud son adquiridos conforme las posibilidades económicas del comprador) y, después por un esquema asistencial dado por medio de subsidios o asistencia residual en la red pública, o privada filantrópica, que se moviliza para la franja de la población que no consigue adquirir la mínima atención en salud.

La producción de la salud en Brasil está centralizada en los hospitales y combina trabajo asalariado, pequeños productores autónomos y asociaciones, con otras instituciones, como empresas y la acción estatal (36) (25). Los profesionales de la salud se dividen en una doble militancia entre el sector público y privado. El predominio de las normas de mercado acostumbra a ser evidente en el momento de la selección, los procedimientos y los recursos humanos, así como de los equipos que se van a incorporar y, también, en el coste de la demanda que será atendida. La planificación de las unidades no sigue criterios basados en el análisis epidemiológicos de riesgos o de las necesidades de salud, volviéndose la raíz del modelo de costes crecientes, es decir; cuando hay un estímulo de la producción de procedimientos de forma continua y desvinculada de la demanda, se genera un constante aumento de los costos de asistencia (36).

La recuperación de la lógica del INAMPS (esquema de seguro-salud tipo Bismarkiano vigente hasta 1988 y que luego fue el SUS), el mantenimiento del modelo médico hegemónico y la sumisión del SUS al clientelismo y patrimonialismo, son cuestiones muy criticadas (34) (36) (37) pero que todavía no han sido superadas. La sub-financiación de la salud pública brasileña aún se configura como el mayor problema de la seguridad social para el pueblo brasileño, no obstante reconocemos la propuesta del presidente de la Asociación Brasileira de Salud Colectiva – ABRASCO, Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos, sobre la necesidad de más recursos y de inversiones cualificadas según criterios de necesidad de salud, cuya ganancia estará dada al considerar el uso racional de los recursos según las prioridades (38).

Como vemos, la política de reclutamiento internacional de recursos humanos del PMM se contextualiza en un sistema público-universal, que aún carece de políticas estructurales que puedan contribuir a superar el modelo liberal-privatista en el SUS. Las regiones más ricas concentran la mayor cantidad de médicos, pero este hecho no se traduce en una mayor cobertura potencial de la Estrategia de Salud de la Familia, ni tampoco en un mayor número de médicos de familia. Desde este hecho, el gobierno brasileño analizó la situación de la organización del trabajo médico, y con base en ella pudo fundamentar su búsqueda de médicos formados en otros países con fuertes bases en salud comunitaria para lograr un aprovisionamiento de emergencia en esta parcela de conocimiento. Los esfuerzos realizados en el SUS para ampliar y mejorar la calidad de la Atención Básica en el Brasil, son el argumento más relevante para la implementación del PMM. El aumento de la cobertura por la ESF entre 2013 y 2014, supone un aumento de aproximadamente 4 billones de reales en inversiones en la Atención Básica según datos del Ministerio de Salud. Este hecho puede ser un efecto asociado a la implementación del PMM en el Brasil

Análisis de la Legislación del “PMM” desde la perspectiva de la Gestión de Flujos Migratorios de RHUS.

Incluimos en este análisis la Ley Nº 12.871 del 22 de octubre de 2013, que instituyó el referido Programa (23); el Estatuto Interministerial de Educación y Salud Nº 1.369 de 08 de julio de 2013 (39) y la Reglamentación del Ministerio de la Salud Nº 30 de 12 de febrero de 2014 (40). La idea es explorar los aspectos del PMM relativos a los objetivos, a la implementación, y principalmente al reclutamiento de profesionales en el exterior para trabajar en Brasil.

En relación al Estatuto 1.369/2013, intentaremos analizar sus siete capítulos teniendo como referencia las categorías analíticas de la Gestión de Flujos Migratorios de Recursos Humanos en Salud (2), dado que el objetivo es intentar comprender el fenómeno migratorio calificado como proceso dentro del PMM. Entendemos por gestión de flujos la manera de tratar los movimientos de personal calificado entre zonas distintas para prevenir y evitar descompensaciones. Y excluimos los flujos que son por definición autónomos e incontrolables en base

al Marco de los Derechos Humanos. Para el análisis de contenido (41), como procedimiento interpretativo de la legislación que estructura el PMM seguimos los pasos descritos en el Análisis Temático, que consiste en descubrir los núcleos de sentido de una comunicación, cuya presencia o frecuencia significan algo para el objeto analítico (24). Se realizaron las siguientes tareas en tres etapas: La primera etapa consistió en lectura fluctuante, constitución del corpus (cuerpo), formulación y reformulación de hipótesis y objetivos. La segunda etapa de exploración del material, se dedicó a una operación clasificatoria para alcanzar el núcleo de comprensión de la legislación del PMM. Y en la tercera etapa, se exponen los resultados obtenidos, divididos en tres secciones, una para cada legislación.

Para abordar **las referencias legales del “Programa Mais Médicos”** comenzamos con los **Objetivos y acciones del mismo**. El primer capítulo de la Ley Nº 12.871/2013 (23), que trata de las disposiciones generales, afirma que el PMM tiene la finalidad de formar recursos humanos en el área médica para el SUS con los objetivos de: disminuir la carencia de médicos en las regiones prioritarias para el SUS; fortalecer la prestación de servicios en la atención básica en Salud en el País; mejorar la formación médica en el Brasil y proporcionar mayor experiencia en el campo de la práctica médica durante el proceso de formación; ampliar la inserción del médico en formación en las unidades de atención del SUS, desarrollar su conocimiento sobre la realidad de la salud de la población brasilera; fortalecer la política de educación permanente integrando educación-servicio; promover el intercambio de conocimientos y experiencias entre profesionales de la salud brasilera y médicos formados en instituciones extranjeras; perfeccionar los conocimientos de los médicos para su actuación en las políticas públicas de la salud del País y en la organización y en el funcionamiento del SUS y estimular la realización de investigaciones aplicadas al SUS.

En el mismo capítulo son explicitadas las acciones adoptadas para la consecución de los objetivos del PMM: reordenación de la oferta de cursos de medicina y de cupos para residencia médica; establecimiento de nuevos parámetros para la formación médica en el País y promoción – en las regiones prioritarias del SUS – de la mejor formación de médicos en el área de la Atención Básica en

Salud, mediante integración educación-servicio, inclusive por medio de intercambio internacional.

Continuamos con la **ampliación de la oferta de cupos en los cursos de medicina en el Brasil** pues el segundo capítulo de la Ley discute sobre los procedimientos a seguir para autorizar el funcionamiento de cursos de medicina en instituciones de educación superior privada. Este procedimiento debe ser precedido de concurso público, siendo de responsabilidad del Ministro de Educación disponer sobre: la pre-selección de los municipios donde se autorizará el funcionamiento de cursos de medicina, de acuerdo con el Ministerio de la Salud; los procedimientos para la celebración de términos de adhesión al concurso público por los gestores locales del SUS; los criterios para la autorización del funcionamiento de instituciones de educación superior privada especializadas en cursos en el área de la Salud; la publicación de criterios de selección de propuestas para obtención de autorización de funcionamiento de cursos de medicina, periodicidad y metodología de los procedimientos evaluativos necesarios para dar acompañamiento y monitoreo a la ejecución de la propuesta vencedora del concurso público. También en este capítulo, son establecidos los criterios para la pre-selección de los municipios: la importancia y la necesidad social de la oferta de cursos de medicina y la existencia – en las redes de atención a la Salud del SUS – de equipos públicos adecuados y suficientes para la oferta del curso, incluyendo, como mínimo, los siguientes servicios, acciones y programas: atención básica; urgencia y emergencia; atención psicosocial; atención de consulta externa especializada y hospitalaria; y vigilancia en salud.

Se asignó al Ministerio de Educación dictaminar el proceso de autorización de los cursos de medicina en unidades hospitalarias cuando cuenten con: certificación como hospitales universitarios; residencia médica como mínimo en 10 (diez) especialidades; y que mantengan un proceso permanente de evaluación y certificación de la calidad de sus servicios.

Este capítulo termina describiendo los criterios de calidad necesarios para autorizar y renovar el funcionamiento de cursos de graduación en Medicina: exigencia de infraestructura adecuada; acceso a servicios de la salud, clínicas u hospitales

con las especialidades básicas indispensables para la formación de los alumnos; poseer metas para el cuerpo docente en régimen de tiempo integral y para el cuerpo docente con titulación académica de maestría o doctorado; poseer cuerpo docente y técnico con capacidad para desarrollar investigación de buena calidad, medida por publicaciones científicas; la necesidad social del curso para la ciudad y para la región en que se localiza la institución, demostrada por indicadores demográficos, sociales, económicos y relacionados con la oferta de servicios de salud, incluyendo datos relativos a la: relación de número de habitantes por número de profesionales en el municipio en que es administrado el curso y en los municipios de su entorno; descripción de la red de cursos análogos de nivel superior, públicos y privados, de servicios de la salud, ambulatorios y hospitalarios y de programas de residencia en funcionamiento en la región; inserción del curso en programas de extensión que atiendan a la población carente de la ciudad y de la región en la que la institución se localiza.

En el tercer capítulo abordamos la **Reglamentación de la Educación Médica en Brasil**, que se focaliza en la formación médica en Brasil, evidenciando que el funcionamiento de los cursos de medicina está sujeto a la efectiva implementación de las directrices curriculares nacionales definidas por el Consejo Nacional de Educación (CNE). La Ley 1.271/2013 (23) establece metas para los Programas de Residencia Médica para ser implantadas progresivamente hasta el 31 de diciembre de 2018, en las especialidades: Genética Médica; Medicina del Tráfico; Medicina del Trabajo; Medicina Deportiva; Medicina Física y Rehabilitación; Medicina Legal; Medicina Nuclear; Patología y Radioterapia.

El Programa de Residencia en Medicina General de Familia y Comunidad es referenciado en el tercer capítulo, donde se afirma que debe tener una duración mínima de 2 (dos) años. Siendo obligatorio el primer año para el ingreso en los siguientes Programas de Residencia Médica: Medicina Interna (Clínica Médica); Pediatría; Ginecología y Obstetricia; Cirugía General; Psiquiatría; Medicina Preventiva y Social. Los Programas de Residencia Médica deben establecer procesos de transición para la implementación, integración y consolidación de los cambios curriculares, con el objetivo de hacer viable la carga horaria y los contenidos ofrecidos en el nuevo currículo y permitir el flujo en la formación

de especialistas, evitando atrasos curriculares, repeticiones innecesarias y dispersión de recursos.

El cuarto capítulo trata **la Cobertura del déficit de médicos en el Brasil** reglamentando que el PMM es ofrecido: a los médicos formados en instituciones brasileñas de educación superior o con diploma validado en el País; y a los médicos formados en instituciones de educación superior extranjeras, por medio de intercambio médico internacional. La conclusión de este capítulo traza el perfil del profesional de la medicina participante del Proyecto que debe ser: profesional de la medicina de intercambio o profesional de la medicina formado en institución de educación superior brasileña o con diploma validado; y médico de intercambio: médico formado en institución de educación superior extranjera con habilitación para ejercicio de la Medicina en el exterior.

Para abordar la **Implementación del “Programa Mais Médicos”** iniciamos el análisis de la Reglamentación Interministerial N° 1.369, de 8 de julio de 2013 (39) por su justificación. Dividimos el análisis en dos momentos, primero los argumentos vinculados a los principios fundamentales del SUS, y después los vinculados a los principios de contexto. En el primer grupo destacamos (a) la responsabilidad del propio SUS en coordinar la formación de sus recursos humanos, (b) la responsabilidad de la Unión en la articulación inter-federativa de la planificación y gestión de la salud, y la valorización de la Atención Básica por el “Programa de Valorización de los Profesionales de la Atención Básica” (42) y la Política Nacional de Atención Básica (43). En el segundo grupo, los argumentos de contexto, buscan justificar la provisión de emergencia de personal médico por el PMM y su política de atracción internacional de recursos humanos en salud, como son: llevar el cuidado médico a las poblaciones que viven en áreas de difícil acceso y en estado de vulnerabilidad, principalmente a los municipios que concentran el 20% o más de seres humanos viviendo en extrema pobreza.

El último argumento que justifica la implementación del PMM recae sobre la responsabilidad inter-federativa de los gestores del SUS en la asignación, provisionamiento y fijación de profesionales de la salud en Brasil. Los argumentos para la atracción internacional de médicos fueron sólidos desde la perspectiva

legislativa del SUS, que tiene como objetivo organizar una red de servicios de calidad en todo el territorio nacional y controlar el déficit de profesionales de la salud, para atender a poblaciones desasistidas históricamente en las dimensiones social, económica y cultural en Brasil. El principal objetivo de la reglamentación es (re)afirmar la propuesta del PMM basada en el perfeccionamiento de médicos en la atención básica en salud en regiones prioritarias para el SUS, de acuerdo con la Ley 12.871 (23). Los objetivos específicos se centran en la perspectiva de mejorar la Atención Básica, perfeccionando el sistema de formación de médicos para el SUS en Brasil a la luz de los principios de la integración de la educación-servicio⁷ y de proporcionar el intercambio de conocimientos y experiencias entre profesionales autóctonos (formados en el Brasil o en el exterior) y extranjeros.

En relación a los **Sujetos y la lógica de producción del trabajo en el PMM**, la reglamentación hace una diferenciación entre lo que sería un “médico participante” de un “médico de intercambio”. El primero se refiere al médico formado en Brasil o con el diploma validado en el País. Y el segundo es aquel formado en una institución de enseñanza extranjera y con habilitación para el ejercicio de la medicina en el exterior.

La reglamentación también aborda el campo de actuación del proyecto definiendo las regiones prioritarias, es decir, los territorios de difícil acceso o que posean poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad. Incluyendo como regiones prioritarias: a) aquellas que se encuentren en municipios que poseen por lo menos un 20% de su población viviendo en extrema pobreza, b) aquellas que se encuentran entre los 100 (cien) municipios con más de 80.000 (ochenta mil) habitantes con los niveles más bajos de renta pública “per cápita” y alta vulnerabilidad social, c) las que se localizan en áreas de actuación del Distrito Sanitario Especial Indígena (DSEI), y finalmente d) aquellas que están en áreas

7. La integración de enseñanza-servicio es un principio de la Política Nacional de Educación Permanente que busca la calificación y formación de trabajadores de la salud en el ambiente de servicios para la concientización de los propios profesionales de la salud (44).

referentes al 40% de los sectores censados con los mayores porcentajes de población en extrema pobreza de los Municipios.

Así mismo, la reglamentación denomina dos actores importantes en la coordinación y ejecución del Programa: (la) el supervisor(a), que es un profesional de la medicina que será responsable del trabajo de los médicos(as) participantes o de intercambio, y b) el tutor académico, también un profesional médico que tiene como misión responsabilizarse de la orientación académica del Programa y de la planificación de las actividades de los supervisores.

Para articular este engranaje, la reglamentación propone unos términos de compromiso y adhesión al PMM, tanto para el municipio que recibirá los profesionales, como para los profesionales médicos mismos.

La ejecución del programa es inter-federativa: Unión, Estados y Municipios, *vis a vis*, siguen el mismo diseño organizativo del SUS dispuesto en la Constitución Federal de 1988 y en la Ley 8.080 de 19 de septiembre de 1990 (26). A lo largo del capítulo de la reglamentación 1369/2013 (39), se reafirma que el compromiso del PMM es el perfeccionamiento de la Atención Básica, por medio del reclutamiento de médicos(as): a) formados en el Brasil, b) formados en el exterior pero con el diploma validado en el Brasil, c) aquellos formados en el exterior con habilitación para el ejercicio de la medicina en el exterior, por medio del intercambio internacional. Aquí, observamos, que además de política de reclutamiento, el PMM es una acción de Gestión de Flujos Migratorios de Profesionales de la Salud, pues se presupone, en el documento, la realización de acuerdos internacionales para la atracción de médicos que abastezcan de personal de salud de emergencia las áreas prioritarias del SUS. Además, es una acción de gestión de flujos migratorios desde la perspectiva "win-win", ya que promueve ayuda mutua entre países que convenían, así como la circularidad de la migración.

Pese a que la implementación del PMM se realice por una cooperación inter-federativa, **la coordinación ejecutiva** se lleva a cabo por el Ministerio de la Salud. El documento crea la Comisión de "Coordinación del Proyecto Más Médicos para

el Brasil”, compuesta por representantes (titular y suplente) del Ministerio de la Salud y del Ministerio de Educación, siendo presidente el cargo del Ministerio de Salud. También se recoge en el documento, que se puede invitar a especialistas de otras entidades, públicas o privadas, para cooperar con la coordinación del proyecto. De entre las 14 competencias de la comisión, destacamos:

- I. Coordinar, monitorear y evaluar el Programa;
- II. Promover la permanente articulación entre los órganos y entidades públicas y privadas;
- III. Evaluar y aprobar las solicitudes de adhesión por parte de los municipios;
- IV. Requerir el registro provisional de los médicos de intercambio al Consejo Regional de Medicina;
- V. Subsidiar el Comité Gestor y el Grupo Ejecutivo del PMM;
- VI. Definir el Módulo de acogimiento y evaluación ofrecido a los médicos de intercambio.
- VII. Asignar y reasignar a los profesionales participantes en los municipios participantes;
- VIII. Constituir Comisiones Estatales del PMM para el Brasil.

Bajo la perspectiva de la Gestión de Flujos Migratorios de Profesionales de Salud destacamos dos características importantes: la gestión de la inserción de los profesionales en el territorio del país receptor, y la promoción de un curso de recepción a los inmigrantes.

Las Comisiones Estatales del PMM fueron introducidas como instancias ejecutoras en los Estados para coordinar e implementar el Programa. El inciso segundo del párrafo XIV del artículo 8º de la reglamentación, expone que se permite la posibilidad del funcionamiento de las Comisiones Estatales del PMM por medio de las Comisiones del Programa de Valorización del Profesional de la Atención Básica, el PROVAB⁸ (42); utilizando para la ejecución del PMM la “plataforma”

⁸ El PROVAB fue concebido como un programa de integración de la educación en servicio, en el cual, los profesionales médicos, enfermeros y odontólogos participan en cursos de

administrativa ya instalada por este programa. Sin embargo eso solo ocurrió en los Estados que decidieron utilizar los recursos de las Comisiones del PROVAB para el PMM. Esto mismo se ha dado al contrario, algunos médicos(as) participantes del PROVAB (brasileños) han podido cambiar al PMM.

Las **condiciones de ejecución inter-federativa del “Programa Mais Médicos”** están descritas con más detalle en las competencias de los municipios establecidas por la Reglamentación 1.369 (39). Además de la cooperación, constitucional, para la gestión del SUS, los artículos sobre las competencias establecen que los municipios deben proporcionar buenas condiciones para el trabajo médico, tales como ambiente de trabajo saludable y adecuado con los elementos necesarios, instalaciones sanitarias y condiciones mínimas de comodidad para el ejercicio de la medicina.

Aunque es un programa federal, las condiciones de ejecución del PMM son responsabilidad de los municipios y del Distrito Federal (esto será abordado mas adelante) donde se da la atención básica, aunque no tengan asignación de presupuesto para ello. Teniendo además que acompañar y fiscalizar el trabajo dentro del PMM junto con los supervisores y con el apoyo de las Instituciones de Educación, excepto cuando el servicio es prestado en comunidades ribereñas y fluviales, tal y como describe el documento.

Los municipios que se disponen a recibir profesionales del PMM firman un documento de compromiso con la Coordinación del PMM en el que se puede percibir una atención especial a los aspectos éticos de la ejecución del programa, como son; la no substitución de médicos que ya acompañan a los equipos de atención básica por participantes del PMM, y el compromiso de mantener los equipos ya constituidos con profesionales médicos no participantes del PMM. Adicionalmente

especialización en salud de la familia en la Atención Básica supervisados y protegidos por Instituciones de Educación del área de la salud, recibiendo becas de estudios, en formato de residencia multiprofesional en la Estrategia de Salud de la Familia. Según informaciones del Ministerio de la Salud, había 3.509 médicos inscritos en el Programa hasta mayo de 2014.

a estos compromisos éticos, las ciudades asumen el papel de ofrecer vivienda y alimentación a los participantes brasileños y de intercambio que forman parte del Programa.

El documento también expresa el compromiso de los municipios de adhesión al Programa de Recalificación de Unidades Básicas de la salud, llamado Recalifica UBS, dentro del eje de la mejoría de la infraestructura de la Atención Básica. Ese hecho señala que hay un abordaje multifocal en el PMM del problema de la calidad de la Atención Básica, yendo desde la provisión de emergencia de profesionales hasta la formación del médico para el trabajo en el SUS.

El PMM reafirma en los textos legales, y de forma muy evidente en la Reglamentación 1.369/2013 (39), el papel de las Instituciones de Educación, evidenciado que es fundamentalmente un proyecto de formación en servicio. Así, el referido documento apunta las competencias de esas instituciones en lo referente a la coordinación del desarrollo académico del Programa, siendo su responsabilidad seleccionar tutores y supervisores. La ejecución de las actividades educacionales corre por cuenta de profesionales médicos, tutores y supervisores, que deben, además de supervisar el trabajo de los participantes, promover espacios de Educación-aprendizaje por medio de los encuentros regionales que se realizarán cada trimestre. Los supervisores son seleccionados por instituciones públicas de Educación en cooperación con el PMM, y trabajan en conjunto con los tutores. Los supervisores deben realizar las visitas periódicas para acompañar a los médicos participantes y de intercambio, además de ofrecerles soporte por medio del teléfono e Internet. También les corresponde realizar las evaluaciones y el acompañamiento de la ejecución de las actividades de Educación en el servicio.

En resumen, el PMM como programa de Gestión de Flujos Migratorios de Profesionales de la salud, crea espacios para que los profesionales brasileños e inmigrantes puedan compartir conocimiento, lo que enriquece el trabajo en salud en el país receptor. Al mismo tiempo, imaginando el retorno del profesional migrante a su país de origen, este, llevará consigo conocimientos nuevos adquiridos en Brasil, además de un certificado de un curso de especialización. Hay incluso un capítulo exclusivo sobre ese tema en la Reglamentación 1.369/2013 (39).

La **relación entre reclutamiento y perfeccionamiento profesional del PMM** queda expuesta en el Módulo de Recepción y Evaluación que compone las actividades iniciales de cualificación y evaluación de los participantes y los médicos(as) de intercambio del Programa. El curso inicial tiene una carga horaria de 120 horas, tratando sobre la legislación de la salud en Brasil, los principios del SUS, en especial la atención básica, al igual que clases de Lengua Portuguesa. Además del curso de recepción, siendo el PMM un proyecto de educación integrado al servicio, garantiza a los participantes y médicos de intercambio formación para la mejora en Atención Básica a la Salud, a través de un curso de especialización y actividades de educación, investigación y extensión.

La Reglamentación Interministerial 1.369/2013 (39) describe que debe ser hecha una selección pública por medio de convocatoria o mediante el desarrollo de instrumentos de cooperación con instituciones de Educación situadas en el exterior. La cooperación con Instituciones Internacionales también se menciona como estrategia de cooperación para poder cumplir con una de las finalidades del Programa que es, oficialmente, mejorar la atención básica. De esa manera, el PMM cumple todos los requisitos de un proyecto de reclutamiento internacional de profesionales calificados. Lo que es diferente a la organización de un Programa de amplio espectro para aprovisionar médicos en áreas deficitarias sin que se establezca una relación de trabajo, silenciada por el programa de perfeccionamiento y formación de profesionales médicos para la Atención Básica.

Las actividades de mejora de los conocimientos y prácticas de los médicos(as) participantes y los de intercambio son realizadas con una carga horaria semanal de 40 horas análoga a la carga horaria máxima trabajada en el servicio público brasileño, salvo excepciones como en las guardias o turnos. La responsabilidad de las acciones de perfeccionamiento para los médicos(as) participantes del Programa son constituidas por cursos de especialización ofrecidos por las Instituciones de Educación Brasileñas vinculadas al Sistema de Universidad Abierta del SUS, UNA-SUS, que se constituyen en una plataforma de Educación a distancia coordinada por el Ministerio de la Salud, creada en 2010, y que cuenta con 36 instituciones de Educación superior. Los participantes del PMM cuentan también con el acceso a "TELESAÚDE", un sistema de Telemedicina que fue creado en Brasil en 2007

para calificar y subsidiar a los Equipos de Salud Familiar en Brasil. El proyecto aún no se universalizó, pero parece ser un proyecto con un gran potencial para el SUS y está disponible en 14 Estados de la Red TELESÁUDE del Brasil.

Ante la singularidad del PMM, viabilizado en base a cursos de especialización en los que se paga una beca de estudios, la Reglamentación (39) determina el cumplimiento de la siguiente orden de prioridades o **requisitos para la selección de participantes brasileños y médicos de intercambio:**

- I. Médicos formados en el Brasil o con diploma validado en el País;
- II. Médicos brasileños formados en instituciones de educación extranjeras y con habilitación para el ejercicio de la medicina en el exterior;
- III. Médicos extranjeros con habilitación para el ejercicio en el exterior.

También se establecen las reglas para la ocupación de los cupos por profesionales de la medicina brasileños en el exterior o extranjeros, por medio de la cooperación con instituciones de educación superior extranjeras y organismos internacionales, después de abiertos los cupos por renuncia o desligamiento a través de llamamiento público. Percibimos que el gobierno buscó dejar claro la preferencia por profesionales brasileños, recurriendo en último caso a la cooperación internacional para la provisión de las vacantes denominadas de "emergencia". La cooperación y el reclutamiento de profesionales en el exterior está restringida solamente a los espacios vacíos dejados por los médicos(as) formados o con diploma validado en el Brasil.

Nos centramos en este ítem de los requisitos para la inserción de los médicos de intercambio, a los cuales es exigido:

- I. Presentación de diploma expedido por la institución de Educación extranjera;
- II. Comprobación de la habilitación para el ejercicio de la medicina en el exterior;
- III. Ejercer la profesión de médico(a) en un país que presente una relación médico/habitante igual o superior a 1,8/1000;
- IV. Comprobar conocimientos del Idioma portugués.

Es un hecho importante entre las exigencias de selección, las implicaciones éticas establecidas al exigir que el país donador tenga una relación médico/habitante mayor que el país receptor. Esto es una evidencia clara de que el PMM se inscribe dentro de una estrategia de Gestión de Flujos Migratorios. Ya que tiene un interés de no agravar déficits de profesionales médicos en determinados países con el fin de atender las recomendaciones del Código Global de Prácticas para el Reclutamiento Internacional de Profesionales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (45).

Los profesionales del PMM asumen una serie de Derechos y Deberes al entrar a formar parte del programa. En primer lugar reciben una beca-formación similar a un salario. El valor de la beca-formación es de R\$ 10.513,01 la cual puede ser pagada en el plazo máximo de 36 meses, prorrogables por igual período, de acuerdo con la Ley Nº 12.871 (23). Esa estrategia del Gobierno Federal de pagar una beca-formación en vez de un salario puede haber sido adoptada para dar agilidad a la implementación del Programa, pues para que el Gobierno Federal contratara directamente a los médicos(as) como trabajadores estaba obligado a crear los cargos previamente a través de una ley específica en el Congreso Nacional. Así, el gobierno hizo un convenio con la representación brasileña de la OPS quien ejecuta el pago de las becas-formación. La reglamentación analizada reafirma en las disposiciones finales que el PMM no genera vínculo laboral con los médicos(as) participantes brasileños y de intercambio, no obstante asegura los derechos del salario, vacaciones remuneradas y garantías de salud, y aporte a la provisión social.

Sin embargo, el valor de las becas-formación no es igual para todos los participantes en el PMM. Los médicos de intercambio de origen cubano reciben en el Brasil cerca de R\$ 3.000,00. El resto de los recursos se pagan al gobierno cubano directamente por medio de la cooperación internacional.

Dentro del marco de los derechos, todos los profesionales del PMM reciben un salario adicional al año, denominado en Brasil el 13º Salario, que también es una garantía laboral a la cual tienen derecho todos los trabajadores asalariados brasileños. En la misma línea de los derechos de los trabajadores del Brasil,

los participantes y los de intercambio tiene derecho a 30 días de vacaciones sin perjuicio de la beca-formación.

Otra importante garantía de derechos a los médicos (y demás trabajadores brasileños) es el derecho a ingresar en el Régimen General de Seguridad Social, en calidad de contribuyente individual, lo que le asegura el derecho al auxilio-enfermedad, pensión por muerte a los dependientes legales, pensión por invalidez y pensión por vejez. En lo que respecta a los médicos de intercambio, existe una excepción, que transcribimos a continuación en su totalidad:

“I - seleccionados por medio de instrumentos de cooperación con organismos internacionales que prevean cobertura de seguridad específica; o

II - afiliados al régimen de seguridad social en el país de origen, que mantenga acuerdo internacional de seguridad social con la República Federativa del Brasil” (39).

Forma parte también del conjunto de derechos de los profesionales (participantes y de intercambio): la ayuda del costo para la instalación en el municipio con el valor máximo de tres becas-formación, y el costeo de las despesas con traslado de los médicos y sus dependientes legales. Ese auxilio de instalación es clasificado por el tipo de lugar de acuerdo con su localización, de la siguiente manera:

“I - Banda 1 - Municipios situados en la Región de la Amazonía Legal, en región de frontera y áreas indígenas: concesión de ayuda de costo con valor de 3 (tres) becas al médico participante;

II - Banda 2 - Municipios situados en la Región Noreste, en la Región Centro-Oeste y en la Región del Valle del Jequitinhonha-MG: concesión de ayuda de costo con valor de 2 (dos) becas al médico participante; y

III - Banda 3 - Capitales, regiones metropolitanas, Distrito Federal y Municipios no contemplados en los incisos I y II de este párrafo: concesión de ayuda de costo con valor de 1 (una) beca al médico participante (39)”.

Los deberes de los integrantes del PMM, se centran básicamente en compromisos éticos que se esperan de todo trabajador, como consecuencia de las acciones de capacitación y de la legislación vigente, respecto al ciudadano y a los recursos públicos, materiales e inmateriales, así como el cumplimiento de la carga horaria fijada para las actividades en las localidades donde los médicos fueron designados. El Programa espera también que los médicos(as) cumplan las instrucciones de los supervisores y tengan en cuenta las orientaciones de los tutores académicos.

A los médicos de intercambio, se les prohíbe el ejercicio de la medicina fuera de las acciones de perfeccionamiento desarrolladas en el ámbito del proyecto y recibir recursos financieros u otras ventajas de cualquier especie, adicional a aquellas previstas en el Programa. Por no cumplimiento de las normas se prevé desde advertencias verbales como escritas, hasta la suspensión o en caso necesario la desvinculación del Programa con cancelación del registro provisorio expedido por el Consejo Regional de Medicina del médico inmigrante.

Importante resaltar que cumplidas integralmente las reglas del Programa y la aprobación en las evaluaciones periódicas realizadas por parte de los supervisores y tutores académicos, el profesional del PMM recibirá un certificado de conclusión del curso por parte de la Coordinación del Programa.

En las disposiciones finales de la Reglamentación Interministerial 1.369/2013 el Gobierno Federal del Brasil dispone sobre las cuestiones de la visa a los médicos de intercambio, que será otorgada una visa temporal de perfeccionamiento médico por 3 años, prorrogables por tres más, conforme la legislación vigente. Podrá ser concedida también visa temporal para reunión familiar a los dependientes legales del médico de intercambio, incluyendo al compañero o compañera, por el mismo plazo de la visa concedida al médico. Inclusive los dependientes legales de los médicos podrán trabajar en el Brasil. Esas medidas atienden importantes factores presentes en el fenómeno migratorio por el efecto de la distancia de la tierra natal y de los familiares, principalmente aquellos que están en áreas aisladas. Tal vez sea esa la única medida adoptada por el Programa para mitigar los efectos de la distancia y del aislamiento.

Las **ayudas de costo para la vivienda, alimentación y transporte a los profesionales del PMM** son establecidas por la Reglamentación N° 30, de 12 de febrero de 2014 (40). En ella queda determinado que los municipios y el Distrito Federal deben asumir la responsabilidad de procurar vivienda a los médicos participantes del PMM, transporte dentro de los límites del municipio, alimentación y agua potable. En el caso de los profesionales que cumplan sus actividades en municipios de los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI's) estas condiciones son garantizadas por el Ministerio de Salud.

Como vemos, las condiciones mínimas de vida al trabajador migrante fueron tenidas en cuenta y tratadas en la planificación y en la administración del PMM. Por eso, el PMM es una experiencia muy rica de gestión de flujos migratorios que sirve de base para los sistemas de salud en el mundo, tanto por su dimensión como por el grado de cuidado en la planificación de la expansión del acceso a la Salud a las comunidades más distantes y vulnerables.

Emigración médica cubana: del éxodo pos-revolución hacia la migración planificada para el “Programa Mais Médicos”⁹

La idea es abordar como se ha manejado la migración cubana hacia Brasil para trabajar en el PMM, analizando su inserción en los Estados brasileños, así como su perfil. La migración cubana fue desde el principio administrada, planificada, y basada en un acuerdo de cooperación internacional con la representación brasilera de la OPS/OMS y el Gobierno de Cuba, como una propuesta de migración circular, y un espacio de intercambio de experiencias y ganancias entre Brasil y Cuba. Son aproximadamente 11.000 cubanos quienes están trabajando en el PMM, lo cual, por sí mismo, justifica dedicarles este apartado.

9. Los datos presentados en éste capítulo y su descripción tienen como fuente el Informe parcial de investigación producido por CAVALCANTI et al. 2015 (46), donde fueron presentados originalmente, y llevado a cabo con la colaboración de los autores de éste informe, Fabiano Tonaco Borges y Neuciani Ferreira da Silva.

Comenzamos exponiendo los distintos abordajes sobre la migración médica en el período pos-revolución.

La Emigración Médica en Cuba en los años 1960: Después de la revolución del 1º de enero de 1959, partieron de Cuba aproximadamente 3.000 médicos según BROUWER (47). Antes, había en Cuba cerca de 6.300 médicos, mal distribuidos y concentrados en la Habana (48). Cuba enfrentó la emigración médica como un fenómeno social ligado al subdesarrollo. Como consecuencia, BERNAL y GALVADA (48) evaluaron la migración profesional en el contexto latino-americano, como una forma adicional de pérdida de riquezas, donde la nación donadora de personal en salud perdería el tiempo y los recursos invertidos en la preparación del profesional, y por consiguiente, hasta el propio profesional, con su alta cualificación técnica. Bajo esta perspectiva, los autores citados situaron la emigración médica en el contexto del imperialismo estadounidense, observando el fenómeno en América Latina, ya que se estimó que en los años 60 la emigración anual era de casi 9.000 médicos formados en el continente. Como había una creciente demanda de médicos en los Estados Unidos, el fenómeno migratorio se tornó muy intenso. Sin embargo, los autores observaron que: *"...emigrado para los Estados Unidos de América del Norte el médico tendrá mayor renta; pero la emigración está determinada por los salarios bajos, inseguridad económica, frustración y falta de desarrollo científico en el país de origen, siendo estos solo aspectos fenomenológicos, sin penetrar en la esencia y generando por lo tanto conclusiones también adjetivas y superficiales. Pero no solo sufren de estas deficiencias, como este método pretende ocultar, o por lo menos no descubrir las importantísimas implicaciones políticas que existen en la etiología de este fenómeno"* (48). Al analizar los factores que intervienen en las causas del éxodo, BERNAL E GALVADA (48) destacaron, como fundamentales la procedencia de clase de los graduados y la concepción capitalista de la medicina.

Pero, Cuba, obtuvo su genuina independencia,

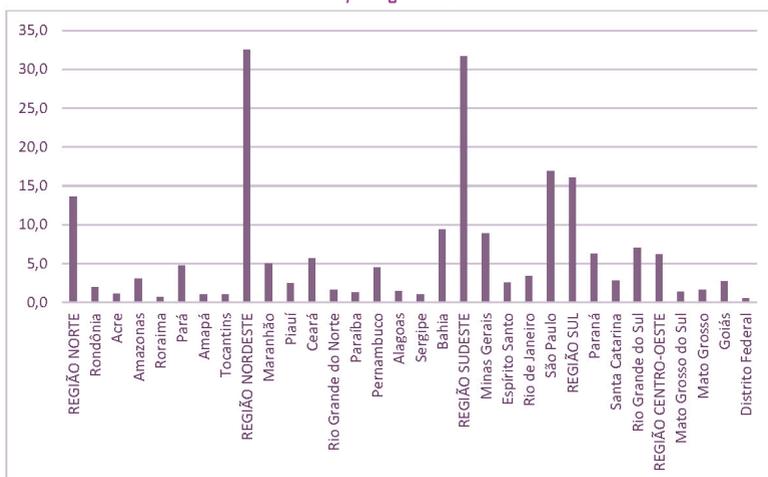
"... destruida en la base de su estructura arcaica de clase social, confrontó la migración médica como epifenómeno de su revolución. [...] ya que la transformación radical de las estructuras económicas, políticas

y sociales, iniciadas con gran triunfo el 1º de enero de 1959, nos permiten comparar la migración antes y después de la importante mudanza histórica de nuestra Patria" (48).

