

## » Buenas prácticas

Los acuerdos bi-multilaterales pueden ser una forma de ordenar los flujos migratorios. En este sentido, el convenio establecido entre Uruguay y Portugal nos sirve de ejemplo de buena práctica de colaboración.

El convenio, firmado en 2008 bajo el título: "Programa de acción para el desarrollo profesional e inserción temporal de recursos humanos en el sistema de salud portugués y el sistema nacional de salud uruguayo", partía de, por un lado, la necesidad de Uruguay

en capacitación en trasplante hepático y renal para equipos de profesionales del sub-sector público, y, por otro lado, la necesidad de Portugal de cubrir temporalmente plazas de emergencia, por lo que se encargaría de la capacitación de profesionales uruguayos que realizasen la estancia en esta área. El intercambio se realizó durante 2008, y en 2009 Uruguay ponía en marcha el programa bi-institucional de trasplante hepático realizando en julio de ese año el primer trasplante.

Según el artículo 10.1 del Código de prácticas mundial sobre contratación internacional de personal de salud de la OMS, todos los Estados miembros tendrían que presentar los primeros resultados obtenidos, así como las dificultades encontradas en su aplicación, a los dos años de la fecha de adopción del mismo, es decir, en mayo de este año (2012).

Dado que España es uno de los países miembros de la OMS y firmante del código, tendrá que dar cuenta de los avances realizados en estos años en la aplicación del código de contratación.

### Estrategias para desarrollar en los países de origen

Estrategias para potenciar los aspectos positivos de la migración en los países de origen
Dotar de fondos comunes, sostenibles y previsibles en el tiempo, para el refuerzo de los sistemas de salud de origen.
Aumentar las capacidades de planificación nacional mediante la mejora de los sistemas de información y formación, y mediante el apoyo a los procesos de planificación de la fuerza de trabajo, incorporando la migración y la distribución espacial de los recursos como variables fundamentales.
Apoyar estudios de caracterización del mercado sanitario nacional, que incorporen factores desencadenantes de la emigración y generen propuestas de intervención específicas.
Formalizar convenios de hermanamiento entre instituciones emisoras y receptoras que contemplen circulación y apoyo permanente.
Estrategias para paliar los aspectos negativos de la migración en los países de origen
Desarrollar programas de profesionalización de la fuerza de trabajo en salud que permanezca, apoyando la formación continuada y el desarrollo de carrera profesional.
Reforzar el sistema de salud orientado a la atención primaria de salud (APS).
Apoyar procesos de formación en el exterior que contemplen compromisos de retorno.
Proporcionar soporte a las estrategias orientadas a mantener la accesibilidad a recursos profesionales en zonas desatendidas.

### Estrategias para desarrollar en los países de destino

Estrategias para potenciar los aspectos positivos de la migración en los países de destino
Apoyar los procesos de certificación y acreditación.
Sensibilizar política y socialmente sobre los efectos derivados de la fuga de cerebros en países de origen.
Realizar un seguimiento de la aplicación del código de buenas prácticas recientemente firmado.
Hacer viables procesos bidireccionales de migración circular, orientados a la transferencia de conocimientos y al apoyo a la especialización (becas, programas de colaboración y fomento del retorno).
Estrategias para paliar los aspectos negativos de la migración en los países de destino
Evitar la contratación de profesionales de países con déficit absoluto.
Abogar por la contratación decente y adecuada promoviendo marcos legales que impidan la discriminación y que garanticen la eliminación de dumping salarial.
Promover intercambios de profesionales y de conocimientos que favorezcan la migración circular.
Facilitar procesos de información activa en origen y destino sobre las verdaderas condiciones de trabajo, derechos y obligaciones.

## ¿QUÉ PUEDE HACER UN PARLAMENTARIO?

- Preguntar por los convenios firmados hasta ahora en el marco del código de contratación internacional, donde se presenten claramente las compensaciones recibidas por ambas partes.
- Impulsar la puesta en marcha de sistemas de información que permitan caracterizar la fuerza de trabajo en salud y la migración de los profesionales sanitarios.
- Vigilar que ninguna de las iniciativas puestas en marcha para gestionar los flujos migratorios viole el derecho fundamental individual de libre circulación.
- Exigir a los países que presenten sus proyectos de planificación de RHS dirigidos hacia la autosuficiencia.
- Hacer visibles las distintas condiciones laborales y profesionales que tienen los profesionales sanitarios en los diferentes países, preguntando cuál es la remuneración media de un profesional de la medicina o de la enfermería en diferentes países.

