

Los procesos de negociación para la homologación de títulos e inserción laboral de los egresados de la Escuela Latinoamericana de Medicina de Cuba

The Negotiation Processes for the Approval of Holding and Labor Insert of The Students Who Majored in The Latin American School of Medicine of Cuba

Dra. Tania Lizz Aguilar Guerra^I, Dra. Esther Torres Martínez^{II} y Dra. Georgina Fonseca Bibesco^{III}

^I Especialista en Primer Grado de Fisiología. Profesora Escuela Nacional de Salud Pública. Graduada del programa de Líderes de Salud Internacional Cohorte 2009.

^{II} Especialista en Primer Grado de Medicina Interna. Escuela Nacional de Salud Pública. Graduada del programa de Líderes de Salud Internacional Cohorte 2009.

^{III} Especialista en primer Grado de Medicina General Integral. Graduada del programa de Líderes de Salud Internacional Cohorte 2009.

RESUMEN

Objetivos. Analizar, desde la perspectiva de la Salud Internacional, los factores condicionantes de los procesos de negociación para lograr acuerdos de homologación de títulos e inserción laboral de graduados en la Escuela Latinoamericana de Medicina de los países de la región de las Américas. **Métodos.** Se realizó investigación cualitativa descriptiva tipo documental donde el análisis se centró en la fuerza de las relaciones internacionales del modelo conceptual de Salud Internacional del Programa de Líderes en Salud Internacional de la cohorte 2009. Se utilizaron las técnicas de revisión documental, entrevistas semiestructuradas y de análisis de contenidos. **Resultados.** Se evidencian las potencialidades que las Relaciones Internacionales tienen para contribuir a que la iniciativa cubana de formación de recursos humanos en salud, en su aporte para luchar contra la exclusión en salud, sea

efectiva y aprovechada por todos los países. **Conclusiones.** Los recursos humanos formados en la Escuela Latinoamericana de Medicina nos son aprovechados adecuadamente por los países, resulta de utilidad un análisis más profundo de esta temática para el desarrollo de iniciativas a ejecutar por los actores clave de este proceso y que contribuyan a la utilización eficiente de los médicos formados en Cuba.

Palabras Clave: recursos humanos, homologación, inserción laboral, Escuela Latinoamericana de Medicina, cooperación, relaciones internacionales.

ABSTRACT

Objectives: Analyze from the perspective of International Health, the determinants of the negotiation process to reach agreements on recognition of qualifications and job placement for those students who graduated in the Latin American School of Medicine from the countries of the Americas. **Methods:** Descriptive qualitative study was conducted where the analysis focused on the strength of the international relationships of the concept model of the Program of International Health Leaders Cohort 2009. Document reviews, interviews and content analysis techniques were used. **Results:** It is evident that the potentialities of international relationships have to help the Cuban initiative to train human resources in health, in its contribution to combat exclusion in health, to be effective and used by all countries. **Conclusions:** The human resources trained in Latin American Medical School of Medicine are not properly exploited by countries; it is useful to carry out a deeper analysis of this issue for the development of initiatives to be implemented by the key players in this process and to contribute to the efficient use doctors trained in Cuba.

Keywords: human resources, certification, job placement, Latin American Medical School, cooperation, international relationships.

INTRODUCCIÓN

A finales de 1998 fuertes huracanes afectaron varios países de Centroamérica y El Caribe. Entre los países más afectados, se encontraban Nicaragua, Honduras, Guatemala y El Salvador, además de Belice, Haití y República Dominicana, estos dos últimos afectados por el huracán George, pocos meses antes.

En la reunión celebrada en El Salvador en noviembre del propio año, los Jefes de Estado de Centroamérica comunicaron al mundo los daños provocados por el paso del huracán Mitch y las terribles consecuencias que para la infraestructura económica y social de esa región esto significó. Entre muertos y desaparecidos, se calcularon más de 30 000 víctimas. Los Presidentes centroamericanos lanzaron una comunicación que perfiló siete medidas y solicitaba ayuda de la comunidad internacional.

El gobierno de Cuba respondió de inmediato a este apremio urgente y manifestó su total disposición de enviar el personal médico y auxiliar de salud que se necesitara, convocando a los países desarrollados a aportar el equipamiento técnico y los medicamentos necesarios. El 21 de noviembre del propio 1998, se perfilan los lineamientos y aplicación de un Programa Integral de Salud (PIS) en el que Cuba estaría dispuesta a brindar el capital humano necesario para atender de manera integral a la población y prestar servicios en los lugares más apartados y difíciles, a todos los pobladores sin distinción de raza, credo o ideología y el objetivo fundamental no sólo lo constituía salvar vidas humanas, sino también elevar la calidad de vida de los habitantes de las zonas socialmente marginadas.¹

Este programa de ayuda médica gratuita para la región, que luego se extendió a los continentes Africano y Asiático, presta servicios a través de la colaboración de brigadas médicas cubanas al mismo tiempo que forma recursos humanos de forma gratuita, a partir de jóvenes provenientes de las áreas afectadas. Es precisamente este propósito el que da lugar a la creación de la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) como una más de las acciones de colaboración internacionalista y solidaria que ofrece Cuba desde los primeros años de la Revolución Cubana. En ocasión de celebrarse en La Habana la IX Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y Gobierno en noviembre de 1999, queda inaugurado el "Proyecto ELAM", con el propósito de formar recursos humanos para la sostenibilidad del Programa Integral de Salud.²

Como resultado de este proyecto se han graduado hasta el momento 7 256 médicos generales básicos de 45 países y alrededor de 84 pueblos originarios, de ellos 6 948 de la región de las Américas; con una formación orientada hacia la atención primaria de salud como escenario fundamental de su actuación profesional, con una elevada preparación científico-técnica, humanista, ética y solidaria, capaces de actuar en su entorno de acuerdo con las necesidades de salud de la región para contribuir con el desarrollo humano sostenible³.

De regreso a sus países, se inicia para los egresados un proceso de homologación y aceptación para acceder al mercado laboral y poder ejercer su profesión. En este camino intervienen diversos factores que no en todos los países ni en todos los momentos han tenido resultados favorables para ellos.

Con el objetivo de facilitar este proceso, las instituciones gubernamentales y académicas cubanas han desarrollado procesos de gestión y negociación variados para los cuales la Representación de OPS del país ha ofrecido su apoyo y en los que la Oficina Regional también ha manifestado su interés por contribuir, razones que justifican la elección de este tema como proyecto de País para la cohorte 2009.

Este trabajo pretende contribuir con el análisis de estos procesos, la identificación de los actores principales, los factores que lo favorecen u obstaculizan, así como proponer algunos elementos que contribuyan a viabilizar el rol de estos actores y la optimización de los procesos de negociación para la homologación y la inserción laboral de los graduados de la región al regresar a sus países de origen.