Entrando en el análisis de **la inserción de los(as) médicos(as) cubanos(as) de intercambio en el PMM**, nos interesa la relación de estos con la población y la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). Elaboramos, a partir de las informaciones ofrecidas por la OPS en el Brasil y la coordinadora del PMM, el perfil de los migrantes cubanos.

Comenzamos presentando **la distribución de los médicos cubanos en Brasil**. Las regiones Nordeste y Sureste son las que más médicos(as) de intercambio provenientes de Cuba recibieron del PMM, agrupando las dos áreas suman más del 64% del total de profesionales; seguidas de lejos por las regiones Sur y Norte que cuentan con el 16% y el 14% respectivamente. La región Centro-Oeste es la que presenta el menor porcentaje de médicos con cerca del 6% (Gráfico nº 6).

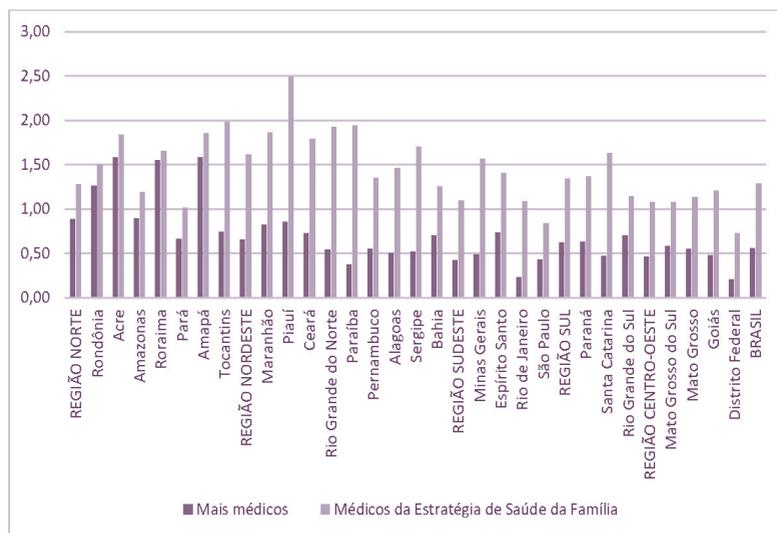
Gráfico 6:
Distribución (%) de Médicos cubanos del Programa Mais Médicos, Brasil y Regiones, 2014



Fuente: IBGE y (DPS/DMS) en el Brasil. Elaborado por CAVALCANTI (46).

En relación a la cantidad de médicos(as) cubanos por 10.000 habitantes en relación con los médicos(as) de la ESF (Gráfico nº 6), los Estados del Norte del País son los que presentan la mayor proporción de médicos(as) cubanos(as) en relación con los médicos(as) de la ESF. Los Estados de Amapá y Acre poseen un poco más de 1.5 médicos(as) cubanos(as) por 10.000 habitantes, ligeramente por debajo de la proporción de médicos de la ESF. Los Estados con mayor desproporción de médicos son: Piauí, Paraíba, Sergipe, Minas Gerais y Santa Catarina; existiendo menos número de médicos(as) cubanos(as) colocados en la ESF, sin necesariamente significar menor cobertura, sino mayor ocupación de profesionales de la medicina en la ESF que no son de intercambio. Por último, la menor proporción de médicos(as) cubanos(as) por 10.000 habitantes se encuentran en el Distrito Federal (0,2), seguido por Río de Janeiro (0,25) y Paraíba (0,3). En Brasil, los(as) cubanos(as) representaban cerca del 30% del total de médicos(as) de las ESF's en 2014, conforme puede verse en el Gráfico nº 7.

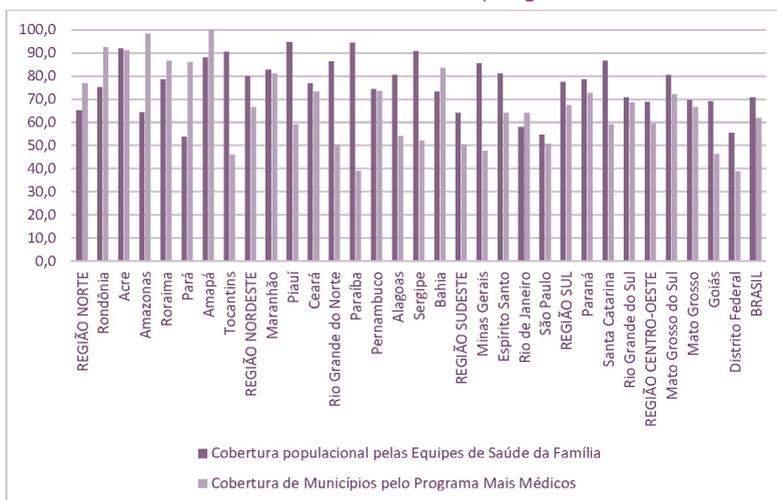
Gráfico 7:
Médicos cubanos del PMM y de los Equipos de Salud de la Familia por 10.000 habitantes, Brasil y Regiones, 2014



Fuentes: DATASUS y OPS/OMS de Brasil. Elaborado por CAVALCANTI (46).

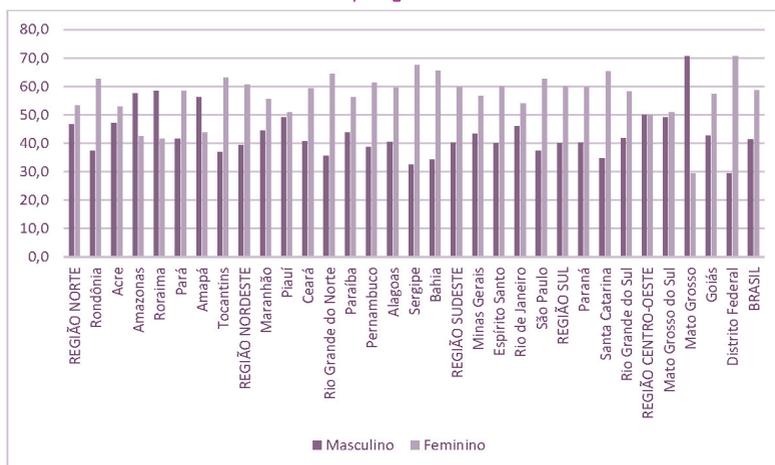
Comparamos los porcentajes de cobertura de los municipios en los Estados y regiones del Brasil por la ESF y los(as) médicos(as) de Cuba del PMM (Gráfico nº 8). Pudimos observar que en algunos Estados de la Federación como Amazonas y Amapá el porcentaje de estos profesionales de Cuba que dan cobertura en estos municipios es mayor que el porcentaje que cubre la ESF, porque en Brasil la atención a la salud indígena es realizada en un subsistema de salud especial, organizada por los Distritos de Salud Especial Indígena (DSEI). En la misma línea de análisis, el Estado de Río de Janeiro también posee una mayor proporción de profesionales de la medicina de Cuba del PMM en comparación con los(as) médicos(as) de la ESF. Por lo que percibimos una gran presencia de la medicina comunitaria prestada por los(as) médicos(as) cubanos(as) en áreas con menor cobertura de la ESF y/o en regiones menos desarrolladas, convergiendo con el discurso oficial del gobierno brasileño.

Gráfico 8:
Presencia de Equipos de Salud de la Familia y municipios con por lo menos uno/a médico/a del PMM, Brasil y Regiones, 2014



Fuente: OPS/DMS de Brasil. Elaborado por CAVALCANTI (46).

Gráfico 9:
Distribución (%) de los Médicos cubanos del PMM según sexo,
Brasil y regiones, 2015

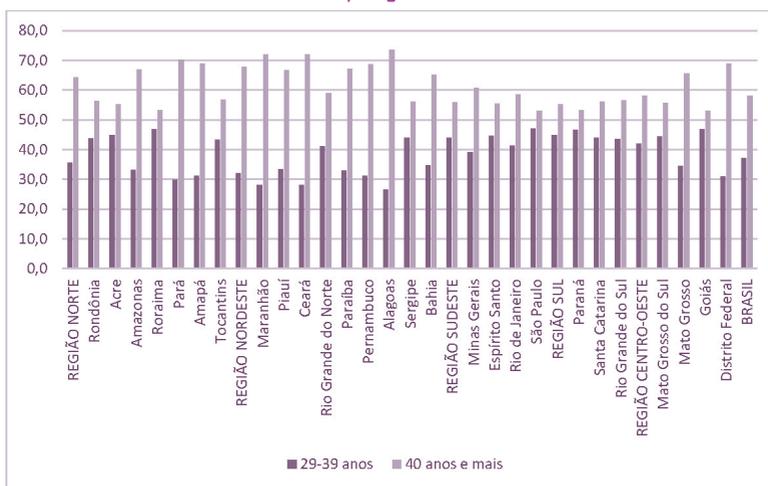


Fuente: OPS/DMS de Brasil. Elaborado por CAVALCANTI (46).

En cuanto al **Perfil de los migrantes cubanos en el PMM** podemos decir que la mayoría son del sexo femenino (59%), como puede verse en el Gráfico nº 9. La única región donde la distribución es equitativa (50%) por cada sexo es la Centro-Oeste. Y, solamente los Estados de Mato Grosso, Amazonas, Roraima y Amapá poseen más médicos de sexo masculino. Estos Estados son de la Amazonía legal brasilera, donde se concentra la mayor parte de las áreas de difícil acceso.

Hemos desagregado las informaciones referentes a la edad en dos categorías: 29-39 y 40 o más años. Encontramos que cerca del 38% de los(as) médicos(as) de intercambio están en el primer intervalo etáreo, y el 62% en el segundo. Los Estados de Alagoas, Distrito Federal, Ceará, Amapá, Pará y Maranhão son aquellos que aceptaron alrededor de 70% de los profesionales de Cuba con 40 años o más. Roraima y Goiás recibieron proporcionalmente más médicos(as) cubanos(as) en la franja de 29-39 años (Gráfico nº 10).

Gráfico 10:
Distribución (%) de los médicos cubanos del PMM, según edad,
Brasil y regiones, 2014



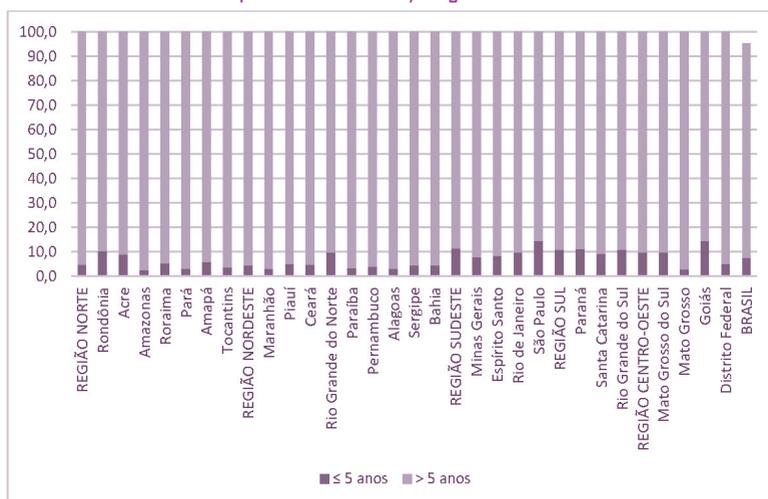
Fuente: OPS/DMS de Brasil. Elaborado por CAVALCANTI (46).

En relación al tiempo de experiencia de los profesionales, la gran mayoría poseen más de 5 años de experiencia (Gráfico nº 11). Menos del 10% de todos los(as) médicos(as) cubanos(as) del PMM poseen menos de 5 años de experiencia. La mayoría de ese grupo está en las regiones Sureste y Centro-Oeste. Las regiones Norte y Nordeste recibieron la mayoría de los profesionales cubanos con más de 5 años de experiencia profesional. Goiás y São Paulo son los Estados donde hay la mayor proporción de médicos(as) de intercambio con experiencia igual o menor a 5 años.

Analizamos también los datos en relación a la presencia de más de una especialidad entre los(as) médicos(as) de intercambio cubanos. Casi la totalidad de los profesionales que se insertaron en el PMM, no poseen más de una especialidad. Este hecho está de acuerdo con el perfil característico de la medicina cubana que está fuertemente influenciada por la medicina social latino-americana y por consiguiente por la medicina comunitaria (49) (50). Esas corrientes agregan lo social al proceso salud-enfermedad y colocan a la comunidad como fin primor-

dial del ejercicio de la medicina, invirtiendo la lógica de sub-especialización del paradigma flexneriano de la medicina, hegemónica y extremadamente expandida en Brasil.

Gráfico II:
Distribución (%) de los médicos cubanos del PMM, según tiempo de experiencia, Brasil y regiones, 2014



Fuente: DPS/DMS de Brasil. Elaborado por CAVALCANTI (46).

Consideramos la migración cubana para el PMM una experiencia de Gestión de Flujos Migratorios de Profesionales de la Salud amplia y significativa, principalmente por los valores en la cuestión de internacionalismo solidario.

4.1.2. Opiniones sobre el Programa Objeto de Análisis: PMM Brasil

El trabajo de campo ha estado conformado por entrevistas a participantes en el PMM con dos perfiles bien diferenciados: por un lado, participantes en la gestión del programa, y por otro, participantes en el desarrollo del programa, esto es: médicos de intercambio.

Expondremos a continuación las percepciones obtenidas por cada perfil, comenzando por los gestores, y siguiendo por los médicos de intercambio (principalmente cubanos).

El PMM para Brasil en el nivel local: la cosmovisión de gestores y profesionales del SUS.

Para la realización del análisis de la percepción de los gestores municipales y profesionales de la salud sobre el PMM hemos elegido un estado localizado en la región de la Amazonía Brasileira con ciudades que tienen áreas de economía basada en el agro-negocio y que al mismo tiempo contienen áreas indígenas. Así como otro estado de la región sudeste del Brasil que representa el otro extremo del primero, pues es un estado más industrializado, que también posee áreas de pobreza. Los municipios fueron seleccionados por conveniencia y según la disponibilidad de los gestores y profesionales para participar en las entrevistas. Las ciudades analizadas se adhirieron desde el inicio al PMM: una posee 3 médicos de intercambio (Ciudad 1. con cerca de 90.000 habitantes), otra 25 (Ciudad 2. con aproximadamente 200.000 habitantes) y la tercera aproximadamente 90 médicos (Ciudad 3. con más de 1 millón de habitantes). No revelamos los nombres de los estados y las ciudades como medida adicional para salvaguardar la identidad de los sujetos. En el cuadro 2 describimos a los sujetos de acuerdo con las características del campo.

Cuadro 2.
Caracterización de los participantes de la investigación de acuerdo con denominación, sexo, gestión e inserción profesional

Denominación ficticia	Sexo	Campo	Nivel de Gestión en el PMM	Inserción profesional
Supervisor 1	M	Estado del Amazonas	Universidad	Supervisor
Supervisor 2	M	Estado del Amazonas	Universidad	Supervisor
Coordinadora 1	F	Estado del Amazonas	Secretaría Estatal	Coordinadora Regional
Gestora 1	F	Estado del Amazonas	Municipio de medio porte	Gestor de la Salud
Gestor 2	M	Estado del Amazonas	Municipio de medio porte	Gestor de la Salud
Coordinadora 2	F	Metrópoli	Municipio de gran porte	Coordinadora de Educación para la salud
Profesional Salud 1	F	Metrópoli	Municipio de gran porte	Profesional del nivel asistencial

Utilizando el guión de entrevista definido en el apartado de metodología de este documento se llevaron a cabo las entrevistas entre octubre de 2015 y enero de 2016. Se realizó el análisis temático y se identificaron los siguientes núcleos temáticos:

- Política pública de expansión de la cobertura;
- Gestión local del PMM;
- Recepción de los médicos de intercambio en el Brasil;
- Relación de los médicos de intercambio con la comunidad y el equipo de salud;
- Atención a la salud con el PMM;
- Integración enseñanza-servicio;
- Valoración del PMM.

Se presenta el análisis en formato de narrativa con las citas que ilustran cada uno de los temas. Esta investigación tiene la aprobación del Comité de Ética en Investigación local, de las ciudades participantes y de la Comisión Nacional de Ética de Investigación en Brasil.

Política pública de expansión de la cobertura

Al analizar la estructura legal del PMM para el Brasil, vimos claramente la idea de una intervención en el sistema de formación médica del país como meta-narrativa atravesando en forma transversal los sujetos de la investigación. No obstante ese discurso, justifica la contratación del personal médico del exterior con el argumento de la existencia de déficit de médicos en un País que cuenta con un sistema universal de salud. Esto mismo queda explícito en la entrevista de una de las participantes que trabaja en educación para los trabajadores de la salud que afirmó que la falta de médicos es real y se junta con el problema de la escasa estabilidad de los mismos:

"nosotros estábamos con una gran dificultad para conseguir la estabilidad, haciendo cuatro, cinco concursos al año, y procesos selectivos de emergencia" (Coordinadora2).

Ella misma relata que fue necesario tener iniciativas para la formación de médicos en salud familiar, que llevaran a estos médicos a los lugares más pobres y distantes a través del Programa de Valorización de la Atención Básica (PROVAB). Aún así la adhesión de los médicos recién formados aun es baja. Entonces, es un hecho que con el PMM la cobertura en su municipio aumentó en un 100% especialmente con los médicos de intercambio cubanos.

Según otro entrevistado, que trabaja en una Universidad, participante de la gestión del Programa de Más Médicos (SupervisorI), el programa fue estructurado sobre tres pilares: el primero vinculado con la gestión del Sistema Único de Salud (SUS) en lo que concierne a su reestructuración; el segundo tiene que ver con la contratación de los profesionales en el exterior para el nombramiento de emergencia, lo que hizo viable la cobertura de 1/3 de la población; y el tercero, es el pilar educacional, que para él es el más significativo y se hizo para formar médicos para el SUS. No obstante esa visión holística del PMM, para los gestores que entrevistamos posee un significado simbólico entrelazado con la cobertura.

Estos gestores, entienden el PMM como una política de provisión de médicos, tal y como se enuncia en los textos oficiales.

"...yo veo el Programa Más Médicos como una política del Gobierno Federal para cubrir las necesidades de la falta de médicos [...] el programa existe para poder suplir esos lugares, donde esos profesionales no quieren trabajar, donde los otros profesionales no quieren trabajar" (Gestora).

Esta participante justifica el PMM por que hay lugares donde no existen médicos, y donde los profesionales de salud brasileños no quieren trabajar, principalmente médicos. Ese discurso fue también empleado por los gestores del Ministerio de la Salud en el debate con la oposición sobre las motivaciones éticas de esa política, ante el discurso opositor que afirmaba que no había en el SUS una política para una carrera atractiva para los médicos brasileños. Para mitigar el argumento opositor, se utilizó entonces la estrategia de llamar primero a médicos brasileños, y al no llenar los cupos con médicos del Brasil,

se considero ético llamar médicos formados y/o con ejercicio en el exterior. La meta-narrativa del PMM, transversal en todas las entrevistas, es que se trata de un programa de expansión de cobertura.

El otro gestor de la salud percibió el programa como una cooperación que se usa para suplir una necesidad de médicos (en virtud del déficit de médicos), pero considera que existe otro objetivo no explícito importante para las ciudades brasileras y que emerge del análisis: el PMM alivia los efectos de los límites que tiene los gastos de personal impuestos por la Ley de Responsabilidad Fiscal, que circunscribe tales gastos al 60% del presupuesto del área e imputa crimen de responsabilidad a aquellos que infrinjan la referida ley.

Otra línea de análisis tenía que ver con las causas que han llevado a Brasil a reclutar médicos del exterior, aunque el SUS está implementado desde hace 27 años. Las respuestas de los Supervisores recayeron principalmente en el tema de la formación médica. Las cuestiones de fondo sobre la mala distribución de médicos en Brasil se da, según uno de los supervisores del programa, porque las elites ostentan predominantemente el privilegio de ocupar los cupos en los cursos de medicina, o sea, recurre a las iniquidades de clase para explicar las contradicciones en la formación médica brasileras, la cual no conseguiría formar suficientes profesionales para suplir las necesidades del SUS. Considera que no es cierto que el PMM resuelva el problema del déficit de médicos, si no que lo más adecuado sería aumentar el cupo de medicina por parte de las universidades tanto públicas como privadas. El problema de fondo sería la democratización del acceso a la enseñanza, abriendo este a las clases más pobres, pero que el PMM no va a conseguir resolver en un corto plazo.

"...para poder tener acceso a medicina, entonces, es complejo eso, es necesario que haya una re-estructuración de todo el sistema educacional que no es solo en la facultad, pero el Programa Más Médicos el actúa directamente en las facultades, en el sentido de buscar valorizar la formación de ese médico dentro del contexto de las comunidades, a través de la integración enseñanza, servicio y comunidad" (Supervisor1).

Los supervisores del PMM reconocieron el impacto del programa en las áreas más pobres, donde no había cobertura de atención por parte de médicos (por déficit y/o por la falta de permanencia de los mismos), y el programa posibilitó el acceso a la salud, conforme propuso el gobierno federal.

"...hay allá, ellos tienen un equipo, el acceso para aquella comunidad, que nunca había tenido médico, nunca había tenido médico y con la llegada del médico eso cambio centrándose para la comunidad, y en ese municipio tenía gran rotación de los profesionales brasileños, ellos iban y se quedaban 01 (un) año y los municipios pasaban 06 (seis) meses, 08 (meses) sin el profesional, y hoy usted tiene un profesional allá" (Supervisor2).

Sin embargo, resaltan un fallo en el PMM porque consideran que se centró en el problema del profesional médico, perdiendo de vista la salud en el contexto general. Esto, es debido principalmente al modelo asistencial practicado en Brasil, que está guiado por la enfermedad, como en la mayoría de los países occidentales.

Gestión Local del PMM

La mayor preocupación de los gestores está centrada en el aumento de los gastos con los profesionales, ya que los municipios tienen que asumir la responsabilidad de la vivienda, el transporte y la alimentación.

"Hay el Programa Más Médicos comienzo a dar muchos gastos para los municipios, porque la idea que se tenía de los médicos, o sea, la exigencia hoy paso a ser mayor, el más médicos comenzó a exigir aquello que no había establecido anteriormente, así que se inicio el programa, entonces el costo hoy de un profesional del Programa Más Médicos, el esta quedando bastante costoso para los municipios" (Gestoral).

Uno de los gestores municipales afirmó que el gobierno federal retira los recursos ordinarios de la Salud de la Familia transferidos mensualmente a los

municipios (el 60%) y, en contrapartida, asume los costos salariales del médico, exonerando al municipio de los encargos contractuales con el trabajador; sin embargo, el mismo participante recuerda que los municipios también cargan con los gastos de alimentación, vivienda y transporte. No obstante recibir menos porcentaje mensual y cargar con los gastos derivados de los médicos de intercambio, es interesante para los gestores, pues los salarios de los médicos, de ciudades del interior y apartadas de los grandes centros, son muy elevados, y gravan mucho el presupuesto municipal. Así, mismo recibiendo menos recursos ordinarios para la atención básica por el gobierno federal, otro entrevistado ve como ventaja recibir un profesional del PMM que esta en la hoja de pago federal, pues según el:

"...hay la carga es muy pesada para todo mundo, los municipios hoy pagan, y por lo que yo entiendo de los tres entes el más fuerte es el municipio, en mi visión, el acaba, en la repartición de los recursos, siendo el más débil, ¡entendí! Entonces, así, todo es generado en el municipio, nosotros vivimos ahí, nosotros pagamos impuestos ahí, es recauda ahí, y pasan por la esfera federal, y la esfera federal hace la repartición, viene un poco del estado y la menor parte para los municipios" (Gestor2).

Sobre las condiciones de trabajo, los gestores relataron sus actividades para poder asegurar a los profesionales del PMM las garantías estipuladas por las normas del programa, en cuanto a vivienda y alimentación. Algunas ciudades tuvieron que adecuar sus leyes para atender estas exigencias

"...nosotras hicimos un proyecto de ley, eso es depositado todo los meses en la cuenta de ellos; ellos gastan ese valor designado por decreto y solo tienen que prestar cuentas e incluye el transporte porque como no conducen, ellos no tienen carnet para conducir aquí y desde donde ellos viven hasta la unidad donde trabajan hay mucha distancia, nosotros hacemos ese transporte" (Gestoral).

Otro tema abordado por los gestores tiene que ver con el sueldo recibido por los médicos, pues relatan que hay un cierto malestar con el sueldo.

"...con relación al recurso que ellos reciben, yo veo que ellos reclaman un poco, parece que retiran un monto que va para el gobierno de Cuba no se si es lo que ustedes están queriendo, de esa responsabilidad que yo estoy hablando y ellos se quedan con un pequeño porcentaje de eso y nosotros pagamos la despesa en la ciudad" (Gestor2).

Incluso parece que los médicos solicitan aumento en el valor concedido por auxilio de vivienda y alimentación.

"Ellos quieren por lo menos un aumento de R\$ 500,00 (quinientos reales), yo ya autorice un estudio para que podamos hacer esas R\$ 500,00 (quinientos) en octubre, noviembre, y diciembre y a partir de enero R\$ 1.000,00 (mil reales), aumentar un poquito porque nosotros entendemos que ellos merecen, la verdad ellos trabajan, ellos están respondiendo con su trabajo" (Gestor 2).

En cuanto al papel de la Comisión de Coordinación Estatal del PMM, la cual fue establecida como un espacio colegiado de gestión del Programa, formada por la secretaria de estado de salud, la universidad, la representación del conjunto de secretarías municipales de salud y la representación estatal del Ministerio de la Salud, la percepción es que tiene una acción limitada en cuanto a la resolución de las contingencias relacionadas con el desarrollo del programa. Recordemos que esta comisión nace a partir de la comisión estatal del PROVAB, facilitando la implementación del PMM en tan poco tiempo. Su objetivo es acoger a los médicos de intercambio, a través de capacitarlos sobre el SUS y sus especificidades regionales. Sin embargo, nuestra entrevistada, quien esta trabajando profesionalmente a nivel estatal en la gestión del SUS, relató muchas contingencias administrativas, como por ejemplo, la falta de presupuesto para el recibimiento de los médicos (para gastos de hotel y alimentación).

Otro punto muy destacado fue el carácter centralizador de los procesos decisorios sobre el PMM a nivel federal, con baja participación de los municipios sobre su implementación, y mala calidad en la comunicación entre los tres niveles de gestión del SUS. Se dan fallos en la coordinación y se

dan incidentes como el relatado por la Coordinadora2 a la hora de recibir a un grupo de 60 médicos cubanos de intercambio sin haber preparado sus presupuestos con antelación.

"...esa es contribución del municipio es que de donde que yo retiro ese recurso? algunas veces usted tiene el recurso, pero usted tiene que encontrar un modo de tomarlo, nosotros tuvimos que acomodarlos en hotel por un tiempo, luego una hora que acabo el dinero que teníamos para el pago del hotel, entonces tenemos muchos, de ahí sale del hotel y van para una otra posada y tenemos que encontrar, en fin, tuvimos una problemática local que tuvo que ser articulada" (Coordinadora2).

Ese incidente también fue relatado por los médicos de intercambio que entrevistamos y será expuesto en el apartado siguiente dedicado a la percepción de los médicos participantes en el programa.

Recepción de los médicos de intercambio en el Brasil

Según la Coordinadora1, el curso de acogimiento (recepción en la capital del estado donde los médicos de intercambio irían a trabajar) en el SUS es muy positivo, porque ese momento posibilitó la construcción de vínculos afectivos entre los profesionales de la Coordinación Estatal y los médicos de intercambio del PMM. Para la Coordinadora2, el curso de acogimiento expuso la situación de salud del municipio, los programas de salud desarrollados en la atención básica (ejemplo: área del niño, del adolescente, de la mujer, enfermedades tropicales) y sirvió también para una aproximación cultural con los médicos de intercambio, realizándose un festival de música y comidas típicas del Brasil.

Los gestores municipales de salud también describieron el cuidado que tuvo el municipio en recibir bien a los profesionales del PMM. Relataron que desde la presentación de los médicos en la secretaria de salud se designó un equipo para apoyarlos en la presentación de la unidad de salud, en la búsqueda de vivienda para arrendar, etc.

"...nosotras colocamos a los médicos lo más próximo posible porque nosotras somos quienes realizamos el transporte de ellos; vamos y los llevamos por la mañana, los recogemos en la casa, los llevamos para el trabajo, luego a la hora del almuerzo los buscamos y luego los devolvemos, los recogemos al final del día" (Gestoral).

Sin embargo, en la entrevista con la participante de la coordinación regional del PMM vemos como no siempre se dan esas condiciones de acogimiento.

"Una cosa que siempre, toda la comisión se mueve mucho y llegamos a discutir con nuestras referencia de la OPAS, eran los criterios utilizados para la distribución de esos médicos. Lo que nosotras percibimos, cuando el médico llegaba para acogimiento, algunos municipios, algunas características, si retirado, sin acceso y algún médico con problema de salud y una mujer que sabíamos que quedaría en una unidad que era asentamiento rural, entonces así, ellos no tenían ningún cuidado en relación de que profesional ellos iban a mandar para el territorio y nosotras llegamos a hacer esos pedidos de lo que nosotras queríamos, mandaron todos los médicos aquí para que nosotras hiciéramos esa distribución de quien iría para donde" (Coordinadora).

Averiguamos también sobre las relaciones sociales y corporativas en los municipios cuando llegaron los médicos de intercambio y verificamos en las entrevistas manifestaciones de total prejuicio contra los médicos en el inicio del trabajo y un proceso de cambio en tal percepción durante el desarrollo del programa

"...pero los conceptos cambiaron mucho, al inicio fue una resistencia muy grande, fue mucho sufrimiento para el gestor y para los propios profesionales del Más Médicos, fue una resistencia muy grande, con el trabajo que ellos desarrollaban, que están desarrollando, eso cayo por tierra, hoy ya existe una aceptación mejor, una buena aceptación por parte de otros profesionales..." (Gestoral).

"...ellos fueron extremadamente hostilizados en el inicio, fueron resistentes a esa hostilidad, tuvieron todo nuestro apoyo, nuestro cuidado y hoy eso ya se convierte beneficioso al punto del gobierno federal abrir ese prototipo de política de los más médicos ..." (Gestoral).

La coordinadora 2, referente a las relaciones prejuiciosas con los médicos de intercambio cubanos, nos dijo que tales profesionales fueron agredidos simbólicamente con los términos 'para-médicos' o 'sub-médicos'.

Aunque hubo algunas reacciones poco receptivas en los medios de comunicación durante el proceso de implementación del PMM, en opinión de los supervisores entrevistados hubo un buen acogimiento por parte de los gestores de salud, principalmente por el trabajo desarrollado por los profesionales de Cuba. Eso se daría en virtud de una aproximación más humanitaria de la medicina que se practica en Cuba, que según los entrevistados, es más solidaria y cuidadosa con la comunidad.

"...ese carácter diferenciado, no es explícito de inmediato pero el es percibido tanto por los gestores como principalmente por la comunidad que abraza el médico cubano, acoge el médico cubano, a pesar de las diferencias culturales que existen [...] ellos se envuelven en las acciones comunitarias, ellos estimulan la participación política, y eso es muy bienvenido. Y es una falta nuestra, nuestros médicos brasileños, no tienen aun ese perfil de valorización de la medicina como un importante agente social transformador de nuestra realidad, y especificando ellos tienen mucho eso, ellos traen la promoción y la prevención casi que en primer lugar." (Supervisor).

Relación de los médicos de intercambio con la comunidad y el equipo de salud

Ambos gestores relataron una buena relación entre los médicos del PMM y la comunidad, confirmando la percepción de los supervisores, principalmente en la relación profesional-usuario.

"...nuestras médicas del programa más médicos son muy buenas, ellos me gustan mucho, me gusta la postura que ellos tienen en relación a los pacientes, ellos son muy cuidadosos, son humanos, ellos son, diríamos así, la postura de ellos es diferenciada y ellos tienen todo un cariño por el paciente y la casa del paciente es la casa de ellos también, tanto que cuando yo juego con la comunidad, así, yo voy a retirar el, la doctora de aquí, ellos (pacientes) hablan: nunca, jamás, eso no puede ocurrir, nosotros nunca tuvimos nada igual. Un levantamiento que hicimos en atención básica, en esas tres unidades donde tenemos los médicos del programa más médicos, estoy hablando de cubanos, el número de pedidos de exámenes disminuyó bastante, eso significa que el médico tiene más cuidado en oír al paciente que en pedir inicialmente exámenes, entonces eso para mí es un punto bastante positivo, como gestora" (Gestora).

"Disminuyeron los exámenes, disminuyeron las reclamaciones y los pacientes encamados pasaron a ser más visitados, los grupos desatendidos, yo no voy a decir para usted excluidos, pero descuidados, ellos fueron mejor asistidos como grupo. Tenemos una unidad en la que el médico del programa trabaja es que tiene una casa de lesbianas y travestis, ellos aman al profesional porque sí, ellos se disponen a cuidar, entonces yo diría que, como es el final de la pregunta yo perdí el final de la pregunta" (Gestora).

En uno de los servicios de salud investigado en una metrópoli brasileña, encontramos un relato sobre ciertas dificultades de integración entre los médicos de intercambio y el equipo, por la cultura organizacional, la lengua, e incluso por las cuestiones relacionadas con la clínica.

Una trabajadora de salud percibió dificultades de adaptación de los médicos cubanos al inicio, con poca adhesión a las reuniones de equipo, y al modo de producción de la salud en la Atención Básica vinculado a los programas de salud. Pero con el tiempo, según nuestra entrevistada, eso fue mejorando (tanto la participación en las reuniones como la adhesión a los programas de la Atención Básica) y hoy los médicos de intercambio:

"...son más participativos, llevan casos, creo que ellos entendieron la idea de la reunión en equipo, ¿no es así? No si era una realidad para ellos en Cuba y ellos trabajaban en Venezuela antes, entonces también no se si allá puede ser que no tengan también la reunión y fue una novedad, ¿no es así? Pero ahora llevan casos, discuten procesos de trabajo, interaccionan más con el equipo, por lo menos en el equipo en que yo estoy" (Trabajadora de la Salud).

Los relatos sobre la existencia de barreras de integración se centraron sobre las diferencias entre protocolos de atención clínica, y la lengua. En opinión de esa profesional, uno de los puntos negativos del programa sería que los médicos comienzan a trabajar sin una real apropiación de la lengua hablada en el país de destino. Esas barreras podrían estar relacionadas también con ciertas cuestiones de choque cultural.

Atención a la salud con el PMM

Los supervisores del PMM consideran que la formación biomédica en Brasil se dirige hacia especializar al alumno precozmente y, además, desvaloriza la atención básica, general o del médico involucrado en la comunidad. Consideran que es necesaria una transformación en esta dirección para el SUS.

Los gestores municipales creen que ha habido cambios en la atención básica estimulados por el comportamiento ético por parte de los profesionales del PMM: gran compromiso con el cumplimiento de horarios, la realización de las actividades preventivas con la comunidad, consultas más largas con los pacientes donde el usuario del SUS es más escuchado.

"Yo puedo hablar de los médicos cubanos, que acompañamos y están en número mayor, ellos tiene una formación en atención básica, una calificación, ellos ya llegan con una visión diferenciada para poder tener una acción efectiva, ellos traen para si la responsabilidad de la salud y como ellos no están impregnados con la cuestión social como nosotros, que vivimos en un contexto capitalista, ellos tienen una formación centrada para una medicina social" (Supervisor).

Como una limitación, encontramos nuevamente el tema de la comunicación, el cual, volvió a emerger en las entrevistas con los gestores, quienes informaron sobre las dificultades en la atención que estaban teniendo los médicos de intercambio, en especial en el momento de la prescripción a los pacientes, que según el relato a seguir, exigirían una nueva consulta con un profesional brasileño:

“Así, tienen personas que a veces van al médico de esos del PMM, médico cubano u otro extranjero y a veces yo ya tuve esa reclamación que el no entendió el idioma y corrió a otro profesional brasileño para hacer una nueva consulta y eso es lo que ha ocurrido” (Gestor2).

Sin embargo, se percibe también que los médicos de intercambio cubanos actúan más que los brasileños en la promoción de la salud, resaltando una mayor intervención de la familia. No obstante, no se considera que sea un mejor ejercicio de la medicina.

“Es más promoción a la salud, usando muchos recursos naturales hasta, como tratamientos que así, también dan cierto, pero acaban ocasionando una subutilización de algunos medicamentos muy buenos que tenemos aquí” (Profesional de Salud1).

Con relación al proceso de trabajo de los médicos del PMM, la profesional de la salud describió algunos conflictos en el proceso de adaptación de los médicos cubanos, como la inflexibilidad para acatar cambios en el horario y realizar alteraciones en la agenda de atención.

“Por ejemplo, ellas tienen agenda con los pacientes que precisan ser atendidos por el médico, paso un minuto, uno no atiende un minuto después del horario, mientras que el otro, no yo voy a verla, yo se que necesita la atención, ahí acabamos teniendo que direccionar para urgencia al paciente que requiere atención [...], porque en aquel horario paso un minuto y el (médico) no va atender más, entonces son cosas pequeñas pero que en el día a día son frecuentes” (Profesional de salud1).

