



**MIGRACIONES PROFESIONALES LA-UE**  
**OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO COMPARTIDO**

Acción 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° MIGR/2008/152-804 (5.2)



## ESTUDIO MULTICÉNTRICO MICRACION CALIFICADA EN LA SUBREGION ANDINA

### Coordinación General: Organización Panamericana de la Salud Subregión Andina

- Mónica Padilla, Responsable de la Cooperación Técnica para el Desarrollo de RHUS de la Subregión Andina OPS/OMS (2006 a Julio 2010), y actual Responsable de la Cooperación Técnica en la Subregión Centroamericana OPS/OMS, con sede en El Salvador
- Norbert Dreesch, Responsable de la Cooperación Técnica para el Desarrollo de RHUS de la Subregión Andina de OPS/OMS, con sede en Perú

### "MIGRACIONES PROFESIONALES LA/UE, OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO COMPARTIDO",

#### Coordinación Técnica: Fundación Observatorio Social del Ecuador

- Coordinación técnica general: Lcda. Margarita Velasco (Ecuador)
- Coordinación técnica del componente Homologación de Títulos: Dr. Jorge Castellanos (Colombia)
- Coordinación técnica desde la acción: Lcda. Silvia S. Hernández (España)
- Alexandra Escobar
- César Chalén
- Soledad Álvarez

#### Equipos nacionales de investigación:

##### Bolivia

Myriam Gamboa, Ministerio de Salud  
Leopoldo Montecinos, Consultor componentes de migración calificada del país  
Hugo Rivera, Consultor Nacional de RHUS, OPS/OMS

##### Colombia

Luis Carlos Ortiz, Director Nacional de Análisis de Políticas de RHUS, Ministerio de Protección Social.  
Alexandra Matallana, Consultor componentes de migración calificada del país  
Yelitza Rubio, Ministerio de Protección Social  
Osvaldo Salgado, Consultor componentes de migración calificada del país  
Gerardo Alfaro, Consultor Nacional de RHUS, OPS/OMS

##### Chile

Verónica Bustos, División de Gestión de las Personas, Ministerio de Salud  
Mauricio Feliu, Ministerio de Salud  
Carlos Becerra, Consultor componentes de migración calificada del país  
Julio Suárez, Consultor Internacional en Sistemas y Servicios de Salud, OPS/OMS

##### Ecuador

Eduardo Puente, Director de RH en Salud, Ministerio de Salud Pública  
Rocío Segovia, Consultora componentes de migración calificada del país  
Cristina Merino, Consultora Nacional de RHUS, OPS/OMS

##### Perú

Manuel Núñez, Director de la "\*\*\*\*", Ministerio de Salud  
Giovanni Escalante, Consultor Nacional de RHUS, OPS/OMS  
Julio Gamero, Consultor componentes de migración calificada del país  
Amador Rodríguez, Consultor componentes de migración calificada del país  
Catalina Tenorio, Consultora componentes de migración calificada del país

##### Venezuela

Raquel Mata, Directora General de Investigación y Educación del Ministerio del Poder Popular para la Salud  
Luisa Castillo, Directora de investigación  
Tulia Hernández, Consultora componentes de migración calificada del país  
Víctor Zamora, Consultor Internacional en Sistemas y Servicios de Salud, OPS/OMS

##### En España:

Helena Sanabria, Colombia, Consultor fase de recolección  
Diego Falconi, Ecuador, Consultor fase de recolección

##### Escuela Andaluza de Salud Pública: seguimiento administrativo del Proyecto desde España

Maritxu Pando Letona, EASP

##### Subregión Andina - OPS/OMS



Marco Ramírez, Comunicación y registro documental en Pagina Web [www.observarh.org/andino](http://www.observarh.org/andino) Consultor de la Red Andina en RHUS

**En coordinación con el Organismo Andino de Salud**  
Patricio Yépez, Secretario Adjunto del ORAS-CONHU

Los autores son responsables de las opiniones expresadas en este documento.

---

## PRODUCTO 5:

# La planificación de los recursos humanos calificados en salud en los Países Andinos

---

*Organización Mundial de la Salud (OMS)*  
*Organización Panamericana de la Salud (OPS)*  
*Comunidad Europea (CE)*  
*Observatorio Social del Ecuador (OSE)*  
*Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP)*

## CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN .....	6
METODOLOGIA .....	7
RESULTADOS ENCONTRADOS.....	8
CONCLUSIONES .....	27
ANEXOS.....	28

## INTRODUCCIÓN

---

La migración de personal calificado en salud tiene un impacto potencial sobre el funcionamiento de los sistemas de salud de los países. Las alertas colocadas en el marco conceptual de esta investigación nos hablan de un flujo permanente de recursos de nuestra región hacia la Unión europea. Los flujos construidos en el apartado correspondiente de este informe, comprueban que existe además movilidad de médicos y enfermeras entre los propios países andinos y los del resto de América, incluido Estados Unidos.

La magnitud del fenómeno y la conciencia de él en los tomadores de decisión es incipiente por lo calificarla de nula. No aparece en las agendas de los países andinos. Sin embargo, la planificación de los recursos humanos en salud –función fundamental de cualquier Estado nacional- también está subestimada.