Situación actual de la salud en el mundo

El desarrollo humano es un "proceso en el cual se amplían las oportunidades del ser humano. En principio estas oportunidades pueden ser infinitas y cambiar con el

tiempo. Sin embargo, a todos los niveles de desarrollo, las tres más esenciales son: disfrutar de una vida prolongada y saludable; adquirir conocimientos; y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida decente"⁴. Como señalara Amartya Sen, "La salud, como la educación, se encuentra entre las capacidades básicas que le confieren valor a la vida humana"⁵. La sabiduría popular predica, y con razón, que "la salud es riqueza", pues habilita a las personas y sus familias para poder alcanzar el desarrollo personal y su seguridad económica. Por tanto, la salud humana es un punto de encuentro donde confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, la política social y la económica, y constituye un índice del éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones en la búsqueda del bienestar de la población.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud (APS), 1978, reiteró la definición integral de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como «el estado de completo bienestar físico, mental y social». Además, reconoció que profundas desigualdades en salud son inaceptables y que es responsabilidad del Estado asegurar la salud de sus ciudadanos. Sin embargo, las tendencias principales de la economía mundial y el ambiente político no han sido favorables para los principios generales de Alma Ata⁶.

La declaración de Alma Ata reflejaba el equilibrio mundial de fuerzas de la época⁷. En 1974, los países del G-77 habían puesto en la agenda de las Naciones Unidas al Nuevo Orden Económico Internacional (NOEI) con el cual demostraban su resistencia a la dominación política y económica del oeste en el escenario mundial⁸. La conferencia también reflejaba la fuerza del entonces mundo socialista. La Unión Soviética y China jugaron un papel clave en la génesis de la declaración⁹. Organizaciones de las Naciones Unidas como UNCTAD, UNESCO, FAO, OMS, el Instituto de Corporaciones Transnacionales, etc. fueron reorientados para promover y ayudar a implementar "contratos sociales" a favor del Tercer Mundo. En el campo de la salud, Alma Ata expresó el equilibrio existente en las relaciones internacionales que permitió que fuera aprobada una agenda progresista¹⁰.

Sin embargo, el contexto socioeconómico de principios de los años 80 manifestó una tendencia a minimizar los aspectos integrales y radicales de Alma Ata. La crisis de la deuda y los programas de ajuste estructural del Fondo Monetario Internacional hicieron que para muchos países del sur los ochentas fueran una «década perdida».¹¹

¹² Aumentó la dependencia a los préstamos extranjeros y la carga de la deuda internacional se volvió insoportable.^{13,14,15}

Después de la caída de la Unión Soviética y del Bloque del Este, fue impuesto un «nuevo orden mundial», en el cual las relaciones de poder se volvieron cada vez más unilaterales. Durante los años 90, las instituciones financieras internacionales cambiaron la definición de su misión intensificando sus intervenciones en las políticas económicas nacionales¹⁶. El Banco Mundial se convirtió en la institución internacional dominante a cargo de la formulación de las políticas de salud, impuso su visión neoliberal sobre las políticas de los países pobres, y recomendó la "inversión en salud", utilizando recetas neoliberales que implicaban privatización y liberalización¹⁷.

Chomsky señala que el rasgo fundamental del mundo globalizado es la imposición de un modelo de pensamiento, de una forma de concebir el mundo, la sociedad, la producción y distribución de bienes, y las relaciones entre las naciones, que se conoce como neoliberalismo y se constituye en el paradigma económico de nuestro tiempo¹⁸ y Feo en su reflexión crítica apunta que se trata de una forma de gobierno global, sin

estado global, en el cual un grupo de instituciones estrechamente vinculadas a los grandes intereses financieros de las corporaciones, dominan el mundo para satisfacer sus expectativas y mantener el control de la vida social por los intereses privados, con un sólo objetivo: maximizar sus ganancias y beneficios¹⁹.

Generalmente, se entiende a la globalización como un fenómeno derivado del desarrollo y las grandes transformaciones en la informática y las telecomunicaciones y se percibe como un proceso evolutivo, casi natural. Stiglitz lo relaciona con la mundialización de la economía y la supresión de las barreras al "libre comercio" y señala que uno de sus rasgos fundamentales es la aceptación del capitalismo triunfante norteamericano como única vía posible al progreso²⁰.

En Latinoamérica, en la década de los 90, se desarrollaron procesos de reforma de los sistemas de salud con un patrón neoliberal, que formaron parte de procesos más amplios de reforma del estado conocidos como ajustes estructurales y que se desarrollaron a partir de las propuestas generadas en el "consenso de Washington". Todos estos procesos fortalecieron la perspectiva de la salud como mercancía y apoyaron el abandono del concepto de salud como un derecho garantizado por el estado, dejándole a éste, solamente, la responsabilidad de garantizarla a los sectores más pobres de la población. Esta dinámica deterioró a los ministerios de salud, que perdieron capacidad y rectoría y generó una gran debilidad en la salud pública ²⁴.

En la reunión regional tripartita de la Organización del Trabajo, celebrada en México en 1999 con la colaboración de OPS, se planteó que el 46 % de los habitantes de la región de las Américas no cuentan con seguro de salud; el 25 % no tiene acceso permanente a los servicios básicos de salud ya sea por razones económicas o geográficas; el 17 % de los nacimientos se efectúan sin la atención de personal calificado; 680 mil niños no completan su programa de vacunación y 152 millones viven sin acceso a agua potable y saneamiento básico.²¹.

Un informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) del 2002 señala: "En el mundo en desarrollo, el mayor enemigo de la salud es la pobreza... Los pobres tienen menos acceso a los servicios de salud y los que pueden conseguir son de baja calidad y no responden a sus necesidades".²²

El Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud de la OMS apunta que: "La mayoría de los 1 000 millones de persona más pobres no pueden acceder a un sistema de salud que esté a la altura que corresponde. Es necesario construir nuevas infraestructuras físicas, aumentar el personal del sector salud, mejorando su preparación y fortaleciendo los sistemas de gestión y su capacidad de resolución".²³

La consagración del derecho a la salud de los pueblos se enmarca en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y la Conferencia de Alma Ata (1978). Estos treinta años transcurridos entre ellas posibilitaron perfilar el más importante paradigma en las políticas de salud pública: la atención primaria de salud, como unos de los componentes fundamentales para la garantía de la dignidad humana. ^{24,25}

En la Declaración de Buenos Aires de agosto del 2007, los Ministros de Salud o sus representantes consideraron que "La estrategia de APS se basa en valores y principios que siguen vigentes y que deben orientar la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud en todos sus niveles y para todos; que la salud es una causa y un

factor generador de desarrollo y crecimiento en una nación. Es por ese motivo que consideramos a la salud como una inversión y no como un gasto y también como una responsabilidad del Estado y la sociedad en su conjunto".²⁶

Una de las características fundamentales del mundo globalizado es la concentración del capital y el incremento de las inequidades y la pobreza. En la última década, los pobres constituyen más de una tercera parte de la humanidad y han aumentado a un ritmo inusitado; hoy existen 2,500 millones de habitantes en situación de pobreza, paradójicamente en un mundo que es más rico y produce mayor riqueza, pero que la concentra cada vez en menos manos. De ser concebidas como derechos sociales, la salud y la educación pasan a ser espacios para el lucro y la inversión privada, abriendo la posibilidad del manejo por parte del capital financiero de grandes masas de dinero, antes reservadas a los estados nacionales. Los mercados de la salud y la educación se convierten en uno de los más atractivos y rentables.

La Agenda de Salud para las Américas del 2007, estableció un compromiso para dar respuesta en 10 años a las necesidades de salud de la población, rescatar principios y valores de derechos humanos, universalidad, accesibilidad e inclusión, equidad de salud y participación social²⁷.