### » Recomendaciones al Gobierno español:

1. Que consiga cerrar el proceso de creación del registro nacional de profesionales sanitarios aprobando el proyecto de Real Decreto en esta materia, así como la creación del Observatorio de RHS, instrumentos ambos necesarios para desarrollar una adecuada planificación de RHS.
2. Trabajar por la descentralización de la formación de los profesionales sanitarios, fomentando la realización de las prácticas en zonas rurales para cubrir así estas plazas.
3. Ocuparse de que las políticas de cooperación incorporen explícitamente objetivos relacionados con la gestión de flujos migratorios de profesionales sanitarios, y con el desarrollo de acuerdos bi-multilaterales de manera equitativa entre los países de origen, tránsito y destino.
4. Trabajar por la equiparación de las condiciones salariales y laborales entre las CCAA para evitar la competitividad a la hora de captar a los profesionales.

### » Recomendaciones a la Comunidad Internacional:

1. Exigir el cumplimiento de las directrices señaladas por el código de contratación internacional de la OMS, firmado por todos los Estados miembros, y procurar que cada uno de ellos dé cuenta de los datos y los logros obtenidos cada dos años.
2. Seguir las directrices de la Comisión Europea en su comunicado sobre el acercamiento global a la migración y la movilidad<sup>24</sup>, en concreto en cuanto a su cuarto pilar: maximizar el impacto en el desarrollo de la migración y la movilidad adhiriéndose, entre otras, a las propuestas realizadas en el código de contratación internacional del personal de salud.

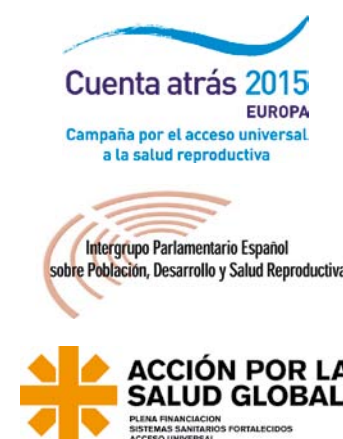
<sup>24</sup> Comisión Europea: Communication from the commission to the European parliament, the council, the european economic and social committee and the committee of the regions: The Global Approach to Migration and Mobility. Bruselas 18.11.2011 COM(2011) 743 final.

Este documento ha sido elaborado a partir de los datos generados por la acción europea "Migración de Profesionales; Desarrollo Compartido. 2009-2011" Dentro del Programa Temático de Cooperación con Países Terceros en los ámbitos de Migración y Asilo. Los resultados de esta acción están accesibles en la web: [www.mpd.c.es](http://www.mpd.c.es)  
*Silvia S. Hernández*

El Intergrupo Parlamentario sobre población, desarrollo y salud reproductiva está formado por diputados, diputadas, senadores y senadoras que, aun perteneciendo a distintas corrientes políticas, comparten una misma sensibilidad y preocupación en torno a la situación de los derechos y la salud reproductiva en el mundo en desarrollo.

Juntos participan en actividades de intercambio y conocimiento y promueven acciones parlamentarias encaminadas a mejorar y aumentar la acción del Gobierno español en cooperación en salud y en salud sexual y reproductiva.

Más información en:  
[integruposalud@fpfe.org](mailto:integruposalud@fpfe.org) • [www.integruposalud.org](http://www.integruposalud.org)



### Acción parlamentaria por la universalización del derecho a la salud

**La migración de personal de salud: Un fenómeno que incide en la salud global**

La migración del personal de salud es un fenómeno de carácter multifactorial que, entre otros efectos como la satisfacción de expectativas de desarrollo personal o profesional -incluso en los países emisores cuando hay recirculación o se mantienen alianzas profesionales-, está repercutiendo en la capacidad de muchos países de contar con suficientes recursos humanos para atender la salud de sus poblaciones.