En definitiva, existen hechos que corroboran que se han dado conflictos entre los médicos brasileños y los médicos de intercambio cubano y los pacientes, que tienen que ver no solo con el desconocimiento de la lengua, si no también con aspectos referidos a la cosmovisión cultural y de la aplicación de la medicina, pero que realmente han ido mejorando con el tiempo.

Aún con marcadas diferencias, la profesional reconoció el valor del trabajo de los profesionales del PMM con la comunidad, los cuales valoran la actuación de estos médicos muy bien.

“Mira la comunidad gusta, ¿ve? Es una aceptación positiva de los médicos, una, ahora las personas ya están teniendo retorno también, ¿no es así? En el comienzo extrañaban mucho principalmente por causa de la lengua, el acento, ellos no hablaban portugués perfecto vamos decir así, ¿no es así? Pero hoy la población gusta mucho, los médicos que hacen grupos es, después que ellos comenzaron a entrar en los grupos, los grupos aumentaron y así, una médica en especial tenía muchos faltas en la agenda, los pacientes faltaban mucho, tienen discusión con algunos pacientes y tienen dos en la verdad” (Profesional de salud).

La misma participante reconoce que la medicina practicada por los médicos de intercambio cubanos ha instigado una nueva forma de pensar en Brasil respecto a la salud familiar.

Integración enseñanza-servicio

Abordamos también el tema de la participación de los médicos extranjeros del PMM en las actividades de formación propuestas por el mismo: es decir, sobre la propia especialización que justifica el pago de la beca-formación al estudiante de intercambio.

“La jornada de trabajo es la misma para todos, con excepción de los médicos del PMM, que ellos tienen, como ellos estudian, ellos hacen una especialización, entonces en el propio contrato que nosotros firmamos

con el Gobierno Federal ya viene especificando el descanso de ellos, que en nuestro caso aquí es el viernes. [...] ellos tienen el idioma, tienen una serie de cosas que precisan estudiar, y tienen que estudiar porque el tutor de ellos es online, y ellos tienen que estar ahí delante del computador, entonces diríamos entre comillas vigilados porque tienen que estar ahí en aquel horario estudiando” (Gestoral).

No se percibe la reciprocidad de intercambio de experiencias entre los médicos de intercambio y los brasileños de los equipos de salud, por una falta de ‘espacio’ para ello. Es una práctica que se recomienda para que los trabajadores brasileños pudieran aprender de la experiencia de los médicos del PMM (la entrevistada se refiere a los cubanos), ya que enriquecería la gestión del trabajo del SUS. Para la participante, el programa precisaría construir ese diálogo.

Del trabajo de campo en la metrópoli conseguimos una visión más positiva de la formación en el seno del PMM a través de capacitaciones periódicas promovidas por el municipio con la participación de profesionales del programa y médicos de carrera de la Ciudad 3. La formación se constituyó desde el trabajo en equipo donde se compartían los casos entre el grupo de médicos supervisados y supervisores. Esta forma de actuar en el trabajo médico ha propiciado el estrechamiento de los lazos entre los profesionales de cosmologías distintas, de acuerdo con nuestra entrevistada (Coordinadora2).

Los médicos cubanos asisten a las capacitaciones que se les ofrecen, según la trabajadora de la salud. Sin embargo, ella los percibe un tanto aéreos, como si no comprendieran bien las discusiones. Desde el comienzo, hay relatos de que ellos tienen dificultad para participar en las reuniones de equipo con el personal paramédico. Puede ser que todo eso se de (o sea potenciado) por la no comprensión adecuada del portugués.

Un tema emergente en esta categoría de integración enseñanza-servicio fue la crítica a la centralización de la toma de decisiones dentro del programa por parte del gobierno, con poco diálogo. Uno de los supervisores enunció críticas al PMM, a partir de la actuación de la universidad, pues como sabemos el pro-

grama exhorta a un cambio en la formación médica en Brasil y se apoya en los principios de la integración enseñanza-servicio para hacer viable el nombramiento de emergencia y la contratación de médicos del exterior.

“...la gente percibe que hay una serie de dificultades en la gestión de ese proceso donde la gente tiene alta, una gran centralización, eso viene de arriba para abajo, y las propuestas ellas son muy centralizadas con poca discusión en el ámbito de la institución de enseñanza superior, donde la gente podría tener más capilaridad se no hubiera dado tanta agresión política” (Supervisor1).

Valoración del PMM

Bajo la óptica de todos los entrevistados, la provisión de médicos en áreas de difícil acceso es una conquista del PMM, respetando el nombramiento de emergencia de los médicos para el SUS, y al mismo tiempo, validando la contratación de profesionales en el exterior.

Por otro lado, la coherencia del trabajo de los médicos de intercambio con los principios de la salud de la familia es un hallazgo que impregna el discurso de todos los entrevistados.

En general, durante las entrevistas, nos encontramos con evaluaciones favorables al programa:

“Me gusta el programa más médicos, si todos los médicos del programa más médicos tuvieran la misma calidad y los profesionales tuvieran la misma conducta de otros profesionales” (Gestor1).

“Yo puedo garantizar para ustedes también que nuestro alcalde está muy satisfecho con el programa más médico en la Ciudad 1” (Gestor2).

Los gestores entrevistados señalaron también como puntos positivos la pluralidad cultural y profesional, resaltando la forma de atención (en referencia a la atención prestada por los profesionales cubanos del PMM) como una de las

lecciones más importantes, principalmente por la atención 'diferenciada' por una cultura de clase horizontal.

Una preocupación emergente fue la discusión sobre la substitución de los médicos del PMM por médicos residentes, no logrando atender a las regiones más distantes y necesitadas, perpetuando, en la percepción de los profesionales de la coordinación estatal, las condiciones de inestabilidad de los médicos en el interior del país.

"Yo no quiero perder mis médicos del Programa Más Médicos, pero son ellos, no se si otros serían iguales, entonces así, fuimos bastante privilegiados en ese sentido, porque los tres que aquí están son óptimos, ellos pasan eso, esa lección para nosotros de como tratar el paciente, de ser diferente" (Gestoral).

También surgieron críticas de los supervisores en relación a la baja participación social en el desarrollo del PMM en cada región. Pero esa crítica fue más dirigida al propio control social del SUS que al PMM en si. Por otro lado, la participación de los movimientos sociales en la metrópoli fue esencial, de acuerdo con la Coordinadora², para la adhesión del municipio al PMM.

Hay, en el discurso de los supervisores, un sentimiento de cierto pesar por el poco aprovechamiento del potencial transformador del proceso de integración de los médicos de intercambio, sean estos cubanos, españoles, italianos, etc.

[...] no basta usted tener un profesional de salud 'importado' [grifos nuestros] para transformar esa realidad, el no va ha tener como transformar esa realidad, a no ser que el tuviera más apoyo del propio Estado, del propio Municipio y de la Federación en el sentido de que hubiera una participación comunitaria más efectiva, apoyo político y apoyo estructural" (Supervisor I).

Para uno de los entrevistados, no se han entendido plenamente los ejes de intervención del PMM, que se reduce a la venida de los médicos de intercambio

cubanos, olvidándose del potencial de transformación en la formación médica en Brasil, así como en la re-estructuración del sistema público de salud que posee fallas profundas las cuales pasan por cuestiones políticas.

Resultados del trabajo de campo con los médicos de intercambio cubanos del PMM

A continuación exponemos los resultados iniciales del trabajo de campo realizado con los médicos de intercambio cubanos. Entrevistamos seis médicos (dos hombres y cuatro mujeres), entre diciembre de 2015 y enero de 2016, en la misma región metropolitana que llevamos a cabo el estudio con los gestores. El texto que presentaremos a continuación fue elaborado en formato de narrativa (51), agrupado en cinco áreas: 1. Experiencia profesional y preparación para el PMM; 2. Condiciones de vida y trabajo; 3. Relación con la comunidad, equipo y la red de salud; 4. Formación profesional; 5. Valoración de la experiencia en el PMM.

Experiencia profesional y preparación para el PMM

Los cooperantes cubanos que entrevistamos destacaron como relevante tanto su origen humilde y pobre, como la oportunidad de haber logrado ser médicos. Nos pareció relevante esa cultura de clase en Cuba expresada por ellos, al igual que la mención al tiempo de preparación para la medicina.

Todos los entrevistados tienen por lo menos una especialización en Medicina General e Integral, y gran parte de ellos tienen dos o tres especializaciones adicionales. Cumplieron servicio civil obligatorio en su país, lo que les aportó experiencia en el trabajo en áreas de pobreza.

Para ingresar en el PMM, todos tuvieron que cumplir con ciertos requisitos mínimos: tener por lo menos una especialización, haber cumplido previamente misiones en el exterior y tener por lo menos cinco años de experiencia profesional. La participación en el programa fue opcional; quien se inscribió en el PMM lo hizo por su propia y libre voluntad.

Todos poseen en su currículum la misión en Venezuela (otras misiones referidas fueron: Haití y Bolivia), experiencia que por una parte puede ser vista como más complicada que la brasileña, por la violencia y la extrema pobreza, y por otra parte como de mayor autonomía desde el punto de vista del proceso de trabajo médico, pues Cuba implementó con su grupo de cooperantes profesionales de salud (médicos, enfermeros, odontólogos) los programas Barrio Adentro I, II y III. Otro elemento destacado fue la propia participación de los cooperantes en la formación de médicos en Venezuela.

Sobre la preparación para el PMM, después de la selección de los profesionales y firma del contrato de trabajo, los médicos de intercambio iniciaron su preparación en Cuba durante un mes, en dos líneas de trabajo: el aprendizaje de la lengua portuguesa y del sistema de salud en el Brasil, y la cultura brasileña. Ya en Brasil, tuvieron un mes más de preparación con las mismas líneas de trabajo, así como con una inmersión en asuntos más específicos sobre la situación de salud en Brasil y los programas de salud que se desarrollan en la Atención Básica. Se valora positivamente la preparación realizada para el PMM, pero consideran que podría haber sido más prolongada. Todos, al final, pasaron por un examen tanto de lengua portuguesa como del trabajo médico en el SUS.

Las motivaciones para trabajar en Brasil fueron desde el altruismo profesional, que es expresado de manera muy contundente por todos ellos, a valorar su contribución a la financiación de su país: la educación y salud gratuitas, y la alimentación subsidiada. Esa conciencia de las reglas y del porque de su participación estuvieron presentes en todas las entrevistas. La motivación económica individual está presente también ya que el PMM constituye para ellos una oportunidad para mejorar sus condiciones materiales de vida.

Condiciones de vida y trabajo

La recepción en Brasil por el equipo de la OPS y del Ministerio de la Salud fue considerada muy buena. Se les ofrecieron condiciones dignas de vivienda y alimentación en la fase de preparación para el trabajo. Sin embargo, al llegar al municipio de trabajo se produjeron importantes fallos en la planificación que

les produjeron algunos malestares, pues solamente había una casa en la que debían vivir más de cincuenta médicos de intercambio. Las autoridades locales intervinieron para solucionar el problema, pero durante más de dos semanas estuvieron cambiando de hotel con sus maletas.

No obstante, a pesar de los problemas iniciales, se les garantizó un apoyo financiero mensual para el alquiler y la alimentación proporcionada por el municipio – conforme a las normas del programa – que en esa localidad fue de R\$ 2.200,00. Esa forma de garantizar las condiciones de vivienda fue bien evaluada por los médicos de intercambio entrevistados, porque les confería autonomía para vivir de acuerdo con sus deseos. Pero esta no es la situación generalizada (el municipio puede proveer directamente el pago del arriendo y la alimentación) variando según las ciudades. Los participantes expresaron su preocupación por el aumento del costo de vida en Brasil por la alta inflación, así como por el elevado coste de vida en la metrópoli estudiada.

Los entrevistados mencionaron enviar ayuda financiera a sus familiares en Cuba. Preocupándoles mucho el aumento de la cotización del Euro en los últimos meses (a partir del inicio de 2015), pues el dinero que reciben en Brasil en Reales es convertido en la moneda europea para su disponibilidad en Cuba, reduciendo el valor del envío de dinero periódico a sus familiares.

Sobre el trabajo en el SUS, las condiciones laborales son consideradas, de forma general, dignas y suficientes. La inserción de los médicos de intercambio se da en las unidades básicas de salud del municipio, donde cada médico cuenta con un consultorio individual para atender a las personas asignadas. Los médicos de intercambio del PMM lideran un equipo de salud de la familia con un enfermero, un técnico de enfermería, un odontólogo y agentes comunitarios de salud. Cada equipo tiene asignada una población (hasta 4.000 personas) con la que se desarrollan las actividades de promoción de salud por grupos (por ciclo de vida o condición crónica), de visitas domiciliarias, atención de consulta externa y reuniones de equipo para la gestión de los cuidados. El proceso de trabajo es dinámico en las diferentes regiones de salud con pequeñas modificaciones relacionadas principalmente con las condiciones socioeconómicas locales.

Se criticó la forma pre-determinada del trabajo en atención básica, muy centrada en los programas y en el monitoreo continuo (control), que limita el trabajo en promoción de salud con la comunidad, más apreciado por ellos. El trabajo de los médicos de intercambio es supervisado por la OPS por medio de: consultores cubanos, un supervisor de la universidad que los acompaña (un médico supervisor), y por supervisores de los programas de salud y especialidades (gestión del cuidado) del propio municipio. Nuestros entrevistados demostraron una percepción positiva, con una buena relación entre ellos y sus supervisores.

En relación al dinero recibido, queda claro para nosotros que sabían y aceptaron libremente el valor de la bolsa-formación por el trabajo en el PMM. Los médicos de intercambio reciben el 30% del valor de la beca ofrecida por el programa. El monto restante es enviado por el gobierno brasileño al gobierno de Cuba para financiar las acciones de bienestar de la isla, según los participantes de la investigación. No obstante, aparecieron relatos que cuestionaban el tamaño de esa contribución por parte de los cooperantes, diciendo que podría ser menor (y por tanto el valor recibido individualmente mayor). Tal hecho no es contradictorio con su conciencia del papel que desarrollan contribuyendo con su país y que para ellos la salud no tiene un valor ni puede ser un objeto mercantil.

Otro aspecto positivo destacado fue el derecho a vacaciones remuneradas por el PMM y la posibilidad de retorno al país de origen en ese período, con los pasajes pagados por el programa. Así como la posibilidad de recibir a sus familiares en Brasil a través de un permiso especial relacionado con su participación en el programa. En esos casos los costes de los viajes son cubiertos por los propios participantes.

Relación con la comunidad, equipo y la red de salud

Inicialmente, los médicos de intercambio cubanos fueron tratados hostilmente por los medios de comunicación brasileños. Percibimos que a los profesionales entrevistados les afectó en diferente grado en función de sus experiencias previas y las características de la comunidad y del equipo al que fueron asignados. Por ejemplo, para algunos la hostilidad inicial fue muy pequeña en comparación

con lo sucedido en la misión en Venezuela, donde los medios de comunicación y las agresiones simbólicas fueron mucho mayores. Para otros repercutieron de forma más pronunciada creando dificultades al comienzo de acogida en los equipos de salud.

La relación entre los médicos de intercambio con la comunidad es el punto más complejo del PMM. Nos arriesgamos a decir que estos profesionales cubanos trajeron una nueva experiencia de cultura de clase horizontal. Nos basamos para hacer esta afirmación en el reconocimiento en sus entrevistas del aprecio por el trabajo con la población: la realización de intervenciones de promoción de la salud en las comunidades, y la interacción con las personas que los reconocen como iguales socialmente. Ya vimos, en la sección que analizó la percepción de los profesionales y gestores, el alto grado de aceptación de la comunidad del trabajo de los médicos cubanos. En las entrevistas con los médicos de intercambio, percibimos la reciprocidad de esa buena relación con la comunidad.

Todos afirmaron percibir el entorno profesional de forma muy positiva. La relación con los jefes en las unidades de salud es armónica y productiva. Aunque en algunos casos, los comienzos con los colegas médicos brasileños fueron poco amistosos. Nos pareció que por parte de los médicos de intercambio se hizo un esfuerzo en crear buenas relaciones laborales, con una postura de discreción y trabajo intenso, (postura también percibida por los gestores). Los profesionales de intercambio se sienten integrados en el equipo.

Todos los entrevistados consideran como lo más negativo la gestión de la continuidad de la atención ya que en la mayoría de los casos, no obtuvieron retorno de las remisiones realizadas.

Formación profesional

El PMM es en sí un proyecto de formación profesional, que justifica la bolsa-formación que reciben los profesionales de intercambio por el trabajo en el SUS. Todos los entrevistados ya poseen alguna especialización, en concreto en Medicina General e Integral. Aún así, valoraron positivamente el curso de especialización

que hicieron en Salud de la Familia. Les pareció que tal especialización fue una forma de conocer los procesos de trabajo en Salud de la Familia en Brasil y de poderse apropiar de la cultura asistencial del SUS.

Refieren que el curso fue desarrollado a distancia de forma virtual, con momentos presenciales, supervisados por tutores académicos vinculados a la Universidad. Recibieron una "Tablet" para participar en el curso y poder participar en las actividades académicas ocho horas semanales. La participación de los tutores, al igual que la especialización, fue bien evaluada por todos los entrevistados; percibiéndolo como un valor añadido a sus carreras.

Valoración de la experiencia en el PMM

De manera general, el PMM fue considerado por los sujetos de la investigación como una buena oportunidad de trabajo y desarrollo profesional. Algunos aspectos más críticos aparecieron en relación a: la recepción en la ciudad donde fueron asignados los médicos; las dificultades iniciales con el choque cultural (principalmente en los equipos de salud); la reacción negativa de los medios de comunicación brasileños; y las dificultades con la gestión del cuidado en el programa de Salud de la Familia en lo que se refiere al retorno de los pacientes remitidos a los especialistas.

Las cuestiones de orden sociopolítico que aparecen en la experiencia de cooperación de los médicos de intercambio cubanos, se resumen en los siguientes puntos:

1. Una corriente en Brasil de sentimiento no amistoso con las personas de ideología de izquierda en que los cubanos personificarían esta ideología socialista;
2. Los cambios en la economía brasileña con la austeridad fiscal que pone en tensión el PMM, y por consiguiente las perspectivas de continuidad del mismo, generando preocupación sobre el futuro del programa.
3. Las dificultades en la relación de la Salud Familiar con las especialidades y la atención hospitalaria. Históricamente las últimas determinan el trabajo en la atención primaria en Brasil;

4. Parte de los médicos de intercambio creen que la relación entre lo recibido por ellos y lo enviado al estado cubano debería estar más equilibrado (el 30% del total es para los médicos), aún reconociendo que el dinero que va al gobierno se destina a financiar el estado de bienestar del país
5. Las condiciones de vida y trabajo del PMM son buenas, pero los altos costos de vida en Brasil (especialmente en la región estudiada) constituyen una preocupación para los médicos de intercambio;
6. Las grandes diferencias sociales en Brasil fueron chocantes para los médicos;
7. Hay un sentimiento entre los profesionales cubanos de que, en cierta manera, estarían siendo sub-aprovechados en su potencial de trabajo. Algunos poseen especialidades escasas en el SUS (por ejemplo la cirugía cardiológica) de gran relevancia para la salud del pueblo brasileño.

4.1.3. Conclusiones preliminares sobre el PMM

Logros alcanzados por el PMM según el Ministerio de la Salud y Principales Resultados: El balance del PMM, hecho por el Ministerio de la Salud (MS)¹⁰ fue presentado por el ex-Ministro de la Salud en los siguientes términos:

"Brasil en 2013 enfrentó el desafío de continuar la implantación del SUS. La lógica del SUS estaba comprometida al no poder garantizar al pueblo brasileño los médicos necesarios para la Atención Básica en Salud. Había 374.000 médicos actuando en el país cuando necesitábamos aproximadamente 600.000. Teníamos 1,8 médicos por cada mil habitantes y nuestra meta era de 2,7 médicos por cada mil habitantes. Esa meta debe ser alcanzada en 2026. Tenemos también como meta la creación

10. Presentación de datos del IBGE (Instituto Brasileño de Geografía y Estadística) y MS (Ministerio de la Salud) presentados por el ex-Ministro da Salud, Arthur Chioro, en la ceremonia de conmemoración a los dos años del Programa Más Médicos, que ocurrió en Brasilia-DF y fue transmitida por la TV NBR el 04/08/2015. Se puede tener acceso a la ceremonia en: <https://www.youtube.com/watch?v=jk6If14pFJ8>. Para este trabajo, el acceso fue hecho el 08/08/2015.

de 11.500 nuevos cupos de graduados, 12.400 nuevos cupos de residencia médica para la formación de especialistas y una estrategia dirigida a la redistribución geográfica de estos profesionales, antes concentrados en las capitales y en algunas ciudades de medio y gran tamaño del país.

El primer eje de este Programa es el más visible: el nombramiento de emergencia. Cinco estados brasileños tenían menos de un médico por mil habitantes: Acre, Amapá, Maranhão, Piauí e Pará, que estaban en condiciones consideradas extremadamente críticas. Por eso tuvimos que asumir el compromiso de garantizar mayores niveles de asistencia. Dos años después del comienzo del PMM, tenemos 18.240 médicos actuando en 4.058 municipios (lo que equivale a 72,8 de los municipios brasileños) y en cada uno de los 34 distritos de Salud indígena, donde son atendidos más de 700.000 indígenas. Son 63 millones los brasileños beneficiados por el PMM. El Programa está establecido en todo el territorio nacional y el 75% de las plazas fueron asignadas por criterios de altísima vulnerabilidad social. En este año comenzó la participación de médicos brasileños en el Programa. Son 15.747 médicos con registro en el Brasil (CRM) inscritos en el PMM. Esto equivale a decir que este año el 100% de los 4.139 cupos disponibles para médicos brasileños año fueron ocupados. La cobertura de la Atención Básica proporcionada por el PMM es del 24%. La iniciativa a la Estrategia de Salud de la Familia en el Brasil cubre 67% de la población. Los resultados más expresivos hasta el momento son: el aumento de un 29% en las consultas médicas de la Estrategia de la Salud de la Familia. En los municipios participantes del PMM el crecimiento fue de 33% y en los municipios sin el PMM fue apenas del 15%.

Los municipios con médicos del PMM presentaron una reducción del 4% de las hospitalizaciones (en el período de diciembre de 2013 a diciembre de 2014). En los municipios con cobertura del Programa de Salud de la Familia superior al 36%, la reducción en el mismo período llegó al 8,9%. En 2015, más de 910001 pacientes no precisaron ser internados en todo el país, liberando camas para los que más las necesitaban.

Quiero también destacar las dimensiones del acceso y de su calidad. El PMM fue creado para garantizar la calidad y humanización de la atención.

La calidad de la atención mejoró un 85% según las respuestas de los participantes de una investigación realizada por el IPESPE de la UFMG. Para el 87%, el médico fue más atento. Para 82% de los entrevistados sus problemas de salud fueron resueltos en la consulta. El PMM vino para cambiar la calidad y el acceso a la salud de la población brasileña.

Otro eje del Programa es la ampliación y mejora de la infraestructura. Fueron aprobadas por el Ministerio de la Salud 26000 propuestas para la ampliación de Unidades Básicas de Salud, de las cuales 11.959 están ya concluidas, 11.127 están en obras y 1.541 están en la fase preparatoria para poder iniciar las obras. Esta fue una de las inversiones incluidas en los R\$5,6 billones asignados por el Gobierno Federal en conjunto con los Municipios.

Para finalizar, destacamos algunas medidas anunciadas: el Decreto de Creación del Registro Nacional de Especialistas es sancionado hoy por la presidenta Dilma Rouseff. La creación de tres mil nuevas becas de residencia médica, sumando un total de 7.742 becas ofrecidas por los Ministerios de la Salud y de Educación; la normativa interministerial que regula los Contratos de Acción Pública de Enseñanza y Salud, teniendo en vista la integración entre las Universidades y el SUS; y la creación de la página web del PMM: "www.maismedicos.gov.br".

Hemos transcrito casi en su integridad el discurso del Ministro de la Salud como balance oficial de los resultados alcanzados por el PMM, en especial por ser la autoridad responsable y al mismo tiempo abrir un espacio al gobierno para que pueda expresarse a través de este trabajo ya que no pudimos realizar entrevistas a las esferas políticas implicadas en el programa tal y como estaba previsto en el diseño del trabajo.

Podemos concluir que el PMM sí es un proyecto de Gestión de Flujos Migratorios de Profesionales de la Salud en la región de Iberoamericana, porque atendió los requisitos de planificación coordinada en el reclutamiento de personal en la región, y la cooperación entre países y organismos internacionales para no desequilibrar la relación médico habitante en los lugares menos ricos. Aún es

pronto para extraer lecciones del PMM, tanto para el Brasil como para el resto de la región de Latino-América; hace poco tiempo que el programa fue puesto en marcha, y se trata de una iniciativa muy grande. Sin embargo, la rápida extensión de la cobertura potencial en el SUS, puede ser hasta ahora, la prueba de que la cooperación internacional con base ética es un instrumento eficaz en la construcción de políticas sociales en los países de América Latina.

Principales Hallazgos

Desde la perspectiva de la Gestión de Flujos de Recursos Profesionales de Salud, hemos percibido los siguientes hallazgos:

1. Consideramos importante entre las exigencias de selección las implicaciones éticas establecidas, que demandan que el país donador tenga una relación médico/habitante mayor que el país receptor;
2. Observamos un especial cuidado de tipo ético en la ejecución del programa centrado en la no sustitución de médicos de los equipos de atención básica por participantes del Programa.
3. Se intenta garantizar condiciones mínimas de vida digna al trabajador migrante, siendo estas contempladas y tratadas en la planificación y ejecución del PMM;
4. Constatamos acuerdos de cooperación internacional y flujos gestionados de migración circular bajo la cooperación sur-sur (Brasil, Cuba y OPS);
5. Percibimos:
 - la perspectiva “todos ganan” (win-win) en la Gestión de Flujos Migratorios de Profesionales de la Salud;
 - la creación de espacios para que los profesionales brasileños y los profesionales migrantes puedan compartir conocimientos que enriquecen el trabajo en salud en el país receptor;
 - la planificación y la coordinación del PMM están muy centralizadas en la OPS y en el Ministerio de la Salud;
 - el desarrollo del PMM está atravesado por cuestiones de orden político e ideológico que han provocado reacciones neo-conservadoras y quizás de extrema derecha;

7. Desde el punto de vista administrativo, el PMM tiene un fuerte nivel de control de la gestión del trabajo de los médicos de intercambio hasta en regiones de difícil acceso;
8. En los Estados analizados notamos un fuerte compromiso de los actores de las instituciones regionales, aunque con una visión crítica de la centralización del proceso decisorio;
9. Los médicos cubanos son asignados especialmente a misiones más complejas y enviados a áreas indígenas aisladas (no es regla general), aspecto que ocurre también en áreas de la metrópoli (con altos niveles de pobreza y violencia), posiblemente por tener experiencia como brigadistas de salud;
10. Muchos de estos sitios son permeados por graves problemas sociales que probablemente tendrán influencia en su integración a la comunidad y a su proceso de trabajo;
11. Las limitaciones del SUS (específicamente al acceso a los niveles especializados) dificulta el desarrollo del Programa, pero este todavía puede cambiar los procesos de trabajo en la Atención Primaria al incluir la medicina cubana y así mejorar la capacidad de resolución de los problemas de salud más frecuentes;
12. Bajo nuestra percepción hay diferencias significativas en el trabajo de los médicos de intercambio en áreas metropolitanas y en el interior del país;
13. Es posible que en las primeras sea, teóricamente, áreas de más difícil integración con los equipos de salud y consecuentemente se dificulta el desarrollo del trabajo;
14. Y, por último, la sostenibilidad y continuidad del Programa están cuestionadas por la alta labilidad política actual.

4.2. EL CASO DE ECUADOR

Se trata del análisis del programa de incentivo del retorno de personal sanitario en Ecuador, llamado "Ecuador saludable, vuelvo por ti". Es una clara iniciativa para recuperar el talento cualificado en salud una vez que este se ha formado

o ha desarrollado experiencia laboral fuera de sus fronteras. Es, por tanto, una experiencia de gestión de la migración de profesionales de la salud que puede aportar luces sobre logros y desafíos obtenidos a lo largo de estos años de trabajo en materia de gestión internacional de RHUS dentro del área objeto de estudio, Iberoamérica.

4.2.1. El Contexto

Los procesos migratorios en el Ecuador; el caso de los profesionales sanitarios

Históricamente Ecuador ha sido un país acompañado por procesos migratorios, sobre todo entre las décadas de los setenta y noventa. Según información del Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana del Ecuador alrededor de dos millones de ecuatorianos se encuentran residiendo fuera del país, sin embargo no existe un número oficial por el sub registro existente.

En relación a la migración de profesionales de la salud, se han publicado investigaciones¹¹, caracterizando el perfil del profesional, impacto financiero, registro de títulos, etc. documentos que han sido la base para la creación de programas estatales que incentivan el retorno de profesionales de la salud como lo es el “Plan Ecuador Saludable, Voy por Ti”. Sin embargo, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador generó una nueva fuente de información con el Registro de Profesionales de la Salud que realizó entre el año 2012 y 2014 como parte de ese mismo programa.

11. Entre las principales investigaciones se debe resaltar; el documento “Aproximación a la Migración de Talento Humano en Salud en Ecuador, Estudio de Migración de Médicos Ecuatorianos a Chile, Migración de Médicos y Enfermeras Recién Graduados en Ciudades Seleccionadas”, publicado por la OPS y la Fundación para la Salud y Desarrollo en noviembre del 2007. Otra Investigación es el documento “Migración Calificada en Salud, Impacto Financiero, Reconocimiento de Títulos: Retos y Perspectivas en los Países de la Región Andina”, publicado por la OPS en coordinación con el ORAS en febrero del 2013.

En mencionado registro constan más de 4.500 profesionales de la salud ecuatorianos que prestan sus servicios en el exterior. Si bien en esta herramienta no se encuentran todos los profesionales ecuatorianos fuera del país, al ser un registro voluntario e individual, es una considerable muestra que provee información relevante para aproximarse al perfil de los profesionales de la salud ecuatorianos en el exterior al año 2014.

Esta información revela que, de los 4.590 registros válidos de profesionales de la salud ecuatorianos en el exterior, el 76% son médicos, el 7% enfermeras, el 6% odontólogos y el restante 11% corresponde a otras profesiones de la salud. Se debe aclarar que en el porcentaje correspondiente a médicos se compone de 1.800 profesionales que se encuentran realizando su formación académica en el país de Cuba, como parte del Programa de Fortalecimiento de Talento Humano del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, los mismos que al final de su proceso de formación deben regresar a Ecuador a devengar sus estudios financiados por el Estado.

Por otra parte es interesante la relación de género en las profesiones de la salud; en el caso de médicos y odontólogos existe una cercana igualdad de porcentaje entre profesionales mujeres y hombres, contrario a la profesión de enfermería en la que el 90% de registros corresponden a mujeres y el 10% a hombres. Similares diferencias de porcentajes ocurren en otras carreras de la salud, siendo el porcentaje de mujeres más alto que el de hombres.

De los profesionales que especificaron su lugar de residencia en el registro realizado, se puede observar que; en las profesiones de medicina y enfermería los principales países de destino son Cuba, España, Argentina, Chile, Venezuela, Italia, Estados Unidos. Sin embargo, como se acotó anteriormente, la migración de profesionales al país de Cuba proviene de la cooperación y especialmente por becas otorgadas por el Ministerio de Salud Pública de Cuba dentro del Programa de Formación de la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) para que médicos ecuatorianos realicen su especialización y retornen al Ecuador a prestar servicios acorde a la necesidad institucional.

Situación y antecedentes de la salud pública en el Ecuador

En el año 2007 se llevó a cabo el proceso de elaboración de la nueva Constitución del Ecuador, (52) cuerpo legal que junto a otros instrumentos como el Plan Nacional de Buen Vivir, son fundamentales para el Plan "Ecuador Saludable, Voy por Ti".

En cuanto a movilidad humana se plasma la política constitucional en 58 artículos, los avances como se mencionan en el Perfil Migratorio del Ecuador 2011, elaborado por la OIM, son los siguientes:

"(...) en primer lugar, se reconoce las complejas realidades migratorias del Ecuador como país de origen, tránsito, destino y retorno migratorio y, por lo tanto, se piensa en la garantía de los derechos de los y las migrantes asumiendo esta diversidad y heterogeneidad de los flujos; luego está también el reconocimiento de los principios de ciudadanía universal, el reconocimiento del derecho a migrar y la consideración de que ningún ser humano es ilegal, la inclusión de la condición migratoria como una de las bases del principio de no discriminación, así como los mecanismos para garantizar los derechos políticos, de trabajo y de seguridad social de los ecuatorianos/as en el exterior, el reconocimiento de que las personas extranjeras en el territorio nacional gozarán de los mismos derechos y deberes que los ecuatorianos, de los derechos de asilo y refugio, el reconocimiento del derecho al voto (facultativo) de las personas extranjeras así como a ser elegidos para ocupar cargos públicos, el reconocimiento de las familias transnacionales; y, finalmente, la determinación de que el Estado es el responsable de institucionalizar estos procesos mediante su rectoría en la definición y ejecución de una política migratoria integral" (53).

En el área de Salud Pública, el documento "La Salud en la Nueva Constitución del 2008", publicado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) con el auspicio de la OPS, narra el proceso de creación del articulado y estudia en detalle los cambios realizados entre la derogada Constitución del 1998 y la vigente. En este documento se llega a las siguientes conclusiones:

"• Establece la salud como derecho garantizado por el Estado, para que toda persona disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. • Define la rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional (MSP) • Establece que la atención integral de salud se entregará a través de la red de servicios públicos y que será de acceso universal, inmediato y gratuito. (...) • Garantiza el financiamiento en salud por parte del Estado en forma ágil y oportuna a través de una pre asignación y con un incremento no menor al 0.5% del Producto Interno Bruto, que representa aproximadamente 240 millones de dólares por año. (...) • Prohíbe a los establecimientos públicos o privados y a los profesionales de la salud negar por motivo alguno la atención de emergencia a todos los ciudadanos." (54)

Al analizar los cambios citados en la Constitución del 2008 en el área de salud y movilidad humana, se puede concluir que son el preámbulo para la creación y ejecución de políticas, programas y planes gubernamentales que, en su conjunto, crearon el marco para que el Plan "Ecuador Saludable, Voy por Ti", pueda ser ejecutado.

En el año 2007 con el fin de fortalecer la institucionalidad migratoria en Ecuador a través del Decreto Ejecutivo Nro. 150, se creó la Secretaria Nacional del Migrante (SENAMI), organismo que funcionó hasta el año 2013, encargándose del diseño y aplicación de las políticas gubernamentales en materia de movilidad humana y por otra parte coordinó acciones con otras instituciones, como lo realizó con el MSP para implementar el Plan "Ecuador Saludable, Voy por Ti".

La SENAMI contó con sus oficinas en el exterior denominadas "Casas Ecuatorianas"; a través de las cuales cumplían su objetivo principal que consistió en: *"la definición y ejecución de las políticas migratorias, encaminadas al desarrollo humano de todos sus actores, que servirá de enlace en las acciones de atención, protección y desarrollo del migrante, conforme los objetivos del Estado Ecuatoriano"* (55)

Otro cambio en la política migratoria se generó con la promulgación del Plan Nacional para el Desarrollo Humano para las Migraciones 2007-2010 (PNDHM), el mismo que se hace operativo a través del Plan "Bienvenido a Casa" que se

aplica por medio de tres programas; el primero es el programa “Volver a Casa” el mismo que articula acciones con instituciones nacionales e internacionales para dar facilidades de retorno a los ecuatorianos en el exterior, el segundo es el programa “Vínculos” que une a las personas a través de la creación de redes sociales virtuales, capacitando a la gente para utilizarlas y, finalmente el programa de “Incentivos y Orientación a Personas Migrantes para la Inversión Social y Productiva” que busca incentivar y orientar las inversiones en Ecuador de los ecuatorianos residentes en el exterior.

Luego de varios años de funcionamiento, el 10 de junio del 2013, se transforma la SENAMI en el Viceministerio de Movilidad Humana y se incorpora en la estructura administrativa del Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana del Ecuador. (56)

Posterior al traspaso de funciones, incluyendo planes y programas, de la ex SENAMI al Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana, se publica la Agenda Nacional de Igualdad para la Movilidad Humana (ANIMHU) 2013–2017, que contiene en materia de movilidad humana *“un análisis conceptual y normativo, así como el diagnóstico, ejes, políticas y lineamientos de política pública para su aplicación”*. (57)

Entre los principales aportes que provienen de la nueva institucionalidad se encuentra el documento Guía de Servicios Interinstitucionales del Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana en la cual se *“sistematiza los programas de las distintas instituciones del Estado en favor de las personas en movilidad humana, principalmente para las y los ecuatorianos que tienen Planificado retornar a Ecuador o que han decidido retornar voluntariamente y, desean reinsertarse social y económicamente”*. (58) En esta publicación se encuentra la promoción del Plan “Ecuador Saludable, Voy por Ti”¹².