La planificación debe contestar a dos preguntas esenciales: cuántos y de qué tipos de recursos humanos son los que el país requiere de acuerdo a las características de los perfiles epidemiológicos de la población, del modelo de atención propuesto, del crecimiento vegetativo de la población y de la oferta de servicios tanto públicos como privados. La respuesta a estas preguntas deben complementarse con la definición de metas a corto, mediano y largo plazo.

Existe un continuum entre visibilidad de la temática del RHUS/Direcciones estratégicas de RHUS/producción, utilización y distribución del RHUS en un país, y perspectivas de crecimiento de la demanda en relación a la oferta. Estas funciones son fundamentales en la planificación de RHUS y en la planificación de un país.

Parecería que los territorios en los cuales en el presente de América Latina se observa un retorno al Estado protector, como Ecuador, Venezuela, Bolivia existiese también un regreso a la función del Estado como planificador, y en este caso concreto, le correspondería colocar a la planificación de recursos humanos en salud como un elemento esencial. Toda planificación se relaciona directamente con la información veraz sobre el total de médicos y enfermeras que existen hoy en estos países.

En esta parte del informe hemos colocado una aproximación al balance que sobre el tema de la planificación de los RHUS hacen los directores de RHUS de los Ministerios Andinos, acompañado de comentarios que efectúan representantes de los gremios, Universidades y en pocos casos, de la Cooperación internacional.

Hemos completado estas percepciones con un resumen sobre el número de médicos y enfermeras por país y su relación con las metas de los objetivos de Toronto, para finalmente ilustrar la indagación con una referencia general a las tendencias sobre formación de médicos y enfermeras con una revisión de los planes de estudio de las principales universidades estatales de los países andinos.

## METODOLOGIA

---

El objetivo de este apartado es:

1. Analizar si la función planificación es crucial para el decisor político y por tanto existe un sistema de planificación de RHUS en los países Andinos.
2. Presentar un total aproximado de médicos y enfermeras trabajando en la actualidad y su relación con los volúmenes poblacionales así como con los desafíos de Toronto que plantean densidades definidas hace 5 años como metas mínimas a ser logradas.
3. Señalar las características generales de los perfiles de formación de las principales Universidades Andina para la formación de médicos y enfermeras.

Para la recolección de datos de este capítulo se utilizó una encuesta estructurada, cuyo formato se adjunta en el anexo, luego se consolidaron las respuestas en una hoja de volcamiento de la información que facilitó el análisis que a continuación exponemos.

Los investigadores locales de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela contactaron a los siguientes informantes claves para levantar la información pertinente a esta parte de la investigación: gremios de médicos y enfermeras de cada país, de los directivos de las Escuelas o Facultades de Medicina y Enfermería (Decanos y Directores), de las Asociaciones de Escuelas o Facultades, de la cooperación técnica, de los Directores de Recursos Humanos de los Ministerios de Salud y en un caso de los Observatorios de Recursos Humanos de Salud.

## RESULTADOS ENCONTRADOS

---

Presentamos en dos tablas la información que detallan la percepción de los informantes claves y las respuestas entregadas por los Directores de RHUS de los cinco andinos sobre la planificación de los recursos humanos en salud en los respectivos países.

En la tabla No. 1 se constata que los Estados no tienen ningún criterio para planificar peor aún un sistema de planificación del recurso humanos, con cifras, características, registros de población por jubilarse y retirarse, o con la producción del mismo por parte de las Universidades.

La planificación como noción es incipiente, por ejemplo en enfermería: “solamente se ha estimado el déficit vs los recursos actualmente disponibles” o en el de los médicos se planifica máximo para “dotar de Internos y Residentes a los Hospitales”, o para programas específicos como en el caso del gobierno venezolano: “solamente se ha planificado la formación de recursos humanos para el programa Barrio”.

En el mejor de los casos dos países señalan que “Se está trabajando en planificación con la seguridad social, el Ministerio de Salud y el sector privado” O que “actualmente se levanta información”.

Lo que es claro es que entre los 6 países las tendencias planteadas por la economía de mercado en la estructuración del sistema de salud, como son los casos de Chile y Colombia, en la práctica es la regulación por el libre mercado, la que define cuántos son los recursos humanos requeridos y de qué tipo.



**TABLA No. 1 Existencia del proceso de planificación de Recursos Humanos en Salud en países Andinos según Informantes claves. 2010.**