Pero migrar es un derecho fundamental que debe ser protegido, por lo que las soluciones no pueden pasar por frenar o poner trabas a este derecho sino que tienen que incidir en sus causas y sobre todo en sus efectos negativos. España, que en los últimos años se ha situado como país receptor de migraciones -y simultáneamente cada vez más como emisor-, tiene la responsabilidad de desarrollar políticas sobre este asunto.

### EL PROBLEMA

Las migraciones ocurren por diferentes causas, pero los estudios cualitativos<sup>1</sup> realizados en los últimos años coinciden en que el motivo más recurrente por el que se decide migrar es la mejora de las condiciones de vida. Es decir, las desigualdades entre países en las condiciones de vida y por ende, en las condiciones laborales y profesionales, fomenta la migración de profesionales de la salud de países más empobrecidos a países más ricos.

Migrar es un derecho fundamental recogido en la Declaración Universal de Derechos Humanos<sup>2</sup>, y como tal, hay que protegerlo. Sin embargo, cuando la migración se da de forma unidireccional, es decir, de países pobres a países ricos, o del campo a las ciudades, ciertas zonas geográficas se masifican mientras otras quedan desiertas. Si el personal de salud abandona unas zonas para concentrarse en otras, las zonas abandonadas tendrán escasez de recursos humanos y en ellas no se podrá atender la salud de la población.

La migración del personal de salud termina repercutiendo en la salud global porque dificulta, por la falta de Recursos Humanos en Salud (en adelante RHS), la prestación de servicios en los sistemas de salud, especialmente en los más debilitados, profundizando en la inequidad.

**“14.424 profesionales de la enfermería emigraron de Perú en la última década”**

*OPS. Informe Agosto 2011<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Ver en el mapa de resultados, en cada país el apartado 1.b Flujos Migratorios, Motivos. <http://www.mpd.c.es/mapas/mapa.html>

<sup>2</sup> Naciones Unidas. "Declaración Universal de Derechos Humanos" Diciembre 1948. Artículo 13: 1. Toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado. 2. Toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso del propio, y a regresar a su país.

<sup>3</sup> Organización Panamericana de la Salud (OPS), Serie Recursos Humanos para la Salud No. 60, Washington, DC, USA, Agosto de 2011.



## CAUSAS DEL PROBLEMA:

Las migraciones del personal de salud repercuten directamente en la escasez de RHS que, según la OMS<sup>4</sup>, se vive a nivel mundial.

En un contexto de escasez, la migración, tanto dentro del mismo país como entre países, concentra la mano de obra en unas zonas (ciudades, países ricos, etc.) y deja desatendidas otras, como las zonas rurales, países pobres, etc. poniendo al descubierto la mala distribución de los RHS.

En España, los informes que desde 2007 analizan la situación de oferta y necesidad de profesionales sanitarios<sup>5</sup> no se ponen de acuerdo con las cifras, y es que es difícil saber con cuánta mano de obra se cuenta o se puede llegar a contar cuando no existe un registro oficial de profesionales de la salud. Dificultad que se agrava cuando aquellos registros parciales existentes<sup>6</sup> no tienen en cuenta las bajas por jubilación, las emigraciones o incluso, la nacionalidad o el país de origen de los profesionales.

La falta de registro de profesionales de la salud en un problema muy extendido tanto a nivel europeo<sup>7</sup> como latinoamericano<sup>8</sup>, lo cual dificulta sobremanera la realización de una buena planificación de RHS. En España, la estructura en autonomías hace aún más complejo este proceso de registro y de planificación.

La planificación de RHS exige necesariamente que se involucren los centros formativos de la región pues son ellos quienes convierten a una persona en profesional de la salud. No contar con una buena planificación de RHS y no formar a los profesionales adecuados tiene consecuencias negativas para la salud de la población. Bien porque se forman escasos RHS y no hay suficientes para atender a las poblaciones, bien porque se forma a demasiados invirtiendo recursos que posteriormente quedarán infrautilizados, tanto porque esas personas decidan emigrar como porque decidan ejercer otra profesión con más demanda.