12. En la Guía de Servicios Interinstitucionales del Ministerio de Relaciones Exteriores, se cambia por primera vez (en un documento oficial) el nombre del Plan “Ecuador Saludable Vuelvo por Ti” a “Ecuador Saludable, Voy por Ti”.

A partir de la publicación de la Constitución del año 2008, el Plan Nacional de Desarrollo del 2007 y el PNDHM, varias Instituciones del Estado crearon e implementaron **planes y acciones para dar facilidades al retorno**¹³ de ecuatorianos en el exterior, entre estas se debe mencionar algunas iniciativas que posteriormente se articularían con el Plan “Ecuador Saludable Voy por Ti”, las principales iniciativas son las siguientes:

- Menaje de Casa, Vehículos y Equipos de Trabajo, impulsado por el Servicio Nacional de Aduanas (SENAE), presta facilidades para que la persona al retornar ingrese al Ecuador su menaje de casa, vehículo y equipo de trabajo exento de impuestos.
- Educación inicial, básica y bachillerato, impulsada por el Ministerio de Educación, busca: *“(...) el acceso y calidad de la educación inicial, básica y bachillerato a las y los ecuatorianos que retornan del exterior”* (58)
- Programa de Capacitación para las Personas Migrantes y sus Familias, impulsado por el Servicio Ecuatoriano de Capacitación Profesional (SECAP) busca: *“brindar cursos de capacitación a las y los ecuatorianos retornados para el acceso al empleo y los procesos de reconversión y reinserción laboral”* (58)
- Bono de la Vivienda, impulsado por el Ministerio de Desarrollo y Vivienda (MIDUVI), consiste en: *“una ayuda económica que sirve para comprar una vivienda, nueva o usada, construir la vivienda en el terreno de propiedad del migrante o su familia, o para mejorar la vivienda que posee”*. (58)
- Bolsa de Empleo “Red Socio Empleo”, impulsada por el Ministerio de Relaciones Laborales (MRL), consiste en: *“una bolsa de empleo pública que se encarga de la facilitación entre la oferta del sector público y privado”* (58)

13. La recopilación de acciones que incentivan el retorno de ecuatorianos en el exterior fue tomada del catálogo existente en la Guía de Servicios Institucionales del Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana, disponible en pág. web: <http://www.cancilleria.gob.ec/wp-content/uploads/2014/10/GUIA-DE-SERVICIOS-INTERINSTITUCIONALES.pdf> (Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana, 2014)

- Afiliación Voluntaria, impulsada por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), otorga las facilidades para que los ecuatorianos desde el exterior puedan afiliarse voluntariamente a la seguridad social.
- Otro programa que merece mayor detalle por su vinculación al área de la salud y dentro de la presente investigación requirió la entrevista con el Gerente del Proyecto¹⁴, es el Programa "Prometeo", éste es un proyecto creado y administrado desde el año 2012 por la Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (SENESCYT), mediante el cual, se promueve el retorno de profesionales ecuatorianos y la captación de profesionales extranjeros con estudios de PHD, con el fin de que aporten sus conocimientos de investigación, docencia y transferir estos conocimientos mediante proyectos asignados a instituciones públicas tales como universidades, centros de investigación, entre otras que requieran asistencia en áreas prioritarias del conocimiento como son: ciencias de la vida, ciencias básicas, recursos naturales, innovación, producción, ciencias sociales, ciencias de la educación, arte y cultura. (58)

Este es un proceso de migración controlada ya que el profesional al culminar su proyecto retorna a su país de origen, en el caso de profesionales extranjeros y, en el caso de profesionales ecuatorianos tienen la oportunidad de quedarse y continuar aportando al desarrollo del mismo.

Hasta el momento se han vinculado alrededor de 150 Prometeos y se han aprobado 952 proyectos, de los cuales 144 ya han finalizado. (59) En base a la entrevista realizada al Gerente de este proyecto se destaca que dentro del área Ciencias de la Vida existen profesionales Prometeos en el área de la salud desarrollando 27 proyectos, estos constituyen el 5% del total de proyectos llevados a cabo.

14. Entrevista Realizada al Ab. Christian Coronel Gerente del Proyecto Prometeo, 10 de junio del 2015

A partir de la aprobación de la Constitución del año 2008 y publicación del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010, la Salud Pública en Ecuador¹⁵ ha sido uno de los sectores con inversión creciente de fondos públicos en la agenda de gobierno. Acorde a la información documental recabada, se han realizado giros en la estrategia gubernamental del sector salud, cambiando el enfoque y entendiendo determinantes sociales, como se menciona en el Plan Nacional del Buen Vivir 2013 -2017; *"La salud se plantea desde una mirada intersectorial que busca garantizar condiciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades que garanticen el adecuado fortalecimiento de las capacidades de las personas para el mejoramiento de su calidad de vida. Se incluyen los hábitos de vida, la universalización de servicios de salud, la consolidación de la salud intercultural, la salud sexual y reproductiva, los modos de alimentación y el fomento de la actividad física"*. (60)

En lo relacionado a la institucionalidad del Sistema de Salud, éste se compone de sistema público y privado. Los prestadores públicos en su conjunto forman la Red Pública Integral de Salud (RPIS), conformada por: el IESS que presta atención tanto a las personas que trabajan bajo relación de dependencia y obligatoriamente deben ser afiliadas por sus empleadores, como a las personas que se han afiliado voluntariamente pagando una prima mensual; por otra parte el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) que prestan servicios a los miembros de las fuerzas armadas y policía respectivamente y finalmente el Ministerio de Salud Pública que cubre al resto de la población ecuatoriana.

15. Parte de la información presentada en esta sección ha sido tomada de las presentaciones "Seguimiento de los Principales Indicadores de Salud y Metas del Programa Nacional del Buen Vivir al 2013", "Rendición de Cuentas del Sector Social 2013", disponible en http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/05/MSP2013_MCDS30demarzo.pdf y, la publicación "Indicadores Básicos de Salud 2012" realizada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador con la cooperación de la OPS, disponible en http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=25:situacion-salud

En el año 2012 el Ministerio de Salud Pública promulga el “Manual del Modelo de Atención Integral de Sistema de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS - FCI)”, documento desarrollado desde el año 2008 que plasma una visión de la salud en el Ecuador en concordancia con la Constitución de la República y el Plan Nacional del Buen Vivir, su propósito es : *“Orientar el accionar integrado de los actores del Sistema Nacional de Salud hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir al mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana a través de la implementación del Modelo Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada, y transformar el enfoque médico biologicista, hacia un enfoque integral en salud centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar, comunitaria como un derecho humano”*. (61)

Por otra parte, se debe resaltar **el aumento de inversión pública en salud**; entre el año 2007 al 2013 se asignaron más de nueve mil millones de dólares para el Ministerio de Salud, en comparación a los dos mil millones asignados entre los años 2006 y 2007. Así mismo, del presupuesto de 2.425 millones asignados para el año 2013 se ejecutó el 95,05 %, lo cual muestra una inversión y utilización de recursos importantes. En cuanto al gasto público en salud pública en relación al PIB, duplicó la inversión al pasar de 1,6% en el 2006 a 3% en el 2010.

Los cambios en la Salud Pública del Ecuador, especialmente la inversión realizada y la visión de la salud de manera integral, generaron la necesidad de crear el Programa de “Fortalecimiento del Talento Humano del Sector Salud” dentro del cual se encuentra el Plan “Ecuador Saludable, Voy por Ti”.

En el año 2011 el Ministerio de Salud Pública crea e implementa **el Programa de “Fortalecimiento de Talento Humano del Sector Salud”**, el cual se conforma de los componentes: planificación del talento humano y cierre de brechas, compensación económica y jornada laboral, especialización de profesionales de la salud, estabilidad laboral, y retorno de profesionales de la salud que migraron al exterior. (62)

Gráfico 12:
Componentes del Plan de Fortalecimiento de Talento Humano



Fuente: Artículo "Fortalecimiento del Talento Humano en el Proceso de Transformación del MSP". Elaboración del autor

De acuerdo al documento "Medición de Programas de Recursos Humanos de la Subregión Andina, país Ecuador", publicado a través del ORAS, cada uno de estos componentes del programa de fortalecimiento humano, se encuentran alineado al "Llamado a la Acción de Toronto para una Década de Recursos Humanos en Salud 2006 -2015".¹⁶ (63)

En cuanto al primer componente **planificación del talento humano** de las entrevistas realizadas, se puede indicar que para los procesos de selección y contratación se utilizan estándares diseñados por el Ministerio de Salud Pública.

Por otra parte, como parte del proceso de *cierre de brechas*, las Instituciones de la Red Pública de Salud realizan una constante búsqueda activa de profesionales

16. El Llamado a la Acción de Toronto para una Década de Recursos Humanos en Salud 2006 -2015 es el documento acordado en la VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, realizada en Toronto, Canadá, del 4 al 7 de octubre del 2005. El llamado se compone de cinco desafíos a cumplir por los países suscriptores.

que deseen prestar servicios en sus unidades operativas acorde a la necesidad institucional, según lo menciona en la entrevista realizada a la Directora Nacional de Talento Humano del MSP.

Otra acción realizada por el Ministerio de Salud Pública en el marco del cierre de brechas es la vinculación de profesionales de nacionalidad cubana por medio de convenios bilaterales, este método de contratación se aplica para cubrir brechas especialmente en el campo de la Medicina Familiar y Comunitaria.¹⁷

El componente de **compensación económica y jornada laboral** es uno de los principales incentivos para el fortalecimiento de la capacidad de contratación de nuevos profesionales de la salud como se menciona en el artículo antes citado "Fortalecimiento del Talento Humano"; *"A inicio del año 2012, el 70 % de profesionales trabajaba 40 horas semanales, el 30 % restante trabajaba 4 o 6 horas diarias, sin embargo, la remuneración de estos grupos era la misma, lo que generaba una evidente inequidad salarial y desvalorización de los profesionales de la salud. En respuesta a esta realidad y en busca de valorizar a nuestros profesionales de la salud, el Ministerio de Salud Pública recategorizó al personal en sus remuneraciones e implementó compensaciones como el bono de residencia y bono geográfico; que incentivan la contratación de personal en lugares de difícil acceso. Al aplicar la nueva jornada laboral de 40 horas semanales se cerró la brecha de profesionales de la salud, al asimilarse a la contratación de 704 médicos, 119 odontólogos y 506 enfermeras".* (62)

Complementando a lo indicado, en el documento "Medición de Programas de Recursos Humanos de la Subregión Andina, país Ecuador", publicado a través del Observatorio Andino de Recursos Humanos en Salud se menciona; *"Los profesionales de la salud recibían un salario entre USD 930 y USD 1.590 dólares mensuales en el 2007, en la actualidad (2013) gracias al incremento salarial y de jornada laboral, aumentaron su remuneración; por ejemplo los médicos*

17. Información obtenida de la nota periodística "Medicina a la Cubana" del Programa de Investigación "Visión 360".

especialistas vinculados a la Red Pública de Salud en Ecuador recibe un sueldo entre los USD 2.641 y USD 2.960 más otros beneficios que permiten alcanzar una remuneración de alrededor de USD 4.000 dólares mensuales". (64)

Otro de los componentes de este Plan es lograr que los profesionales que salieron del Ecuador, en busca de oportunidades tengan *las facilidades de retornar al Ecuador* para ejercer su profesión en el país, objeto de estudio de este documento y que será analizado en mayor detalle posteriormente.

En cuanto al componente de **formación**, según información del Ministerio de Salud de los 48.586 médicos generales registrados en la SENESCYT, apenas el 19% registra un título de especialidad médica. Para solucionar esta problemática las instituciones gubernamentales y Universidades Públicas y Privadas se encuentran desarrollando programas de formación planificada. La oferta total de plazas de especialidades médicas y maestrías en el país es de 1.475 por año, de las cuales el MSP financia a través de becas a 891. Las 584 plazas restantes son autofinanciadas o financiadas por otras entidades como IESS, Junta de Beneficencia.¹⁸ (65)

Dentro del programa de fortalecimiento se busca otorgar becas de especialidad médica a más de 3.772 estudiantes hasta el año 2020, distribuidos en 11 universidades del país, mediante la firma de convenios con universidades públicas y privadas. El financiamiento de estos programas lo obtienen a través de un proyecto creado entre el MSP del Ecuador y SENESCYT el cual asciende a un monto de USD \$280.000.000 para el periodo 2013-2016. (65)

Dentro de los procesos de formación de especialidad médica se incluye también la creación de una malla curricular de Medicina Familiar y Comunitaria, con la cual se encuentran en formación Médicos Familiares que darán soporte a la

18. Datos de la presentación realizada por la Ministra de Salud de Ecuador, Carina Vance y la Subsecretaria de Ciencia e Innovación de la SENESCYT, Rina Pasos en rueda de prensa realizada el 06 de Agosto 2015, sobre la oferta académica de especializaciones médicas en el país y los nuevos programas de especialidades médicas que han sido aprobados.

ejecución del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) cubriendo el Primer Nivel de Atención. Paralelamente, este proceso se articula con la Formación de Técnicos de Atención Primaria en Salud, quienes cumplen el rol de promotores de la salud en las comunidades ecuatorianas¹⁹.

Con estas acciones se espera que la oferta educativa se amplíe en un futuro a 5.302 médicos. Este proceso ha sido un reto tanto para las Universidades ecuatorianas como para el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en la transformación del Modelo de Atención. (62), (65).

Por otra parte, el componente de **estabilidad laboral** se relaciona con un problema histórico del MSP, según se menciona en la "Medición de Programas de Recursos Humanos de la Subregión Andina, país Ecuador"; *"Uno de los problemas de la Red Pública de Salud consiste en que aproximadamente el 60% de su personal presta sus servicios bajo contrato de servicios ocasionales y apenas el 40% con nombramiento, en este contexto el Ministerio de Salud Pública se encuentra ejecutando acciones para que al menos el 80% del personal de la salud, preste sus servicios bajo nombramiento definitivo. El plan de estabilidad laboral, otorgará más de 24.000 nombramientos definitivos"* (66).

De la documentación recopilada se destaca la publicación de normativas relacionadas con la administración de talento humano en salud a partir del año 2011, se puede concluir que cada uno de los componentes del programa (planificación del talento humano y cierre de brechas, compensación económica y jornada laboral, especialización de profesionales de la salud, estabilidad laboral, y retorno de profesionales de la salud que migraron al exterior) es implementado a través de acuerdos ministeriales y reglamentos que estarían sustentando la continuidad del programa.

19. Tomado de la página web del Ministerio de Salud Pública. "MSP entrega miles de becas a profesionales y técnicos de la salud" link: <http://www.salud.gob.ec/msp-entrega-miles-de-becas-a-profesionales-y-tecnicos-de-la-salud/>

De acuerdo a la presentación “Encuentro de Migración 2014, Plan Ecuador Saludable, Vuelvo por Ti”, publicada por el Observatorio de Regional de Recursos Humanos de Salud como resultado del Plan de “Fortalecimiento de Talento Humano del Sector Salud” el MSP del Ecuador ha vinculado a más de 20.000 trabajadores y profesionales sanitarios. (67)

El programa “Ecuador saludable, vuelvo por ti” y sus características

Con el fin de dar respuestas a las demandas de la ciudadanía en el ámbito sanitario y ante la necesidad de profesionales de la salud que presten sus servicios para satisfacer la creciente demanda, se creó el Plan “Ecuador Saludable, Vuelvo por Ti”, dentro de un contexto donde se fusionan varios elementos que hacen posible su diseño e implementación. Basados en los documentos analizados y las declaraciones realizadas en las entrevistas de este estudio, se desprende la información sobre los orígenes del Plan.

Estudios como “Migración de Recursos Humanos en Salud - Subregión Andina”²⁰ y “La Migración del Personal de Salud en la Región de las Américas, Situación, Perspectivas y Sugerencias para la Acción”²¹, entre otros estudios y las reuniones de los “Grupos Técnico de Recursos Humanos en Salud”²² han sido herramientas que han caracterizado y expuesto la problemática de la migración y a su vez otorgaron la base conceptual para la creación del Plan.

20. “Migración de Recursos Humanos en Salud - Subregión Andina- Estudio Subregión Andina / Organización Panamericana de la Salud, Red Andina de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina.-- Lima: Organización Panamericana de la Salud; 2006.

21. “La migración del personal de salud en la región de las Américas, situación, perspectivas y sugerencias para la acción”. Organización Panamericana de la Salud, 2006

22. Reuniones de Grupos Técnicos de Recursos Humanos: I) “Encuentro Andino de Directores Nacionales de Recursos Humanos en Salud” - Noviembre 2011, en la agenda se trató sobre el “Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de Salud” 2) V Encuentro Iberoamericano de Migración de Profesionales de la Salud y IV Encuentro de Enlaces RIMPS. Montevideo-Uruguay, 11 y 12 de Junio, 2014

Por otra parte, la Constitución del año 2008, como se describió anteriormente, toma en cuenta en sus disposiciones los procesos de movilidad humana y fortalecimiento de la salud. Estos cambios son plasmados para su ejecución en el Plan Nacional del Buen Vivir y a su vez, en las políticas migratorias y montos crecientes de la inversión en salud²³. Estas políticas migratorias fueron socializadas por los organismos dependientes del Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana. La inversión en salud generó la creación de iniciativas como el “Modelo de Atención Integral en Salud”, el “Modelo de Gestión”, cambios en infraestructura y equipamiento entre otros. Paralelamente el Ministerio de Salud Pública, junto con otras instituciones como el Ministerio de Relaciones Laborales, trabajaban en la implementación del programa de Fortalecimiento del Talento Humano en varios ámbitos: aumento salarial, formación académica, planificación del talento humano y cierre de brechas.

Con la firma del Acuerdo Ministerial 742, del 10 de mayo del 2012, la Ministra de Salud, Carina Vance, aprueba, autoriza y publica el “Plan de Repatriación para Profesionales de la Salud” (67). Esto marca un hito en la historia del Plan y da pie para que continúen con las acciones necesarias para su ejecución.

En el mismo año, se realizan ruedas de prensa nacionales e internacionales oficializando el lanzamiento del Plan. Así lo menciona uno de los profesionales de Gestión, que intervino en el diseño y desarrollo del Plan; *“El trabajo del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, con otros organismos como el Ministerio del Trabajo, Ministerio de Relaciones Exteriores, SENAMI, SENESCYT, y la colaboración de otros organismos internacionales en cada país, hicieron posible la cumplimiento del Plan”*. (Profesional de Gestión – MSP del Ecuador).

El Ministerio de Salud en su página web **define al Plan “Ecuador Saludable, Voy por Ti”** como; *“... Un plan que busca captar y retener la mayor cantidad de profesionales de la salud ecuatorianos y extranjeros*

23. Ver Gráfico No. 4: Presupuesto del Ministerio de Salud Pública 2000-2013

que se encuentran en el exterior, priorizando médicos especialistas y sub-especialistas, mediante la ejecución del proceso de reclutamiento, selección y contratación, el cual garantice la idoneidad en la vinculación de postulantes altamente capacitados, que cuenten con los conocimientos, experiencia, destrezas y competencias técnicas necesarios, a fin de cubrir los requerimientos en la áreas críticas y regiones desabastecidas del Ecuador, brindando un servicio de salud óptimo con calidad y calidez a todos los ciudadanos ecuatorianos.” (G7)

Tomando en cuenta los objetivos que se aspiran a cumplir mediante este Plan, los actores políticos y gestores mencionan las siguientes **estrategias del programa** en las entrevistas realizadas:

“La idea es garantizar el acceso universal a la Salud, para lo cual deben tener la suficiente gente que pueda atender a las personas que requieran servicio. existe un déficit de personal y se busca cubrir esta brecha” (Profesional Político – Ministerio del Trabajo del Ecuador)

“Cumplir con el número de médicos por cada número de habitantes y el retorno de profesionales a nuestro país”. (Profesional Político – Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana del Ecuador)

“Traer a todas los médicos especialistas, que en el Ecuador, en este momento no se estén formando y nos permita cerrar la brecha existente para brindar servicios de excelencia a la ciudadanía”. (Profesional de Gestión – MSP del Ecuador)

“Poder suplir la brecha de talento humano, sobre todo en especialistas y mejorar la cantidad y calidad de prestaciones. Por ejemplo la vinculación de médicos familiares fortalece el primer nivel de atención”. (Profesional de Gestión – MSP del Ecuador)

Para lograr estos objetivos, el MSP de Ecuador utiliza varias estrategias de atracción las cuales se traducen en la oferta de un contrato de trabajo con un salario que puede sobrepasar los 4.000 dólares mensuales, que incluye un viático de residencia hasta por dos años, una bonificación geográfica (en los

casos que aplique) y beneficios de la seguridad social. Así mismo, se muestran los nuevos y remodelados hospitales y centros de salud equipados tecnología y, la posibilidad de que los profesionales de la salud apliquen los conocimientos adquiridos en el exterior y puedan transferir sus conocimientos a los equipos nacionales. Estas son las principales estrategias que han llegado al conocimiento de miles de profesionales en el exterior influyendo en su decisión de retornar a su país y contribuir con la prestación del servicio sanitario. (67)

Aunque el Plan se encuentra dirigido a profesionales ecuatorianos, en septiembre del año 2014 se cambió de nombre de “Ecuador Saludable, Vuelvo por Ti” a “Ecuador Saludable, Voy por Ti”, esta fue una estrategia adoptada para atraer profesionales extranjeros, sin embargo las autoridades del Ministerio de Salud manifestaron, en las entrevistas, que no buscan la salida masiva de profesionales de la salud de un determinado país²⁴. A continuación se citan las declaraciones tomadas de las entrevistas realizadas a los actores políticos y gestores del Plan del Ministerio de Salud Pública del Ecuador:

“Hemos sido muy cuidadosos en no reclutar profesionales de la salud extranjeros, por cuanto el Ecuador sufrió la fuga de cerebros y el programa se dirige a profesionales ecuatorianos en el exterior. Hemos tenido cuidado de no generar atractivos para profesionales de la salud extranjeros.” lo manifiesta la autoridad sanitaria de Ecuador. (Profesional Político – MSP del Ecuador)

“No existen salidas masivas de profesionales de la salud de un país determinado, cuando existen varias postulaciones de una nacionalidad se trata con Embajadas para que el país tome acciones para que no permita que vengán los profesionales. Por ejemplo se alertó al Gobierno cubano, para que ellos autoricen la salida de profesionales y no exista

24. Se debe notar que ninguno de los actores políticos y gestores entrevistados dentro de la investigación, mencionaron la utilización de las consideraciones del Código de Prácticas de Contratación Internacional de la OMS. Por otra parte, en la investigación documental ninguna normativa que viabiliza la aplicación del Plan hace referencia al Código de Prácticas mencionado.

desabastecimiento de profesionales de la salud en un determinado país. El programa está orientado a todos los países, pero a esos profesionales que en su país no encuentran trabajo” Dirección Nacional de Talento Humano MSP. (Profesional Gestor – MSP del Ecuador)

Así, la estrategia también ha motivado a profesionales extranjeros, que se han interesado por prestar sus servicios en beneficio de la población ecuatoriana. Se utilizan los mismos incentivos para atraerlos como el paquete remunerativo, los cambios realizados en el sector salud, la oportunidad de aplicar sus conocimientos y experiencia en un país en vías de desarrollo con retos aún por superar como un desafío profesional y la oportunidad de vivir una experiencia en un país que cuenta con recursos naturales y lugares turísticos por conocer. Según información proporcionada por el Ministerio de Salud Pública, hasta agosto 2015, 304 profesionales extranjeros se han vinculado por medio del Plan. (68)

Una serie de **acciones fueron necesarias para la puesta en marcha de este Plan**, según lo informa el MSP, en la entrevista realizada en este estudio; *“Se realizó un diagnóstico para ver los perfiles de los profesionales y en qué países se encontraban; ¿Por qué salieron?; ¿Cuáles fueron las razones por las que salieron?. Para cada país se desarrolló una estrategia ajustada a las características del perfil profesional. Se visitó España; Madrid y Barcelona luego Italia y logramos contactarnos con la ciudadanía para que se involucren con el programa. Adicionalmente tomaron en cuenta componentes como la base legal, planificación del talento humano y “beneficios laborales”. (Profesional Político – MSP del Ecuador)*

En base al análisis realizado, a este proceso lo sustentaron normativas legales creadas antes y después del Plan, como la Constitución, Ley Orgánica de Salud, Ley Orgánica del Servicio Público, Registro de Títulos, y Política Migratoria, las cuales serán descritas posteriormente y que además reflejan la intervención de varias Instituciones del Estado Ecuatoriano.

Otra de las acciones que estructuró el MSP previamente a la ejecución del Plan es el componente laboral, sobre todo, la alineación con la planificación de

talento humano y cierre de brechas, tomando en cuenta el proceso de reclutamiento, selección y contratación. La Ministra de Salud Pública afirma que *"... se ha realizado un levantamiento de necesidades, de planificación de carteras de servicios y los contratos son acorde al perfil epidemiológico y necesidad"* (68) La participación de las unidades asistenciales en los lugares donde serán recibidos los profesionales son actores importantes en el proceso, ya que de ahí se derivan las necesidades que serán contrastadas con la planificación de talento humano, según lo explican los gestores del Plan.²⁵

Los beneficios laborales son un componente que influye en la decisión de retornar o no, es por esto que fueron articulados de manera "atractiva" para los profesionales en el exterior.

Finalmente, con todo estructurado diseñaron una estrategia de comunicación que permitió al Estado, la difusión a nivel nacional e internacional del Plan. (Profesional de Gestión – MSP del Ecuador) Estos pasos fueron necesarios para la ejecución del Plan "Ecuador Saludable, Voy por Ti", los mismos son revisados a continuación de manera más detallada.

En cuanto a la **documentación legal y técnica** se logró evidenciar que el MSP realizó una modificación de la base legal existente que permitió el diseño y ejecución del Plan; sin embargo posterior a la emisión del Acuerdo Ministerial que hace posible el lanzamiento del Plan de Repatriación de los Profesionales de la Salud, se han publicado otras normativas que han dado paso a una ejecución más alineada a las demandas del Plan "Ecuador Saludable, Voy por Ti".

Las normativas principales que permitieron la creación, implementación y ejecución del Plan son:

1. Constitución de la República del Ecuador: En sus artículos 32, 33, 40, 361 y 362: la constitución determina el derecho a la salud y la dotación de

25. Información tomada de las entrevistas a Profesionales Gestores dentro de este estudio.

talento humano para su funcionamiento, el derecho al trabajo, el derecho a migrar y retornar voluntariamente. (66)

2. Ley Orgánica de Salud: En sus artículos 4, 6, 9, 193, 194, 195 y 196 manifiesta: *“la autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud, la misma que tiene la responsabilidad de determinar las profesiones, niveles técnicos superiores y auxiliares de salud que deben registrarse para su ejercicio (...), priorizar la salud pública sobre los intereses comerciales y económicos, analizar los distintos aspectos relacionados con la formación de recursos humanos en salud, teniendo en cuenta las necesidades nacionales y locales”*. Adicionalmente determina quienes serán considerados profesionales de la salud, los requisitos para ejercer como profesional de salud, en especial, el registro del título en la entidad gubernamental competente y su habilitación en el Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (66)
3. Ley Orgánica del Servicio Público: Esta Ley rige la administración del Talento Humano vinculado al sector público dentro del territorio ecuatoriano. Entre los principales aspectos que en la norma se encuentran: el ingreso y ejercicio en el servicio público, licencias, traslados, vacaciones, remuneraciones, el subsistema de planificación del talento humano, selección de personal, evaluación de desempeño, carrera del servicio público e ingresos complementarios, etc. Se toma especial atención a los artículos 23, 96, 113, 124 que establecen los derechos laborales, la remuneración mensual unificada, la bonificación geográfica, el viático por residencia. (69)
4. Plan de Repatriación para Profesionales de la Salud. Acuerdo Ministerial No. 742 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador: Acuerdo Ministerial que aprueba, autoriza y publica el Plan de Repatriación para Profesionales de la Salud. Define como responsables de la ejecución a la Subsecretaría de Gobernanza y a la Coordinación General Administrativa y Financiera y dispone la difusión del mismo a todas las unidades de salud del país. Acuerdo Ministerial publicado el 10 de Mayo del 2012. (66)
5. Normas Generales para la Importación de Menajes de Casa y Equipos exentos de impuestos aduaneros en Ecuador. Decreto 888 Ecuador: Esta

normativa va dirigida a personas migrantes que retornan a establecer su domicilio permanente en Ecuador. Se establecen los requisitos y pasos a seguir. (70)

6. Resolución 000033 y reformas: Es una normativa emitida por el Ministerio de Relaciones Laborales que rige a partir del 17 de Febrero del 2011; esta resolución dictamina la escala de valoración de los puestos de profesionales de la salud para laborar en jornadas de trabajo de 8 horas diarias, la misma que va acompañada de un incremento salarial. (71)
7. Reconocimiento e inscripción de títulos expedidos por instituciones de Educación Superior Extranjeras. Acuerdo Ministerial No. 2011-052: En esta norma se establecen los procedimientos para el reconocimiento de títulos emitidos en el extranjero, en las cuales el solicitante podrá escoger la opción que se ajuste a la modalidad de su título: a) Por listado; b) Para los títulos expedidos por países con los que el Ecuador tiene convenios internacionales (Cuba, Chile y Perú); c) A través de un comité, d) Homologación y Revalidación. (72)

Por otra parte, como se mencionó anteriormente, existen normativas posteriores que permitieron alinear con mayor detalle la ejecución del Plan a los objetivos del mismo:

1. Norma Técnica que regula las excepciones para el pago de viático por gastos de residencia para las personas que tengan su domicilio fuera del país y de la provincia. Acuerdo Ministerial MRL 2013 - 0024 del Ministerio de Relaciones Laborales: Permite el reconocimiento del viático por gastos de residencia, que solvente el pago de vivienda de las personas que tienen su domicilio y residencia en el exterior y sean requeridas para trabajar en las instituciones públicas dentro del territorio ecuatoriano, y que para este efecto deban trasladar su residencia. Se norma el procedimiento y los valores a pagar acorde a la categoría que ingresa como servidor público. (73)
2. Norma Técnica para la calificación de lugares de difícil acceso para reconocimiento de bonificación geográfica a las y los servidores del sector de la salud pública. Acuerdo Ministerial MRL 2012 - 0474 del

Ministerio de Relaciones Laborales: Norma que califica los lugares de difícil acceso como Zona A o Zona B para el reconocimiento de la Bonificación Geográfica a las y los servidores del sector de la salud pública. Se detallan las provincias, cantones y parroquias beneficiarias de esta norma. En los casos que los profesionales de la salud se desempeñen en esta área recibirán un porcentaje adicional a su salario. (74)

3. Norma Técnica del Subsistema de Selección de Personal- MRL-2014-0222: Norma Técnica Subsistema de Selección de Personal que regula los concursos de méritos y oposición para otorgar nombramientos definitivos. Se destacan los artículos: 32, 33 y la Disposición General Tercera sobre las acciones afirmativas en las cuales se incluyen a migrantes y ex migrantes otorgando puntaje adicional al momento de aplicar a un concurso de méritos y oposición. (75)
4. Instructivo para la Autorización Laboral de Personas Extranjeras para Prestar sus Servicios en el Sector Público. Acuerdo No. MDT-2015-0006: Esta normativa regula el procedimiento que deben seguir las Instituciones del Estado al momento de contratar profesionales extranjeros, al igual que emite los requisitos que deben cumplir las personas extranjeras para vincularse al sector público.²⁶ (76)
5. Procedimiento para el reconocimiento de Títulos de Especialidades en Ciencias de la Salud con Formación Académica en Servicios Cursados en el Extranjero. Acuerdo Ministerial 2012-060: Normativa para efectivizar el reconocimiento de títulos extranjeros de especialidades en ciencias de la salud con formación académica en servicios, acreditada por la legislación interna del país donde cursó estudios. Se detalla mecanismo, requisitos para los postulantes y detalles del Comité que lo aprueba. Se expide esta normativa debido a que la SENESCYT solamente registraba títulos otorgados por instituciones de Educación Superior y no de formación en servicios de salud. (77)

26. El Ministerio de Relaciones Laborales, cambia de nombre a Ministerio del Trabajo, a partir de 26 de noviembre de 2014, mediante Decreto Presidencial.

6. Normativa para el reconocimiento de Titulaciones otorgadas por la Ex URSSS- RPC-SE-II-No.042-2013: Esta normativa reconoce los niveles de Formación de la Educación Superior Rusa y los equivalentes en Ecuador, incluidas las especialidades médicas. (78)
7. Norma para el Reconocimiento y Registro en el Ecuador, de los Títulos de Especialización Médica Obtenidos en la República Federativa del Brasil en la Categoría Lato Sensu - RPC-SE-06-No.045-2014: Regula los requisitos para el reconocimiento y registro en el Ecuador, de los títulos de especializaciones médicas obtenidas en el Brasil en la categoría Lato Sensu, conforme a la normativa establecida en el país de origen de los títulos para que los mismos sean considerados como especialidades médicas. (79)
8. Normas para el Reconocimiento y Registro en el Ecuador de los Títulos de Subespecialización Médica u Odontología Obtenidos en el Extranjero- RPC-SD-04-No.049-2014: esta normativa establece la definición de Subespecialidad Médica y Odontológica y los requisitos para que estos títulos extranjeros puedan ser registrados en el Ecuador. (80)

Así mismo el Plan requiere una **articulación intersectorial y definición de roles** como lo indica una de las entrevistadas:

“Fue indispensable la participación de varias instituciones del Estado para que sea posible la ejecución del Plan. Se realizaron varias reuniones previas al lanzamiento del Plan, con instancias como; Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana, Secretaría Nacional del Migrante, Secretaría Educación Superior, Ciencia Tecnología e Innovación, Ministerio de Relaciones Laborales, Ministerio de Salud Pública del Ecuador e Instituciones de la Red Pública de Salud. Se analizaron las competencias de cada una de estas instancias gubernamentales y se definieron los roles específicos de participación de cada una de ellas en el retorno de los profesionales de la salud. La colaboración, predisposición e involucramiento de las autoridades principales y equipo técnico de cada instancia fue indispensable y necesaria”. (Profesional Gestor – MSP del Ecuador)

Adicionalmente, las autoridades del MSP del Ecuador, contaron con el apoyo y la cooperación internacional de los Ministerios de Salud Pública de España, Chile y Cuba, como se detallará más adelante.