Frente a este panorama de la salud y la educación médica mundial, más desgarrador aún para los países en vías de desarrollo, ¿qué hacer? ¿Cómo enfrentar la garantía de la salud de la población bajo los principios de Alma Ata ⁽¹⁾ de equidad, solidaridad, universalidad y la salud como derecho humano? Por otra parte, esta propia Declaración y estudios efectuados con posterioridad ⁽³⁷⁾, han establecido bien claro, que para poder desarrollar la estrategia de atención primaria de salud, que posibilite alcanzar Salud para Todos, uno de los factores determinantes está en garantizar la adecuada formación de los recursos humanos que se requieren.

Situación actual de los recursos humanos y de la formación en salud pública

Las políticas de recursos humanos de los sistemas han sido durante mucho tiempo un área desatendida y uno de los principales obstáculos para el desarrollo de los sistemas de salud. La constatación de que para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud es preciso corregir el masivo déficit de trabajadores sanitarios en los países de ingresos bajos ha dirigido la atención a un área hasta ahora descuidada.²⁸

En la educación en salud pública, en muchos países se impuso la lógica neoliberal que concibe a la educación como bien de consumo individual que se adquiere en el mercado; y que en función de la elevada demanda individual se amplía sin ningún tipo de control ni calidad.²⁴

En un estudio realizado por la Universidad de Harvard con el patrocinio de la Fundación Rockefeller y la Agencia Sueca para el Desarrollo y la Cooperación Internacional, sobre los Recursos Humanos para la Salud, y la Joint Learning Initiative, se señala: "Después de un siglo de los más espectaculares avances en salud de la historia de la humanidad, estamos confrontando una crisis de la salud sin precedentes... Los dramáticos reversos producidos en la salud afectan no solo la supervivencia humana en los países afectados, si no también lastran el desarrollo y la seguridad de todos en un mundo interdependiente... La crisis de hoy revela el conflicto de los recursos humanos de la

salud, muy crítico para poder darle respuesta". Al estudiar los patrones nacionales de la densidad de trabajadores de la salud y la población, en relación con algunas variables clave tales como: los ingresos, la mortalidad infantil y materna y el gasto en la atención de salud; se determinó que una densidad de 2,5 trabajadores de la salud por 1 000 habitantes se considera un umbral de densidad de trabajadores necesario para obtener una adecuada cobertura para las intervenciones esenciales en salud, así como satisfacer los objetivos centrales de la Declaración del Milenio²⁹, y se pudiera utilizar como una guía para la planificación de los recursos humanos. Estimaron a su vez que "la fuerza laboral global en salud es mayor que 100 millones de trabajadores. Si partimos de que hay censados 24 millones de doctores, enfermeras y parteras, existen por lo menos 75 millones más no censados, de trabajadores informales, tradicionales, comunitarios y voluntarios". De acuerdo con las estadísticas compiladas por la OMS, el mundo tenía 9 millones de doctores y 15 millones de enfermeras y parteras en el año 2000. Estas cifras dan un promedio de densidad mundial de 1,6 doctores y 2,5 enfermeras por 1 000 habitantes. Si partimos del hecho de que un estudio realizado en 1971 había estimado 2,3 millones de doctores, los datos del 2000 sugieren que el total de médicos se ha venido incrementando en un 5 % anual. Sin embargo, si se analiza la realidad de estos datos es obvia la mala distribución de los trabajadores de la salud. Asia con el 50 % de la población mundial, tiene el 30 % del total de médicos, enfermeras y parteras. Europa y Norteamérica juntas con el 20 % de la población mundial, tiene casi la mitad de los médicos y el 60 % de las enfermeras. El estudio concluyó que la estructura para la formación del personal de la salud es débil en los países pobres. De un total de 1 642 escuelas de medicina que juntas gradúan 37 000 médicos cada año, solo 64 (4%) están situadas en África Subsahariana. En este subcontinente, 21 países tienen una escuela de medicina y 6 ninguna.³⁰

Entre los principales problemas que confronta la educación médica en los países en desarrollo hoy día, están:^{31,32,33}

- Predominio del modelo flexneriano, biologicista y medicalizado, haciendo que la formación y la investigación se impregnen del concepto de enfermedad, desvinculándose de la salud y sus determinantes sociales.
- La práctica médica se basa en un modelo de atención centrado en la enfermedad y lo curativo, de profunda dependencia tecnológica y altos costos, con el subsiguiente abandono de programas preventivos e inexistencia de programas de promoción de salud.
- Irrupción vertiginosa y desproporcionada en el último decenio de una red de clínicas y consultorios privados, con muy escaso desarrollo de la red de servicios del primer nivel de atención de salud.
- Creciente disminución de la matrícula de nuevo ingreso en la carrera de medicina, caracterizada por la "elitización" del ingreso, convertido en patrimonio casi exclusivo de hijos de profesionales y profesores universitarios, reproduciéndose prácticas y visiones que hacen perennizar el modelo de atención individual, curativo y hospitalario.
- Formación circunscrita al aula casi por completo, con pocas prácticas profesionales, concentradas a veces en los últimos años de la carrera y realizadas casi exclusivamente en los hospitales.
- Pobre relación entre las instituciones formadoras y los servicios, con la predominante desvinculación de los estudiantes con las realidades de las comunidades.
- Formación de profesionales con escasa sensibilidad social, poca capacidad resolutoria, transformadora y con mayor propensión a la mercantilización y deshumanización de la práctica en salud.

- Déficit de médicos generales de calidad y un elevado número de especialistas, que se concentran fundamentalmente en las grandes ciudades. Los posgrados responden a necesidades individuales y no a prioridades nacionales y estatales.
- No pertinencia entre la formación de los recursos humanos del país y las necesidades reales de salud crecientes de la población.

El Llamado a la Acción de Toronto del 2005 "Hacia una década de recursos humanos para la salud en las Américas", concluyó con una propuesta de carácter regional, señalando que los países deberán formular planes de acción orientados a crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para que sea posible adaptar la educación de los profesionales sanitarios a un modelo universal y equitativo de prestación de atención de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población.³⁴

Mahler HT señaló recientemente: "Estoy convencido que la salud es política y que la política es salud, porque a todo ciudadano le interesa... Además estoy moral e intelectualmente convencido de que la visión de Salud para Todos y la estrategia de Atención Primaria de Salud proporcionan fuerzas iniciales significativas y han agregado ímpetu al desarrollo de la salud en todo el mundo. Hablo de un único mundo, el único que tenemos para compartir y cuidar".³⁵

La formación médica tiene que superar los problemas identificados por lo que hacen falta recursos humanos que garanticen la cantidad al mismo tiempo que estén preparados con elevada calidad científica y técnica, comprometidos con atender a los excluidos y desarrollar la Atención Primaria de Salud.

Las Relaciones Internacionales

El proceso de globalización repercute en múltiples dimensiones de la vida social. En los últimos años se ha ido configurando un sistema político a escala mundial que modifica los intercambios entre los estados y redefine otros aspectos del desarrollo humano, influye de manera directa en la relación entre la salud y las relaciones internacionales y en el campo de la cooperación internacional en el área de la salud. Han surgido nuevos actores internacionales con nuevos roles, nuevas alianzas y asociaciones y han aparecido algunos criterios en la relación internacional debido al papel más preponderante de la sociedad civil a partir de su transparencia y rendición de cuentas.