Planificar la necesidad de recursos en un ámbito temporal tan amplio -10 años en el caso de un médico especialista- en un contexto altamente determinado por la situación económica, el desarrollo tecnológico y los cambios de expectativas y necesidades sobre el proceso de atención a la salud, es, en sí mismo, un proceso de alta incertidumbre.

En España regulan la formación de los profesionales sanitarios (nivel universitario y postgrado) el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSPSI) y el Ministerio de Educación. Existe una Comisión Nacional sobre Recursos Humanos que establece directrices, pero las decisiones sobre el número de plazas universitarias las toman las Comisiones Nacionales de cada especialidad dependientes del Ministerio de Educación.

Una vez que la persona se ha formado en su país de origen, si quiere ejercer en otro país tiene que realizar un trámite de homologación o acreditación de su titulación. En el espacio europeo este proceso está desapareciendo con la equiparación de los planes de estudio (a través de la EEES<sup>9</sup> y el Plan Bolonia) pero para las personas extracomunitarias continúa siendo un trámite obligado que acompaña el deseo de migrar y que lleva asociado muchas dificultades, además de fraudes.

En España, entre el año 2000 y el 2009 el Ministerio de Educación realizó 6.567 homologaciones de títulos de enfermería y 34.215 homologaciones de títulos de medicina (Gráfico1). En el mismo periodo se expedían 2.132 acreditaciones de títulos de medicina general, 819 de títulos de especialidad en medicina y 11.345 de títulos de enfermería a profesionales españoles para poder ejercer en el exterior<sup>10</sup> (Gráfico 2).

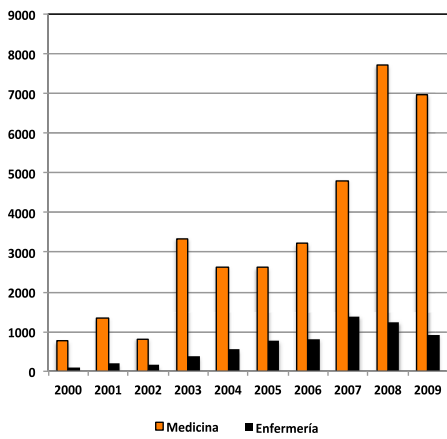


Gráfico 1:

Homologaciones de títulos extranjeros. Medicina y enfermería 2000 a 2009

Fuente: Ministerio de Educación. Las cifras de la Educación en España. Estadísticas e indicadores. Ediciones 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011.

Titulación	Total acreditaciones 2000-2009
Medicina	2.132
Especialidad Medicina	819
Enfermería	11.345

Gráfico 2:

Acreditación de títulos españoles de medicina, especialidad en medicina y enfermería para ejercer en otros Estados de la Unión Europea 2000 a 2009

Fuente: Ministerio de Educación. Las cifras de la Educación en España. Estadísticas e indicadores. Ediciones 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011.

## SOLUCIONES o cómo minimizar los efectos negativos y reforzar los positivos derivados del proceso migratorio

Puesto que nos enfrentamos a un fenómeno multicausal, las soluciones tienen que ser múltiples, pero sobre todo tienen que ser capaces de resolver el problema de la **desertización** de los sistemas de salud de países pobres sin limitar el derecho de movilidad de las personas. Las soluciones no pueden frenar o poner trabas a las migraciones, sino que tienen que incidir en sus causas y sobre todo en sus efectos negativos

En primer lugar, y dado que es un fenómeno del cual desconocemos la magnitud y por tanto sus efectos reales, habría que implementar sistemas de registros de personal de salud que recogieran información sobre los flujos migratorios. De esta manera, sería más fácil ordenar los flujos migratorios y establecer medidas de compensación, medidas de planificación, etc. Sin embargo, hay que tener cuidado porque un registro no se puede convertir en un instrumento de control de las migraciones, ya que violaría el derecho fundamental de la libre circulación. Las leyes de protección de datos personales que se aplican en la mayoría de los países salvaguardan ese derecho pero dificultan la puesta en marcha de sistemas de registro eficaces para conocer y regular este fenómeno.