<b>INFORMANTE</b>	<b>BOLIVIA</b>	<b>CHILE</b>	<b>ECUADOR</b>	<b>PERÚ</b>	<b>VENEZUELA</b>
Representante del gremio médico	Existe planificación, pero las condiciones no favorecen. La preparación de recursos en Salud Comunitaria Rural es un ejemplo	El CM ha influido en los cargos que debe haber en el sector público y en procesos de formación de especialistas.	No conoce	No existe	No conoce
Representante del gremio de Enfermeras	No existe		No hay un proceso de planificación	No existe planificación	Solamente se ha estimado el déficit vs los recursos actualmente disponibles
Asociación de Facultades de Medicina		No conozco el detalle del proceso, pues sólo nos invitan a discusiones puntuales sobre cupos de pregrado y	Se está trabajando en planificación con el IESS, MSP y sector privado. Actualmente se levanta información		



		post grado			
Decano Facultad de Ciencias Médicas	Existe sólo para dotar de Internos y Residentes a los Hospitales		El Consejo Nacional de Salud hizo un estudio sobre lo que se ha formado y se está formando.	El Estado no tiene ningún criterio para planificar	No conoce
Director/a de Escuela de Medicina		Lo que ocurre en la práctica es la regulación por el libre mercado. No conozco que estrategia usa el MINSAL para planificar a largo plazo.			
Directora Escuela Nacional de Enfermería		No tenemos influencia sobre la planificación, aunque intentamos ampliar las vacantes en la medida de nuestra capacidad económica.	No existe		
Cooperación Técnica Internacional		El proceso lo lleva el MINSAL en respuesta a demandas de los Servicios y de los gremios.			Solamente se ha planificado la formación de recursos humanos para el programa Barrio Adentro
Diputado Asamblea					No existe



Nacional					planificación
Observatorio MINSA	-	-	-	No se planifica a largo plazo, sólo se atiende la coyuntura	
CNIDAI	Lo único que se programa entre el Ministerio de Salud y las Universidades, son los internados y Residencias Médicas.	-	-		

FUENTE: Entrevistas a líderes gremiales, Decanos o Directores de Escuelas de Enfermería o Medicina, 2010  
ELABORACIÓN: Equipo del FOSE, Ecuador.



## COLOMBIA :

La Ley 100 de 1993, introdujo el actual sistema de salud colombiano, enfatizó, como aspectos básicos, entre otros, la descentralización, la autonomía, la autorregulación, los mecanismos del mercado y la plurinstitucionalidad del sistema. Mediante la descentralización se le asignan competencias y recursos a entidades territoriales para la gestión de la salud y la educación. Esto, junto con el alto grado de autonomía otorgada a los diversos actores participantes en estas acciones. En este entorno, el proceso de planificación también responde a este esquema de múltiples influencias, que adicionalmente involucra elementos de un mercado, donde su evolución se guía por mecanismos como los incentivos y las señales que envían los diferentes actores, más que por normas de tipo jurídico legal que se expidan desde alguna entidad centralizada del Estado.

Esto, junto con el alto grado de autonomía otorgada a los diversos actores participantes en el sistema de salud (aseguradoras, prestadores de servicios, entidades educativas, etc..) que les permite gestionar libremente sus propios procesos y adicionalmente el pluralismo institucional, con participación muy activa de entidades educativas, lleva consigo la transición de un proceso de regulación por el Estado a un entorno de autorregulación, en el cual hacen presencia múltiples y variados intereses.

En ese sentido es importante destacar el acceso, o más bien, el impulso de la participación de actores privados, en las entidades educativas y su proyección en los ámbitos del sector de la salud, lo cual tiene implicaciones importantes, porque obviamente, la formación de talento humano tiene un alto impacto en el tema de la planificación de recursos humanos, motivo de este análisis.

El análisis de la anterior esquematización, básicamente nos permite entender que en la base de nuestro sistema de salud, la transición de la regulación desde el Estado, para pasar a un sistema auto-regulado, junto con las mayores descentralización y autonomía, para gestionar sus propios procesos y la amplia participación de la iniciativa privada, lleva a que haya una responsabilidad grande de los actores que participan en estas interacciones, la cual para cada uno se orienta desde sus propias normas.

En este entorno, el proceso de planificación también responde a este esquema de múltiples influencias, que adicionalmente involucra elementos de un mercado, donde la evolución de ese mercado se guía más por mecanismos como los incentivos y las señales que envían los diferentes actores, más que por normas de tipo jurídico legal que se expidan desde alguna entidad centralizada del Estado.

En consecuencia no hay un sistema de planificación centralizado para el desarrollo del recurso humano en salud en Colombia. Todo lo contrario, lo que busca este sistema y tal vez uno de los objetivos importantes en el tema del talento humano es que haya una información disponible, completa y oportuna que les permita a los diferentes actores y agentes que participan en los procesos de formación, de gestión de talento humano, de contratación, etc. ver cuales son esas tendencias y hacer los ajustes oportunamente para que no se presenten las brechas que hoy en día tenemos, donde hay exceso de talento humano en algunas profesiones como Bacteriología, Odontología y otras, pero hay deficiencias en algunas, particularmente en especialidades médicas.