A continuación se especifican los **roles que desempeña cada una de las instancias** para lo cual se tomará en cuenta las respuestas manifestadas en las entrevistas realizadas sobre la participación en la gestión del Plan:

- Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana.- Dentro de sus atribuciones están: captar, asistir y proporcionar información del Plan a profesionales de la salud en sus oficinas internacionales y ser el nexo de articulación entre los profesionales de la salud y el MSP. Las Embajadas y Consulados brindan apoyo en agilizar los trámites de visas para cónyuges e hijos del profesional de la salud, en caso de ser extranjeros, así como también agilizar los trámites de visas para profesionales extranjeros que se encuentren interesados en trabajar en el Ecuador por medio del Plan. Informar y recibir documentación para el registro del Título bajo los lineamientos de la SENESCYT. Adicionalmente el Secretario de la Embajada de Ecuador en Chile informa que la participación de ellos dentro del Plan es: *"(...) de manera directa a través de reuniones, charlas, difusión del programa, promocionando al gobierno, colaborando en reuniones con contacto directo con los profesionales (...) Existe coordinación entre MSP el Ministerio de Finanzas y Aduanas, por cuanto el retorno incluye varios beneficios; un contrato de trabajo temporal que otorga el MSP, menaje de casa, equipo médico sin pago de aranceles en el Ecuador por parte de Aduana".* (Profesional Político – Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana de Ecuador)
- Secretaría de Educación Superior Ciencia Tecnología e Innovación.- Su rol principal, dentro del Plan, es el registro de títulos tanto de profesionales ecuatorianos como extranjeros. Este proceso depende de las normativas emitidas para el efecto. El proceso de registro de título será ampliado más adelante.
- Ministerio del Trabajo.- Es el encargado de emitir, velar por el cumplimiento y brindar asistencia técnica en la ejecución de la normativa general y

específica para la administración de los procesos de Talento Humano, incluyendo las normativas que rigen al Plan “Ecuador Saludable, Voy por Ti”. Citando a la Subsecretaria de Fortalecimiento Institucional del Ministerio del Trabajo de Ecuador, ella menciona sobre la participación de este organismo; *“...expedir la normativa, si bien existe la normativa general se debe hacer específica y por otra parte se encarga de la planificación del talento humano”*. (Profesional Político – Ministerio del trabajo de Ecuador). Adicionalmente el Ministerio del Trabajo es el ente encargado de otorgar los permisos laborales, para los profesionales extranjeros en base al “Instructivo para la autorización laboral de personas extranjeras para prestar sus servicios en el sector público”. En este instructivo se disponen los pasos a seguir para que la Unidades de Talento Humano del sector público realicen la contratación de personal extranjero. De igual manera se establecen los requisitos para las personas extranjeras y de esta forma obtienen su autorización laboral. (78)

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador.- Al ser esta entidad quien lidera y ejecuta el Plan, existen varias responsabilidades que debe asumir, desde la máxima autoridad hasta los gestores del programa. La trascendencia de las decisiones políticas que impacten la ejecución del Plan, son establecidas desde la Ministra de Salud Pública, sin embargo la ejecución del Plan se anida desde la Planta Central en la Dirección Nacional de Talento Humano, quien administra el proceso a través de un equipo técnico contratado específicamente para el efecto. El equipo técnico coordina tanto la articulación intersectorial como las decisiones internas de reclutamiento, selección y contratación al interior del Ministerio. En este sentido las decisiones de vinculación se planifican con los coordinadores zonales (nueve a nivel nacional), acorde a las necesidades de las unidades de salud en sus territorios y enmarcadas en la planificación nacional de talento humano. Los coordinadores zonales ejecutan los procesos de vinculación a través de los gestores de Talento Humano de cada unidad operativa donde se haya generado la necesidad.²⁷

27. Información tomada de las entrevistas realizadas para este estudio

- Instituciones de la Red Pública de Salud (RPIS): Conformadas por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL). El Plan busca contribuir a la dotación de talento humano y cierre de brechas de la red pública, sin embargo las instituciones de la RPIS aunque tienen conocimiento del Plan, dependen del apoyo y asistencia técnica del Ministerio de Salud Pública. (Profesional Gestor – Ministerio de Salud Pública del Ecuador)
- Otras Instituciones internacionales como el Ministerio de Sanidad de España, Chile y Cuba colaboraron en la difusión del Plan, lo relata Mabel Pinto, como delegada del proceso de socialización del Plan en el exterior:

“En el caso específico de España las autoridades del Ministerio de Salud mantuvieron una agenda política y académica con las autoridades de este país. El Ministerio de Sanidad de España prestó las facilidades a Ecuador para informar sobre el proceso de formación de los médicos ecuatorianos mediante el Sistema MIR. La Subsecretaría de Salud del ramo, ofreció el apoyo a la Ministra de Salud de Ecuador para que los profesionales ecuatorianos que deseen retornar a su país puedan contar con las certificaciones necesarias de las unidades de salud de España para que sean presentados en Ecuador como constancia del proceso de formación y experiencia adquirida en mencionado país. El Colegio de Médicos de España, Madrid y, el Colegio de Enfermeras, difundieron mediante comunicados por correo electrónico, dirigidos a sus agremiados ecuatorianos, la invitación a las ruedas de prensa del lanzamiento del Plan que se realizaron en la ciudades de Madrid y Barcelona.” (Profesional Gestor – MSP del Ecuador)

Según la información remitida en las entrevistas por las autoridades del MSP de Ecuador, manifiestan que no se han suscrito convenios con otros gobiernos que explícitamente amparen una cooperación internacional para facilitar el retorno de los profesionales ecuatorianos desde el exterior. Los convenios que actualmente se mantienen vigentes con el MSP de Cuba y Venezuela han sido firmados con el propósito de dotar de profesionales de la salud que hacen falta al sistema

público vinculados de manera temporal. Citamos para el efecto las declaraciones de la Ministra de Salud y la Directora Nacional de Talento Humano del MSP:

"(...) no hemos suscrito convenios formales con países pero existen acercamientos con los Gobiernos, quienes han estado abiertos con el plan por que buscamos retorno de profesionales ecuatorianos". (Profesional Político – Ministerio de Salud Pública del Ecuador)

"No existen, solo con Cuba y Venezuela para dotación de profesionales de la salud". (Profesional Gestor – Ministerio de Salud Pública del Ecuador)

Con el objetivo de tener **una aproximación numérica**, proyecciones de cuántos profesionales de la salud se encuentran en el exterior; identificar los países donde se encontraban, conocer el estatus de su residencia en el exterior y; si los profesionales de la salud se encontraban ejerciendo su profesión o no, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador utilizó las siguientes fuentes de recolección de datos:

- Herramienta desarrollada para levantar un registro de los profesionales que se encontraban en el exterior.- *"Este formulario se diseñó junto con otros organismos gubernamentales como el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos- INEC, Ministerio de Relaciones Exteriores, Secretaría Nacional de Educación Superior Ciencia y Tecnología – SENESCYT, Instituto Ecuatoriano de Crédito Educativo – IECE, Secretaría Nacional del Migrante – SENAMI".* (30) *"Esta herramienta fue colgada en la página web del Ministerio de Salud en la sección de la página del Plan "Ecuador Saludable, Vuelvo por Ti" y se convocó para que los interesados envíen su información".* (Profesional Gestor – Ministerio de Salud Pública del Ecuador)
- Dirección de correo institucional del Plan, en el cual los profesionales interesados solicitan información.
- Captar datos de profesionales por medio de las redes sociales como Facebook.
- Datos recabados por medio de las Embajadas y Consulados.

- Datos obtenidos mediante visitas oficiales realizadas por el equipo técnico del Ministerio de Salud a los países donde preliminarmente identificaron que existían profesionales de la salud residiendo en el exterior.

Estas herramientas sirvieron para obtener información que permitió a la Institución tomar decisiones sobre las acciones a realizar dentro del Plan.

En cuanto a **la planificación de plazas**, para cumplir con el propósito del Plan que es *"dotar de Talento Humano que cumpla con las destrezas y competencias técnicas necesarias, a fin de cubrir los requerimientos en las áreas críticas y regiones desabastecidas del Ecuador"*, (66) el MSP realizó un trabajo conjunto entre las áreas internas de la Planta Central que administran la prestación del servicio, tanto en primer nivel como en las unidades hospitalarias del MSP, conformando un Comité de Elección, que revisa las postulaciones de los profesionales, para posteriormente coordinar con el equipo gestor que se encuentra en las diferentes coordinaciones zonales y definir las plazas que estarían vacantes para los profesionales que se adhieren al Plan.²⁸ *"Los postulantes aplican y se verifica si están dispuestos a ir a las plazas que están indicadas como necesidad institucional, sin hacer diferenciación del país de donde vengan los postulantes"*. (Profesional Gestor – MSP del Ecuador)

En lo relacionado al proceso de reclutamiento y selección se compone de varios pasos consecutivos que inician desde que existe el interés por parte del profesional en acogerse al Plan, el cumplimiento de requisitos del postulante hasta su contratación. El punto de partida para determinar si el postulante puede ingresar al Plan y continuar con los pasos mencionados es que este resida en el exterior o su retorno o ingreso (en el caso de extranjeros) al Ecuador haya sido en un tiempo no mayor a seis meses hasta su contratación. En el caso de no cumplir con esta premisa, el profesional podrá acceder a la modalidad de contratación tradicional.

28. Información tomada de las entrevistas realizadas al personal gestor, en respuesta a las preguntas relacionadas a la ejecución del proceso de selección.

Posteriormente, el equipo del Ministerio de Salud Pública realiza los primeros contactos entre el profesional y la Institución lo que dará inicio a un proceso de evaluación que determina si el candidato es idóneo para la posición y pueda prestar sus servicios en la Red Pública de Salud.

En esta parte del proceso se destaca que la motivación y el interés del profesional por prestar sus servicios en la Red Pública Integral de Salud son vitales, no es fácil para el profesional tomar una decisión que impactará a su futuro y en algunos casos impactará también sobre el futuro de su familia. De esta manera el profesional evalúa los beneficios que oferta el país y si son convenientes tomará la decisión de inscribirse al Plan, enviando su hoja de vida y copia de los títulos que amparen su formación académica. El profesional previamente definirá a que plazas postulará, en base a las opciones asignadas por el MSP, en torno a su perfil. En varias ocasiones, a pesar de encontrarse dentro de su país, no todas las opciones de las plazas vacantes pueden estar ubicadas dentro del lugar de residencia. (MSP del Ecuador, 2014)

La contratación es realizada inicialmente por la modalidad de servicios ocasionales y tiene una duración máxima de 24 meses en concordancia con la Ley Orgánica del Servicio Público según lo estipula en su artículo 58. Por este periodo el profesional empieza a ser parte del servicio público, cumpliendo con todos los derechos y obligaciones para el efecto. (69)

En cuanto a profesionales extranjeros una de las entrevistadas aclara *“Como se había mencionado, aunque inicialmente el Plan estaba dirigido para profesionales ecuatorianos, en la marcha se han sumado profesionales extranjeros que se encuentran prestando sus servicios. En el caso de la contratación a profesionales extranjeros se cumplen las mismas modalidades, y adicionalmente deben cumplir con los trámites de visado y autorización laboral.”* (Profesional Gestor – MSP del Ecuador)

El Ministerio de Salud diseñó, previamente al lanzamiento del Plan, una **estrategia de comunicación** enmarcado en una campaña informativa en la cual resaltaban las ventajas y beneficios que ofrece el gobierno nacional a los profesionales que deseen regresar al país. Para la difusión integral del Plan utilizaron:

- Ruedas de prensa de lanzamiento a nivel local e internacional para dar a conocer el Plan, las mismas las realizaron en las ciudades de Quito, Madrid, Barcelona y Milán lideradas por la Ministra de Salud (81) (82) (83) (84). Adicionalmente el equipo técnico y de comunicación realizó otras visitas para comunicar el Plan en Chile, Cuba, Argentina, Uruguay, Estados Unidos, Venezuela y México. (Profesional Gestor – MSP del Ecuador)
- Las autoridades del MSP, coordinaron con las Embajadas y Consulados del Ecuador, nombrándolos voceros oficiales para informar a los estudiantes y profesionales de la salud sobre el Plan de retorno y ponerlos en contacto con un representante del MSP del Ecuador.
- El MSP así mismo, diseñó material publicitario e informativo como brochures, flyers, video promocional y testimonial de los primeros profesionales que retornaron²⁹, entre otros, para entregar en puntos claves ubicados en las Embajadas, Consulados del Ecuador y oficinas de la Secretaría Nacional del Migrante situadas en el exterior.
- En la Página web del MSP crearon un espacio para el Plan en el cual se establecieron enlaces con las demás instituciones gubernamentales que intervienen en la ejecución del Plan.
- Capacitaciones periódicas a miembros de Embajadas, Consulados en el exterior y personal gestor a nivel nacional, sobre el propósito y ejecución del Plan.

La prensa local e internacional ha realizado varios reportajes de prensa escrita y televisión acerca del Plan “Ecuador Saludable, Voy por Ti”. Los medios de comunicación han seguido el Plan desde sus inicios, el cual fue anunciado por primera vez en uno de los espacios sabatinos de la cadena nacional que utiliza el Estado ecuatoriano para informar al país sobre la gestión gubernamental. Los medios han cubierto además, los lanzamientos realizados en Ecuador, España e Italia que fueron liderados por las autoridades de salud y movilidad humana.

29. Link del video promocional con primeros profesionales que retornaron <http://www.salud.gob.ec/Ecuador-saludable-voy-por-ti/>

Periódicamente los medios han mostrado reportajes de los avances y han entrevistado a los profesionales de la salud beneficiarios del Plan, para conocer su testimonio y experiencia³⁰.

Los beneficios que han sido ofertados abarcan la aplicación de nuevas tablas remunerativas con incrementos salariales, que en promedio, han tenido un incremento del 100% adicional de lo que percibían los profesionales de la salud hasta antes del año 2011, a esto se suman los beneficios de ley que son parte de la Seguridad Social.

Se toman en cuenta otros rubros como el pago del viático por residencia durante dos años y la bonificación geográfica por trabajar en lugares de difícil acceso. A estos componentes se suman otros beneficios que propone el MSP del Ecuador para incentivar el retorno y también beneficios que propone el Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana compilados en la "Guía de Servicios Interinstitucionales" (58). Estos beneficios han tomado en cuenta también el entorno familiar y derechos de los migrantes.

Cabe destacar que no existen diferencias salariales, los profesionales ecuatorianos que ya se encontraban trabajando en Ecuador, son remunerados con la misma tabla salarial y pueden acceder también a la bonificación geográfica. De

30. Se citan algunas notas de prensa :

1. Cerca de 300 médicos se reincorporan al programa "Ecuador saludable vuelvo por ti" - Noticiero televisado Ecuavisa. Link: <http://www.ecuavisa.com/articulo/noticias/actualidad/26444-cerca-de-300-medicos-se-reincorporan-al-programa-Ecuador>
2. Correa califica de exitoso el Plan- Diario El Telégrafo - link: <http://www.telegrafo.com.ec/noticias/informacion-general/item/correa-califica-de-exitoso-el-Plan-retorno-para-medicos.html>
3. Expectativa en Italia por presentación del Plan "Ecuador saludable, Vuelvo por ti" - Cadena Radial Visión; link: http://cadenaradialvision.com/index.php?option=com_content&view=article&id=3749&Itemid=11
4. "Fuga de Cerebros"; Programa informativo televisado Visión 360; canal Ecuavisa; link: <https://www.youtube.com/watch?v=sWADySzimU>
5. Cientos de médicos retornan a Ecuador atraídos por mejoras de calidad de vida e incentivos - Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Sudamérica; link : <http://www.andes.info.ec/es/noticias/cientos-medicos-retornan-Ecuador-atraidos-mejoras-calidad-vida-e-incentivos-gobierno.html>

igual manera pueden acceder a la bonificación de residencia, siempre y cuando también su lugar de residencia cambie de una provincia a otra por necesidades institucionales, según lo manifestado en la Ley Orgánica del Servicio Público. Tanto profesionales extranjeros, ecuatorianos que retornan y profesionales que ya se encontraban trabajando en Ecuador, están sujetos a igualdad de condiciones al momento de ejercer su profesión en las instituciones de salud pública.³¹

Los incentivos remunerativos que se difunden en la página web y se socializan dentro y fuera del Ecuador son los siguientes:

1. Remuneraciones que oscilan desde los \$986 dólares hasta los \$2.967 dólares, dependiendo de la formación académica y experiencia laboral.
2. Un viático por gastos de residencia adicional a la remuneración, que oscila desde los \$595 hasta los \$935 dólares en función de la jerarquía del cargo, por un tiempo máximo de dos años, de conformidad a la ley.
3. Los médicos especialistas que no hayan realizado el año de salud rural, pueden hacerlo durante sus 12 primeros meses de trabajo, percibiendo su remuneración acorde a su perfil profesional.
4. En caso de que el profesional preste sus servicios en áreas de difícil acceso del Ecuador, tendrá derecho a percibir una bonificación geográfica adicional que va del 10% al 20% de la remuneración de conformidad con la ley.
5. Acceso a todos los beneficios de ley tales como: afiliación al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), derecho a los fondos de reserva, 30 días de vacaciones pagadas, décima tercera y décima cuarta remuneración:
 - a. Fondos de Reserva: Beneficio que se otorga al funcionario al cumplir su primer año de trabajo, equivalente a un pago mensual del 8,33% de la remuneración mensual unificada.

31. Información tomada de las entrevistas a actores políticos, gestores y participantes y del Plan de Fortalecimiento de Talento Humano del Ministerio de Salud Pública.

- b. Décima Tercera Remuneración o Bono Navideño: Beneficio equivalente a un salario básico unificado vigente establecido en el Ecuador, pagadero en abril en las regiones Costa y Galápagos, y en el mes de agosto en las regiones Sierra y Amazonía.
 - c. Décima Cuarta Remuneración o Bono Escolar: Beneficio equivalente a un salario básico unificado vigente establecido en el Ecuador, pagadero en abril en las regiones Costa y Galápagos y en el mes de agosto en la región Sierra y Amazonía.
 - d. Convenios en materia de Seguridad Social entre Ecuador y Chile, España, Perú, Países Bajos, Uruguay y Venezuela³²
6. Aplicación de plazas laborales para conyugues: si los dos son profesionales de la salud se otorgan las facilidades para que se puedan ubicar en las mismas unidades de salud o en unidades cercanas dentro del distrito de su residencia.
 7. Becas posgrados: El Ministerio de Salud se encuentra ejecutando un programa de formación masiva para los profesionales de la salud a través de becas. Al momento se otorgan becas para especialidades médicas y enfermería, las mismas que se encuentran abiertas, para que los profesionales que han retornado o se encuentren en el exterior o proceso de retorno puedan aplicar.
 8. Aplicación a cargos directivos: El Ministerio de Salud se encuentra implementando la nueva estructura organizacional para lo cual existe la posibilidad de que los profesionales de la salud que cumplan con el perfil y estén interesados puedan aplicar a cargos como: Gerencias de Hospital, Direcciones Nacionales, Direcciones Distritales, entre otros cargos.
 9. Aplicación a otras unidades de la Red Pública: El Ministerio de Salud contribuye al reclutamiento de los profesionales para la ubicación en otras instituciones de la red pública de salud, donde exista la necesidad acorde al perfil del profesional de la salud.

32. Información obtenida de la página web del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social https://www.iess.gob.ec/es/web/afiliacion-voluntaria/afiliacion-foro/-/message_boards/category/89379

Estos **beneficios no remunerativos** son parte de los Programas Gubernamentales de Retorno que se crearon para los ciudadanos ecuatorianos en general, que voluntariamente decidan retornar. De igual manera aplica para los profesionales de la salud que se hayan inscrito en el “Plan Ecuador Saludable, Voy por Ti”, que deseen acogerse también a estos beneficios. (Profesional Gestor – MSP del Ecuador)

- Traer a Ecuador el menaje de casa, vehículo y equipo de trabajo exento de impuestos.
- Acceso al sistema educativo nacional.
- Programas de capacitación gratuitos para las personas migrantes y sus Familias por medio del servicio Ecuatoriano de Capacitación Profesional – SECAP.
- Bono de la vivienda – MIDUVI para la compra o remodelación de vivienda propia.
- Bolsa de Empleo – Ministerio del Trabajo.
- Afiliación voluntaria – Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS. Se la puede realizar desde el exterior y continuar sus aportaciones en Ecuador.

El programa “Ecuador Saludable, Voy por Ti” es un programa que responde a una política pública macro que incentiva el retorno de los ecuatorianos. Los programas realizados por las instituciones del Estado son complementarios y en su conjunto dan solución a las necesidades no solo del profesional de la salud que retorna, sino para su familia ayudando en: inserción laboral, obtención de empleo, seguridad social, excepción de impuesto para menaje de casa, y capacitación.

Otro de los componentes que aportan al desarrollo del Plan “Ecuador Saludable, Voy por Ti”, es **el registro de títulos extranjeros**, a cargo de la Secretaría de Educación Superior Ciencia, Tecnología e Innovación. En el presente estudio fue entrevistado el Director de Registro y Homologación de Títulos quien informa sobre la articulación de este proceso con el Plan “Ecuador Saludable, Voy por Ti”:

"Por parte de SENESCYT ha sido un tema de cooperación con el Ministerio de Salud Pública para el registro de títulos, (...) El MSP envía la lista de profesionales y SENESCYT da un proceso más ágil... Somos colaboradores en el proceso para su reinserción laboral dentro del país". (...) "En requisitos para registro de títulos SENESCYT, son iguales los requisitos para registro de los títulos, sea ecuatoriano o extranjero el profesional." (Profesional Gestor- Secretaría de Educación Superior Ciencia, Tecnología e Innovación)

En base a la información obtenida mediante la página web de la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación se distingue que existen siete modalidades a las cuales los profesionales de la salud se pueden acoger, según las características de la emisión del título en el extranjero. Las modalidades son:

- a) Por listado: Esta modalidad de reconocimiento se da cuando el título del profesional ha sido otorgado por una universidad extranjera categorizada dentro un listado de "Instituciones de Educación Superior de alto prestigio y calidad internacional"³³, determinado por la SENESCYT.
- b) Títulos expedidos por países con los que el Ecuador tiene convenios internacionales; Esta modalidad es para el reconocimiento de los títulos con los países que mantienen firmados convenios bilaterales con Ecuador. Estos países son: Argentina, Cuba, Chile y Perú. .

33. "Instituciones de educación superior de alto prestigio y calidad internacional.- Condición que evidencia el alto nivel académico de institución de educación superior en virtud de estándares internacionales aceptados que hacen referencia a la calidad observando como criterios fundamentales el número de publicación en revistas indexadas o de alto impacto académico, la cantidad de citas a los trabajos publicados, el número de exalumnos y académicos galardonados con premios internacionales y el volumen de contenidos de tipo académico en internet. Las instituciones de alto prestigio y calidad internacional son reconocidas, entre otros parámetros, por la reputación de sus investigadores y el nivel de su enseñanza, por la generación de ideas innovadoras, por la ubicación laboral de sus graduados, por su producción de investigación básica y aceptada." (21)

- c) A través de un comité: Esta modalidad se aplica cuando los títulos no cumplen con las características de las dos modalidades anteriores. Para este proceso la SENESCYT, analiza los títulos a través de un comité de expertos.
- d) Títulos de especialidades en ciencias de la salud con formación académica en servicios cursados en el extranjero a través de comité interinstitucional: Esta modalidad se aplica cuando el título es emitido por un servicio asistencial. El título es analizado mediante un comité interinstitucional conformado por la SENESCYT y el Ministerio de Salud Pública. (77)
- e) Títulos de Subespecialidades médicas u odontológicas: Para el reconocimiento de estos títulos, la SENESCYT aplica los procedimientos vigentes (detallados anteriormente), acorde a las características de emisión de los títulos. (80)
- f) Títulos Latus Sensu: Esta modalidad abarca el registro de los títulos de especialización médica obtenidos en la República del Brasil en la categoría Latus Sensu. (79)
- g) Reconocimiento de Titulaciones otorgadas por la ex URSS: En esta modalidad la SENESCYT *"reconoce como títulos de cuarto nivel equivalentes a maestrías de profesionalización, los títulos de especialista otorgados durante el período de la antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) y posteriormente de los países resultantes de su disolución, que fueron registrados por la SENESCYT como titulaciones de tercer nivel"*. (78)

En el caso de profesionales de la salud ecuatorianos, no es necesario realizar **trámites migratorios**; sin embargo en el caso de profesionales extranjeros que se encuentren interesados en trabajar en Ecuador se requieren realizar una serie de requisitos como la obtención de una visa especial de trabajo, registro de título y permiso laboral.

Para cumplir con estos requisitos se otorgan las facilidades a los profesionales extranjeros para que puedan realizar sus trámites de visado en los consulados en el exterior, así como enviar los documentos necesarios para el registro de títulos desde el exterior.

Para financiar el “Plan Ecuador Saludable. Voy por Ti”, los actores involucrados en el proceso informaron que la fuente de financiamiento es del gasto corriente del Estado ecuatoriano. Si bien cada Institución Pública es responsable de financiar los programas que oferta para el retorno. El Ministerio de Finanzas es el encargado de transferir los fondos de contratación al Ministerio de Salud, acorde al número de profesionales que se contratan mensualmente.³⁴

4.2.2. Opiniones sobre el programa: “Ecuador Saludable, voy por ti” en Ecuador

De acuerdo a la información proporcionada por la Dirección Nacional de Talento Humano del MSP, el Plan ha vinculado a 1.612 profesionales de la salud hasta agosto del 2015. Se debe resaltar que entre agosto 2014 y agosto del 2015 se han incorporado 744 profesionales de la salud. De estos profesionales 1.385 son profesionales de la medicina y 76 de enfermería.

Del Registro de Profesionales de la Salud realizado por el MSP, se contabilizan 310 enfermeras y 3.504 profesionales de la medicina en el exterior, comparando este valor con el número de retornados se obtiene que el 25% y 39% de enfermeras y médicos han retornado respectivamente.

En lo relacionado a la nacionalidad de los profesionales retornados según la información del MSP, para agosto del 2014 el 88,8 % eran de nacionalidad ecuatoriana, en comparación con el 81,1% en agosto del 2015, lo que significa que el cambio de visión al pasar del Plan “Ecuador Saludable, Vuelvo por Ti” a “Ecuador Saludable, Voy por Ti” ha surtido efecto, sin embargo el Plan sigue enfocándose principalmente en profesionales ecuatorianos. El personal sanitario vinculado de otros países, proviene principalmente de Cuba y Honduras.

34. Información tomada de las entrevistas realizadas a los gestores del Plan.

En cuanto al país de procedencia,³⁵ el 63,4% de profesionales que retornaron provienen de Cuba, lo que hace sentido con el componente de formación del Plan de Fortalecimiento Humano que otorga becas para estudios de postgrado en Cuba. Por otra parte, España y Argentina con 20% en conjunto, ocupan el segundo y tercer lugar.

En cuanto a las razones que motivaron en su momento la salida de Ecuador el 67% de encuestados señalan como razón principal la falta de oferta de formación académica y el 33% la falta de ofertas laborales. Sin embargo, de las enfermeras entrevistadas el 100% indicaron que la causa es la falta de oferta laboral y el 100% de médicos adujeron su migración a razones de formación, esta última información guarda coherencia con la oferta formativa que existía en Ecuador antes del año 2012.

“Migré en el 2006, había pocas plazas de trabajo y muchos profesionales, hubo un llamado para profesiones de la salud para auxiliares y enfermeras. Salimos como 30 enfermeras (...)” (Profesional de Enfermería-nacionalidad ecuatoriana).

“Formación, en Ecuador no existían postgrados. Se suspendieron los postgrados por 4 años y migramos para hacer la especialidad. Escogí Argentina por el idioma y la convalidación de título es rápida para vincularse al postgrado” (Profesional Médico Especialista- nacionalidad ecuatoriana).

Esta información coincide con la información obtenida en las entrevistas realizadas a los gestores del Plan que perciben como razón de migración la falta de oferta laboral y formación. Por otra parte, los actores políticos perciben como razón principal de migración, la crisis económica del año 1998, lo cual no guarda correlación con la información recabada, especialmente porque, de

35. “País de procedencia del profesional” es un término usado por autoridades y gestores del Plan con el cual se refieren al último país en que se encontraba el profesional. Por ejemplo un profesional de nacionalidad cubana que proviene de España previa vinculación en el MSP.

la muestra de participantes entrevistados los médicos migraron entre el año 2007 y 2009.³⁶

Separando la variable “formación de pregrado en Cuba”,³⁷ el 100% de los profesionales realizaron su formación de tercer nivel en Ecuador. Esto nos llevaría a la presunción que casi la totalidad de los profesionales ecuatorianos retornados por medio del Plan obtuvieron su título de pregrado en Ecuador y posteriormente migraron.

En cuanto a las intenciones de una nueva migración o retorno al país de procedencia; el 89% de los entrevistados mostraron intención baja de retorno y el 11% indicaron que existen probabilidades de retornar por factores de adaptación familiar o formación.

Dentro de la investigación de campo también se recopiló información de tres profesionales médicos extranjeros vinculados por el Plan “Ecuador Saludable, Voy por Ti” con el fin de obtener su perfil, todos registraron como las principales razones de migración hacia el Ecuador; la intención de transferir conocimientos. En cuanto al periodo de ingreso al MSP, se registra entre los años 2013 y 2015 y tienen intención de retornar a su país de origen.

Se citan algunas opiniones de los entrevistados extranjeros respecto a su motivación de migración:

“Llegué por una causa ética, es la última fase de mi carrera de médico y debo cumplir con un código moral de transmitir y compartir conocimientos” (Profesional Médico Especialista - nacionalidad suiza).

36. La información registrada de las profesionales de la salud de enfermería no muestran una tendencia significativa que nos haga llegar a concluir un periodo específico de migración.

37. Se deja por fuera la variable “formación de pregrado en Cuba” por cuanto, esta migración de profesionales corresponde a becas otorgadas por convenio entre el Estado cubano y ecuatoriano, una vez cumplido el periodo de estudios el profesional obligatoriamente debe retornar al Ecuador.

“Fui a Ecuador desde España a colaborar con el Ministerio de Sanidad ecuatoriano porque necesitaba especialistas” (Profesional Médico Especialista - nacionalidad española).

“La razón de venir fue económica, llegué como profesor y luego me vinculé al Plan por tema económico” (Profesional Médico Especialista - nacionalidad cubana)

Para terminar se debe mencionar que del total de entrevistados ecuatorianos ninguno conoce el Código de Prácticas Mundial de la OMS sobre Contratación Internacional de Personal de Salud (II). De los extranjeros solo uno dice conocer el documento.

Percepción del proceso de comunicación, vinculación, adjudicación, adaptación y trabajo en las Unidades Operativas de Salud.

Una de las características del Plan “Ecuador Saludable, Voy por Ti” es su coordinación entre varios componentes como son; comunicación, vinculación, remuneración, vínculo familiar, permisos de trabajo y residencia, entre otros. Cada uno de estos agrega valor para que en su conjunto el Plan surta efecto.

Uno de los componentes del Plan es **la comunicación**. Al respecto, del total de profesionales entrevistados, el 33% conoció de la iniciativa por otros colegas, el 25% por socializaciones realizadas por funcionarios de Instituciones del Estado, 17% por referencias familiares y artículos de prensa y televisión correspondientemente, el 8% restante por la página web del MSP. De la información se desprende que el “Boca a Boca” es un factor importante en la comunicación, razón por la cual el factor confianza es un determinante importante.

“Conocí del Plan por medio de una colega que me informó del programa (...).” (Profesional de Enfermería - nacionalidad ecuatoriana).

“Por colegas, fue viral de boca en boca” (Profesional de Enfermería - nacionalidad ecuatoriana).

"Me enteré por la Embajada de Ecuador en Cuba, siempre existe un contacto por créditos de IECE, también del MSP fueron a incentivar sobre el Plan (...), desde allá nos informaron los pasos para regresar" (Profesional Médico Especialista - nacionalidad ecuatoriana).

"Por mi familia que vieron noticias y la sabatina del Presidente" (Profesional de Enfermería - nacionalidad ecuatoriana).

"Conocí del Plan por Internet, las expectativas son de captación de talento extranjero para ayudar al desarrollo educativo de los ecuatorianos" (Profesional Médico Especialista - nacionalidad española).

A la pregunta sobre **motivaciones para inscribirse** al Plan "Ecuador Saludable, Voy por Ti", las principales razones son; vínculo familiar, facilidades de retorno y aportar conocimientos al país, todas con un 25%. El restante porcentaje se divide en; deseo de retorno, estabilidad laboral y cambios en el sector salud. Cabe resaltar que del grupo de enfermeras entrevistadas el 100% considera como principal causa de retorno el vínculo familiar.

Por otra parte del total de entrevistados; el 75% logró conciliar su situación familiar al tomar la decisión de retorno y el 25% restante no ha logrado solventar su situación familiar.

"Cuando migré en el 2008 me fui solo, en 2010 mi esposa viajó para Argentina. En 2009 por el desarraigo y lejanía decidimos que a pesar de cosas que se den estaríamos juntos. Los apoyos allá fueron los amigos, que son como familia y apoyaron en la lejanía (...) por esto la decisión de retorno no fue difícil de tomarla" (Profesional Médico Especialista - nacionalidad ecuatoriana).

"Mi esposa es oncóloga y también se vinculó al Plan, fue una decisión familiar y las condiciones para tener un trabajo estable son más fáciles que en Uruguay" (Profesional Médico Especialista - nacionalidad ecuatoriana).

"Mi esposa conocía que al terminar mis estudios en Estados Unidos quería retornar al Ecuador. Fue importante el apoyo de mis padres que nos ayudaron" (Profesional Médico Especialista - nacionalidad ecuatoriana).

"Concilié la situación familiar incluyendo a mi esposa también en el Plan, pero no lo conseguí porque a mi esposa le habían prometido un trabajo que luego no existía y ella se regresó a España a los 15 días de haber llegado a Ecuador" (Profesional Médico Especialista- nacionalidad española).

"Mi esposa todavía está en Italia, pero con mis tres hijas regresamos. El viene dos veces al año" (Profesional de Enfermería - nacionalidad ecuatoriana).

En cuanto a expectativas de retorno, existe diferente apreciación entre médicos y enfermeras. El 50% de enfermeras destacan como principal expectativa la estabilidad económica, seguido por estabilidad laboral y cumplimiento de ofertas del Plan. En cuanto a médicos; el 31% destaca estabilidad laboral, seguida por cumplimiento de ofertas del Plan en 23%, el restante porcentaje se divide en formar un servicio hospitalario, estabilidad económica, transferencia de conocimientos, aprender cosas nuevas y lugar de trabajo adecuado. Con esta información se puede vislumbrar la importancia del cumplimiento de las ofertas anunciadas por el Plan al ser esta una variable latente en enfermeras y médicos.

Cabe resaltar que de los entrevistados una persona respondió no haber cumplido sus expectativas, por lo cual renunció. En lo principal aduce su renuncia a trabas burocráticas en registro de títulos, falta de organización en la inserción laboral, falta de ayudas a cuestiones como vivienda, abrir una cuenta bancaria, transporte. El perfil de este profesional es médico extranjero de nacionalidad española. Así mismo se aclara que los restantes profesionales extranjeros calificaron como buenos los procedimientos para obtención de permisos laborales y de residencia.

"Todo lo que leí sobre el Plan y la información ofrecida al contactarme por mail se han cumplido. En cuanto a remuneración se compensó porque allá tenía que pagar alquiler y otros servicios, pero con lo que gano acá se compensa" (Profesional de Enfermería - nacionalidad ecuatoriana).

"Si, se cumplieron las expectativas, he aprendido cosas nuevas, que en Cuba no las vemos. Por ejemplo; picaduras porque en Cuba no hay serpientes" (Profesional Médico - nacionalidad ecuatoriana).

"Mi expectativa al venir a Ecuador es cumplir con el objetivo de subir la calidad de la atención, mejorar la técnica quirúrgica y se han cumplido, sin embargo existe el temor de que si me voy esto no continuaría" (Profesional Médico - nacionalidad suiza).

"No se cumplieron las expectativas, por trabas burocráticas que dificultaba la legalización (títulos universitarios, demoras excesivas, etc.) por parte de las autoridades ecuatorianas, falta de ayudas a cuestiones básicas de la vida diaria como la vivienda, dificultades para abrir una cuenta bancaria, problemas con el transporte, inseguridad (...)" (Profesional Médico - nacionalidad española).

En lo relacionado al proceso de **adjudicación de plazas** se solicitó a los profesionales valorar el proceso, obteniendo los siguientes resultados; el 50% otorga una valoración de bueno y el restante medio y bajo con 25% respectivamente. Cabe destacar que de estos porcentajes, el 100% de enfermeras respondieron como bueno y el 100% de extranjeros como bajo.

Por otra parte el 100% de los entrevistados considera que no existe diferencia entre las plazas asignadas a profesionales ecuatorianos y extranjeros.

"El proceso para adquirir la plaza laboral es un proceso organizado, efectivo que lo realicé desde España hasta poder retornar. Me presenté en Barcelona cuando fueron personas a buscar profesionales que deseaban regresar" (Profesional de Enfermería- nacionalidad ecuatoriana).

"Nos pusimos en contacto con el MSP, intercambiamos información por mail, me preguntaron donde quiero ir, coordinaron con el Hospital y se formalizó. Fue rápido porque todo fue estando allá (Argentina)" (Profesional Médico- nacionalidad ecuatoriana).

"Fue un poco lenta, el registro de título, el test psicométrico y la inducción en el hospital toman tiempo y luego se espera, en total se demoró tres meses." (Profesional Médico- nacionalidad cubana).

Al realizar tres preguntas relacionadas con la **satisfacción y continuidad** de los participantes del Plan, la información muestra que el 83% se encuentra satisfecho con su plaza laboral y el 17% tiene pensado un cambio de plaza laboral. Sin embargo, el 42% tiene la expectativa de seguir un nuevo proceso de formación. Esta información es relevante, por cuanto, muestra la necesidad de ajustar la oferta académica, caso contrario pueden darse nuevos procesos migratorios.

Otro hallazgo importante es **la adaptación e integración de los profesionales** a su puesto de trabajo, al respecto la información muestra que; el 50% de los entrevistados no registró dificultades en su adaptación al puesto de trabajo, el 42% paso por dificultades que fueron iniciales y el 8% restante tiene dificultades permanentes. Contrarrestando la información con las respuestas de los gestores, el 100% de estos registraron que en la adaptación existen problemas iniciales que son superados.

"Han existido problemas y también aciertos. La actitud es distinta a la del país de donde vengo (España). Pero al final trabajamos en equipo por el bien del paciente" (Profesional de Enfermería- nacionalidad ecuatoriana).

"Actualmente la relación es excelente, al inicio estaban muy reacios los médicos antiguos, me detestaban, después de 3 meses se superó" (Profesional Médico- nacionalidad suiza).

"Al inicio la gente más vieja pone restricciones, quizás por un mes pero luego existe total integración" (Profesional de Medicina- nacionalidad cubana).

"Con aquellos profesionales que generalmente existen complicaciones son los españoles que no se adaptan al sistema, por modelos de gestión de hospitales, de provisión de medicamentos. Casi todos los problemas se han resuelto uno por uno" (Gestora del Programa- nivel nacional).

En cuanto a percepción de los profesionales con su **entorno laboral**, el 67% lo considera satisfactorio, 25% medianamente satisfactorio y el restante 8% poco satisfactorio. Cabe señalar que no existe evidencia para determinar diferenciación entre la percepción de médicos y enfermeras.