A nivel mundial, el **Código de Contratación internacional firmado por la OMS**<sup>11</sup> propone un sistema de información en tres niveles, en el que cada país recopilará los datos sobre el personal de salud de su región siguiendo esas premisas y los facilitará a Ginebra cada dos años. Será la OMS quien reelabore esos datos, pues teniendo las salidas de un país y las entradas de otro se podrán cruzar los datos y obtener información más fidedigna sobre los flujos migratorios del personal de salud.

En España, con la aprobación de la Ley de Ordenaciones Sanitarias en 2003 (LOPS) se contemplaba la elaboración de los registros públicos de profesionales, tanto de los centros públicos como de los privados. La Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económico-Presupuestarios del entonces Ministerio de Sanidad y Consumo dictó el 27 de marzo de 2007 una resolución<sup>12</sup> acerca de los registros de profesionales sanitarios en la que se establece la existencia de un registro en cada CCAA que contenga ciertos datos mínimos

como el lugar de nacimiento, la nacionalidad y si el título es nacional, comunitario o extracomunitario. El Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud sería el responsable de realizar el tratamiento estadístico de los datos y de hacer pública la información agregada obtenida<sup>13</sup>. Este proceso se ha frenado porque no todas las CCAA han aprobado la normativa básica para poner en marcha sus registros. Así, en septiembre de 2011 el MSP-SI inicia en la audiencia los trámites para aprobar un real decreto que cree y regule el registro nacional de profesionales sanitarios, un instrumento necesario para la planificación y gestión de RRHH en salud<sup>14</sup>.

Otra solución que contribuiría a una mejor gestión de los flujos migratorios del personal de salud, porque permitiría una mejor distribución de los RHS, sería la creación de buenos sistemas de planificación de RHS capaces de dar respuesta a las necesidades de personal de sus propios sistemas de salud. En las Américas los observatorios regionales de recursos humanos en salud trabajan con las directrices del "llamado a la acción de Toronto (2006-2015)" que incluyen enfrentar la cuestión de las migraciones de personal de salud, y la construcción de políticas y planes de RHS. En Europa, tanto la "Carta de Tallin"<sup>15</sup> (2008), como "el Libro Verde sobre personal sanitario"<sup>16</sup> (2008) enfatizan la necesidad de fortalecer la planificación de los RRHH en salud.

Esta planificación de RHS contribuye a conseguir los objetivos de autosuficiencia de fuerza de trabajo en salud que propone el Código de prácticas de contratación de la OMS.

En España, se está resolviendo la creación de un observatorio de recursos humanos que se ocupe del seguimiento, coordinación y sistematización de la política de recursos

humanos del SNS y que esté al servicio de las consejerías de salud de las CCAA.<sup>17</sup>

Otra solución que contribuiría a la autosuficiencia de RHS en los sistemas de salud, desarrollando una gestión positiva de los flujos migratorios, serían las políticas de compensación o acuerdos bi-multilaterales que ya expone como vía resolutive el Código de contratación internacional de la OMS (2010). Cuando un profesional de la salud decide migrar para ejercer en otro lugar, no solo está dejando una plaza sin cubrir en el sistema de salud de su país de formación, sino que además se lleva consigo toda la inversión que el país ha realizado en su preparación y educación. A pesar de que la decisión de migrar es un acto individual, las consecuencias son colectivas o globales, y por tanto las soluciones tienen que plantearse también colectivamente. Por eso sería necesario establecer acuerdos previos que contribuyan a la ordenación de los flujos migratorios permitiendo la migración circular y el retorno.

La normativa sobre reclutamiento internacional comienza en 1999, cuando el Reino Unido restringe la contratación internacional de personal de enfermería focalizada en Sudáfrica y en las Indias Occidentales, aunque sin muchos efectos positivos pues la desplazó a otras zonas pobres del planeta<sup>18</sup>. Con la creación del Código de prácticas de contratación internacional de la OMS (2010) y la Guía para la implementación y monitorización (2011), se aporta la definición de la información que tendría que reportar cada país acerca de sus prácticas en gestión de RHS, así como los criterios que habría que seguir para que la contratación internacional se desarrollara de forma ética, entre los que destacan: transparencia, justicia y beneficio mutuo.