*FUENTE : RESUMEN INTEGRADO DE TODOS LOS INFORMANTES CLAVES ELABORADO POR EL EQUIPO DE COLOMBIA.*



- La Ley 100 de 1993, que introdujo el actual sistema de salud colombiano, enfatizó, como aspectos básicos, entre otros, en la descentralización, la autonomía, la autorregulación, los mecanismos del mercado y la pluri-institucionalidad del sistema.
- Mediante la descentralización se le asignan competencias y recursos a entidades territoriales para la gestión de la salud y la educación. Esto, junto con el alto grado de autonomía otorgada a los diversos actores participantes en el sistema de salud (aseguradoras, prestadores de servicios, entidades educativas, etc..) que les permite gestionar libremente sus propios procesos y adicionalmente el pluralismo institucional, con participación muy activa de entidades educativas, lleva consigo la transición de un proceso de regulación por el Estado a un entorno de autorregulación, en el cual hacen presencia múltiples y variados intereses.
- En ese sentido es importante destacar el acceso, o más bien, el impulso de la participación de actores privados, en las entidades educativas y su proyección en los ámbitos del sector de la salud, lo cual tiene implicaciones importantes, porque obviamente, la formación de talento humano tiene un alto impacto en el tema de la planificación de recursos humanos, motivo de este análisis.
- El análisis de la anterior esquematización, básicamente nos permite entender que en la base de nuestro sistema de salud, la transición de la regulación desde el Estado, para pasar a un sistema auto-regulado, junto con las mayores descentralización y autonomía, para gestionar sus propios procesos y la amplia participación de la iniciativa privada, lleva a que haya una responsabilidad grande de los actores que participan en estas interacciones, la cual para cada uno se orienta desde sus propias normas.
- En este entorno, el proceso de planificación también responde a este esquema de múltiples influencias, que adicionalmente involucra elementos de un mercado, donde la evolución de ese mercado se guía más por mecanismos como los incentivos y las señales que envían los diferentes actores, más que por normas de tipo jurídico legal que se expidan desde alguna entidad centralizada del Estado.
- En consecuencia no hay un sistema de planificación centralizado para el desarrollo del recurso humano en salud en Colombia. Todo lo contrario, lo que busca este sistema y tal vez uno de los objetivos importantes en el tema del talento humano es que haya una información disponible, completa y oportuna que les permita a los diferentes actores y agentes que participan en los procesos de formación, de gestión de talento humano, de contratación, etc. ver cuales son esas tendencias y hacer los ajustes oportunamente para que no se presenten las brechas que hoy en día tenemos, donde hay exceso de talento humano en algunas profesiones como Bacteriología, Odontología y otras, pero hay deficiencias en algunas, particularmente en especialidades médicas.
- En ese marco los procesos de planificación justamente tienen que responder a esas características de los entornos que no son centralizados, que no son regulados desde arriba, sino que deben responder a la dinámica de cada uno de los mercados que intervienen en el campo de los recursos humanos en salud: mercado educativo, mercado laboral, mercado de servicios.



**TABLA No. 2 . EXISTENCIA O NO DE PROCESOS DE PLANIFICACIÓN DE RHUS EN LOS PAISES ANDINOS SEGÚN DIRECTORES DE RHS DE LOS MINISTERIOS DE SALUD PUBLICA DE LA SUBREGION**

<b>BOLIVIA</b>	<b>CHILE</b>	<b>COLOMBIA</b>	<b>ECUADOR</b>	<b>PERU</b>	<b>VENEZUELA</b>
Se elabora el plan de Recursos Humanos, se lleva a cabo la articulación de los actores: Ministerio de Salud y Deportes, ministerio de Educación, Universidades (Formación), Gremios y ahora organizaciones sociales.	Históricamente, el proceso ha estado vinculado a la formulación de presupuestos, planes de inversión y programas específicos. Recientemente se han incorporado criterios epidemiológicos, composición de la red asistencial, listas de espera, procesos de atención y Sistema de Garantías explícitas de salud, entre otros.	El proceso de planificación responde a un esquema de múltiples influencias, adicionalmente involucra elementos de un mercado, donde la evolución de ese mercado se guía más por mecanismos como los incentivos y las señales que envían los diferentes actores, más que por normas de tipo jurídico legal que se expidan desde alguna entidad centralizada del Estado	No hay un sistema de planificación. Existe un diagnóstico situacional	No existe un proceso de planificación a escala nacional	Sin datos, el Director de RHUS no concedió entrevista

FUENTE: Entrevistas a Directores de Recursos Humanos de los Ministerios de Salud de países andinos. 2010  
 ELABORACIÓN: Equipo del FOSE, Ecuador.

Para los directores de recursos humanos, principales responsables de la planificación de los recursos sanitarios, no existe un sistema de planificación que ligue la producción en las Universidades, la utilización en el sistema de salud, sea éste público o privado, y que defina cuántos saldrán en los próximos años por edad y cuántos se requerirán en número y características.

Bolivia señala que existe un Plan de Recursos Humanos pero no hace referencia al proceso de planificación del mismo. Chile alerta sobre la preocupación reciente para incorporar criterios epidemiológicos, composición de la red asistencial, listas de espera, procesos de atención y Sistema de Garantías explícitas de salud, entre otros.

Colombia ratifica que es el mercado el que guía la oferta y demanda de los recursos humanos.

En cuanto a Ecuador, Perú y Venezuela, no existe tal proceso de planificación de los recursos humanos en salud.

Estos resultados ratifican la debilidad de las direcciones de recursos humanos en salud, comprobadas a través del estudio efectuado por OPS de la región andina en el levantamiento de las líneas de base de los Desafíos de Toronto durante el año 2009 y 2010. Allí es posible ver que una de las más altas debilidades de las Direcciones de Recursos Humanos en Salud tiene que ver con la planificación del personal de salud necesario para el sistema. La conducción estratégica de estas unidades tiene en el sistema de planificación uno de sus elementos fundamentales. Esto se relaciona directamente, como se señaló en el resultado 4 de este estudio, con la ausencia de un sistema de información sobre la dotación y distribución, así como las características socio económicas del recurso humano en salud en nuestros países.