En este aspecto es importante señalar que los profesionales de la salud en un 58% señalaron que perciben diferencia entre las prácticas realizadas en el exterior y las de Ecuador, el resto de profesionales indicaron que no perciben diferencia de prácticas. Sin embargo, de las entrevistas realizadas no se determina una tendencia sobre diferencia en una práctica específica.

“Si en cuanto a equipo tecnológico, allá en España no falta nada, en cuanto insumos acá debemos improvisar” (Profesional Médico-nacionalidad ecuatoriana).

“Antes cada quien hacía lo que no debía hacer. Ahora con la llegada de especialistas hay equipos interdisciplinarios donde todos nos complementamos,” (Profesional Médico- nacionalidad ecuatoriana).

“Sí existe diferencia, en la escasa aplicación de la evidencia científica en Ecuador con exceso de gasto evitable en sobre diagnóstico y sobre tratamiento” (Profesional Médico- nacionalidad española).

Otro factor importante en la atracción de personal es el nivel de remuneración, al respecto el 44% de los profesionales médicos perciben la remuneración como competitiva. Por otra parte, 100% de las profesionales de enfermería entrevistadas consideran el nivel remunerativo competitivo.

Ante la percepción sobre los **logros del Plan**, se obtuvieron las siguientes perspectivas:

- Los tres grupos de entrevistados (actor político, gestor y participante) indicaron como logros: la mejora en servicios de salud, retorno de los profesionales de la salud y, vínculo familiar.
- El intercambio y transferencia de conocimientos, se considera un logro por parte de los participantes y gestores.
- Los actores políticos y gestores resaltaron la importancia del cierre de brechas de talento humano como un logro del Plan.
- Los participantes consideran un logro la confianza en el cumplimiento de lo ofrecido a través de Plan referente a remuneración, estabilidad

y facilidades de retorno, sin embargo este factor no fue nombrado por los actores políticos y gestores.

En cuanto a las **oportunidades de mejora** sugeridas por gestores, participantes y actores políticos no existe una tendencia común. Sin embargo, se destaca:

- Las respuestas de los actores políticos se concentraron en: el 33,33% mayor difusión en el exterior, 33,33% incrementar la remuneración de los profesionales y otro 33,33% en otorgar estabilidad laboral.
- El 40% de respuestas de los gestores consideran una oportunidad de mejora, la mayor asignación de recursos económicos para contratación.
- El 11% de respuestas de participantes del Plan se indicaron como oportunidad de mejora la difusión en el exterior

4.2.3. Conclusiones preliminares del Programa “Ecuador Saludable, Voy por ti” en Ecuador

Para analizar la información recopilada se examinó la experiencia del “Plan Ecuador Saludable, Voy por Ti” desde la perspectiva de las categorías preestablecidas en el apartado de metodología de este documento.

En base a las categorías que se van describiendo a continuación se puede identificar un conjunto de variables para determinar si el Plan fue efectivo, viable y pertinente:

Atracción y retención de capital humano en zonas con déficit de recurso.- Política de incentivos o programa para retener o atraer a profesionales de la salud a trabajar en zonas remotas o de difícil acceso

El Plan “Ecuador Saludable, Voy por Ti” cuenta con una política de incentivos para retener o atraer profesionales de la salud a trabajar en zonas remotas, sin embargo esta política no es exclusiva del Plan, sino es parte de una estrategia general de Recursos Humanos. El “bono geográfico” es uno de aquellos incentivos. Además se sigue manteniendo el servicio social obligatorio.

Factor Económico.- Política de incentivos para atraer o retener a profesionales de la salud extranjeros para cubrir un déficit de estos profesionales:

Aunque el plan dirige la mayoría de sus esfuerzos en atraer a los profesionales ecuatorianos que se encuentran dispersos en el extranjero, con el fin de dotar las zonas necesitadas de atención en salud, se evidenció también, en este estudio, que el “Plan Ecuador Saludable, Voy por Ti” al cambiar su nombre anterior (“Ecuador Saludable, Vuelvo Por Ti”) , viabiliza la contratación de profesionales extranjeros, y además realiza acciones de coordinación con los organismos gubernamentales ecuatorianos para que se presten facilidades a estos profesionales en la realización de trámites administrativos que permitan su vinculación en Ecuador, siempre y cuando cumplan los requisitos estipulados en la legislación ecuatoriana. Las demás condiciones de incentivos monetarios y no monetarios son las mismas para profesionales nacionales y extranjeros. Paralelamente a esta iniciativa el estado ecuatoriano mantiene convenios firmados con el Ministerio de Salud Pública de Cuba para dotar, de manera temporal, con profesionales de la salud cubanos, a ciertas unidades asistenciales donde el estado no disponga del recurso humano ecuatoriano.

Promoción de la formación en general e integración de diversos saberes, sobre todo para miembros de comunidades minoritarias.- Iniciativa educativa que se haya propuesto formar a agentes que hacen parte de comunidades rurales, incentivando tanto su permanencia allá, como la posibilidad de fortalecer dichas comunidades:

Según la información recabada dentro de los procesos formativos de Talento Humano, Ecuador cuenta, desde el año 2013, con un programa de formación para agentes promotores de salud, dentro del cual uno de los requisitos es ser originario de las comunidades rurales que serán atendidas por los programas de salud familiar y comunitaria con el fin de fortalecer el primer nivel de atención a través de programas orientados a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. La carrera se denomina Técnicos de Atención Primaria en Salud, cuya duración es de dos años.

Organismos Internacionales.- Política o convenio entre algunos países de Iberoamérica para intercambiar o incentivar la migración circular entre profesionales de la salud:

En cuanto a convenios relacionados a intercambiar o incentivar la migración circular se encuentran: los convenios para el Registro de Títulos entre Ecuador, Cuba, Chile y Perú y, convenios en materia de Seguridad Social entre Ecuador con Chile, España, Perú, Países Bajos, Uruguay y Venezuela, administrados por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social - IESS. Sobre estos últimos, la información de estos convenios está publicada en la página de la seguridad social, sin embargo las autoridades, personal gestor y beneficiarios del Plan no los mencionaron en la investigación.

Apoyo a la gestión de flujos desde el nivel institucional.- a) Política para facilitar el retorno de profesionales sanitarios a su país de origen. b) Política o iniciativa institucional que fomente o gestione la colaboración de los profesionales migrados desde los países en los que están desarrollando su labor profesional

La variable "política para facilitar el retorno de profesionales sanitarios a su país de origen" se encuentra evidenciada en el Plan "Ecuador Saludable, Voy Por Ti", cuya razón principal es el retorno de profesionales de la salud ecuatorianos, en especial médicos especialistas y sub especialistas, que estén interesados en trabajar en su país de origen, Ecuador.

En cuanto a una "política o iniciativa institucional que fomente o gestione la colaboración de los profesionales migrados desde los países en los que están desarrollando su labor profesional" no fue evidenciada en la revisión documental y tampoco en las entrevistas realizadas al grupo de estudio, quienes manifestaron que esta política no es aplicada con el personal extranjero contratado en Ecuador y tampoco en relación a las vacantes que dejan los profesionales ecuatorianos en los países donde migraron.

“Visión económica vs. visión ética”.- Política, código, plan, etc. que obligue a las agencias privadas de reclutamiento a cumplir requisitos éticos de contratación:

No se pudo evidenciar esta variable en este estudio.

Las conclusiones y recomendaciones. Acorde al objetivo del estudio se ha realizado un análisis detallado del contexto, componentes, resultados, percepciones de los participantes y variables respecto al Plan “Ecuador Saludable, Voy por Ti”, obtenida desde la revisión documental y entrevistas realizadas; lo que nos permite **concluir** lo siguiente:

- La eficacia del programa en estudio se demuestra con la vinculación de 1.612 profesionales de la salud, en el periodo comprendido entre mayo del 2012 hasta septiembre 2015, cumpliendo el objetivo del Plan que es: *“lograr el retorno de los profesionales de la salud ecuatorianos que se encuentran en el exterior para fortalecer el sistema público de salud”* (15). Adicionalmente el Plan ha permitido desarrollar políticas públicas en salud, actualización de normativa, logrando solucionar obstáculos como lo son; el registro de títulos extranjeros, adaptación de profesionales retornados, competitividad remunerativa a través del viático de residencia y cumplir las expectativas de los profesionales vinculados en su mayoría.
- De acuerdo a la investigación realizada la “mejoría en servicios de salud” es uno de los logros obtenidos por el plan, así lo consideran el 28% de participantes, 21% de gestores y 25% de actores políticos entrevistados.
- El “retorno de profesionales ecuatorianos” es considerado un logro del Plan, por el 22% de participantes, 14% de gestores y 25% de actores políticos.
- Por otra parte las entrevistas realizadas determinan que el 11% de participantes del Plan, 14% de gestores y 13% de actores políticos consideran que el mejoramiento del “vínculo familiar” es un logro del Plan.
- La pertinencia en la creación del Plan se puede observar en el componente “Registro de Profesionales Ecuatorianos en el Exterior”, el mismo

que documenta la existencia de 4.590 profesionales ecuatorianos en el exterior, a corte enero del 2014, interesados en conocer el objetivo del Plan y los requisitos de vinculación; ya que han identificado por medio del Plan una oportunidad para retornar al Ecuador y de la cual, como se manifestó anteriormente, 1612 profesionales han tomado esta opción. Adicionalmente es pertinente porque responde a la necesidad de las instituciones de salud pública de implementar mecanismos que aporten al cierre de brechas, incorporando, en sus unidades asistenciales, a profesionales de la salud debidamente formados y habilitados para aportar con sus conocimientos y experiencia.

- La viabilidad del Plan está dada por: decisión política, fortalecimiento de la salud pública y movilidad humana y, desarrollo del Plan de Fortalecimiento de Talento Humano en Salud, factores que en su conjunto permiten el diseño e implementación del Plan “Ecuador Saludable, Voy por Ti”.
- En lo relacionado a decisión política el Plan nace de una disposición de la Presidencia de la República, que le permite contar con el apoyo necesario para generar y reformar normativas, disponer de recursos y apoyo de organismos nacionales e internacionales.
- En cuanto a movilidad humana los cambios parten también de la Constitución de la República e implementación de acciones como el Plan “Nacional de Desarrollo Humano para las Migraciones” que generaron el marco para la ejecución de programas por parte de otras Instituciones que incentivan el retorno de ecuatorianos a través de apoyo en menaje de casa, capacitación, seguridad social, y oportunidades laborales – educativas, estos componentes se engranan al Plan “Ecuador Saludable, Voy por Ti”
- Los cambios en la Salud Pública en Ecuador se han dado principalmente desde las reformas en la Constitución de la República, junto a la creación y modificaciones en otros cuerpos legales como; El Plan Nacional de Desarrollo, Planes Nacionales del Buen Vivir, Modelo de Atención Integral en Salud, Reforma Democrática del Estado y otros. Este fortalecimiento se evidencia en la inversión en salud pública que para el año 2014 fue de 2.450 millones de dólares, lo que ha permitido pasar de 16 millones de prestaciones en el 2006 a más de 42 millones en el año 2014.

- El Plan investigado es parte de una estrategia macro que es el Plan de “Fortalecimiento de Talento Humano en el Sector Salud” dirigida por el Ministerio de Salud Pública en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional, esta estrategia dota de los componentes necesarios para el éxito del Plan de retorno, como son; planificación de talento humano, incremento remunerativo, ampliación de oferta académica financiada por el Estado y estabilidad laboral. Estas acciones en su conjunto coadyuvan para la eficacia del Plan.
- El dialogo internacional incide como parte de los elementos que permitieron la consecución del Plan. Se destaca el apoyo y colaboración de los Ministerios de Salud Pública de algunos países receptores como Chile, España y Cuba, justamente donde se encuentran identificados la mayor cantidad de profesionales de Salud ecuatorianos. Adicionalmente los aportes de los organismos internacionales como la OMS/DPS; ORAS-CONHU, MPDC, entre los principales, que han permitido la caracterización técnica del fenómeno migratorio, la reflexión y un llamado a la acción para la recuperación del talento humano.

En cuanto a **recomendaciones** producto de la investigación se pueden mencionar las siguientes:

- Se debe continuar con investigaciones y debates en ámbitos nacionales e internacional sobre temas relacionados a la migración de profesionales de la salud en Iberoamérica, tomando en cuenta que la existencia de anteriores investigaciones y el apoyo de Organismos e Iniciativas Internacionales fueron la base conceptual para la creación del Plan “Ecuador Saludable, Voy por Ti”.
- De la investigación realizada se determina que existe un desconocimiento del Código de Prácticas Mundial de la OMS sobre Contratación Internacional de Personal de Salud, se recomienda incrementar los esfuerzos para su difusión.
- Los sistemas de salud de origen deberían desarrollar iniciativas de mantenimiento del contacto con sus profesionales migrados, explicando la evolución de su sistema de salud y nuevas oportunidades para el ejercicio profesional. Para este propósito, los Ministerios de Salud deberían

contar con un Registro de Profesionales que permita la caracterización y localización de sus profesionales en el exterior, haciendo atractiva la incorporación a los registros de dichos profesionales.

- Sería recomendable que el Ministerio de Salud Pública del Ecuador mantenga el Plan como una fuente permanente de reclutamiento, tomando en cuenta la distribución adecuada del personal en áreas urbanas y rurales, alineadas a las acciones que ha venido realizando en función de la planificación de talento humano y cierre de brechas. Sobre todo para dotar a los servicios en los cuales no se cuente con el personal formado en áreas específicas y no haya sido cubierto con profesionales que se encuentren dentro del país.
- El 33% de actores políticos y el 11% de participantes del programa consideran necesaria “mayor difusión del Plan en el exterior”, por lo cual el MSP debería analizar la necesidad de enviar representantes del Plan a visitar, nuevamente, países donde se ha detectado la concentración de profesionales de la salud ecuatorianos, tomando en cuenta que el 25% de participantes mencionaron que llegaron a conocer acerca del Plan por socialización de autoridades en el exterior.
- En cuanto al proceso de planificación, selección e inducción los gestores del Plan distinguen como oportunidad de mejora realizar acciones para que exista: mayor planificación de contratación versus necesidad institucional, mayor evaluación de profesionales previa contratación y mejorar el proceso de inducción.
- De la investigación realizada el 40% de gestores y 11% de actores políticos mencionan como oportunidad de mejora “mayor asignación de recursos económicos”, por lo cual, el MSP debería explorar a detalle si este factor se relaciona a la agilidad en transferencia de recursos económicos al estar el Plan manejado por la Planta Central del MSP o la existencia de personal sanitario con intenciones de retornar a la espera de asignación de recursos para su contratación.

Algunas **Lecciones Aprendidas** Mediante la participación de actores políticos, gestores y participantes del Plan “Ecuador Saludable, Voy por Ti”, a través de las entrevistas realizadas y análisis documental bibliográfico, se pueden obtener

algunos aprendizajes de la experiencia en torno al Plan estudiado, desde un punto de vista metodológico para nuevas investigaciones y desde la perspectiva de una solución a la migración de profesionales de la salud.

- La dispersión y la distancia geográfica no fueron obstáculos para conseguir el apoyo y colaboración de los diferentes actores, tanto políticos como gestores de las diferentes instituciones, quienes mostraron apertura para realizar las entrevistas de manera presencial, en su mayoría. Fue enriquecedor conocer la secuencia lógica del procedimiento desde la emisión de las políticas del Plan y su ejecución plasmada a partir del contacto inicial con los profesionales de la salud en el exterior hasta su vinculación en la unidad asistencial asignada.
- Los beneficiarios del Plan aportaron activamente con el relato de la experiencia vivida en las diferentes etapas del proceso, desde las motivaciones que impulsaron su salida del país, la vivencia en el extranjero, y cuáles fueron los factores que determinaron su retorno a Ecuador. De este último se destaca que los tres principales factores que influyeron en su retorno fueron: aportar con conocimientos al país, vínculo familiar y facilidades de retorno.
- Si bien el Plan "Ecuador Saludable, Voy por Ti" se puede considerar como una experiencia de éxito en la Región de Iberoamérica, los países interesados en aplicar estrategias similares deben tomar en cuenta que el éxito de éste depende de muchos factores coyunturales como; la alta tasa de migración en Ecuador, decisión y apoyo político, reforma del Estado, alta inversión en salud, mejoramiento de infraestructura sanitaria, cambios en política de movilidad humana, aspectos que en su conjunto determinaron el éxito de la iniciativa.
- Como parte del aprendizaje que deja este proceso, se puede evidenciar que ante la escasez de profesionales de la salud, no necesariamente se debe apostar a la implementación de una sola estrategia para dotar de talento humano a los servicios, sino que un cúmulo de estrategias logran captar el recurso humano que se encuentra disperso y que puede ser aprovechado para el fortalecimiento de la salud pública de un país. Esto traducido en cifras se puede observar como después de

aplicar distintas estrategias como incrementos salariales, incentivos de ubicación geográfica, financiar procesos de formación académica, crear planes que ofertan estabilidad laboral, e incentiven el retorno de profesionales en el exterior; el Estado ecuatoriano logró contratar más de 20.000 profesionales de la salud desde el año 2008 al 2013³⁸. Además se esperaba que con esta y las demás estrategias de dotación de talento humano, tanto en áreas urbanas como remotas se logre una mejor distribución de la fuerza laboral de profesionales de la salud en el territorio ecuatoriano.

- La articulación intersectorial entre instituciones del gobierno ecuatoriano hizo posible la ejecución de este Plan y la convirtió en una política de estado.
- La cooperación internacional jugó un papel importante desde los inicios del Plan con la caracterización de la problemática y el llamado a las autoridades de incorporar en sus agendas políticas una solución a la “fuga de cerebros” y tratar a la migración de los profesionales de la salud como una política de Estado.
- La cooperación internacional, fue sin lugar a dudas, puntales que facilitaron las campañas de difusión y reclutamiento de los profesionales de la salud en el exterior. La colaboración de los Ministerios de Salud de España, Chile y Cuba le dieron fuerza a la propuesta que el Gobierno de Ecuador ofertaba.
- La inversión realizada en el sector salud contribuyó a generar una fuente de atractivos para los profesionales que debían tomar la decisión de retornar, esto además de contar con un Modelo de Atención Integral en Salud, que pasó del papel a la práctica.
- La difusión realizada de manera directa e indirecta por los distintos medios de comunicación como radio, prensa escrita, televisión, páginas web, socializaciones directas al público objetivo y sobre todo el boca a boca, lograron que el Plan sea conocido por miles de profesionales de la salud alrededor del mundo.

38. Ver Gráfico No. 6: “Personal vinculado al Ministerio de Salud 2008 – 2013”

- No fue fácil para los profesionales entrevistados tomar la decisión de retornar, sin embargo las condiciones antes descritas, generaron expectativas sobre su retorno a Ecuador y las ofertas que hacía el Plan, las cuales, según la mayoría de ellos manifestaron en las entrevistas que estas fueron cumplidas.
- Es interesante observar como desde el punto de vista de los profesionales participantes en el Plan y los actores políticos difieren las concepciones de los motivos de salida de los profesionales al exterior. En el caso de los actores políticos perciben que la migración de los profesionales de la salud tuvo lugar por la crisis bancaria del año 1998. Sin embargo para los profesionales médicos su motivo de migrar radica en la búsqueda de oportunidades de formación que no encontraban en su país. Para el caso del personal de enfermería la motivación de migrar fue por encontrar en el exterior oportunidades laborales y económicas.

4.3. EL CASO DE ESPAÑA

Se trata del análisis del programa de formación MIR que se desarrolla en España en su apartado dirigido a profesionales extranjeros que desean realizar su periodo de especialización en este país. El programa de formación MIR de España, entendido como promotor de la migración circular cualificada en profesionales de la salud puede aportar luces sobre logros y desafíos obtenidos a lo largo de estos años de trabajo en materia de gestión internacional de RHS dentro del área objeto de Iberoamérica.

4.3.1. El Contexto

El programa de Formación Sanitaria Especializada en España

En España la formación de especialistas médicos se desarrolla en hospitales o centros de salud acreditados para impartir formación especializada y suele tener una duración de 2 a 5 años. Para el acceso a la Formación Sanitaria Especializada (FSE), los médicos deben realizar una prueba nacional única, un

examen estatal en el que son examinados sobre las asignaturas de los seis años de los estudios de pregrado.

La nota obtenida en esta prueba única, según la fórmula vigente para cada año, permite clasificar en orden decreciente de puntuación a todos los presentados para poder así realizar una elección ordenada de las plazas ofertadas de formación sanitaria especializada según el mérito académico de cada profesional. Los que obtienen las puntuaciones más altas tienen prioridad para escoger plaza, tanto la especialidad como el hospital³⁹

Además del número de orden obtenido en la prueba, es necesario lograr una nota superior a la nota de corte fijada por las directivas del sistema de FSE. Desde 2013 solo superan la prueba y obtienen número de orden, los aspirantes cuya valoración particular del examen es igual o superior al 35% de la media de los diez mejores examinados. El resto de los médicos que obtienen una nota inferior son eliminados del proceso de adjudicación de plazas: Orden SSI/1695/2013, de 12 de septiembre, Orden SSI/1674/2014, de 10 de septiembre y Orden SSI/1892/2015, de 10 de septiembre.

Los médicos de nacionalidades diferentes a la española y/o que no realizaron sus estudios de pregrado en España pueden solicitar plaza en el programa de FSE, siempre que tengan el título de médico homologado. Sin embargo el acceso a las plazas no es igual para todos los nacionales de otros países diferentes de España o del espacio comunitario europeo. Los nacionales de países extra-comunitarios solamente pueden acceder a un número limitado de plazas. En la convocatoria de pruebas selectivas 2015 para el acceso a plazas de Formación Sanitaria Especializada en el año 2016, la situación administrativa de las diferentes nacionalidades y las condiciones particulares para adquirir una plaza se resumen a continuación: Orden SSI/1892/2015, de 10 de septiembre⁴⁰

39. Ministerio de Sanidad, Seguridad Social e Igualdad: <http://sis.msssi.es/fse/Default.aspx?MenuId=0E-00>

40. Según esquema de www.curso-mir.com

- Los nacionales de países de la UE o que formen parte del Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo, los ciudadanos de Suiza y del Principado de Andorra pueden acceder a las plazas en las mismas condiciones que los nacionales españoles. En los listados del Ministerio aparecen con las siglas de su nacionalidad y con su situación en blanco, como los españoles.
- SITUACIÓN 1. Los nacionales extracomunitarios cónyuges o parejas con unión análoga a la conyugal, o hijos y dependientes de los ciudadanos comunitarios pueden acceder a las plazas en las mismas condiciones que los nacionales españoles. En los listados del Ministerio aparecen con las siglas de su nacionalidad y con situación 1.
- SITUACIÓN 2. Los nacionales extracomunitarios que residen en España con permiso definitivo por trabajo u otras circunstancias que no sean permiso por estudios, pueden acceder a las plazas en las mismas condiciones que los nacionales españoles. En los listados del Ministerio aparecen con las siglas de su nacionalidad y con situación 2.
- SITUACIÓN 3. Los nacionales extracomunitarios que residen en España con permiso temporal por trabajo u otras circunstancias que no sean permiso por estudios, pueden acceder a las plazas en las mismas condiciones que los nacionales españoles. En los listados del Ministerio aparecen con las siglas de su nacionalidad y con situación 3.
- SITUACIÓN 4. Los nacionales extracomunitarios que están en España con autorización de estancia por estudios, compiten por un número limitado de plazas (cupos extracomunitarios). En los listados del Ministerio aparecen con las siglas de su nacionalidad y con situación 4.
- SITUACIÓN 5. Los nacionales extracomunitarios que no residen en España y habiéndose inscrito en las pruebas vienen a examinarse generalmente con visa de turista, compiten por un número limitado de plazas. En los listados del Ministerio salen con las siglas de su nacionalidad y con situación 5.

Evolución normativa sobre la participación de profesionales extracomunitarios en el programa de Formación Sanitaria Especializada (FSE) en España

Haciendo una revisión de la **Normativa en la 2ª mitad del siglo XX**, vemos que la participación de extranjeros en los diversos programas de Formación Sanitaria Especializada en España, si bien fue muy reducida antes de la primera década del siglo XXI, estaba contemplada de manera muy general en el Real Decreto 127/1984, el cual reguló por primera vez en España la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista. Con este decreto se le dio rango normativo suficiente al sistema de residencia unificado que venía operando desde 1978.

En el punto 2 de este Real Decreto 127/1984 se menciona a los Convenios y Tratados internacionales como factor influyente en el número de plazas ofertadas anualmente, pero no se menciona concretamente qué extranjeros y en qué condiciones pueden presentar la prueba de acceso a la formación sanitaria especializada.

Dos aspectos llaman la atención en el punto 6 del mismo Real Decreto 127/1984; por un lado el “no reconocimiento” del título de Especialista obtenido en España y por otra parte la “no remuneración” del profesional extranjero, y la consecuente exigencia de una financiación privada. Se daba oportunidad de acceso a los estudios de especialidad en España a los extranjeros, aunque era necesario un alto poder adquisitivo o acceso a alguna beca alternativa. Dado que sus títulos de Especialista no eran reconocidos automáticamente en España, los profesionales por lo general regresaban a su país de origen una vez terminada la formación; constituyendo una clara expresión de gestión de flujos profesionales de carácter circular no explicitada formalmente.

Posteriormente se establecieron unas directrices más concretas sobre las normas de acceso al programa de FSE por parte de los profesionales extranjeros extracomunitarios a través de la prueba unificada en la Orden de 27 de junio de 1989, la cual establece las normas reguladoras de las pruebas selectivas para el acceso a plazas de formación sanitaria especializada.

En el número 7, punto 2 se dice: *"Cuando así se establezca en la Orden correspondiente, podrán también concurrir a la prueba [de acceso a la FSE] aquellos súbditos extranjeros, nacionales de países no miembros de la Comunidad Económica Europea, siempre que exista Convenio de cooperación cultural entre España y el país de origen. Que estén en posesión del correspondiente título de licenciado español o extranjero debidamente homologado por el Ministerio de Educación y Ciencia. La Comisión Interministerial señalará en la oferta el número de plazas que podrá adjudicarse a los aspirantes de este grupo que hayan obtenido en la prueba selectiva puntuación total individual suficiente para solicitar la asignación sin que dicho número pueda exceder del 5 por 100 del total de las convocadas en el sector público."*

Paralelamente siguió existiendo el acceso alternativo a plazas docentes acreditadas, que no habían sido dotadas económicamente por criterios de planificación o limitaciones presupuestarias a las que hace referencia el Real Decreto 127/1984. Con el fin de regular mejor esta forma de acceso a la FSE se dicta la Orden de 24 de julio de 1992. Se deduce de esta norma legal que en aquel momento había una mayor demanda de plazas por parte de extranjeros que las plazas ofertadas. La orden establece que *"dicha previsión reglamentaria posibilita la formación en España de los Médicos y Farmacéuticos extranjeros, [...], pudiendo atender así a la demanda de plazas de formación por parte de ciudadanos de países hispanoamericanos y de otros países con los que España tradicionalmente ha mantenido estrechas relaciones de tipo cultural."*

En esa fase se amplía la posibilidad de acceso con la fórmula ambigua *"...países con los que España tradicionalmente ha mantenido estrechas relaciones de tipo cultural."* Que sustituye a la necesidad previa de contar con acuerdos bilaterales firmados ente países que establecía la norma de 1984. La apertura de la formación especializada a profesionales extracomunitarios se enmarca en un proceso de cooperación internacional de gestión de migración circular no regulada

Esta Orden de 24 de julio de 1992 confirma el impedimento de reconocer el título de especialista en España, aun en caso de adquirir la nacionalidad española, por no haberse superado el procedimiento general de selección, es decir, la prueba

selectiva de acceso a la FSE que los aspirantes españoles y extranjeros realizan para obtener plazas de formación conducentes a títulos con validez profesional en España. *"(...) Los títulos así obtenidos, y concedidos para tales fines, no pueden tener validez profesional en España, según se establece en los citados Reales Decretos puesto que los interesados acceden a la formación por el procedimiento específico que se regula en esta Orden sin someterse al procedimiento general de selección y, por tanto, sin tener que superar las pruebas selectivas que los aspirantes españoles y extranjeros han de realizar para obtener plazas de formación conducentes a títulos con validez profesional en España".*

De cualquier manera lo dispuesto en esta Orden de 24 de julio de 1992 no va en perjuicio de lo establecido en el número séptimo, punto dos de la Orden de 27 de junio de 1989, con lo cual se deduce que las dos vías de acceso conviven varios años.

Normativa a partir del año 2000

Hacia finales del siglo XX, la realidad social española comienza a dar un giro importante respecto a las características y necesidades de su población y de su industria. En el año 2000 aparece la Ley Orgánica 4 de 2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, en respuesta a esta nueva realidad social. Esta Ley no contempla de manera especial a los profesionales del área médica y de enfermería, pero en 2004 aparece una normativa especial para los profesionales de la salud. El Real Decreto 2393/2004, de 30 de diciembre, incorpora en el artículo 91 un régimen especial para realizar estudios de especialización en el ámbito sanitario. De acuerdo a este artículo, *"Los licenciados extranjeros en Medicina y Cirugía, Farmacia, Psicología, Ciencias Químicas y Ciencias Biológicas que estén en posesión del correspondiente título español o extranjero debidamente homologado y realicen estudios de especialización en España, según regulación específica, podrán realizar las actividades lucrativas laborales derivadas o exigidas por dichos estudios de especialización, sin que sea necesario que dispongan de la correspondiente autorización de trabajo, sin perjuicio de la necesidad de comunicación de esta circunstancia a la autoridad competente."*

Esta normativa permite que los residentes extracomunitarios realicen su FSE con un contrato laboral como los demás residentes, pero genera una situación ambigua y un vacío legal en la situación de los profesionales extracomunitarios de la salud que se incorporan al programa de FSE en España. Por un lado los médicos extracomunitarios reciben en su país de origen exclusivamente un visado de estudios para viajar a España a iniciar el programa de FSE, por otro lado, al ocupar su plaza de formación deben firmar un contrato igual al de los profesionales españoles o extranjeros con permiso de residencia y trabajo.

La relación de trabajo del personal de salud residente adquiere precisamente en los años inmediatamente posteriores al 2004 especial relevancia. En 2005 se aprueba la Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales dentro del espacio de la UE, que en el artículo 25, relativo a la formación médica especializada, punto 3 establece que *"La formación se realizara a tiempo completo en centros específicos reconocidos por las autoridades competentes. Esta formación supondrá la participación en la totalidad de las actividades médicas del departamento donde se realice la formación, incluidas las guardias, de manera que el especialista en formación dedique a esta formación práctica y teórica toda su actividad profesional durante toda la semana de trabajo y durante todo el año, según las normas establecidas por las autoridades competentes. En consecuencia, esos puestos serán objeto de una retribución apropiada."*

En el ámbito nacional se aprueba el Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud, y que es aplicable de igual forma para españoles, para extranjeros con permiso de trabajo, y para los extracomunitarios con visado de estudios, ya que no contempla ninguna diferencia respecto a la situación de residencia en España de los residentes.

Durante algunos años se facilitó la modificación del visado de estudios por un permiso de residencia y trabajo, procedimiento que se reguló con el Real Decreto 577/2011 de 20 de abril. En el título XII, artículo 199: Modificación de las situaciones de los extranjeros en España: *"Artículo 199. De la situación de estancia*

por estudios, investigación, formación o prácticas a la situación de residencia y trabajo o de residencia con excepción de la autorización de trabajo.

l. Los extranjeros que se encuentren en España en situación de estancia en base a lo previsto en el artículo 37.1, letras a), b) y d), podrán acceder a la situación de residencia y trabajo sin necesidad de solicitar visado cuando el empleador, como sujeto legitimado, presente la solicitud de autorización y se cumplan los requisitos laborales exigidos en el artículo 64, excepto el apartado 3.a), y se acredite, además, que el extranjero (...)"

Hacia 2005 no existía demanda interna suficiente para cubrir las plazas ofertadas dentro del programa de FSE. Como consecuencia, en la convocatoria de pruebas selectivas 2005, Orden SCO/2920/2005, de 16 de septiembre, para el acceso en el año 2006, se permite por primera vez que cualquier extranjero con un visado de estudios pueda presentarse a la prueba selectiva en las mismas condiciones que cualquier español. En el capítulo II sobre requisitos de los aspirantes, el punto l. c) dice: *"Los nacionales de terceros países [...], en situación de residencia, residencia y trabajo o estancia por estudios en España, [...] podrán presentarse a las presentes pruebas selectivas para acceder a plazas de formación sanitaria especializada de cualquier titulación en igualdad de condiciones que los españoles"*.

Esta situación excepcional continuó los años siguientes, debido a la fuerte demanda de profesionales de la salud para cubrir las plazas ofertadas por el programa de FSE. Sin embargo, en 2010 se retiró esta concesión especial para que los extranjeros con visado de estudios pudieran presentarse a las pruebas selectivas en las mismas condiciones que cualquier español. Se esperaba que los desbalances entre egresados de las facultades de medicina y la oferta de plazas de FSE se hubiesen subsanado parcialmente gracias a la ampliación de las plazas para estudios de pregrado, y por ende al mayor número de egresados de las facultades de medicina españolas. También se llevó a cabo una disminución de la oferta de plazas de FSE desde 2010 debido a las reducciones presupuestarias en el sector de la sanidad española. En la convocatoria del año 2010 los aspirantes extranjeros extracomunitarios con

visa de estudios tuvieron que volver a competir exclusivamente por las plazas del cupo de extranjeros.

El **porcentaje máximo de plazas que pueden ocupar los profesionales extracomunitarios** igualmente ha variado en el transcurso de los años en dependencia de las necesidades del sistema de sanidad español⁴¹. Si bien en la primera normativa sobre las pruebas selectivas de acceso a la FSE, la Orden de 27 de junio de 1989, este porcentaje se estableció en 5%, en las convocatorias entre 2000 y 2011 el porcentaje máximo de plazas para los profesionales extracomunitarios se mantuvo en 10%. Posteriormente la convocatoria de pruebas de 2012 redujo el máximo de plazas a 8% y desde la convocatoria de 2013 hasta la última de 2015, el máximo de plazas ha sido del 4%.

Otra estrategia para regular los flujos de profesionales extracomunitarios al programa de FSE, en dependencia de la relación oferta - demanda, consistió en el segundo llamamiento para cubrir las plazas no cubiertas en el primer llamamiento, reglamentado por la Orden SAS/2158/2010, de 28 de julio. En el punto quinto del artículo único: *"Finalizado el llamamiento a todos los aspirantes que hayan tenido número de orden en la relación definitiva de resultados, se procederá, si así se establece en la correspondiente orden de convocatoria, a realizar un segundo llamamiento para asignar las plazas no cubiertas de las titulaciones que se determinen, a aquellos aspirantes que habiendo superado las pruebas no hubieran obtenido plaza en el primero, por cualquier causa, salvo renuncia expresa al número de orden obtenido."*

Cuando el segundo llamamiento afecte a los aspirantes a los que se refiere el apartado 2 del artículo 7, el número de plazas a adjudicar en este segundo llamamiento se podrá incrementar, como máximo, al 15%, al 7% y al 3% del

41. El número de plazas que se ofertan para profesionales extracomunitarios se establece a través de un complejo proceso consultivo y de negociaciones entre las comisiones de especialidades, el Consejo Nacional de Especialidades y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

total de plazas convocadas en la convocatoria de que se trate para médicos, farmacéuticos y enfermeros, respectivamente. Concluidos los dos llamamientos, la Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección, resolverá las solicitudes presentadas, aprobará la relación de aquellos a los que se les adjudique plaza y las hará públicas en los términos previstos en cada convocatoria.»

El segundo llamamiento, el cual fue operativo entre 2010 y 2013, incorporó nuevos aspirantes, incluyendo a los extracomunitarios, que habiendo superado las pruebas no habían obtenido plaza en el primer llamamiento por cualquier causa, salvo renuncia expresa al número de orden obtenido. A partir de la convocatoria 2014 se suprimió el segundo llamamiento, con la expectativa de alcanzar un balance entre oferta de plazas y demanda interna de las mismas.

Evolución cuantitativa de los médicos extracomunitarios en el programa de Formación Sanitaria Especializada (FSE) en España

La fuente de información primaria para investigar el número y las características de los profesionales de medicina que presentan solicitud, se examinan (o no) y obtienen (o no) una plaza en el programa de FSE en España son las estadísticas recogidas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), específicamente por el Servicio de Gestión de Formación Sanitaria Especializada de la Subdirección General de Ordenación Profesional. Los ficheros de datos no están disponibles, pero el MSSSI publica cada año estadísticas consolidadas. Adicionalmente hay entidades y personas particulares que tienen acceso a determinados ficheros de datos y publican análisis periódicamente, como la Vocalía Nacional de Médicos en Formación, medios especializados de comunicación, algunas academias de formación (mirAsturias, Cursos-mir etc.) o el sitio web como MIRentrelazados que lleva muchos años investigando y siguiendo este proceso de las pruebas selectivas con acceso a los datos del MSSSI. Para esta investigación se han recopilado los datos relacionados con la participación cuantitativa de médicos extracomunitarios en el programa FSE, provenientes de estas distintas fuentes y se ha construido una serie temporal de 2001 a 2015 con los datos disponibles más relevantes.