Las Relaciones Internacionales estudian la acción de los diferentes actores internacionales, en un escenario complejo dado por diversos factores que influyen en el desenvolvimiento de esas relaciones. Esto genera el doble propósito de obtener un conocimiento lo más completo posible de dichas relaciones y de descubrir normas y principios de carácter general aplicables a la generalidad de los casos en situaciones similares, así como las variables que ocurren en casos específicos³⁶. Las Relaciones Internacionales son una disciplina que, en los últimos cincuenta años, han logrado desarrollarse como una ciencia autónoma. En su estudio es necesario profundizar sobre las relaciones de poder, la asimetría de las relaciones, la interrelación de los actores comerciales, financieros y el impacto de sus acciones sobre las condiciones de bienestar y calidad de vida de la humanidad³⁷. Sus funciones esenciales son el aseguramiento de la seguridad nacional, la defensa de los intereses económicos nacionales, la promoción del desarrollo y de la dignidad humana³⁸.

La **política exterior** se refiere a las relaciones políticas entre un país y los demás que tradicionalmente se ha centrado en la protección de los intereses nacionales desde el punto de vista de la seguridad, el desarrollo económico y territorial y los intereses ideológicos. La salud ha sido considerada ancestralmente como un asunto de baja prioridad en el campo de las relaciones internacionales³⁹, a pesar de que se reconocen las repercusiones claras y demostrables que sobre ella tienen el comercio, las finanzas internacionales, la movilidad de las poblaciones, el cambio ambiental, los conflictos, los desastres internacionales y los asuntos de seguridad internacional.

En los últimos años este panorama ha ido cambiando y el tema salud se ha convertido en un asunto relevante de la política exterior y se ha producido un incremento del diálogo entre el campo de la salud y el de las relaciones internacionales, lo cual plantea importantes desafíos para los países y las organizaciones internacionales. La importancia de la salud en los Objetivos de la Declaración del Milenio, el Informe de la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS⁴⁰ y la reforma de las Naciones Unidas⁴¹ en la que se asigna a la salud un rol muy importante en el marco de los derechos humanos para el logro de sus mayores objetivos, muestran que la salud se ha ubicado centralmente en los debates internacionales sobre política social y desarrollo económico.

La **Diplomacia en Salud**, bajo el enfoque de la diplomacia moderna, se trata del conjunto de funciones para el manejo de las relaciones entre los estados y otros actores relevantes vinculados con la salud, que persiguen la búsqueda de soluciones y acuerdos para el beneficio de la salud de sus pueblos⁴². En el ámbito multilateral comprende los procesos de construcción y manejo de las coaliciones antes, durante y después de las negociaciones, en la consecución de objetivos compartidos en materia de salud global. Se ha señalado que la necesidad de actuar de manera concertada sobre un amplio espectro de asuntos políticos, económicos y sociales que tienen consecuencias para la salud, ha resultado en un creciente número de diplomáticos que entran a la arena de la salud y especialistas en salud pública que entran en la arena diplomática.⁴³

Entre los más destacados ejemplos de convergencia de perspectivas y esfuerzos entre política exterior y políticas de salud a nivel internacional se citan la Declaración de Alma Ata sobre atención primaria de la salud en 1978, la experiencia en Centroamérica de la iniciativa Salud: Puente para la Paz⁴⁴, la atención prestada por los jefes de estado al tema de la pandemia del VIH/SIDA, el código sanitario y su evolución al reciente Reglamento Sanitario Internacional, el Codex Alimentario, el Convenio marco sobre el Tabaco y los procesos de acuerdo sobre Patentes y Medicamentos, la convergencia de intereses comerciales y sanitarios con los brotes del síndrome de insuficiencia respiratoria severa (SARS) y de Influenza A H1N1. Es importante destacar que estos puntos de encuentro en la agenda sanitaria mundial, después de Alma Ata los ha provocado principalmente la ocurrencia de enfermedades.⁴⁵

Ámbitos de acción propuestos por OPS para fortalecer las políticas y las relaciones internacionales en materia de salud³⁸

- La **Rectoría en Salud** como la capacidad de gestión del estado para implementar y llevar a buen término sus objetivos y políticas nacionales e internacionales en materia de salud con respecto a las relaciones internacionales, asegura el alineamiento de las

políticas nacionales en materia de salud y de política exterior y fundamenta la capacidad para aprovechar en beneficio de la población del país las oportunidades de la cooperación internacional. Implica, por ejemplo, corresponsabilidad con otros países en la implementación de convenios en pro del bien común (es el caso de convenios internacionales vinculantes).

- La **Diplomacia Sanitaria** deberá acelerar la construcción de los consensos en las negociaciones de alto nivel sobre temas de salud y de otros que puedan tener impacto en la salud global. Sus funciones son ejercidas a través de la acción de diplomáticos en un marco institucional concertado intersectorialmente en defensa y beneficio de los intereses nacionales y sectoriales. Supone actuar en foros y ámbitos internacionales, cooperación entre países sobre problemas comunes e intercambio de experiencias, liderazgo colectivo y acción concertada a nivel internacional para acciones de beneficio mutuo, políticas y convenios internacionales para lidiar con asuntos relacionados con la emigración, por ejemplo, del personal de la salud.

- La **gestión de la cooperación internacional** se refiere a la necesidad de capitalizar en beneficio de toda la población del país, las posibilidades y oportunidades que ofrece la cooperación internacional. Tiene mucha relación con la rectoría en salud y requiere asegurar una acción proactiva y efectiva en la movilización de recursos necesarios para satisfacer las necesidades de la salud que no es posible satisfacer con los recursos internos, evaluación de la cooperación recibida en términos del beneficio, impacto y sostenibilidad, aseguramiento del desarrollo o fortalecimiento de capacidades institucionales autónomas y sostenibles, gestión efectiva y eficiente de los recursos considerando el ordenamiento jurídico y normativo nacional y las normas internacionales vigentes.

- El **desarrollo de capacidades nacionales para la acción internacional en salud**, una premisa institucional básica para poder actuar con efectividad en la diplomacia y en la gestión. Implica la formación y la retención de recursos humanos con adecuado dominio tanto de las competencias esbozadas anteriormente como de la base normativa jurídica para asegurar su puesta en práctica. Requiere de decisión política, recursos suficientes y una clara estrategia de formación de redes institucionales, activos procesos de intercambio así como de estrategias e intervenciones para el fortalecimiento institucional. Deben considerarse las brechas que puedan existir entre salud pública y relaciones internacionales a nivel de las capacidades existentes y las derivadas del desbalance entre los poderes de negociación, influencia, presión y acción entre los países.