La Tabla No. 3 complementa estas reflexiones al señalar el número de médicos y enfermeras que en los países andinos trabajan actualmente y comparar con los déficit de personal de este tipo que tendrían estos países.

En efecto, con excepción de Venezuela y Chile, el resto de países no llega a la densidad de 25 médicos y enfermeras por 10.000 habitantes definida por la Organización Panamericana de la Salud para poder brindar una atención de salud de calidad.

La situación más crítica es la de Bolivia, a quien le falta tres veces más recursos para suplir las necesidades de su población en cuanto a recursos humanos.

Le sigue en orden ascendente Ecuador, país al que –a pesar de los esfuerzos que realiza el actual gobierno por incrementar el número de plazas para los médicos y enfermeras en el Estado-, aún le resta 8 puntos para lograr la meta planteada.

**TABLA No. 3. Número de recursos humanos de salud trabajando, según país, 2010**

País	Médicos	Enfermeras	Densidad /población
Chile	29.996	15.685	32.7/ 10.000
Venezuela	63.000	47.000	30.9/10.000
Colombia	75.008	40.072	23.8/10.000
Perú	23.553	23.410	19.47/10.000
Ecuador	12.040	10.793	17 x 10.000
Bolivia	8.361	12.244	8.9. / 10.000

*Fuente: Informes de consultoría de país*

*Elaboración: Equipo de la FOSE, Ecuador, 2010.*

Perú aparece en tercer lugar, con un déficit de casi tres veces menos médicos y dos veces menos enfermeras que las que debería tener.

Colombia se acerca a los niveles de los primeros países, ya que le resta solo 1.2 médicos y enfermeras por 10.000 habitantes. El número de médicos colombianos es el mayor de la región y el de enfermeras, es el segundo, solo superado por Venezuela.

### **LOS PLANES DE ESTUDIO DE MEDICOS Y ENFERMERAS**

Las tablas 4 y 5 registra tanto los planes de estudio de médicos como de enfermeras en Universidades estatales escogidas por cada uno de los equipos de investigadores de los países andinos.

Los médicos bolivianos se forman en 5 años y los chilenos y peruanos en 7. Entre estas dos cifras se colocan los límites en el número de años de formación de los galenos de los países andinos.

Es interesante observar la columna que define los perfiles de salida, y en unos casos las competencias esperadas y los ejes del currículum. En algunas universidades estos dos no corresponden. En el caso de Bolivia, por ejemplo, la atención primaria, el trabajo comunitario, la epidemiología, la gerencia y la educación a la población están en el perfil pero no se refleja en los ejes de formación, asignando ciertas materias para atender estos aspectos.

Ninguno de los currículums de la tabla tienen como eje la atención primaria en salud, sino más bien los elementos biologicistas, las ciencias básicas y las profesionales dirigidas al desempeño clínico-quirúrgico de los egresados de estas carreras.

Los espacios vacíos de las tablas señalan la ausencia de información al respecto.

Para la formación de médicos en Venezuela existen dos grandes modalidades:

1) la carrera de Medicina que se dicta en las universidades tradicionales (con diferentes diseños curriculares) y 2) la carrera de Medicina Integral Comunitaria. Este último, es un Programa Nacional de Formación iniciado en el año 2005 con un diseño curricular único, se dicta en los espacios del Sistema Público Nacional de Salud – Misión Barrio Adentro, en aulas acondicionadas para ello y aldeas universitarias en 318 de los 335 municipios del país. Fue aprobada como carrera por el Consejo Nacional de Universidades el 22 /11/ 2007. Seis universidades dictan el programa: Universidad Bolivariana de Venezuela y las universidades experimentales Francisco de Miranda, Rómulo Gallegos, Rafael María Baralt, Ezequiel Zamora y la de la Fuerza Armada (UNEFA). Actualmente cuenta con una matrícula de 27.511 estudiantes y en 2011 egresará la primera promoción de 8.581 médicos.

Según la OPSU, el médico formado en la carrera de Medicina: está capacitado para efectuar los actos médicos que contemplan al individuo, la familia y la comunidad, con un enfoque integral en los aspectos técnicos, científicos, clínicos y epidemiológicos de la profesión, lo que le permite dominar los procedimientos del diagnóstico, tratamiento, prevención y rehabilitación de los problemas de salud-enfermedad de la comunidad. Propicia, formula y realiza la investigación básica clínica, epidemiológica y biomédica. Participa en la planificación, coordinación y desarrollo de las políticas de salud. Su campo de trabajo está conformado por hospitales y clínicas, empresas y laboratorios farmacéuticos, centros de investigación, docencia en instituciones de educación superior. La institución con mayor matrícula es la Universidad Central de Venezuela (UCV).