Esta planificación de RHS contribuye a conseguir los objetivos de autosuficiencia de fuerza de trabajo en salud que propone el Código de prácticas de contratación de la OMS.

## Hacia el IV Plan Director de la Cooperación Española

Hasta ahora, en España la contratación de profesionales sanitarios, sobre todo de la medicina, no ha tenido en cuenta las recomendaciones de la OMS, lo que ha conllevado importantes conflictos que se han visto reflejados en los medios de comunicación.

*"El 37% de los profesionales formados en países latinoamericanos que ejercen en España llevan más de 10 años trabajando en el SNS y muchos de ellos no tienen aún la especialidad homologada."*<sup>19</sup>

La homologación de los títulos profesionales es uno de los pocos ámbitos donde existen convenios o acuerdos entre países pero no recogen en ningún caso aspectos de contratación laboral ni de compensación<sup>20</sup>.

Una solución global a la adecuada provisión de profesionales sanitarios en las zonas desfavorecidas de los países ricos, y a la migración de profesionales desde los países más pobres a países ricos, sería equiparar las condiciones laborales y de desarrollo profesional a nivel global. Tarea imposible en el actual modelo de desarrollo; en España, la división en CCAA provoca que las condiciones laborales de los profesionales sanitarios sean diferentes incluso en el interior del país. Sin embargo, se viene exigiendo un marco salarial común para evitar la competitividad entre CCAA a la hora de captarlos.

*"El parlamento regional exige un marco salarial común en el SNS. (...) para evitar la dispersión salarial existente entre regiones y mitigar la competitividad para captarlos"*<sup>21</sup>

En el III Plan Director de la Cooperación Española (2009-2012)<sup>22</sup> aparece entre las prioridades sectoriales la migración, el desarrollo, la salud y la educación, y entre todas ellas podemos rescatar la intención de abordar el fenómeno de la migración de profesionales altamente cualificados y sus consecuencias.

### » Los objetivos que el III Plan Director señala en el tema de la migración de profesionales de la salud son:

- Contribuir a la conformación, consolidación y sostenibilidad de sistemas de salud eficaces y equitativos, así como contribuir al desarrollo de recursos humanos suficientes y motivados.
- Fomentar los efectos positivos recíprocos entre migración y desarrollo, a través de la promoción del codesarrollo, el empoderamiento de las diásporas y el apoyo a la elaboración y puesta en práctica de políticas públicas de migración adecuadas y coherentes en los países de origen, tránsito y destino.
- En el texto se reconoce la carencia de personal de salud en el Sistema Nacional de Salud Español. Para abordarlo se adopta el "Programa de acción de la UE para afrontar la escasez de personal sanitario".
- Además, la cooperación española apoya la educación superior con garantías tendentes a evitar la "fuga de cerebros" y a crear capacidad instalada en los países en desarrollo.

El IV Plan Director de la Cooperación Española (2013-2016), ahora vigente, sitúa la salud como línea de acción prioritaria, y dentro de ella menciona que "se apoyarán los programas de formación y capacitación de recursos humanos destinados a la mejora de la gobernanza, de la gestión y de la eficiencia de los sistemas de salud, abordando los determinantes sociales de la salud, con participación democrática, transparencia y rendición de cuentas". Respecto a las migraciones de personal relacionado con la salud, el Plan Director señala que las migraciones de recursos humanos requieren de una acción global, y plantea en este sentido un único objetivo: "Asegurar que los acuerdos comerciales y las políticas de migración hacia la UE no afecten la disponibilidad de recursos humanos y materiales claves para la salud en países de renta baja, tal y como establece el Código de Conducta de Contratación de Recursos Humanos de Salud de la OMS y la declaración de Doha sobre el acuerdo de propiedad intelectual y su aplicación en materia de salud pública".