La Colaboración Internacional

Las políticas de la salud son responsabilidad de los estados y requieren cada vez más de la cooperación internacional y de intervenciones colectivas transnacionales que requieren un mayor reconocimiento de que la estructura, las regulaciones y las formas de organización de cada estado necesitan mejorar sustancialmente para incluir y beneficiar a todos, reduciendo los niveles de la exclusión de los procesos del desarrollo.⁴⁶

La **Cooperación Sur-Sur**, conocida también como Cooperación Técnica entre Países (CTP) se establece cuando sus actores principales son dos o más países en desarrollo y se refiere a las relaciones bilaterales y multilaterales que implican gobiernos, instituciones, corporaciones, personas y organizaciones no gubernamentales (ONG) de dos o más países en desarrollo⁴⁷. Es esencialmente un

proceso por el cual dos o más países trabajan juntos para lograr el desarrollo de la capacidad individual o colectiva con intercambios cooperativos de conocimientos, habilidades, recursos y tecnologías. Su principal característica es que permite compartir capacidades especializadas y experiencias exitosas en el área de la salud entre los países en una relación más horizontal, solidaria e integral, que la clásica ayuda oficial al desarrollo que tiende a ser unidireccional. Nace como una iniciativa para complementar la **Ayuda Oficial al Desarrollo** y para responder al fenómeno de reducción de la oferta de cooperación por parte de los donantes habituales, quienes debido a las presiones mundiales de los cambios económicos y a los fenómenos políticos imperantes han cambiado sus prioridades de atención tanto en relación a regiones geográficas a cubrir, como a temas a abordar.⁴⁸

En la **cooperación internacional para la salud** también han ocurrido importantes cambios dentro de los que se cuentan el incremento de actores estatales y no estatales y la consiguiente compleja interacción entre ellos, manifestada a través de nuevos mecanismos organizacionales. En las actuales condiciones es fundamental tener en cuenta que al mismo tiempo que aumenta la interdependencia entre los países, la mayoría de las políticas de salud adquieren una importante dimensión regional o mundial y aumenta el número de convenios y acuerdos internacionales y su impacto sobre los procesos nacionales de decisión; por lo que es imprescindible la coherencia política, la dirección estratégica y una base de principios y valores comunes muy sólida. La finalidad de la cooperación es el avance del desarrollo nacional de la salud que en este plano incluye las voluntades, recursos e intervenciones concretas, nacionales e internacionales en apoyo a la gestión nacional.

La colaboración internacional cubana en salud

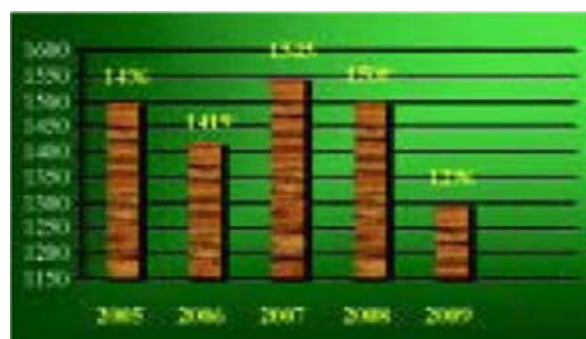
Desde el año 1961 Cuba ha cooperado con 157 países del mundo y por sus programas de cooperación han prestado servicios más de **350 mil** colaboradores, de ellos cerca de 135 mil profesionales y técnicos de la salud en 107 países. En la actualidad laboran en el exterior cerca de 50 mil colaboradores cubanos en 98 países y 4 territorios de ultramar, de ellos más de 37 mil pertenecen al sector de la salud.⁴⁹

A partir del triunfo de la Revolución Cubana y hasta la fecha, el gobierno cubano ha fomentado y desarrollado una política de colaboración y ayuda en la formación de profesionales para los países en desarrollo y, en particular, para los países africanos. En consonancia con ello, mantiene un continuo desarrollo y ampliación de su Programa de Becas, atendiendo siempre a los intereses de los países que han solicitado esta cooperación. Aún en los momentos de mayores dificultades económicas, Cuba ha mantenido los compromisos contraídos con los jóvenes y sus gobiernos. Desde 1961 se han graduado un total de 47 637 jóvenes procedentes de 126 países en más de 33 especialidades universitarias y técnicas.

En las universidades cubanas se formaron como médicos **3 528** jóvenes procedentes de **105 países** y en los 10 años de desarrollo de la ELAM se han graduado **7 256** médicos generales básicos de 45 países y alrededor de 84 pueblos originarios, lo que hace un total de **10 784**; con una formación orientada hacia la atención primaria de salud como escenario fundamental de su actuación profesional, con una elevada preparación científico-técnica, humanista, ética y solidaria, capaces de actuar en su

entorno de acuerdo con las necesidades de salud de la región para contribuir con el desarrollo humano sostenible⁴⁹.

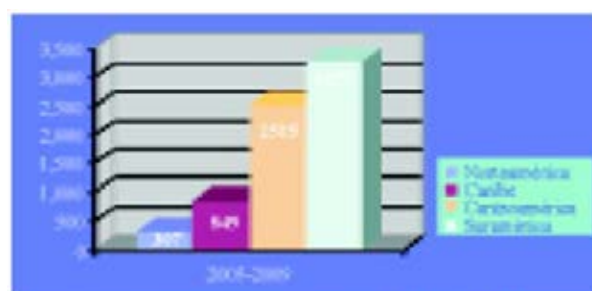
Actualmente estudian el pregrado 21 359 jóvenes de América Latina y el Caribe, Asia y Oceanía, África y Estados Unidos, en los que están representados 100 países y entre ellos se incluyen los 12 017 del Nuevo Programa de Formación de Médicos Latinoamericanos. La mayoría de los estudiantes son de procedencia humilde, hijos de obreros y campesinos, algunos de familias muy pobres y de lugares apartados de diferentes pueblos originarios y grupos étnicos. En la primera graduación de la ELAM del año 2005, egresaron 1 496; en el 2006: 1 419; en el 2007: 1 545; en el 2008: 1 500 y en el 2009: 1 296.⁵⁰ De ellos, cifras cercanas a los 2 000 egresados cursan en estos momentos especialidades médicas en la educación posgraduada del sistema nacional de salud cubano. ([Gráfico 1](#) y [2](#))



Fuente: Secretaría Docente de la ELAM

Gráfico 1. Total de graduados de la ELAM del 2005 al 2009.

Fuente: Secretaría Docente de la ELAM.



Fuente: Secretaría Docente de la ELAM

Gráfico 2. Total de graduados de la ELAM de la Región de las Américas del 2005 al 2009.

Fuente: Secretaría Docente de la ELAM.

La Dra. Margaret Chan, Directora de la OMS, en un reciente encuentro con estudiantes

de la Escuela Latinoamericana de Medicina, señaló: "La atención médica primaria trae consigo grandes recompensas personales, pero menos ganancias financieras que el trabajo en una rama especializada de la Medicina. Ustedes están siendo capacitados para ser miembros comprometidos de las comunidades a las que sirven, y no solo doctores de bata blanca esperando a que aparezcan los problemas, preferiblemente en una cita en sus oficinas...Están recibiendo las habilidades necesarias para ayudar a los no privilegiados a disfrutar de una atención médica de alta calidad. Se están capacitando para servir como fuente permanente de salud en sus países y no solo como parte de un equipo de emergencia que aparece cuando los desastres azotan".⁵¹

Además de los empeños de Cuba por contribuir en la formación de los recursos humanos necesarios para que los países de la región desarrollen sus sistemas de salud ante la demanda creciente y generalizada de servicios de atención primaria⁵², convergen dos estrategias prioritarias por las que el Proyecto de Desarrollo de los Recursos Humanos del Área de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS inicia esfuerzos conjuntos: la implementación de la renovación de la Atención Primaria de Salud y el cumplimiento de los desafíos y metas para el desarrollo de los recursos humanos para la salud.^{53,54}

La OPS/OMS realiza esfuerzos para apoyar a los Estados Miembros en el desarrollo de una capacidad institucional sólida y sostenible que les permita enfrentar los nuevos desafíos en la gobernanza, gobernabilidad y gestión de la cooperación internacional para la salud, lo cual es especialmente relevante para aquellos países que presentan una mayor necesidad de desarrollo sanitario⁴¹. En el marco de esta orientación es que se realiza el estudio de nuestro Tema País.