Mientras que el Médico Integral Comunitario, es un profesional con competencias diagnósticas, terapéuticas, de investigación e innovación, capaz de brindar atención médica integral, a través de acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación del individuo, la familia, la comunidad y el medio ambiente, con el empleo de los métodos clínico, epidemiológico y socio comunitario, un profundo enfoque social, portador de valores éticos, humanísticos, solidarios y de actitud ciudadana, llamados a transformar la situación de salud. Su campo de trabajo incluye hospitales, clínicas, ambulatorias, promotores de salud, atención integral individual, familiar, escolar, laboral y comunitaria.



TABLA No. 4.

**UNA MUESTRA DE PLANES DE ESTUDIO DE LA CARRERA DE MEDICINA EN LOS PAISES ANDINOS**

PAIS	DURACION	UNIVERSIDAD	PERFIL	EJES DE FORMACIÓN
<b>Bolivia</b>	5 años	Universidad Mayor de San Andrés  Estatal	Un médico general integral. Conocedor de la realidad social, económica y cultural del país, políticamente comprometido con su realidad, capaz de prevenir y resolver los problemas de salud relevantes, la patología prevalente del país y la región, apoyándose en el método científico y la investigación. Capaz de asumir una actitud de liderazgo, con capacidad de educar y educarse, contar con un adecuado conocimiento de organización, planificación y administración de los servicios de salud, de una manera competente y de interacción social, justa, equitativa y solidaria con la comunidad. Finalmente, capaz de ejecutar con carácter interdisciplinario, programas clínico-epidemiológicos y otros de salud, a nivel primario y secundario que requieren los niveles local, distrital y regional de Bolivia en el marco de la praxis de ética médica.	Carga horaria mayor hacia materias biológicas-curativas  Integran como materias al pensum en primera Año práctica en APS  Segundo, cuarto y quinto años: Salud Pública.
<b>Chile</b>	7 años o 14 semestres	<b>No define</b>	Médico general no especializado, capacitado para atender las necesidades de salud prevalentes y las urgencias no derivables de la población, con	En este sentido, la carrera de medicina en Chile incluye un énfasis especial en el desarrollo de la capacidad de auto-aprendizaje, investigación y formación



			capacidades para perfeccionarse y especializarse posteriormente, de acuerdo a su vocación y a los requerimientos de la medicina y de la comunidad.”	profesional integral, por lo que los planes incluyen tiempos protegidos para cada uno de éstos ámbitos, en una mirada de curriculum orientado a competencias, donde los lugares donde éstas se trabajan está definidos con antelación y donde, existe una búsqueda permanente por las mejores formas de ir entrenando a los estudiantes en el logro de dichas competencias. Para ello los planes contemplan redefiniciones metodológicas según lo vayan dictando Unidades Asesoras ad-hoc que deben tener las carreras.
<b>Colombia</b>		De las 57 Facultades de Medicina, 35 pertenecen a la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina <sup>1</sup> , entidad de carácter privado, que ha desarrollado una propuesta de un Currículo Nuclear, El País tiene en la actualidad 57 Programas de	<b>No define</b>	Dos ejes transversales: Ética y Bioética como fundamentación humanística y Biología molecular como fundamentación científica. Dos bloques integradores: semiología y epidemiología clínica. Ciencias clínicas aplicadas con base en el perfil epidemiológico y demográfico del país.

<sup>1</sup> [www.ascofame.org.co](http://www.ascofame.org.co)



		Medicina, 18 (31%) se desarrollan en universidades públicas y los 39 (69%) restantes en universidades privadas.		
<b>Ecuador</b>	<b>6 años</b>	<b>Universidad Central del Ecuador</b>	<b>No define</b>	Carga horaria mayor hacia materias biológicas-curativas  Integran como materias al pensum en segundo, tercero y cuarto semestre a la epidemiología, la administración y la salud comunitaria aplicada a la nutrición de embarazos y atención a niños.
<b>Perú</b>	<b>7 años</b>	<b>Universidad Estatal de San Marcos</b>	<b>No define</b>	Tres ejes: (1) estudios Generales que incluye ciencias exactas, biología y antropología así como ciencias sociales (filosofía, lengua, literatura y arte)  (2) Ciencias Básicas (3) Formación profesional donde no existe salud pública ni epidemiología
<b>Venezuela</b>	<b>6.5 años</b>	<b>Universidad Central de Caracas</b>	Énfasis en lo asistencial  Diagnóstico, restitución de la salud y rehabilitación, atención integral en el tercer nivel de atención  Además, Prevención de Enfermedades y	Biologicista  Medicalizado  Excluyente



			Promoción de la Salud estudiantes se reúnen a discutir temas, programas audiovisuales didácticos y multimedia	
--	--	--	--	--

*FUENTE: Informantes a informantes claves y revisión de archivos de Universidades con la mayor matrícula, enviado por cada país*

*Elaboración: FOSE, equipo coordinador, 2010*



TABLA No. 5.