Las estadísticas sobre oferta y demanda de plazas para el programa de FSE muestran las tendencias, los puntos críticos y los mecanismos de ajuste para gestionar los flujos migratorios de médicos extracomunitarios en función del contexto internacional y de las necesidades particulares del sistema sanitario español.

En el cuadro 3 se pueden distinguir cuatro épocas diferentes en la historia reciente de la participación de profesionales extracomunitarios en el programa de FSE entre 2001 y 2015. Una **primera fase** se extiende de 2001 a 2004. En esta época si bien la tendencia es creciente, el número de nacionales extracomunitarios que ingresaron en el programa FSE fue siempre menor que el cupo máximo de extracomunitarios que permitía la normativa. En la **segunda época**, que coincide con los años en que se permitió que los nacionales extracomunitarios con visado de estudios (situación 4) participaran en las mismas condiciones que los españoles, con lo cual no estaban sujetos al cupo máximo de plazas para extracomunitarios en situación 5, se observa que el número de extranjeros que obtienen plaza en el programa FSE es mayor que el cupo máximo de extracomunitarios que permitía la normativa y el crecimiento de esa diferencia aumenta entre 2005 y 2009⁴². Adicionalmente 2009 es el año con mayor participación de extranjeros en las pruebas y con mayor porcentaje de plazas adjudicadas a extranjeros en general y a extracomunitarios en particular. El 34,12% de las plazas adjudicadas ese año fueron para extranjeros en general y 24,40% fueron para nacionales extracomunitarios. La normativa original permitía máximo 10% de las plazas para nacionales extracomunitarios. A pesar de estos mecanismos adoptados quedaron plazas desiertas en los años después del proceso de adjudicación, concretamente 87 en 2005, 244 en 2006, 301 en 2007, 91 en 2008 y 3 en 2009.

La **tercera etapa** comprende los años 2010 a 2013; en estos años se retiró la concesión especial para que los extranjeros con visado de estudios pudieran presentarse a las pruebas selectivas en las mismas condiciones que cualquier

42. La categoría de extranjeros incluye a los nacionales de la UE, así como a los extracomunitarios en situación 1, 2, 3, 4 y 5.

español. Sin embargo, se adoptó el mecanismo del segundo llamamiento para poder adjudicar las plazas desiertas a profesionales extracomunitarios en caso de necesidad. Efectivamente en estos años no solo se aprovechó este mecanismo, sino que en algunos años fue insuficiente, ya que el segundo llamamiento permitía adjudicar solo hasta 5% más de plazas a profesionales extracomunitarios. Especialmente en 2012 y 2013 quedaron 39 y 225 plazas desiertas respectivamente. En 2010 el año con mayor participación de extracomunitarios en esta etapa, el porcentaje total de plazas adjudicadas a estos profesionales fue de 14,72%. En 2014 comienza la **cuarta etapa**, en la que se ha reducido de manera drástica la participación de nacionales extracomunitarios en los programas de FSE. En 2014 el porcentaje de profesionales extracomunitarios fue de 4%, el porcentaje máximo establecido en la convocatoria. Si bien quedaron 62 plazas desiertas después del proceso de adjudicación, la normativa no permitía ningún mecanismo para adjudicar plazas adicionales.

La participación de determinados extranjeros en el programa de FSE ha sido en los últimos años la variable para regular la balanza entre oferta y demanda de plazas. Los extranjeros comunitarios, así como los extracomunitarios en situaciones 1, 2 y 3 tienen iguales derechos para participar en el proceso de adjudicación, por tanto no es posible restringir su participación; se podría promover la participación de nacionales comunitarios, pero las mejores condiciones laborales en otros países de la UE, así como el idioma son factores que limitan su participación. Aunque una parte de los profesionales comunitarios tienen como lengua materna el español, por tratarse de profesionales nacidos en países de América Latina con nacionalidad de un país de la UE adquirida por ascendencia (Ej. argentinos con nacionalidad italiana).

El porcentaje de plazas de FSE adjudicadas a profesionales provenientes de países de la UE ha oscilado entre 3 y 5% en los últimos 5 años. La mayor participación se presentó en 2010 con 338 médicos comunitarios que ingresaron en el programa de FSE en España, equivalentes al 4,99% del total de plazas adjudicadas (Cuadro 3).

Cuadro 3: Indicadores de oferta y demanda de plazas de Formación Sanitaria Especializada en España. 2001 – 2015

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Plazas ofertadas (Fase adjudicación)	5242	5417	5661	5480	5804	6048	6517	6797	6944	6874	6704	6388	6145	6079	6098
Plazas ofertadas (Convocatoria BOE)	5244	5393	5670	5406	5663	5946	6388	6797	6948	6881	6707	6389	6149	6102	6098
Extranjeros* examinados	346	477	682	822	1165	1672	3382	3275	5071	5260	5337	4576	3514	2954	
Extranjeros* con plaza adjudicada	129	233	344	502	745	920	1371	1935	2369	1998	1719	1521	1091	760	
Cupo máximo extracomunitarios (SIT 4 y/o 5) 1er o único llamamiento	458	477	514	520	545	572	617	657	672	688	671	511	246	244	244
Cupo máximo de extracomunitarios en el 2º llamamiento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	344	335	319	61	0	0
Cupo máximo de extracomunitarios incluyendo 1º y 2º llamamiento	458	477	514	520	545	572	617	657	672	1032	1006	830	307	244	244
Extranjeros EU con plaza adjudicada									281	338	296	237	200	208	
Extracomunitarios SIT1 con plaza adjudicada									78	125	261	185	164	154	
Extracomunitarios SIT2 con plaza adjudicada									271	57	57	22	31	6	
Extracomunitarios SIT3 con plaza adjudicada									45	466	405	255	143	148	
Extracomunitarios SIT4 con plaza adjudicada									1022	577	439	551	159	134	
Extracomunitarios SIT5 con plaza adjudicada									672	435	261	271	87	110	
Extracomunitarios SIT4 y 5 con plaza adjudicada									1694	1012	700	822	246	244	
Plazas desiertas 1er llamamiento**	0	0	0	0	87	244	301	91	3	326	29	350	533	62	
Plazas desiertas 2º llamamiento**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	39	225		
Plazas desiertas definitivas**	0	0	0	0	87	244	301	91	3	1	0	39	225	62	

*http://gangasmir.blogspot.com.es/2015_04_01_archive.html

En la categoría extranjeros están incluidos los nacionales de la UE, los extracomunitarios no afectados por el cupo (SIT 1-2-3) y los afectados por el cupo (SIT 4-5)

** <http://gangasmir.blogspot.com.es/2014/03/historico-de-plazas-desiertas-en-el-mir.html>

Fuente: Plazas ofertadas, plazas adjudicadas, plazas desiertas Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en <http://sis.msssi.es/fse/ResumenGeneral/ResumenGenConv.aspx?MenuId=CE-00&SubMenuId=CE-03&cDocum=56>

La demanda de plazas de FSE en España por parte de profesionales extracomunitarios está condicionada en su mayor parte por la oferta y condiciones de la oferta planteadas por España, pero igualmente por la oferta y condiciones de los sistemas de formación en los países de origen. El análisis de los sistemas de formación en los países de origen no es objeto específico de esta investigación, pero su importancia no debe desestimarse.

Evaluación laboral de los especialistas extracomunitarios egresados de la FSE en España

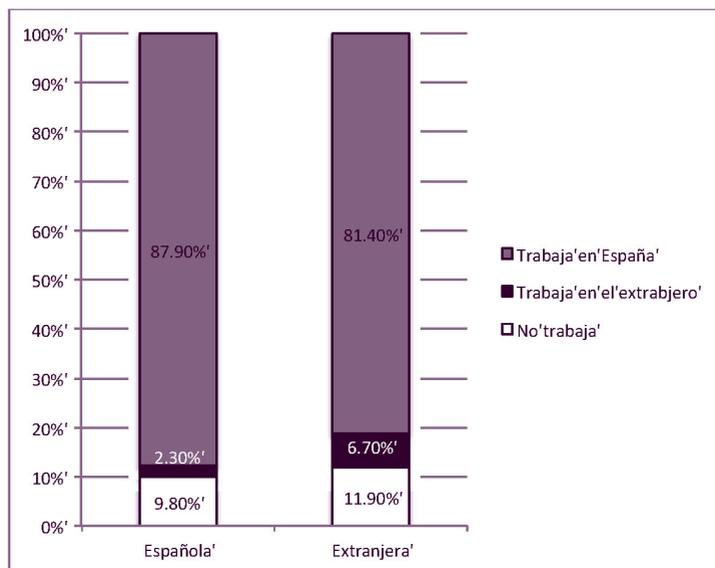
No existe en España hasta el momento un seguimiento y/o evaluación sistemática de los profesionales después de terminada la FSE. Existen dos estudios puntuales sobre la evolución profesional de los especialistas egresados de la FSE, uno para el período 2006 - 2010 (85) y el otros para el período 2009 - 2012 (86). El primer estudio no desagrega los datos según nacionalidad del profesional, con lo cual no proporciona datos relevantes para esta investigación. El segundo estudio si tiene en cuenta la variable nacionalidad aunque distingue solamente entre españoles y extranjeros, con lo cual no podemos saber exactamente la proporción de extracomunitarios. Si bien, tampoco ahonda en este tema específico proporciona los únicos datos disponibles al respecto.

El marco muestral del estudio corresponde al universo de profesionales que terminaron su residencia durante el periodo 2009-2012 (86), cuya base de datos fue proporcionada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; en total 23.823 personas de todas las titulaciones que participan en el programa de FSE (medicina, enfermería, farmacia, psicología, biología, radio física, química). El número total de encuestas fue 2.453, con un error muestral de +/- 1,9.

De la muestra 7,7% de egresados eran extranjeros. Los resultados muestran que de estos especialistas extranjeros 81,40% se ha quedado a trabajar en España, 6,70% trabaja en el extranjero y 11,90% no trabajaba en el momento de realizar la encuesta (Gráfico 13). En comparación con los egresados españoles hay un 4,40% menos de españoles que han salido a trabajar en el extranjero. Sin embargo, los resultados indican que España resulta un lugar

atractivo para el empleo ya que, sólo 2,40% de los españoles especialistas formados en España emigra al extranjero por motivos laborales y 81,40% de los extranjeros especialistas permanecen en España trabajando después de terminada la formación.

Gráfico 13
Profesionales egresados del programa de FSE en España entre 2009 y 2012
según lugar de trabajo (en porcentaje)



Fuente: MSSSI (2014), Estudio sobre la evolución laboral de los especialistas egresados de la FSE entre 2009 y 2012. (86)

4.3.2. Opiniones sobre el programa: FSE para Extranjeros en España

Entrevistas a médicos latinoamericanos participantes en el programa de FSE en España

La descripción de la muestra de participantes queda definida en el cuadro 4.

Cuadro 4:
Características sociodemográficas de la muestra de profesionales de medicina latinoamericanos participantes en el programa de FSE en España

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Mujer	6	60%
	Hombre	4	40%
	N	10	
Nacionalidad	Colombia:	4	40%
	Perú	2	20%
	Venezuela	1	10%
	Cuba	1	10%
	República Dominicana	1	10%
	Ecuador	1	10%
N	10		
Estado Civil	Soltero(a)	9	90%
	Casado(a)	1	10%
	N	10	
Edad	Rango	27-35 años	
	Media	31,44	
Especialidades	Medicina preventiva y salud pública	4	40%
	Traumatología y ortopedia	1	10%
	Angiología y Cirugía Vascolar	1	10%
	Medicina familiar y comunitaria	1	10%
	Radiodiagnóstico	1	10%
	Farmacología clínica	1	10%
	Nefrología	1	10%
	N	10	
Año de inicio de la FSE	2009	3	33,33%
	2010	1	11,11%
	2012	1	11,11%
	2013	2	22,22%
	2014	2	22,22%
	N	9	

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Ciudad donde se realiza la FSE	Madrid	3	30%
	Albacete	1	10%
	Barcelona	2	20%
	León	1	10%
	Fuenlabrada	1	10%
	Toledo	1	10%
	Murcia	1	10%
	N	10	

Fuente: elaboración propia.

Las principales opiniones recogidas en las entrevistas quedan definidas en los siguientes apartados.

Vía de acceso al examen FSE

La información recolectada en las entrevistas hace referencia a la presencia en los países de América Latina de academias y agencias reclutadoras, sin embargo, la principal fuente de información sobre el programa de FSE en España parece ser el boca a boca y/o el efecto llamada. La mayoría de médicos mencionan que durante la etapa de estudios de la carrera en su país de origen, escuchaban de los estudiantes más avanzados la posibilidad de realizar la formación de especialista en España.

Motivos

Las entrevistas indican que para los médicos(as) de la mayoría de países latinoamericanos (excepto Cuba), la principal motivación para realizar la especialización en España es la baja probabilidad de poder hacerlo en su país de origen. Las principales razones para ello son tres, primero que hay muy pocas plazas disponibles, segundo los costes monetarios son muy altos y tercero, es generalizado el tráfico de influencias en el sistema de selección de plazas para realizar la formación sanitaria especializada. Los sistemas de formación sanitaria especializada en los países de América Latina son presentados por los(as) entrevistados(as) como sistemas injustos que carecen completamente de una ordenación y planificación moderna.

"...en Colombia para acceder a la residencia, se debe presentar directamente a cada universidad, las plazas son muy limitadas, en mi especialidad creo que no hay 20 plazas en todo el país. Son muy restrictivas... se debe hacer una prueba de admisión que en muchos casos es muy costosa (...) y luego pasar una entrevista y en la entrevista muchas veces por ejemplo en mi especialidad... muchas de las universidades no reciben mujeres. Hay gente que se pasa 5 ó 10 años presentándose a la especialidad y aun así es muy difícil. Adicionalmente los costos son muy altos, de la especialidad, mas o menos 15.000 o 20.000 euros al año y los horarios son muy largos, no se pagan...." (GIEI)

Valoración del sistema de evaluación de competencias para la adquisición de plazas y del proceso logístico.

Todas las personas entrevistadas coincidieron en valorar como "muy bueno" e incluso "excelente" el sistema de evaluación de competencias para la adquisición de plazas del programa de FSE en España. Los calificativos más empleados fueron "meritocrático", "justo" y "organizado".

En general los(as) entrevistados(as) manifestaron haber podido encontrar mucha información en Internet, no solamente en la Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad sino en las webs de academias especializadas en la preparación para las pruebas selectivas. Estas academias y otras oficinas de intermediación ofrecen información y servicios de tramitación, por ejemplo para la homologación del título o la inscripción para presentar las pruebas, pero a cambio de un coste económico elevado para muchos. De todas maneras, la mayoría de los entrevistados realizó los procedimientos de homologación de título e inscripción por su cuenta, solamente la fase de preparación para las pruebas la realizaron la mayoría con ayuda de algún curso virtual o presencial en academias. Varios incluso hicieron una parte del curso de preparación en España, otros vinieron exclusivamente a presentar el examen.

Los médicos latinoamericanos que realizaron todo el procedimiento desde sus países de origen, mencionaron algunas críticas al proceso logístico, especialmente

por el problema de visados y de los tiempos transcurridos entre el examen y la adjudicación de plazas. Dos de los entrevistados fueron también muy críticos con el negocio de los "reclutadores", por alimentar falsas esperanzas para vender los servicios de gestión de todo el proceso, teniendo en cuenta que en los países de América Latina la capacidad adquisitiva de los médicos recién graduados y sus familias es muy limitada. Los profesionales que empezaron su FSE en los últimos dos años, manifestaron su inconformidad con el proceso de adjudicación porque a última hora se redujo el número de plazas a la mitad y mucha gente que había invertido tiempo y dinero se quedó sin entrar al programa de formación.

"Para mi año yo diría que fue un proceso bastante meritocrático, recompensando el esfuerzo que habías hecho o no, a pesar de que la prueba MIR no determina, como muchas personas te pueden decir, no determina realmente la posición o el conocimiento de la persona, ese fue el número que te labraste y bajo esas condiciones escogías" (GIE2)

Satisfacción con la plaza obtenida

De diez entrevistados(as), siete personas manifestaron haber podido escoger una de las especialidades que estaban buscando. Como nota curiosa, una de esas seis personas tuvo que escoger un hospital con el cual no está nada satisfecha, por opinar que no se dan las condiciones académicas necesarias y parece haber conflictos personales en el personal docente. Por otro lado, de los tres entrevistados(as) que no pudieron escoger la especialidad que estaban buscando, una está muy satisfecha con su plaza (especialidad y hospital).

Gestión administrativa de permisos de residencia y trabajo, y contrato de trabajo

Todos los(as) entrevistados(as) mencionaron el conflicto legal que presenta su situación migratoria, y en la mayoría de los casos lo plantearon como uno de los pocos aspectos negativos de la experiencia de formación en España. El conflicto legal consiste en que la Embajada de España otorga a los médicos que

han obtenido la plaza de formación una visa de estudiante, tal y como establece la normativa vigente y al llegar a España a tomar posesión de su plaza, tienen que firmar un contrato laboral igual al de los médicos de países comunitarios, en contradicción aparente con su visado de estudios.

No existe ninguna instancia ni en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) ni en el Ministerio del Interior, que atienda los problemas de gestiones administrativas y legales para este colectivo, problemas que son particulares y como no existe claridad sobre el tema, los médicos latinoamericanos del FSE sienten conculcados sus derechos. En ninguna parte de la normativa o información institucional presentada por el MSSSI existe claridad sobre el tema.

“En retrospectiva, es el aspecto más desagradable de toda la experiencia. A pesar de tener una tarjeta de estudiante que se obtiene sin problema, en ningún momento se nos cambia la tarjeta de estudiante por una tarjeta de trabajo y por tanto no tenemos beneficios de paro, con lo cual una vez finalizada la residencia se nos obliga a regresar al país de origen en un plazo de 90 días. Ningún hospital te ofrece contrato por tu situación migratoria. No hay un soporte de parte del Estado español para dar un poco más de flexibilidad”. (G1E2)

Integración en el equipo del hospital

La mayoría de los(as) entrevistados(as) consideran la integración en el equipo del hospital como buena, muy buena o excelente. Solamente hay dos casos donde la valoración sobre la integración en el equipo es valorada negativamente y de esos dos casos uno atribuye los problemas a su caso particular. En el caso del último de los diez entrevistados(as) la valoración es ambigua; el(la) entrevistado(a) confirma que el trato en el hospital a los extranjeros es en general bueno pero que es un trato diferente. Señala que existe *“la sensación en el ambiente de que los extranjeras están recibiendo un favor”*. Como ejemplo expone que los extranjeros no se sienten tranquilos o libres de pedir una baja. A esta persona en particular le cobraron las bajas como días de vacaciones. Sin embargo, valora que la parte de formación es igual para todos.

"...muy buena la experiencia, son centros donde igualmente les van rotando extranjeros como nacionales. Trabajar con el equipo que trabajé en Barcelona es como que hubiese trabajado en mi casa y es como si fuese uno más de su familia, ahí si te digo que no hay ningún tipo de inconveniente y una relación totalmente satisfactoria". (G1E2)

Valoración del programa de FSE en España

La valoración general del programa FSE en cuanto a su calidad académica, es positiva. Todos(as) los entrevistados(as) coinciden en afirmar que la formación es igual para todos los médicos residentes, sean comunitarios o extracomunitarios. Seis personas la califican como buena, muy buena, muy competitiva y/o muy exigente. Solo una persona valora negativamente la calidad académica de la formación, aunque en la entrevista menciona que tuvo que escoger un hospital problemático que nadie quería por haber sido una de las últimas personas de su año que pudo escoger plaza.

"...la calidad de la educación es en todos [los hospitales] igual, es buena, muy buena, cada uno...desde que se está preparando ya sabe a que viene a que se enfrenta, como te dije, es un sistema súper equitativo, súper justo, súper exigente, para todos igual....me parece que...conociendo el sistema de mi país, el de EEUU, el de Argentina... creo que este es muy muy equitativo y en formación es muy muy bueno además". (G1E8)

Las principales críticas al sistema de formación mencionadas por algunos de los entrevistados(as):

- El sistema varía mucho en dependencia del sitio donde se hace la formación
- Creen que no hay un sistema de supervisión que garantice que la normativa se cumple en todos los centros donde hay plazas de formación
- El sistema de evaluación es insuficiente. No hay pruebas de conocimientos y las evaluaciones son muy genéricas (bueno, malo, regular...)

Condiciones laborales del FSE tanto para extranjeros como para españoles

El salario de los médicos residentes está en general bien valorado, la mayoría de los(as) entrevistados(as) mencionan que el salario básico es insuficiente pero gracias a las guardias mejoran las condiciones salariales considerablemente. Si bien valoran como positivo que el sueldo de todos los médicos residentes es igual, la mayoría de los(as) entrevistadas mencionaron que la posibilidad de hacer guardias depende de la especialidad que se está realizando. Aunque los(as) entrevistados(as) coincidieron en afirmar que el salario es igual para comunitarios y extracomunitarios, todos mencionaron que los beneficios no son los mismos, porque los extracomunitarios no tienen derecho al paro ni a pensiones. Algunos(as) afirmaron que pagan esas aportaciones pero no tienen derecho a cobrarlas y otros que directamente no tienen derecho a aportar.

En cuanto a las condiciones de horarios, guardias, horas extra, puntualidad en el pago etc. todos(as) coincidieron en asegurar que se les respetaban los horarios, les pagaban puntualmente, las horas extra eran pagadas y además no les obligaban a hacerlas. Estos comentarios sobre las buenas condiciones laborales por lo general fueron mencionadas en comparación con la situación en sus países de origen, donde varios comentaron que hay abusos laborales.

Intención de regresar al país de origen

De las diez personas entrevistadas solamente 3 tienen claro que van a regresar a su país de origen y en uno de los casos la persona ya se encontraba allí. El motivo para regresar en todos los casos fue la familia. En el caso de los otros siete médicos, cuatro tienen claro que no quieren regresar a su país de origen ni a corto ni a mediano plazo, en dos casos la decisión tiene que ver con la situación política del país. En los otros cuatro casos, los médicos siguen teniendo como objetivo regresar a mediano o largo plazo a su país de origen, pero ya sea por miedo al futuro laboral inmediato en su país o por situaciones personales, pretenden quedarse unos años a trabajar en España.

Uno de los problemas o incertidumbres que manifestaron muchos entrevistados(as) es el proceso de homologación de los títulos. Les preocupa que el proceso sea complicado y largo y que mientras tanto tengan que volver a trabajar como médico general en su país de origen, ya que las condiciones son bastante malas, según manifestaron la mayoría.

“En principio no me gustaría volver, porque a parte de que no están dando garantías, no están dando ninguna condición porque no están homologando los títulos (...), y hay muchas especialidades que tienen cierto problema y es que por ejemplo algunas subespecialidades como nefrología, cardiología, neumología, que son subespecialidades de la medicina interna, no las homologan porque hay que hacer primero medicina interna.”. (GIEI)

“Yo quiero volver es por mi familia, no por mi país, no...porque si siento que con nosotros los médicos, son muy...no se...han cometido...han dañado demasiado nuestra profesión...” (GIEB)

Situación de los RHUS en el país de origen

En general los(as) entrevistados(as) comentaron que en sus países de origen había un claro déficit de especialistas. En casi todos los países parece ser muy difícil realizar una formación sanitaria especializada por falta de plazas, por los costes tan elevados y/o por el sistema arbitrario de selección para poder realizar la especialización.

La mayoría de entrevistados(as) afirmó que los sistemas de salud de los países latinoamericanos son muy deficientes. Las condiciones laborales del médico general parecen ser bastante precarias y la inequidad de recursos entre el área rural y urbana es excesiva. Los sistemas de salud presentan grandes incongruencias y algunos(as) de los(as) entrevistados(as) hicieron comentarios como “hay desempleo entre los médicos, pero en el contexto global hacen falta médicos y hospitales”.

Conocimiento del código de buenas practicas de la OMS

Solo una o dos personas dijeron haber oído al respecto, pero nadie conocía su contenido.

Compromiso con el país de origen

Seis personas de las entrevistadas manifestaron sentir algún compromiso con su país de origen, pero no tenían ideas concretas ni lo veían fácil de llevar a cabo. Sin embargo las otras personas manifestaron una ausencia total de compromiso, e incluso cierto rechazo que atribuían a que los gobiernos han permitido abusos en la profesión médica en sus países.

Entrevistas a personal técnico y político implicado en la gestión del programa de FSE en España

La descripción de la muestra de participantes queda definida en el cuadro 5.

Cuadro 5:
Características sociodemográficas de la muestra de personal técnico y político implicado en la gestión del programa de FSE en España

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Mujer	1	50%
	Hombre	1	50%
	N	2	
Nacionalidad	España	2	100%
	N	2	
Especialidad	Medicina familiar y comunitaria	2	100%
	N	2	

Fuente: elaboración propia.

Las principales opiniones recogidas en las entrevistas quedan definidas en los siguientes apartados.

Origen del volumen de participación de médicos extracomunitarios en el programa de FSE

El origen de la incorporación de una importante cantidad de médicos latinoamericanos para realizar la FSE en España no fue una política planificada. Si en sus orígenes se enmarca en los procesos de cooperación internacional con los países con los que España tenía firmados convenios de cooperación cultural, posteriormente se interpreta que se orienta hacia un proceso no regulado de migración circular que, atendiendo a la capacidad formativa de las instituciones del país y sus necesidades de atención, permite la especialización de profesionales que posteriormente deberían retornar a sus países, en un estrategia de "ganar-ganar". Una de las personas entrevistadas comenta que fue más bien un *"efecto colateral a un problema de disfunción de la planificación sanitaria de oferta y demanda de plazas en España"*. De acuerdo a nuestros entrevistados, con el auge económico y en el sistema sanitario a principios del siglo XXI, se amplió notoriamente la oferta de plazas de formación, no tanto porque se necesitaran especialistas como porque se necesitaba personal para los hospitales y los médicos residentes representaban una excelente fuerza de trabajo. Sin embargo los médicos egresados de las facultades de medicina no cubrían la oferta de plazas ofertadas. Se produjo una brecha entre las plazas disponibles en los hospitales y centros de salud y los egresados de las facultades debido a que el número de egresados de las facultades de medicina se mantuvo estable e incluso disminuyó en algún momento. Esta situación tuvo impacto a nivel interno e impacto a nivel externo. A nivel interno se presentó una tendencia a la re-especialización, es decir a formarse en una 2ª especialidad, y a la recirculación, el cambio de especialidad en algún momento de la FSE. A nivel externo se produjo una demanda sin precedentes para realizar la FSE en España. El ideal habría sido que fuese fruto de una previsión y planificación de una política de cooperación internacional que incluyese un tratado multilateral o varios tratados bilaterales.

Proceso de definición del número máximo de extracomunitarios que puede obtener plaza en el programa de FSE año a año

De acuerdo a la información de las entrevistas, la definición del número máximo de plazas para extracomunitarios, que se lleva a cabo año a año, es el resultado de la negociación entre los distintos ministerios implicados, el Ministerio de Trabajo, Exterior; Interior, Educación, Sanidad, así como las Comunidades Autónomas (CCAA). El cupo tiene que regirse por la normativa, pero como se mencionó en las entrevistas, las necesidades y las situaciones particulares llevan a buscar estrategias para solucionar los problemas inmediatos. Así surgió el segundo llamamiento, o el permitir a los extracomunitarios en situación 4 participar en las mismas condiciones que los españoles en la adjudicación de plazas. Si bien algunos de los actores que intervienen realizan estudios, como por ejemplo las comisiones nacionales de especialidades, que tienen a su cargo hacer estudios sobre las necesidades de cada una de las especialidades, la decisión final sobre el número de plazas se define internamente entre los ministerios. El MSSSI tiene también que escuchar a la Comisión de RHUS que reúne a las CCAA que son las que financian las plazas que demandan sus hospitales y centros de salud. Se producen discrepancias entre las Comisiones Nacionales de Especialidades y las CCAA, así como negociaciones con los otros ministerios.

Acuerdos bilaterales o multilaterales con otros países en el marco del programa de FSE

Ninguno de los entrevistados conocía la existencia de acuerdos bilaterales o multilaterales para el tema de la Formación Sanitaria Especializada de profesionales extracomunitarios. Especialmente una de las personas entrevistadas insistió en la importancia de este modelo de colaboración planificada con beneficios para todas las partes.

Acciones concretas en el programa de FSE para cumplir con los principios éticos respecto a la contratación internacional de personal de salud⁴³

Ninguno de los entrevistados conocía acciones concretas para cumplir con los principios éticos respecto a la contratación internacional de personal de salud. Uno de los entrevistados cree que hay una mayor concientización en los “países desarrollados” de la problemática a raíz de la firma del documento hace 5 años, pero considera que el proceso es lento, requiere organización, regulación y financiación. Adicionalmente es importante que los “países en desarrollo” que están perdiendo su capital humano reaccionen tomando la iniciativa, primero buscando los acuerdos bilaterales, ya que son los más interesados y segundo analizando sus carencias y las razones por las cuales sus profesionales abandonan el país, e intentando mejorar sus sistemas sanitarios y las condiciones laborales de sus RHUS en salud.

Seguimiento y/o evaluación de los participantes en el programa de FSE una vez finaliza el período de formación

Los entrevistados coincidieron en afirmar que no existe ningún tipo de seguimiento ni evaluación ni de los profesionales extracomunitarios, ni de los españoles una vez finalizado el periodo de formación, y en considerar que es un tema pendiente de especial importancia para poder planificar con mayor acierto. El Registro Nacional de Profesionales Sanitarios (REPS), que es relativamente reciente, tardará en operar y producir resultados, pero es fundamental. Sin embargo, también se

43. Con fecha 21 de mayo de 2010, la 63 Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución que adopta el Código Global voluntario de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud. Con esta resolución, los Estados Miembros se comprometen a unos principios y prácticas voluntarios para la contratación internacional ética de personal de salud teniendo en cuenta las responsabilidades y los derechos de los países de origen y de destino, de otros decisores así como de los propios profesionales de salud migrantes. El Código provee principios éticos aplicables a la contratación internacional de personal de salud de una manera que fortalece los sistemas de salud de los países en desarrollo.

comentó que en el marco de la UE se están llevando a cabo negociaciones sobre la obligatoriedad de la recertificación profesional de manera periódica, que es diferente al simple registro de profesionales y que permite un seguimiento más exacto de la práctica profesional. En cualquier caso es un tema complejo que requiere de mucha negociación, legislación y financiación.

Igualdad de derechos y responsabilidades entre españoles y extranjeros durante la Formación Sanitaria Especializada

Hubo un consenso entre las personas entrevistadas en que el programa de FSE en España es igual para todos, es muy democrático gracias a la prueba selectiva única que impide el clientelismo, y durante la formación todos los profesionales tienen los mismos sueldos, las mismas responsabilidades, los mismos derechos, etc. Los entrevistados no mencionaron en ningún momento los problemas de la situación administrativa migratoria de los profesionales extracomunitarios dentro del programa de formación, aunque si son conscientes de la problemática después de terminada la formación.

Control de parte del Estado a las agencias privadas de reclutamiento

Los entrevistados coincidieron en afirmar que el Estado no puede intervenir. Las agencias privadas han visto un nicho de mercado, tienen interés de lucro y se han ido a hacer negocio. El estado puede mediar regulando bien el sistema y hacer una planificación correcta.

Acciones concretas que promuevan el retorno de los profesionales a sus países de origen

En el momento en que las autoridades competentes no otorgan los permisos de trabajo, los profesionales tienen que volver y/o solucionar de alguna manera su situación, pero estas medidas no hacen parte de una política planificada. Comenta una de las personas entrevistadas que los profesionales vienen a España porque no tienen la opción en sus países de origen para especializarse, y retornan porque igualmente se ven obligados a ello. No hay ninguna planificación a pesar

de que el ideal es que los movimientos migratorios sean planificados. Por otra parte ningún profesional entrevistado valora ese retorno que la normativa actual promueve como una contribución “debida” al país de origen y que facilitó su formación médica.

Logros del programa de FSE en lo relativo a los nacionales extracomunitarios y aspectos por mejorar

Por una parte se menciona la formación de 25.276 especialistas extranjeros en los últimos 15 años (comunitarios y extracomunitarios). Teniendo en cuenta que el 23% de las plazas en medicina de familia ofertadas en estos últimos 15 años fueron ocupadas por extranjeros y una quinta parte de los extranjeros formados, lo hicieron en medicina familiar, que es la base de la atención primaria en cualquier sistema de salud. La formación de capital humano es ya un logro, y la FSE en España tiene un nivel superior al estándar medio en los países de América Latina, además de que esta cualificación de los profesionales ha sido a coste cero para los países de origen.

De otra parte, la planificación es el gran tema pendiente.

Impacto para la sanidad española del volumen de médicos extracomunitarios en el programa de FSE

Las opiniones respecto al impacto para la sanidad española son diversas, en algunos casos se resalta la enorme contribución para cubrir las necesidades de la población española, además de las ganancias culturales y de creación de lazos.

También se menciona la disminución del nivel académico de los participantes en la FSE y por ende de los servicios brindados por la sanidad pública en España.

Beneficios que ha traído el programa para los médicos extracomunitarios y para sus países de origen en sus países

Si bien durante las entrevistas se mencionó repetidamente el desabastecimiento de médicos en los países de origen como aspecto negativo, tuvo mayor peso

la valoración de la formación de calidad de un considerable número de profesionales a la hora de evaluar el impacto de la participación de profesionales extracomunitarios en el programa FSE de España. Por otra parte, las dos personas entrevistadas coincidieron en comentar que los beneficios para los países de origen eran difícilmente cuantificables por la falta de datos. El tema de los sistemas de información se esbozó como el tema principal pendiente de solucionar. Sin embargo, una de las personas entrevistadas resaltó que el interés debía provenir también de los países extracomunitarios. Para saber el número de médicos que se formaron en España y el número de los mismos que ha retornado a su país de origen se puede cruzar la información de egresados como médicos especialistas en España con la información sobre homologaciones y colegiaturas en el país de origen. Los datos están en los Ministerios, pero las solicitudes tienen que provenir de los gobiernos, a través de acciones políticas.

4.3.3. Conclusiones preliminares del programa de FSE – MIR en España

Conclusiones

El programa de FSE en España ha gestionado entre 2000 y 2015 un importante flujo de RHUS entre países extracomunitarios, especialmente países latinoamericanos, y España. El programa de FSE no fue creado específicamente con este fin, se había creado hacia finales de la década de 1970 como sistema de residencia unificado en España, abierto bajo ciertas condiciones a profesionales de países con los que España mantenía primero acuerdos de cooperación y más tarde de países con los que se mantenían lazos históricos y culturales. Posteriormente se regularon con más claridad las condiciones de acceso para los profesionales de origen extracomunitarios cubriendo el déficit de planificación del sistema de salud público de España en un determinado momento.

En España se presentó a principios del siglo XXI un déficit de personal sanitario para ocupar todas las plazas ofertadas por el programa de FSE en el sistema de sanidad público. Para solventar este problema se fueron adoptando medidas

y acciones para atraer profesionales extracomunitarios. Se puso énfasis en el ámbito latinoamericano principalmente por el factor histórico, cultural e idiomático, dando respuesta al importante déficit del sistema de formación sanitaria especializada de muchos países Latinoamericanos. Los profesionales sanitarios de la mayoría de países de América Latina tenían y tienen muy pocas posibilidades de especializarse en su país de origen. Sin embargo, no se diseñó una acción o un programa con objetivos claros, sino que simplemente se fueron adoptando acciones concretas en función de la evolución de las variables determinantes del problema original.

Las acciones que se ejecutaron entre 2000 y 2015 fueron principalmente:

- Homologación ágil de los títulos de profesiones sanitaria por parte del Ministerio de Educación de España
- 2000-2005 Ampliación del porcentaje (5% a 10%) para definir el número máximo de plazas de FSE para profesionales extracomunitarios. Cambio de visado de estudios a permiso de residencia y trabajo.
- 2005-2009 Autorización para los profesionales extracomunitarios con permiso de estudios en España para adquirir plaza FSE en las mismas condiciones que un español. Cambio de visado de estudios a permiso de residencia y trabajo.
- 2010-2013 Inclusión nuevamente de los profesionales extracomunitarios con permiso de estudios en España en el cupo para extracomunitarios y reducción del porcentaje (10% - 8% - 4%). Introducción del segundo llamado para la adjudicación de plazas. No se realiza el cambio de visado de estudios a permiso de residencia y trabajo.
- 2014-2015 Cancelación del segundo llamado para la adjudicación de plazas. No se realiza el cambio de visado de estudios a permiso de residencia y trabajo.