MÉTODO

Se realizó estudio de tipo cualitativo. El análisis se centró en la fuerza de las relaciones internacionales del modelo conceptual de Salud Internacional del Programa de Líderes en Salud Internacional de la cohorte 2009. Se utilizaron las técnicas de revisión documental, entrevistas semiestructuradas y de análisis de contenido.

Para la revisión documental:

- Se accedió a todos los documentos que facilitó la Comisión Nacional de Homologación de los títulos de los graduados de la ELAM: tratados, convenios, acuerdos, decretos, cartas, memorándum y protocolos de intención, tanto intergubernamentales como interinstitucionales, estatutos universitarios, informes de comisiones y de reuniones de negociación existentes para 32 países de la región que tienen graduados de la ELAM.
- Fueron motivo de revisión artículos publicados en prensa, revistas médicas, legislaciones vigentes en otras regiones y países del mundo, las lecturas del Programa de Líderes en Salud Internacional de la OPS afines al tema, las páginas web de las Naciones Unidas, sus documentos, publicaciones e informes: OMS, OPS, PNUD, OIT, UNICEF entre otros; las de organismos regionales, instituciones gubernamentales y no gubernamentales, publicaciones de la sociedad civil, asociaciones de estudiantes y de padres, así como publicaciones de testimonios de graduados de la ELAM.

La **guía** para la revisión documental se estructuró a partir de:

- la descripción de las acciones realizadas en función de la homologación y la inserción laboral en los países de la región,
- la identificación de los principales resultados alcanzados,
- la constatación del registro histórico de las acciones,
- la constatación de los marcos jurídicos específicos.

Las entrevistas semiestructuradas se desarrollaron en dos momentos diferentes del estudio y siempre a los mismos actores:

- personas clave en los procesos de negociación durante el último quinquenio,
- consultores de OPS con experiencia en cooperación internacional y relaciones internacionales,
- autoridades académicas y sanitarias miembros de la Comisión Nacional de Homologación,
- coordinadores de las brigadas médicas cubanas de cooperación en países de la región con graduados de la ELAM.

La entrevista inicial se realizó al comienzo del proceso investigativo y se orientó a una primera descripción de la situación actual de los procesos de negociación y a solicitarle a los expertos una anticipación de propuesta transformadora.

La información obtenida de la revisión documental y las primeras entrevistas semiestructuradas se enfocó a la descripción de la situación actual de los procesos de negociación realizados hasta el momento, la precisión de los actores clave y la definición de las categorías de contenido con un impacto decisivo en la calidad del proceso

La 2da entrevista semiestructurada estuvo dirigida a profundizar en los aspectos abordados al inicio de la investigación y se diseñaron para ello las siguientes preguntas:

- ¿Qué elementos considera decisivos para hacer más rápidos y efectivos los procesos de negociación para lograr la homologación e inserción laboral de los graduados de la ELAM en la región?
- ¿Cuáles son los factores que han obstaculizado estos procesos en los países que aún necesitando la utilización de los médicos, no han favorecido los procesos de homologación e inserción laboral?
- ¿Qué acciones considera que pudieran desarrollar los organismos internacionales para favorecer estos procesos?

Los resultados del análisis de contenido en función de la condición éxito-fracaso permitió definir los factores y principales actores relacionados con los resultados cualitativos de los procesos de negociación.

La consolidación de la información que emergió del análisis de contenido permitió identificar los elementos base que a criterio de las autoras tendrían potencialmente un impacto cualitativo en los procesos de homologación e inserción laboral. Se construirá así, la base programática para la elaboración de propuestas futuras concretas.

A fines del presente trabajo se entiende por "homologación"⁵⁵ de un certificado, título, grado o diploma de educación superior obtenido en el extranjero, a su aceptación por las autoridades competentes de un Estado contratante, y el otorgamiento a sus titulares de los derechos de que gozan las personas titulares de un certificado, título, grado o diploma nacional con respecto al cual se considera comparable el certificado, título, grado o diploma extranjero. Según el alcance asignado a la homologación, estos derechos se refieren a la continuación de estudios, al ejercicio de una actividad profesional o ambos a la vez. La homologación de un certificado, título, grado o diploma extranjero para el ejercicio de una actividad profesional constituye el reconocimiento de la capacidad técnica de su titular y conlleva los derechos y obligaciones del titular del certificado, título, grado o diploma nacional cuya posesión se exige para el ejercicio de la profesión de que se trate. Tal reconocimiento no tiene por efecto dispensar al titular del certificado, título, grado o diploma extranjero de las obligaciones dimanantes de la ley o de las condiciones que hubieran sido prescritas por las autoridades gubernamentales o profesionales competentes para el ejercicio de la correspondiente actividad profesional en el Estado contratante de que se trate.

En esta investigación se asume que un actor clave es aquel que desempeña un rol decisivo en el resultado de los procesos de negociación para el logro de la homologación y la inserción laboral de los graduados de la ELAM.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Durante el proceso de localización e identificación de documentos las autoras tuvieron acceso a los tratados, convenios, acuerdos, decretos, cartas, memorándum y protocolos de intención, tanto intergubernamentales como interinstitucionales, estatutos universitarios, informes de comisiones y de reuniones de negociación existentes para 32 países de la región que tienen graduados de la ELAM. Se revisaron artículos publicados en prensa, revistas médicas, legislaciones vigentes en otras regiones y países del mundo, las lecturas del Programa de Líderes en Salud Internacional de la OPS afines al tema, las páginas web de las Naciones Unidas, sus documentos, publicaciones e informes: OMS, OPS, PNUD, OIT, UNICEF entre otros; las de organismos regionales, instituciones gubernamentales y no gubernamentales, publicaciones de la sociedad civil, asociaciones de estudiantes y de padres y publicaciones de testimonios de graduados de la ELAM.

Se entrevistaron 9 consultores de OPS, 6 de ellos de la representación en el país y 3 de la oficina regional; los miembros de la Comisión Nacional de Homologación compuesta por 17 autoridades académicas, sanitarias y de las relaciones internacionales y los coordinadores de las Brigadas Médicas Cubanas de Cooperación en los países de la región con egresados de la ELAM. El desarrollo de esta técnica permitió describir los resultados alcanzados en los procesos de negociación entre las instituciones académicas y jurídicas y de política exterior de Cuba y sus similares en los países de la región con graduados de la ELAM.

A partir de la información obtenida por la revisión documental y de las primeras entrevistas se procedió a:

- la descripción de los procesos en desarrollo y por lo tanto incompletos,
- se precisaron los actores clave que jugaron un rol fundamental,
- se identificaron las tendencias principales que permitieron estructurar las categorías de contenido y resaltar los elementos de cuyo análisis posterior emergieron las ideas fuerza relacionadas con la propuesta de transformación.

De los países que se pudo obtener información, se realizó una descripción de la situación actual de los procesos de negociación realizados hasta el momento (Anexo 2)

Se precisaron los actores clave que por el rol que asumen en el proceso desempeñan una función decisiva para el alcance de los objetivos del proceso:

1. Estudiantes y graduados.
2. Autoridades gubernamentales.
3. Autoridades no gubernamentales
4. Autoridades académicas y profesores
5. Colegios médicos
6. Líderes de la sociedad civil

La 2da entrevista semiestructurada permitió profundizar en los aspectos abordados en la primera parte del estudio, darle validez a las acciones desarrolladas y obtener propuestas de transformación para perfeccionar los procesos cuyo propósito sea facilitar la homologación y la inserción laboral.