**UNA MUESTRA DE PLANES DE ESTUDIO DE LA CARRERA DE ENFERMERIA EN LOS PAISES ANDINOS**

PAIS	DURACION	UNIVERSIDAD	PERFIL	EJES DE FORMACIÓN
<b>Bolivia</b>	5 Años	Universidad Mayor de San Andrés E estatal	Establece desde el primer hasta el cuarto año el contacto del estudiante con la realidad de la comunidad y sus necesidades, así como el ambiente asistencial, a través de una secuencia lógica, para facilitar el desarrollo de habilidades y destrezas del Proceso Enseñanza – Aprendizaje. El quinto año corresponde al Internado Rotatorio evaluado, como modalidad de graduación para obtener el grado de Licenciatura.	Integrados aspectos clínicos-curativos con socio antropológicos, psicológicos desde el primer año de la carrera
<b>Chile</b>	5 años o 10 semestres	<b>Universidad estatal de Chile</b>	El profesional enfermera (o) tendrá incorporados en su quehacer los principios de la ética, visión humanista, sentido de responsabilidad y compromiso social, conocimientos, competencias y habilidades para:  Proporcionar atención de enfermería integral a las personas, familias y comunidad en general, sanas, en riesgo y enfermas, en cualquier etapa del ciclo vital, a través de la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, así como en los cuidados de la etapa terminal de vida.  Liderar la gestión del cuidado a las personas,	a). Asistenciales b). Investigación c). Educación d). Gestión y Liderazgo



			familias y comunidad en	
<b>Colombia</b>		<p>Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, ACOFAEN<sup>2</sup>, organización colegiada, que consolida y mantiene la comunidad académica de Enfermería para promover el desarrollo y avance de la profesión en su proceso de construcción disciplinar.</p> <p>El País tiene en la actualidad 55 programas de Enfermería, 22 programas (40%), están en universidades públicas y 33 (60%) en universidades</p>	<p>1. Participar en la formulación, diseño, implementación y control de las políticas, programas, planes y proyectos de atención en salud y enfermería.</p> <p>2. Establecer y desarrollar políticas y modelos de cuidado de enfermería en concordancia con las políticas nacionales de salud.</p> <p>3. Definir y aplicar los criterios y estándares de calidad en las dimensiones éticas, científicas y tecnológicas de la práctica de enfermería.</p> <p>4. Dirigir los servicios de salud y de enfermería.</p> <p>5. Dirigir instituciones y programas de atención primaria en salud, con prioridad en la atención de los grupos más vulnerables de la población y a los riesgos prioritarios en coordinación con los diferentes equipos interdisciplinarios e intersectoriales.</p> <p>6. Ejercer responsabilidades y funciones de asistencia, gestión, administración, investigación, docencia, tanto en áreas generales como especializadas y aquellas conexas con la naturaleza de su ejercicio, tales como asesorías, consultorías y otras relacionadas.</p>	<p>"Competencias: Promoción de procesos educativos tendientes a mejorar las condiciones de vida y salud; promoción del auto cuidado en diferentes contextos sociales y en beneficio del individuo, la familia y la comunidad; cuidado integral de la salud; promoción de prácticas de vida saludables; investigación para el desarrollo y mejoramiento del campo de la enfermería; solución de problemas de la salud y la búsqueda de nuevos modelos de cuidado y atención; gerencia de servicios y proyectos de salud y los demás propios de la enfermería".</p>

<sup>2</sup> [www.acofaen.org.co](http://www.acofaen.org.co)



		privadas.		
<b>Ecuador</b>	<b>4 años</b>	<b>Universidad Central del Ecuador</b>	<p>Atención integral de enfermería a personas, familias y comunidad en condiciones de salud o enfermedad, tanto a nivel de institución de salud, educativas, trabajo, hogar y otros escenarios comunitarios, tanto del área urbana como rural, demostrando comportamiento ético y valores.</p> <p>Administración de los servicios de enfermería y participación en la Gerencia de los Servicios de Salud, políticas, programas y proyectos dirigidos a grupos específicos y de beneficio comunitario.</p> <p>Educación y comunicación en salud a grupos comunitarios, de acuerdo a necesidades específicas de la población, tendiente a mejorar las condiciones de salud y vida y formación de recursos humanos en enfermería y participación en la capacitación del personal de salud</p> <p>Realización y/o participación en investigaciones en el campo de la salud y particularmente de enfermería, que contribuya a la solución de los problemas de salud y desarrollo de la profesión.</p>	<p>Eje curricular: La Atención Integral de Salud, los ejes programáticos como hilos conductores son la: Investigación y las Ciencias de la Salud-Proceso de Atención de Enfermería. La red curricular se desarrolla a través de las siguientes áreas: Enfermería Básica, Enfermería de la Mujer, Niño y Adolescente, Integración Docente - Asistencial y comunitaria - Internado Rotativo</p>
<b>Perú</b>	<b>5 años</b>	<b>Universidad nacional mayor de San Marcos</b>		<p>Tres componentes: (1) estudios generales donde se incluye antropología y materias biologicistas. (2) Ciencias básicas (3)</p>



				Formación profesional que incluye bases conceptuales de enfermería y de salud pública.
<b>Venezuela</b>	<b>5 años</b>	<b>Universidad Central de Venezuela</b>	<p>Énfasis en la Prevención de Enfermedades y Promoción de la Salud</p> <p>Diagnóstico, restitución de la salud y rehabilitación, atención integral en el nivel primario</p> <p>Mayor énfasis en lo socio-comunitario.</p> <p>Implementa una estrategia de enseñanza que integra la orientación de actividades de aprendizaje, la consolidación del conocimiento y las habilidades y la evaluación de los resultados del aprendizaje.</p>	<p>Humanístico</p> <p>Holístico</p> <p>Biopsicosocial</p> <p>Integral</p> <p>Atención Primaria</p>

FUENTE: Informantes a informantes claves y revisión de archivos de Universidades con la mayor matrícula, enviado por cada país  
 Elaboración: FOSE, equipo coordinador, 2010



En lo que tiene que ver con los Planes de estudio de las Enfermeras, se encuentra que todos ellos se refieren a tres conceptos fundamentales: atención integral de enfermería, atención primaria y atención a la comunidad.