<sup>4</sup> Organización Mundial de la Salud. 2006 "Colaboremos por la salud: Informe sobre la salud en el mundo 2006". <http://www.who.int/whr/2006/es/index.html>

<sup>5</sup> Barber Pérez, Patricia; y González López-Valcárcel, Beatriz. (2008). Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025). Universidad de Las Palmas de Gran Canaria y Ministerio de Sanidad y Consumo. Consejo General de Enfermería. (2007). Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea. Consejo General de Enfermería. Sánchez Fierro, Julio; y Vicente, Fernando. (2009). Las necesidades de médicos en España. Valoración de la situación actual y propuestas e iniciativas de futuro. Madrid: Cátedra de Salud Pública y Gestión Sanitaria de la Universidad Europea de Madrid y Fundación Astrazeneca.

<sup>6</sup> Instituto de Información Sanitaria (IIS) y la Estadística de Profesionales Sanitarios que realiza el Instituto Nacional de Estadística (INE)

<sup>7</sup> Riitta-Liisa Kolehmainen-Aitken, 2010. Planificación de la fuerza laboral de profesionales de medicina y enfermería en una selección de países europeos: Francia, Alemania, España, Suecia y Reino Unido. EASP, OPS y Ministerio de Salud de Uruguay. UE: Programa temático de cooperación con países terceros en los ámbitos de migración y asilo.

<sup>8</sup> Ver en el mapa de resultados, en cada país el apartado 3. SI y Planificación. <http://www.mpdic.es/mapas/mapa.html>

<sup>9</sup> Espacio Europeo de Educación Superior. Más información: <http://www.eees.es/>

<sup>10</sup> Datos obtenidos de: Sanabria, Helena 2011 "Caso de España Producto 1" EASP, OPS y Ministerio de Uruguay. EU, Programa temático de cooperación con países terceros en los ámbitos de migración y asilo. <http://www.mpdic.es/mapas/mapas/espana/espana.html>

<sup>11</sup> Código de prácticas mundial sobre contratación internacional de personal de salud. El Código fue adoptado el 21 de mayo de 2010 en la 63ª Asamblea Mundial de la Salud

<sup>12</sup> BOE de 14 de abril de 2007

<sup>13</sup> Casellas López, Lorenzo. 2011 "Caso de España Producto 4" EASP, OPS y Ministerio de Uruguay. EU, Programa temático de cooperación con países terceros en los ámbitos de migración y asilo. <http://www.mpdic.es/mapas/mapas/espana/espana.html>

<sup>14</sup> Ver nota de prensa para resumen de los contenidos del documento: <http://www.msc.es/gabinetePrensa/notaPrensa/desarrolloNotaPrensa.jsp?id=1228>

<sup>15</sup> Ver documento completo: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_systems/docs/workforce\\_gp\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_es.pdf)

<sup>17</sup> Ministra, Senado, 26.04.2011, Diario de Sesiones del Senado nº118, pág.6781

<sup>18</sup> Stilwell B, Diallo K, Zurn P, Dal Poz MR, Adams O, Buchan J. Developing evidence-based ethical policies on the migration of health workers: conceptual and practical challenges. Human Resources for Health 2003;1:8

<sup>19</sup> Diario Médico. 18.05.2011 "El 37% de los médicos foráneos llevan en el SNS más de 10 años" <http://www.diariomedico.com/2011/05/18/area-profesional/profesion/el-37-de-los-medicos-foraneos-llevan-en-el-sns-mas-de-10-anos>

<sup>20</sup> Ver en el mapa de resultados, en cada país el apartado 4. Buenas prácticas o acuerdos bilaterales o multilaterales. <http://www.mpdic.es/mapas/mapa.html>

<sup>21</sup> Diario Médico 18.03.2009. El parlamento regional exige un marco salarial común en el SNS. <http://www.diariomedico.com/2009/03/18/area-profesional/profesion/el-parlamento-regional-exige-un-marco-salarial-comun-en-el-sns>

<sup>22</sup> Plan Director de la Cooperación Española 2009-2012. [http://www.aecid.es/galerias/publicaciones/descargas/libro1\\_PlanDirector\\_LR.pdf](http://www.aecid.es/galerias/publicaciones/descargas/libro1_PlanDirector_LR.pdf)