Del análisis de la información obtenida en función de los objetivos del estudio se identificaron las siguientes categorías de contenido:

- I. Sistema de Relaciones Internacionales y marco jurídico documentado.
- II. Posición de estudiantes y graduados.
- III. Posición del gremio médico.
- IV. Posición de la comunidad académica nacional.
- V. Posición de las autoridades sanitarias nacionales.
- VI. Posición de las autoridades gubernamentales.
- VII. Sistema de formación de la Escuela Latinoamericana de Medicina.
- VIII. Posición de la sociedad civil.

Principales tendencias por categoría de contenido

I. Sistema de Relaciones Internacionales y marco jurídico documentado:

- La documentación que debe recoger el marco jurídico y el registro histórico de las acciones de negociación en proceso, se encuentra desestructurado, incompleto y no existe para algunos países.
- Para la mayoría de los países no existe un sistema de marco jurídico y reglamentario específico para conducir los procesos de homologación e inserción laboral.
- Evidentes debilidades para la acción internacional en salud.

II. Posición de estudiantes y graduados:

- En su mayoría, no conocen los requisitos y los procedimientos que deberán enfrentar para la homologación del título de médico de regreso a su país de origen.
- Dentro de los que conocen las exigencias se identificaron 2 grandes tendencias: una parte de los estudiantes y graduados asumen con autorresponsabilidad su cumplimiento y otro grupo que solicita apoyo para facilitar los procesos y la exoneración de los pagos previstos.
- Aquellos que desconocen los mecanismos, vías y procedimientos de los procesos de homologación de sus títulos y solicitan orientación y apoyo de las autoridades académicas cubanas, esperan, en su mayoría, obtener apoyo para estas gestiones de las autoridades de su país y de su comunidad, entre otras razones por el hecho de que la gran mayoría está dispuesta a cumplir el compromiso de trabajar con los más excluidos. El hecho de tener que cumplir exigencias no esperadas, incluidos los pagos relativamente altos para recién graduados de origen pobre, genera en muchos casos profunda insatisfacción y contribuye a que un grupo de graduados abandonen sus países de origen.
- Cuando los graduados reciben reconocimiento social por las autoridades y la sociedad de su país aún cuando se le asignen ubicaciones laborales difíciles, cumplen mayoritariamente con el encargo asignado y permanecen en sus países.

III. Posición del gremio médico:

- No siempre se conoce por el gremio médico de los países de origen de los estudiantes, el grado de compromiso de los graduados de trabajar fundamentalmente con las poblaciones excluidas y son percibidos de forma general como un factor de saturación del mercado.

IV. Posición de la comunidad académica nacional:

- En la mayoría de los países de la región y de otras regiones del mundo, los graduados han obtenido la homologación de sus títulos y se han insertado en el mercado laboral exitosamente. Merece destacarse que esto se ha producido aún en los países con los cuales no existen convenios o acuerdos en este sentido y en los que a veces ha existido franca oposición de los gremios y colegios médicos, lo que constituye de hecho, un reconocimiento a la calidad del profesional formado en Cuba.
- Una de las vías para el logro de la homologación ha sido la realización de exámenes de complementación y específicos, el cumplimiento de lo establecido para el servicio social en cada país y el pago de cuotas de tramitación y afiliación.
- Una vía alternativa para lograr la inserción laboral de los graduados de países que no tienen convenios para la homologación de títulos cubanos ha sido la homologación en

otros países que sí tienen convenios con el país de origen.

- No existe en Cuba una información estructurada y un adecuado registro de las acciones entre las instituciones académicas que se han estado realizando fundamentalmente por iniciativa de Cuba para contribuir a realizar el proceso de homologación y consiguiente inclusión laboral en los países de origen de los graduados de medicina en Cuba.
- La relación bilateral entre la universidad médica cubana e instituciones académicas en otros países con voluntad de apoyar y aprovechar la iniciativa cubana, ha generado una vía rápida y eficiente para viabilizar la homologación y la consiguiente inserción laboral por la vía de la validación del programa cubano.
- La relación entre academias médicas cubanas y de otros países se ha visto fortalecida por el desarrollo de un fuerte intercambio académico que ha incluido en varios casos el desarrollo de acciones de diseño curricular y la impartición de cursos a nivel de maestrías por expertos cubanos en varios países del área, ejemplo: Bolivia, Ecuador, Brasil, México, Guatemala, República Dominicana y Perú.
- La mayoría de los estudiantes en Cuba no recibe un seguimiento por parte de las instituciones académicas de sus países.
- Capacidades limitadas para el desempeño de funciones de la salud pública de alcance y responsabilidades internacionales.

V. Posición de las autoridades sanitarias nacionales:

- La mayoría de los estudiantes en Cuba no recibe seguimiento por parte de las instituciones sanitarias.
- Capacidades limitadas para el desempeño de funciones de la salud pública de alcance y responsabilidades internacionales.

VI. Posición de las autoridades gubernamentales:

- Existen experiencias aisladas de éxito en algunos países, que han constituido expresión de una fuerte voluntad política de los actores principales.

VII. Sistema de formación de la Escuela Latinoamericana de Medicina:

- Las autoridades y profesorado no conocen exhaustivamente, en todos los casos, los requisitos, vías y procedimientos que sus graduados deberán enfrentar en los países de origen. El conocimiento de los requerimientos del proceso de homologación ha permitido en algunos casos, ejemplo EUA, desarrollar un plan de preparación específica para los graduados de ese país.
- No existe un plan de orientación y preparación en los requisitos para la homologación e inserción laboral en función de las exigencias de cada país.
- No existe una metodología para el análisis de las experiencias exitosas que permita identificar los factores críticos de éxito que facilite su generalización.

VIII. Posición de la sociedad civil:

- La divulgación que sobre la experiencia y resultados de la formación de recursos humanos que en salud tiene Cuba, es insuficiente y el nivel de visibilidad de esta iniciativa no se corresponde con el impacto cuali-cuantitativo actual y futuro de la misma. Por esta razón la información que tienen los organismos y asociaciones regionales y mundiales es también insuficiente.

•La posición proactiva y exigente de instituciones de la sociedad civil y de la población, ha contribuido a facilitar en algunos casos, la inserción laboral de los graduados.

La base programática para las propuestas futuras, está dirigida fundamentalmente a:

- Sensibilizar a los actores e incrementar su capacidad de liderazgo,
- Incrementar la visibilidad al proceso de formación y negociación,
- Provocar el crecimiento de la sinergia de los actores clave en función de los procesos de homologación e inserción laboral,
- Desarrollar acciones académicas conjuntas entre países,
- Promover el trabajo colectivo en el área académica y sanitaria y el desarrollo de acciones de intercambio.