La gestión planificación y liderazgo son otro de los elementos presentes en los perfiles. Coherentes con este deber ser esperado, se desarrollan ejes del curriculum que a priori garantizarían el logro de las capacidades esperadas por los planes de estudio.

La carrera de enfermería –en las Universidades presentadas en la tabla No. 5- dura entre 4 y 5 años y el título que ofertan es el de licenciatura.

## CONCLUSIONES

---

1. Con excepción de la formación de recursos específicamente destinados al Programa de Salud Integral Comunitaria (Barrio Adentro) en Venezuela, no existe planificación de RHUS. La constante parece ser la implementación de respuestas puntuales a requerimientos de los Servicios de salud y/o de los gremios.
2. En ninguno de los países opera un sistema de planificación de los recursos humanos. En dos de los seis países, la dotación de recursos está dada por los requerimientos del mercado.
3. Frente a esta ausencia llama la atención que la relación entre recursos humanos calificados, referidos éstos a médicos y enfermeras trabajando en el sistema de salud, no cumple –con excepción de Chile y Venezuela- la proporción planteada por la OPS-OMS en los Desafíos de Toronto para la década del desarrollo de los Recursos Humanos.
4. Los planes de estudios recogidos por los equipos de investigadores en cada uno de los países andinos señalan que en lo que respecta a la formación médica ésta sigue estando centrada en los aspectos biologicistas y curativos para producir un médico asistencialista con amplias capacidades para ejercer su atención en centros médicos hospitalarios. La atención primaria está ausente como eje de sus diseños curriculares.
5. La formación de las enfermeras es bastante similar en todos los países: diferenciada de la médica puesto que incluye ejes integrales de atención, bases socioantropológicas y psicológicas para el cuidado al paciente, familia y comunidad.
6. Ningún país pudo reportar formación de profesionales médicos y enfermeras en el postgrado para poder conocer las especialidades a las que tienen acceso. Peor aún constatar perfiles sociales de los estudiantes del pre y postgrado que se forman tales como edad, procedencias urbanas o rurales.

## ANEXOS

---

Instrumento de recolección de información



**Organización Mundial de la Salud (OMS)**

**Organización Panamericana de la Salud (OPS)**

**Comunidad Europea (CE)**

**Observatorio Social del Ecuador (OSE)**

**Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP)**

### **FORMULARIO 3: INFORMACION DE PREGRADO Y POSTGRADO**

#### Información general

Con el financiamiento de la Comisión Europea/la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y el Observatorio Social del Ecuador estamos desarrollando la Investigación **"Migraciones profesionales, oportunidades para el desarrollo compartido"**.

Queremos contribuir a mejorar los sistemas de información y planificación de recursos en el sector salud, profundizar en el conocimiento de los factores relacionados con los procesos migratorios y caracterizar las políticas puestas en marcha por los sistemas de cooperación al desarrollo y así ofrecer información útil para el diseño de estrategias de mejora de los procesos de planificación, de las políticas de recursos humanos (que procuren la autosuficiencia y retención en los lugares de origen ) y que promuevan la generación de flujos bidireccionales positivos que contrarresten los efectos negativos que las migraciones profesionales en curso pueden estar ocasionando.

#### **INFORMACIÓN SOBRE PERSONAS EN FORMACIÓN EN PRE Y POSTGRADO.**

##### **1. Indague si en las Universidades con la mayor matrícula en las carreras de medicina y enfermería (que son por lo general las Universidades públicas) cuentan con un registro**

1. Organice en un cuadro el número y porcentaje de matrícula de las carreras de Enfermería y Medicina.
2. así como de postgrado a los que acceden estos profesionales. De ser posible coloque una serie de tiempo. Señale las dificultades o facilidades para encontrar la información

#### **PLANES DE FORMACIÓN**

1. Describir y analizar los curriculum de las carreras de Enfermería y Medicina de la Universidad con la mayor demanda de estudiantes de su país.
  - 1.1. Enfoque del curriculum
  - 1.2. Estructura del curriculum
  - 1.3. Competencias del egresado
  - 1.4. Modelo pedagógico
  - 1.5. Horas de práctica hospitalaria, comunitaria y horas teóricas

#### **DEFINICIÓN DE CURRICULUM:**

De acuerdo al Diccionario de la Real Academia de la Lengua curriculum es: plan de estudios. Conjunto de estudios y prácticas destinadas a que el alumno desarrolle plenamente sus posibilidades.