Estas acciones muestran como la oferta de plazas para extracomunitarios, así como las facilidades para ingresar en el mercado laboral español después de terminar la formación han cambiado en el tiempo en función de las necesidades puntuales del país y también en algunos casos en respuesta a demandas de

determinados colectivos del sector salud. Los mecanismos adoptados han sido principalmente dos:

1. Ampliar o disminuir el cupo de plazas para extracomunitarios
2. Facilitar o no el cambio de visado de estudios a permiso de residencia y trabajo para los profesionales en formación.

De esta manera España ha solventado el problema de déficit de personal sanitario para cubrir las plazas de FSE, especialmente aquellas plazas de FSE menos deseadas y que en algunos casos eran rechazadas por los profesionales españoles por con centros de formación más apartados o menos reconocidos.

Hasta el momento no se ha llevado a cabo ningún acuerdo bilateral o multilateral que garantice acciones para incentivar el retorno o la migración circular de los profesionales extracomunitarios a sus países de origen, el único, y potente mecanismo, para incentivar el retorno es la no otorgación del visado de residencia y trabajo.

Tampoco se han diseñado políticas de cooperación internacional que fomenten o gestionen la colaboración de los profesionales extracomunitarios con proyectos formativos o de transferencia de conocimiento desde España.

De manera general puede decirse que el programa de FSE en España ha generado grandes beneficios principalmente porque al mismo tiempo que permitió cubrir las necesidades de personal sanitario del sistema de sanidad español, dio formación sanitaria especializada a más de 15.000 extranjeros, entre ellos más de 8.000⁴⁴ extracomunitarios que no hubiesen podido especializarse en sus países de origen. De esta manera se compaginaron dos necesidades complementarias constituyendo una experiencia de gestión de flujos de migración circular "win-win".

44. En estas cifras no se tienen en cuenta los extracomunitarios con permisos de residencia y trabajo, ya que éstos tienen plenos derechos a acceder a las plazas de formación.

El aspecto negativo que ha tenido el programa de FSE en la gestión de RHUS es la ausencia de claridad que se percibe sobre el futuro de los profesionales una vez terminada la formación. La incongruencia entre visado de estudios y contrato de trabajo genera expectativas de permanencia que luego no se cumplen. No se valoran como claras las reglas sobre la situación migratoria de los profesionales. A los profesionales no se les ha informado desde un principio del objetivo del programa y sus límites (porque tampoco estaban claros). Como las acciones, normas e incentivos para quedarse en España o retornar a los países de origen han cambiado constantemente, los profesionales se crean expectativas que en los últimos años no han podido llevar a cabo por simple falta de claridad e información.

Existen dos factores principales que han obstaculizado el balance y la planificación en este caso de gestión de flujos de RHUS. Por parte del estado español, las deficiencias del sistema de información que hasta hace pocos años no permitió la planificación a mediano y largo plazo basada en un diagnóstico exacto de la necesidad de profesionales de las distintas especialidades. De otra parte, los profesionales sanitarios de los países de América Latina en general no quieren regresar a sus países de origen porque los sistemas formativos y de salud son clientelistas y las condiciones laborales precarias.

Lecciones aprendidas

- La participación de profesionales sanitarios provenientes de países extracomunitarios, específicamente de América Latina, en el programa de FSE de España, ha traído beneficios tanto para España como para los profesionales extracomunitarios.
- La falta de planificación integral de la gestión de flujos de RHUS en el marco del programa de FSE ha provocado algunos aspectos negativos que han tenido que solucionarse improvisadamente sobre la marcha.
- La falta de una acción planificada para la participación de profesionales sanitarios provenientes de países extracomunitarios en el programa de FSE de España, ha generado desinformación e incertidumbre con respecto

a la situación migratoria de los profesionales extracomunitarios e incluso les ha colocado en una situación de incongruencia legal.

- Las carencias del sistema de información que dificultaban conocer las necesidades concretas de profesionales sanitarios impidió en su momento la planificación y regulación ordenada de los flujos.
- Los deficientes sistemas de salud en América Latina, así como las malas condiciones laborales de los profesionales sanitarios han provocado que éstos eviten regresar a sus países de origen después de realizada la formación sanitaria especializada.
- Las necesidades de España y América Latina en cuanto a formación sanitaria especializada son complementarias, con lo cual se dan las condiciones para ejecutar acciones que generen beneficios para ambas partes.
- Un programa de esta característica debería ser objeto de negociación entre el ministerio de sanidad y de relaciones exteriores -cooperación- y las unidades de relaciones internacionales de los ministerios de los países emisores, formalizando y regulando los flujos potenciando la migración circular y los beneficios compartidos.

Recomendaciones

- Todos los países deben establecer como objetivo prioritario tener un sistema de información sólido de los profesionales sanitarios que esté validado por todas las instituciones involucradas en el sistema de salud y que sirva de herramienta para la planificación de los RHUS.
- La planificación de los RHUS es necesaria para elaborar planes de actuación en gestión de flujos que sean cómodos, eficaces y beneficiosos para todos los actores involucrados, así como para poder prever situaciones de crisis.
- Los programas de gestión de flujos de RHUS deben ejecutarse preferiblemente a través de acuerdos bilaterales y multilaterales ya que son mecanismos claros y ágiles: los acuerdos conllevan claridad sobre las funciones y responsabilidades de los actores implicados y por lo general se elaboran de tal manera que haya beneficio para cada una de las partes.

- Los programas de gestión de flujos deben establecer claramente los objetivos, el funcionamiento, los actores y sus responsabilidades, los cuales deben ser transmitidos a cada profesional antes de que asuma esta nueva etapa formativa para evitar incertidumbre respecto a sus expectativas de futuro.
- La existencia de un interlocutor en el país de destino es un aspecto importante en la satisfacción de todos los implicados en el programa.
- Se debe promover la ordenación y modernización de los sistemas sanitarios y las condiciones laborales de los profesionales sanitarios en los países de América Latina, con el objetivo de que los RHUS tengan incentivos para retornar a sus países de origen.
- Las alternativas intermedias de migración temporal o circular, modelos de colaboración continuada entre agentes del sistema sanitario de distintos países, modelos de intercambio científico o de formación pueden ser alternativas efectivas para promover el retorno de los profesionales sanitarios y/o como formas de transmisión de conocimiento entre países enriquecidos y países empobrecidos.
- Los profesionales extracomunitarios pueden suplir de manera continua los excesos de capacidad formativa y de cobertura asistencial de los centros de formación especializada, a través del programa de FSE, preferiblemente mediante la firma de acuerdos bilaterales o multilaterales. Se debe incentivar la migración circular u otros modelos alternativos de retorno de conocimiento.

HEMOS ELABORADO UN REPASO POR LOS ASPECTOS más relevantes de cada uno de los programas de gestión de flujos en relación a las variables objeto de estudio.

Comenzamos con el Programa “Ecuador Saludable, vuelvo por ti” de Ecuador.

Un listado de los aspectos que nos parecen mas relevantes.

- El primer paso importante para la concepción del plan fue elaborar una línea de base con los datos necesarios sobre el número de profesionales en otros países, para lo cual se elaboró una estrategia de cooperación internacional.
- El segundo punto importante se refiere al reconocimiento de títulos, para lo que se realizaron acuerdos ministeriales y estos acuerdos agilizaron el proceso
- La falta de oportunidades de formación parece ser la causa principal para la emigración de profesionales médicos. La formación también es un tema para volver a migrar. Es importante brindar oportunidades de formación para retener a los profesionales.
- La remuneración económica es la principal causa de emigración para las enfermeras.
- El boca a boca y las redes de profesionales parecen haber sido una estrategia de comunicación muy exitosa. Se podrían explotar mucho más si se tiene en cuenta en la planificación de la comunicación.
- La estabilidad laboral no es uno de los motivos principales de los médicos para regresar a Ecuador, hay una alta incidencia de compromiso social
- El cambio social en el país y los deseos de aportar los conocimientos adquiridos en el exterior son las principales motivaciones de retorno para los médicos, mientras las condiciones laborales y económicas son los principales motivos para las enfermeras.
- Se han empezado a presentar desajustes entre los profesionales contratados y las necesidades institucionales
- También se ha detectado la necesidad de una evaluación antes de continuar contratando

Conclusión general del programa de Ecuador:

- El plan descansa en dos pilares fundamentales, la firme voluntad política (política de gobierno), y el hecho de que el programa se desarrolla en un entorno de crecimiento económico que permite hacer una verdadera inversión en el sector salud. Todo ello alimentado con una estrategia de comunicación muy potente.

Continuamos con el Programa "Mais Médicos" de Brasil.

Un listado de los aspectos que nos parecen mas relevantes.

- La gestión de flujos en el PMM tiene carácter de emergencia. El PMM es un programa presidencial, es decir con una firme voluntad política, al igual que el caso de Ecuador. Se están formando médicos, pero no se está solucionando el problema de la financiación. No hay una planificación al respecto y en general no hay una planificación a largo plazo.
- La diferencia entre las homologaciones en Brasil y Ecuador es que las homologaciones en Brasil son solo temporales, mientras las de Ecuador son permanentes.
- Oficialmente el PMM es un programa de formación, se trata de un posgrado en salud de la familia, con cursos sobre el Sistema Único de Salud de Brasil, curso de portugués, y que implica la entrega de un trabajo final para la comunidad. Se recibe un certificado de estudios. Aunque los médicos participan en estas formaciones, su participación principal se realiza trabajando en los centros de salud u hospitales.
- Los Estados (entes de la administración territorial) están encargados de recibir a los médicos en coordinación con DPS y ayudarles en su instalación e integración. Es considerado muy importante este trabajo de acompañamiento y supervisión. Se comparó con el caso de España donde no hay ninguna oficina de atención al profesional extranjero (extracomunitario) que participa en el programa.
- El programa podría catalogarse como un caso de migración circular, dado que se trata de una migración estrictamente temporal, con mecanismos de control para obligar al retorno al país de origen.

- Hay una clara posición ética con respecto al país de origen de los profesionales. El PMM no acepta médicos de países donde la relación medico paciente es igual o menor a 1,8/1000habitantes. De los tres estudios de caso el PMM es el más estricto. Ecuador cuando contrata los médicos, da un aviso a la representación diplomática del país. En el caso de España no hay hasta el momento ningún mecanismo para cumplir con el código de buenas prácticas.

Conclusiones generales del PMM:

- El PMM ha cumplido con los objetivos de cobertura en medicina familiar.
- Hay una buena percepción de la población de los médicos cubanos. Mejoría de los indicadores en la atención primaria. Los gestores también notan la diferencia del enfoque de medicina integral y comunitaria que aportan los médicos de intercambio cubanos. Los médicos cubanos estaban bien integrados. El único problema mencionado es el idioma el cual genera algunos conflictos entre los médicos brasileños y cubanos. La dependencia administrativa del gobierno de Cuba era mínima en comparación con la cooperación con Venezuela o Bolivia, donde también los insumos venían de Cuba.
- La columna vertebral para el funcionamiento ágil del PMM es un acuerdo de cooperación internacional entre OPS, Cuba y Brasil, que establece las garantías, las condiciones, las situaciones especiales, así como el reconocimiento de títulos, los responsables, etc.
- Se puede hablar de relación Win-Win porque por una parte Cuba recibe una compensación económica, así como los médicos reciben además de una compensación económica, una titulación nueva, espacios para intercambiar conocimientos entre brasileños y cubanos etc. Y de otra parte Brasil obtiene cobertura y mejor atención sanitaria. Se puede analizar el posicionamiento Cubano de solicitar una compensación económica (por la inversión en educación), como un posicionamiento ético.
- El tema de la gestión de flujos migratorios en el PMM es visto como un componente de emergencia, mientras que en el caso de Ecuador Saludable hay un interés de incorporar el tema de talento humano, planificación

de RHUS y gestión de flujos en la gestión del sistema de salud. Interés en los registros y los sistemas de información etc.

Finalmente terminamos con el Programa de Formación Sanitaria Especializada en España.

Un listado de los aspectos que nos parecen mas relevantes.

- En este programa se entiende la nacionalidad, la extranjería, la residencia de una manera muy específica, porque todos los extranjeros extracomunitarios que viven en España con un permiso de residencia y trabajo en orden, tienen los mismos derechos que un nacional español o un comunitario. En realidad no sabemos como es ese tema en los otros dos países con exactitud. Uno de los conflictos de la migración es la definición de los conceptos de nacionalidad, ciudadanía, residencia y también el interés por determinados datos como país donde se realiza la primera cualificación.
- El programa FSE español se podría beneficiar de su construcción en este aspecto de la formación de profesionales extracomunitarios, de su conceptualización como un programa regulado de gestión de flujos a través de convenios bilaterales desde la lógica ganar-ganar
- Los programas analizados de España y Brasil son programas formativos, con diferentes énfasis en cuanto a la gestión de flujos, regulados con más claridad en el caso brasileño, aunque su componente de gestión de flujos es, como venimos puntualizando, de carácter de emergencia.
- Desde el punto de vista de los gestores de los sistemas de salud, la lógica es la de la articulación de los servicios con la demanda. Bajo esta lógica es racionalmente correcto y conveniente manejar los cupos de las plazas de acuerdo con la capacidad de los servicios y las necesidades. Es importante analizar la racionalidad del sistema de salud, porque el objetivo es la necesidad de la salud de las personas.
- Si bien esa racionalidad es correcta y ética, el punto cuestionable es por una parte la procedencia de los profesionales (países con escasez de médicos), y por otra parte de que manera se gestionan esas migra-

ciones profesionales, porque debe haber unas reglas claras para los profesionales, por ejemplo no sería ética la arbitrariedad en la concesión del permiso de trabajo. Idealmente se debe hacer a través de convenios. Teniendo en cuenta un pensamiento local y global. El programa de FSE no funciona de esa manera, pero podría funcionar de esa manera y así ser muy eficiente.

- Tanto el caso de Brasil como el de España son programas educacionales, pero en Brasil el componente de formación es una excusa administrativa. En ambos casos hay un título de cualificación.
- EL PMM incorpora la gestión de flujos de una manera coyuntural, mientras busca el autoabastecimiento de médicos a través de un programa formativo, Ecuador Saludable no solo utiliza la gestión de flujos de manera coyuntural sino que la quiere incorporar como una variable a mediano y largo plazo, y España busca su autoabastecimiento sin incorporar la potencialidad de la gestión de flujos.
- De estas tres experiencias diferentes, se pueden sacar lecciones aprendidas para otros países que necesiten incorporar la variable de gestión de flujos para abastecer y mantener RHUS en sus sistemas de salud.
- El tema de las homologaciones de títulos de especialistas en los países de origen son el problema más importante para los profesionales.

- **ES IMPORTANTE PRESENTAR LA GESTIÓN DE FLUJOS** a los agentes gestores y políticos dirigentes como un tema de inversión con un alto retorno económico. Si se analiza el coste de la formación de los profesionales que se requieren y se compara con lo que cuesta el programa de gestión de flujos, se puede mostrar que al final es una mejor inversión.
- El caso de España refleja muy bien un posible caso de complementariedad entre las necesidades de los países.
- En España no existe la figura del interlocutor para los profesionales extracomunitarios, porque el programa de FSE no es formalmente un programa de gestión de flujos de RHUS. Sin embargo en las entrevistas se percibió como un problema esta falta de interlocutor. Se pueden mostrar los beneficios en los otros casos, porque tanto el caso de Ecuador como Brasil tienen ese agente de interlocución y ha sido valorado positivamente.
- Se debe tomar en cuenta el aporte de Cuba en la cooperación internacional, como apoyo a la región:
 - Aporta formación de personal en medicina comunitaria y especialistas
 - Disponibilidad de RHUS en lugares de difícil acceso
 - La relación profesionales de Cuba con la comunidad es positiva
 - Cuba es el único país que tiene políticas de apoyo a nivel internacional para los países en vías de desarrollo. Existe una cadena migratoria de los países en vías de desarrollo hacia países desarrollados. El único país que suple a los países en vías de desarrollo ha sido Cuba.
- Se debe tener en cuenta a nivel de relaciones internacionales la necesidad de la compensación de los países de destino hacia los países de origen.
- En los estudios se observa que hay una conciencia sobre el déficit de profesionales y existe un compromiso de retribución al país de origen, sin embargo no existen facilidades de retorno. Se deben ofrecer alternativas para que puedan cooperar de alguna manera con sus países de origen, potenciando los beneficios compartidos.
- Buscar el fortalecimiento de lazos con los países y que existan convenios de intercambio, ya que los profesionales al regresar tienen miedo de perder los lazos con los países desarrollados. Hay que crear convenios para la cooperación.

- Las asociaciones de estudiantes MIR en España dependen de la voluntad de las personas. Tendría que haber una estructura gubernamental encargada, que transmita información oficial aunque sea a modo de una red.
- Se debe llegar a acuerdos entre países para la homologación, por ejemplo en España se realizó un estudio de las universidades para agilizar los procesos y así realizar una homologación automática de títulos de ciertas universidades.
- En el caso de Brasil y España existe una coordinación entre las autoridades nacionales y los entes territoriales. En Brasil los municipios deciden si ingresan al programa. En España coordinan el número de profesionales a ser asignados.
- Los tres programas son centralizados en los procesos de planificación y descentralizados en su ejecución con mayor y menor intensidad en cuanto a los marcos regulatorios. Es importante la divulgación de estos marcos y de los principios en los que descansan para evitar susceptibilidades tanto en los profesionales como en las poblaciones.
- Cuando los flujos determinan una alta concentración de profesionales de otro origen en zonas delimitadas, las políticas de comunicación y apoyo a la integración son imprescindibles para evitar percepciones mutuas de discriminación y deben ser tenidas en cuenta en los programas de gestión de flujos
- La igualdad de trato en los países receptores de los flujos es una condición necesaria e imprescindible, por consideraciones éticas, y para garantizar la efectividad y logro de los objetivos que se persiguen en estas intervenciones.
- Cuando existe una cooperación y coordinación intersectorial entre las autoridades de salud, educación superior, trabajo y migratorias se pueden extraer los máximos beneficios para los profesionales y organismos implicados. La coordinación es un requisito básico a la hora de poner en marcha este tipo de programas de gestión de flujos migratorios.

1. Masanet, E. "La Migración cualificada de los profesionales de la salud en Portugal y España: una aproximación general" ISCTE - Instituto Universitario de Lisboa, CIES-IUL, Lisboa, Portugal. *Revista de Ciencias Sociales*. Vol. 5, nº 2, 2010; pp 243-267
2. S. Hernández, S. González, A. Martínez Millán, N. Pando, M. "Experiencias de gestión de flujos migratorios de beneficio mutuo. Revisión bibliográfica sistemática." Acción MPDC UE LA OPS/QMS 2014.
3. Hunter P. Brain drain, brain gain or brain sharing? New studies of the migration routes of scientists show that international mobility benefits all parties including countries that are net exporters of researchers. *EMBO Rep*. 2013 Apr;14(4):315-8. doi: 10.1038/embor.2013.33. Epub 2013 Mar 15.
4. Davis, T. and D. M. Hart. 2010. "International Cooperation to Manage High-Skill Migration: The Case of India-U.S. Relations." *Review of Policy Research* 27 (4): 509-526.
5. Gökbayrak, Ş. Skilled Labour Migration and Positive Externality: The Case of Turkish Engineers Working Abroad. 2012. *International Migration* 50 (SUPPL. 1) , pp. e132-e150
6. Díaz Gil, Ana (2012) "La Emigración de Profesionales Cualificados: Una reflexión sobre las oportunidades para el desarrollo. Encauzar la migración para beneficio de todos." DIM (Representación en España). Ministerio de Empleo y Seguridad Social, secretaria general de inmigración y emigración.
7. George G, Rhodes B. Is there really a pot of gold at the end of the rainbow? Has the occupational Specific Dispensation, as a mechanism to attract and retain health workers in South Africa, leveled the playing field? *BMC Public Health*. 2012 Aug 6;12:613. doi: 10.1186/1471-2458-12-613
8. Mbemba, Gisele; Gagnon, Marie-Pierre; Pare, Guy; et al. Interventions for supporting nurse retention in rural and remote areas: an umbrella review. Source: HUMAN RESOURCES FOR HEALTH Volume: 11 Article Number: 44 DOI: 10.1186/1478-4491-11-44 Published: SEP 11 2013

9. Roots, Robin K.; Li, Linda C. Recruitment and retention of occupational therapists and physiotherapists in rural regions: a meta-synthesis. BMC HEALTH SERVICES RESEARCH Volume: 13 Article Number: 59 DOI: 10.1186/1472-6963-13-59 Published: FEB 12 2013
10. Levin Echeverri, R. Toledo Viera, A. Romero Aguilar, M. (2012). "Investigación cualitativa sobre facilitadores y obstáculos socio culturales para la radicación de los profesionales médicos en el interior del país" Unidad de Sociología de la Salud. Medicina Preventiva Social. Facultad de Medicina de Montevideo. Financiado por ANII a través del Fondo Sectorial de Salud (Proyecto PR_FSS:2009_1_1691)
11. World Health Assembly. Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. 63, 16. 21-5-2010. WHO. Available at: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHAG63/AG3_R16-en.pdf
12. Lofters AK. *The "brain drain" of health care workers: causes, solutions and the example of Jamaica*. Can J Public Health. 2012 Jul 18;103(5):e376-8.
13. Managing health worker migration: a qualitative study of the Philippine response to nurse brain drain. Human Resources for Health 2012, 10:47 (19 December 2012). Authors: Roland M Dimaya, Mary K McEwen, Leslie A Curry and Elizabeth H Bradley. Publication details Publication date: 19 December 2012.
14. Pascal Zurn Global Issues and Trends in Health Workforce Mobility. Health Economist World Health Organization. Geneva, Switzerland. Regional Meeting Abril 8 de 2013, Singapor.
15. Gökbayrak, Ş. Skilled Labour Migration and Positive Externality: The Case of Turkish Engineers Working Abroad. 2012. International Migration 50 (SUPPL. 1), pp. e132-e150
16. Mbemba, Gisele; Gagnon, Marie-Pierre; Pare, Guy; et al. Interventions for supporting nurse retention in rural and remote areas: an umbrella review. Source: HUMAN RESOURCES FOR HEALTH Volume: 11 Article Number: 44 DOI: 10.1186/1478-4491-11-44 Published: SEP 11 2013.

17. O'Brien, Terri; Ackroyd, Stephen. Understanding the recruitment and retention of overseas nurses: realist case study research in National Health Service Hospitals in the UK. Source: NURSING INQUIRY Volume: 19 Issue: 1 Pages: 39-50 DOI: 10.1111/j.1440-1800.2011.00572.x Published: MAR 2012
18. Dimaya RM, McEwen MK, Curry LA, Bradley EH. *Managing health worker migration: a qualitative study of the Philippine response to nurse brain drain*. Hum Resour Health. 2012 Dec 19;10(1):47. doi: 10.1186/1478-4491-10-47.
19. Glaser, B. y A. Strauss. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. 1967 New York: Aldine Publishing Company.
20. Vázquez Navarrete, ML. (coord.) Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. 2006. Universidad Autónoma de Barcelona. Cursos GRAAL 5. Materials 168.
21. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA IPEA. Sistema de indicadores de percepção social-saúde. Rio de Janeiro: IPEA; 2011.
22. BRASIL. Artigos 196 a 200 da Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988. Brasília: Diário Oficial da União, 1988.
- 23.- BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2013a.
24. MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12a Ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
25. PAIM, J.S. Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: Matta GC, Lima JCF, organizadores. Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 91-122.
26. BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 que Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 1990.

27. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 que divulga o Pacto pela Saúde 200, Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Diário Oficial da União, 2006a.
28. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 113 p.: il. (NAVEGADORSUS, 2). Disponível em http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/aps_verde_new.pdf. Acesso em 29 jan. 2015.
29. COELHO, I.B. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (orgs.). Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Editora Hucitec; 2008, 411p.
30. CASTRO, A.L.B.; FAUSTO, M.C.R. A Política Brasileira de Atenção Básica. In: MACHADO, C.V.; BAPTISTA, T.W.F.; LIMA, L.D. Políticas de Saúde no Brasil. Continuidades e Mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
31. TEIXEIRA, M. OLIVEIRA, R.G.; ARANTES, R.F. Mudanças nas Políticas do Trabalho e da Educação em Saúde no Governo Lula In: MACHADO, C.V.; BAPTISTA, T.W.F.; LIMA, L.D. Políticas de Saúde no Brasil. Continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
32. OECD-34 Fuente: <http://www.oecd.org>
33. CAMPOS, G.W.S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(supl.): 1865-74, 2007.
34. PAIM, J.S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, 29(10):1927-1953, 2013.
35. BORGES, F.T.; MOIMAZ, S.A.S.; SIQUEIRA, C.E.; GARBIN, C.A.S. Anatomia da privatização neoliberal do Sistema Único de Saúde. O Papel das Organizações Sociais de Saúde. São Paulo: Cultura Acadêmica Editora; 2012a.

36. CAMPOS, G.W.S. Reforma da reforma: repensando a saúde. 2nd ed. São Paulo: Hucitec; 1997.
37. PAIM, J.S. Reforma Sanitária Brasileira. Contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
38. CAMPOS, G.W.S. Entrevista ao projeto Região e Redes. Caminho da Universalização da Saúde no Brasil (17 jun 2014). Disponível em: <http://www.resbr.net.br/regionalizacao-e-o-futuro-do-sus/> (Acesso 20 jul 2015).
39. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial Nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília: Diário Oficial da União, 2013b.
40. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Portaria nº 30, de 12 de fevereiro de 2014. Dispõe sobre o cumprimento das obrigações de oferta de moradia, deslocamento, alimentação e água potável pelo Distrito Federal e Municípios aos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, nos termos da Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013. Brasília: Diário Oficial da União; 2014.
41. BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1979.
42. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial Nº 2.087/MS/MEC, de 1º de setembro de 2011, que institui o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB). Brasília: Diário Oficial da União, 2011a
43. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Diário Oficial da União, 2011b.
44. BORGES, F.T.; GARBIN, C.A.S.; SIQUEIRA, C.E.; GARBIN, A.J.I.; ROCHA, N.B.; LOLLÍ L.F. Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) no Brasil: regulação da integração

ensino serviço e sustentabilidade administrativa. Ciênc. saúde coletiva. 2012;17(4): 977-987b.

45. WHO. Evidence-based recommendations to improve attraction, recruitment and retention of health workers in remote and rural areas. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global Policy Recommendations, 2010.
46. CAVALCANTI, L.; SIQUEIRA, C.E. BORGES, F.T.; CORREA FILHO, H; SOLANO, J.; TONHATI, T.; FERREIRA, N.S; SANCHO, K.A. I Relatório Parcial Pesquisa sobre a integração sociocultural dos médicos cubanos participantes do Programa Mais Médicos. Rio de Janeiro: Fundação Darcy Ribeiro, 2015.
47. BROUWER, S. Revolutionary Doctors How Venezuela and Cuba Are Changing the World's Conception of Health Care. New York: Monthly Press; 2011.
48. BERNAL, L.A.; GAVALDA, R.R. O Pessoal de Saúde. Emigração Médica. In: Saúde e Revolução: Cuba. Antologia de autores Cubanos. Rio de Janeiro: ACHIAMÉ/CEBES; 1984.
49. NUNES E.M. (Org.); GARCIA, J.C. Pensamento social em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Cortez Editora, 1989.
50. CEBES. Saúde e Revolução: Cuba. Antología de autores Cubanos. Río de Janeiro: ACHIAMÉ/CEBES; 1984.
51. RICOEUR, P. Tempo e narrativa. Tomo I. Campinas: Papirus, 1997.
52. Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador. *Constitución de la República*. Registro Oficial 449. Montecristi : Registro Oficial, 2008.
53. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, *La Salud en la Nueva Constitución 2008*. Quito: Ministerio de Salud Pública, 2008.
54. Presidencia de la República del Ecuador, *Decreto Ejecutivo N. 150*. Nro. 39 ed. Quito: Registro Oficial, 2007.
55. Presidencia de la República del Ecuador. *Decreto Ejecutivo Nro. 20*. Nro. 22. Quito: Registro Oficial del Ecuador, 2013.

56. Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana. *Agenda Nacional de Igualdad para la Movilidad Humana 2013-2017*. Nro. 1. Quito: 2014.
57. Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana. *Guía de Servicios Interinstitucionales*. Nro. 1. Quito, 2014.
58. Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación, *Programa Prometeo*. [En línea], 2014.
59. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. *Plan Nacional de Desarrollo / Plan Nacional del Buen Vivir 2013 -2017*. Quito, 2013.
60. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)*. Primera. Quito, 2012.
61. Pinto, A. Ocampo, M. Cadena, A. *Fortalecimiento del Talento Humano*, Revista Informativa de la Organización Panamericana de la Salud, Ecuador, Vol. Nro. 31, pág. 51, 2012.
62. Organización Panamericana de la Salud. *Llamado a la Acción de Toronto*. Toronto, 2005.
63. Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud. *Informe de Programas Implementados por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador en el periodo 2011-2013*. [En línea], 2013.
64. Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación, *Programa de Becas para fortalecimiento del Talento humano en Salud*. [En línea], 2015.
65. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, *Acuerdo de Aprobación y Autorización del "Plan de Repatriación para Profesionales de la Salud"*, Nro. MSP 0742- 2014, Registro Oficial, 2014.
66. Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud. *Encuentro de Migración 2014, Plan Ecuador Saludable Vuelvo por Ti*. [En línea], 2014.
67. Dirección Nacional de Talento Humano del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Base de datos profesionales vinculados "Plan Ecuador Saludable, Voy por Ti"*. Quito, 2015.8

68. Asamblea Nacional del Ecuador, *Ley Orgánica del Servicio Público*, Registro Oficial, 2009.
69. Presidencia de la República del Ecuador, *Decreto Ejecutivo 888*, Registro Oficial, 2011.
70. Ministerio de Relaciones Laborales del Ecuador, *Resolución 000033*, Registro Oficial, 2009.
71. Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación, *Acuerdo Ministerial Nro. 2011-052*, Registro Oficial, 2011.
72. Ministerio de Relaciones Laborales del Ecuador, *Acuerdo Ministerial Nro. MRL 2013-024*, Registro Oficial, 2011.
73. Ministerio de Relaciones Laborales del Ecuador, *Acuerdo Ministerial Nro. MRL 2012-0474*, Registro Oficial, 2012.
74. Ministerio de Relaciones Laborales del Ecuador, *Norma Técnica del Subsistema de Selección de Personal Nro. MRL 2014-0222*, Registro Oficial, 2014.
75. Ministerio de Trabajo del Ecuador, *Instructivo para la Autorización Laboral de personas Extranjeras para Prestar Servicios en el Sector Público*, *Acuerdo Nro. MDT 2015-0006*, Registro Oficial, 2015.
76. Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia y Tecnología, *Procedimiento para el reconocimiento de Títulos de Especialidades en Ciencias de la Salud con Formación Académica en Servicios Cursados en el Extranjero*, *Resolución Nro. 2012-060*, Registro Oficial, 2012.
77. Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia y Tecnología, *Procedimiento para el reconocimiento de Títulos de Especialidades en Ciencias de la Salud con Formación en la ex URSS*, *Resolución Nro. RPC-SE-II-042-2013*, Registro Oficial, 2013.
78. Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia y Tecnología, *Norma para el Reconocimiento y Registro en el Ecuador, de los Títulos de Especialización Médica Obtenidos en la República Federativa del Brasil en la Categoría Lato Sensu*, *Resolución Nro. RPC-SE-06-No.045-2014*, Registro Oficial, 2012.

79. Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia y Tecnología. *Normas para el Reconocimiento y Registro en el Ecuador de los Títulos de Subespecialización Médica u Odontología Obtenidos en el Extranjero*, Resolución Nro. RPC-SO-04-No.049-2014, Registro Oficial, 2014.
80. Dirección Nacional de Talento Humano del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Base de Datos "Registro Profesionales de la Salud Ecuatorianos en el Exterior"*. Quito, 2012.
81. Diario El Telégrafo. Artículo de Prensa, *Correa califica exitoso el Plan "Ecuador saludable vuelvo por ti"*. Guayaquil, 2012.
82. CN Plus Noticias. Artículo Periodístico, *el Plan "Ecuador saludable vuelvo por ti"*. [En línea], 2012.
83. Diario El Comercio. Artículo de Prensa, *Exitoso el Plan "Ecuador Saludable Vuelvo por Ti"*. Quito, 2012.
84. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. *Información de Afiliación*. [En línea], 2015.
85. Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España, 2011. Estudio sobre la Evolución Profesional de los especialistas egresados de la Formación Sanitaria Especializada. 2006-2010. Adimen Investigaciones.
86. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014. Estudio sobre la evolución laboral de los especialistas egresados de la FSE entre 2009 y 2012. Adimen Investigaciones.
87. Agencia Española de Cooperación Internacional para el desarrollo, 2010. Plan de actuación sectorial de salud vinculado al III Plan Director (2011-2013).
88. Barber Pérez, Patricia y Beatriz González López-Valcárcel, 2007. Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025).
89. Federación de Asociaciones Medicus Mundi en España (FAMME), 2015. The experience of non-EU member MIR in the Navarra Community: Labour inequity

90. García, Sampedro Hiedra. *El abandono de las plazas MIR será cosa del pasado*, Revista Médica, 25.01.2015
91. García, Sampedro Hiedra. *"El examen MIR es como cualquier otra oposición"*, Redacción Médica, 30.01.2015.
92. García, Sampedro Hiedra. *Familia afronta la elección MIR sin su 'salvavidas'*, Redacción Médica, 29.01.2015.
93. García, Sampedro Hiedra. *Caen a la mitad los extracomunitarios en el MIR*, Redacción Médica, 11.04.2015.
94. González López-Valcárcel, Beatriz y Patricia Barber Pérez, 2008. *Demografía médica- Sabemos cuanto médicos tenemos cuanto necesitamos y como variarán las necesidades?* En www.jano.es 20 de Junio 2008. Informe Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
95. González López-Valcárcel, Beatriz y Patricia Barber Pérez, 2007. *Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2006-2030)*.
96. Grupo Eco Salud ULPGC y Dirección General de Ordenación Profesional, 2013; Informe descriptivo sobre la encuesta a MIR RI de Mayo 2012.
97. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, 2007. *Estrategia de Salud de la Cooperación Española*. <http://www.cooperacionespanola.es/sites/default/files/salud.pdf> (30.09.2015)
98. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006. *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*.
99. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010. *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*.
100. Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España, 2010. *Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006-2010. Balance de actividades y acciones previstas*.
101. Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España, 2011. *Estudio sobre la Evolución Profesional de los especialistas egresados de la Formación Sanitaria Especializada. 2006-2010*. Adimen Investigaciones.

102. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014. Estudio sobre la evolución laboral de los especialistas egresados de la FSE entre 2009 y 2012. Adimen Investigaciones.
103. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Dirección General de Ordenación Profesional, Subdirección General de Ordenación Profesional; Resumen de los Datos más Significativos de las Pruebas Selectivas 2012/ 2013. <http://sis.msssi.es/fse/ResumenGeneral/ResumenGenConv.aspx?MenuId=CE-00&SubMenuId=CE-03&cDocum=56> (30.09.2015)
104. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Dirección General de Ordenación Profesional, Subdirección General de Ordenación Profesional; Resumen de los Datos más Significativos de las Pruebas Selectivas 2013/ 2014. <http://sis.msssi.es/fse/ResumenGeneral/ResumenGenConv.aspx?MenuId=CE-00&SubMenuId=CE-03&cDocum=56>
105. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Dirección General de Ordenación Profesional, Subdirección General de Ordenación Profesional; Resumen de los Datos más Significativos de las Pruebas Selectivas 2014/ 2015. <http://sis.msssi.es/fse/ResumenGeneral/ResumenGenConv.aspx?MenuId=CE-00&SubMenuId=CE-03&cDocum=56> (30.09.2015)
106. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012; Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2011. <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNSAnosanteriores.htm> (30.09.2015)
107. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012; Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2012. <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNSAnosanteriores.htm> (30.09.2015)
108. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012; Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2013. <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm> (30.09.2015)

109. Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud
110. Segovia de Arana, José M^º. *La formación de especialistas médicos en España*. Ars Medica. Revista de Humanidades Médicas 2002; 1:77-83

La Acción " Migración de Profesionales de la Salud entre América Latina y Europa. Oportunidad para el Desarrollo Compartido", financiada por la Comisión Europea en el marco del Programa Temático de Cooperación con Países Terceros en los ámbitos de Migración y Asilo (Contrato Nº DCI-MIGR/2012/283-036), es desarrollada por la Escuela Andaluza de Salud Pública en sociedad con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/DMS) y en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay, que ostenta la Secretaría Técnica de la Red Iberoamericana Ministerial de Migraciones Profesionales de Salud - RIMPS.

ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA

Dr. Juan Ignacio Martínez Millán

Lic. M^º Agustina Pando Letona

Campus Universitario de Cartuja

Apdo. de correos 2070

18080 Granada - España

Tel. +34 958 027 400

Fax +34 958 027 503

E-mail: maritxu.pando.easp@juntadeandalucia.es

Web EASP: www.easp.es

Web Acción: www.mpdcc.es



Programa Temático de Cooperación con Países Terceros en los ámbitos de Migración y Asilo