Elementos base para el desarrollo de propuestas transformadoras futuras

- Desarrollar procesos de formación para fortalecer las capacidades de profesores, autoridades académicas y sanitarias para actuar con efectividad en la diplomacia en salud y la gestión de la cooperación internacional en los países de la región.
- Documentar las experiencias exitosas en los procesos de negociación y las iniciativas que lo han facilitado sin vulnerar las exigencias propias de la política académica y de trabajo de cada país.
- Documentar las exigencias, requisitos y disposiciones específicas de cada país para informar y preparar a los estudiantes en su rol de sujetos activos y responsabilizados con su cumplimiento.
- Diseñar una metodología que permita analizar y evaluar las experiencias consideradas exitosas en el proceso de facilitación de la homologación y la inserción laboral.
- Desarrollar un plan de divulgación que permita socializar los resultados del proceso de formación y del desempeño profesional, humano y social de los graduados de la ELAM a través de foros y ambientes internacionales, páginas web, boletines informativos a la comunidad académica, publicaciones médicas y sociales, Campus Virtual de la Salud Pública, Programa de Líderes en Salud Internacional, entre otros.
- Crear en cada país grupos representativos de los actores clave fundamentales que visiten la ELAM y aprecien el desempeño de los graduados con el propósito de que faciliten los procesos de formación y el desarrollo de investigaciones conjuntas. Divulgar las experiencias en este sentido como son los ejemplos de Pakistan, EUA y China, de donde representantes de universidades médicas visitan a sus estudiantes y monitorean la formación, exigen información del curriculum y esclarecen los requisitos que los graduados de su país deberán cumplir a su regreso para obtener la homologación de su título.
- Conformar equipos regionales de profesionales que participen en el diseño y aplicación de estrategias de validación del desempeño, construcción de indicadores de evaluación pertinentes a las realidades del desempeño en la Atención Primaria de Salud.
- Sistematización de la información acerca del proceso de formación, los estudiantes y graduados por año, países y regiones y los resultados de su desempeño, utilizando la iniciativa del Observatorio de Recursos Humanos de la OPS.

- Desarrollar un sistema de información y preparación de los estudiantes para coadyuvar a que se conviertan en sujetos activos de los procesos de homologación y responsabilizados concientemente con el cumplimiento de los requisitos y exigencias específicas de sus países.
- Elaborar un programa de investigación que incluya proyectos para el desarrollo de estos elementos base como trabajo de terminación de cursos, diplomados, maestrías y doctorados en el área de Salud Internacional.
- Utilizar las fortalezas de las representaciones de OPS y otras agencias de Naciones Unidas para contribuir a promover la discusión y el diálogo sobre este tema y a fortalecer la capacidad institucional de los gobiernos y autoridades académicas y sanitarias en el ámbito de las relaciones internacionales.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio, frutos de una primera aproximación al tema "Los procesos de negociación para la homologación de títulos e inserción laboral de los egresados de la Escuela Latinoamericana de Medicina de Cuba", evidencian las potencialidades que las Relaciones Internacionales tienen para contribuir a que la iniciativa cubana de formación de recursos humanos en salud, en su aporte para luchar contra la exclusión en salud, sea efectiva y aprovechada por todos los países.

La necesidad de que los organismos internacionales, en particular la OPS, impulsen acciones de la cooperación internacional en esta área.

RECOMENDACIONES

- Recomendamos que los "elementos base" presentados, se utilicen para el desarrollo de iniciativas a ejecutar por los actores clave de este proceso, que contribuyan a la utilización eficiente de los médicos formados en Cuba.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Comprometidos con la Salud de la Población. Rev Cubana Educ Med Super; 2003;17(1):67-72.
2. Castro Ruz F. Discurso pronunciado por el Presidente de la Republica de Cuba, en el acto por la inauguración de la Escuela Latinoamericana de Medicina, en ocasión de la IX Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y Gobierno. La Habana. Cuba. 15 de Noviembre 1999.
3. José Ramón Balaguer Cabrera. Ministro de Salud de Cuba. Discurso en ocasión del 10mo aniversario de su creación. La Habana. 2009.

4. Informes sobre desarrollo humano.PNUD. Próximo Informe 20^a edición de aniversario en: <http://hdr.undp.org/es/informes/mundial/idh2010/>
5. Cortina, A; Pereira, G. *Pobreza y libertad. Erradicar la pobreza desde el enfoque de Amartya Sen*. Tecnos. ISBN 978-84-309-4830-7. 2009.
6. WHO. Alma Ata Declaration on Primary Health Care, 1978. Available from: ([www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata .pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf))
7. Baum FE. Health for All Now! Reviving the Spirit of Alma Ata in the twenty-first century: An Introduction to the Alma Ata Declaration. *Social Medicine* 2007;2:34-41.
8. Italian Global Health Watch. From Alma Ata to the Global Fund: The History of International Health Policy. *Social Medicine* 2008; 3:36-48.
9. Navarro V. Neoliberalism and its Consequences:The World Health Situation Since Alma Ata. *Global Social Policy* 2008; 8:152-154.
10. Bair J. From the New International Economic Order to the Global Compact: Development Discourse at the United Nations Paper presented at the annual meeting of the International Studies Association, Le Centre Sheraton Hotel, Montreal, Quebec, Canada, March 17, 2004. (www.allacademic.com/meta/p73063_index.html)
11. Cueto M. The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. *American Journal of Public Health* 2004;94:1864_1874.
12. Navarro V. A critique of the ideological and political position of the Brandt Report and the Alma Ata Declaration. *Int J Health Serv* 1984;14:159-172.
13. Payer C. *Lent and Lost. Foreign Credit and Third World Development*. Zed books, London, 1992.
14. Chossudovsky M. Policing Countries Through Loan Conditionalities. *The Globalisation of Poverty*. Third World Network 1997;51:72.
15. Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo-UNCTAD. *Statistical Pocket Book* 1989. UNCTAD, New York, 1989.
16. UNCTAD. *Handbook of international trade and development: Statistics* 1990. UNCTAD, New York, 1991.
17. World Bank. *World Development Report 1993: Investing in health*. World Bank, Washington DC, 1993.
18. Chomsky, N. *El beneficio es lo que cuenta. Neoliberalismo y orden global*. Barcelona, 2001.
19. Feo, Oscar. Las políticas neoliberales y su impacto sobre la formación en salud pública. *Comentarios sobre la experiencia venezolana. Medicina Social*. 2008; 3 (4): 275-284.

20. Stiglitz, J. El Malestar de la Globalización. Madrid: Taurus. 2002.
21. OIT/OPS. Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe. Reunión regional tripartita de la OIT con la colaboración de la OPS. México; 1999.
22. United Nations Population Fund (UNFPA). El Estado de la Población Mundial, 2002. Población, pobreza y oportunidades [monograph on the Internet]. [cited 2006 Jul 4]. Available from: http://www.unfpa.org/swp/2002/swpman_spa.htm
23. Centro de Investigaciones de la Economía Mundial (CIEM). Investigación sobre desarrollo humano y equidad en Cuba 1999 [monograph on the Internet]. Havana: CIEM; 1999 [cited 2008 Aug 12]. Available from: <http://www.undp.org/cu/ldh99.html>.
24. Mirta Roses. Conferencia de clausura de la Reunión de Buenos Aires 30/15 en: Hacia un cuidado integral de la salud para la equidad: De Alma Ata a la Declaración del Milenio. Ministerio de Salud. Argentina; 2007.
25. OPS/OMS. La renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, DC; 2007.
26. Declaración de Buenos Aires 30-15. Hacia una Estrategia de Salud para la Equidad, basada en la Atención Primaria. In: González García G et al. Hacia un cuidado integral de la salud para la equidad: De Alma Ata a la Declaración del Milenio. Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo: "Derechos, hechos y realidades". 1ª ed. Rossen M (ed). Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2007.
27. OPS/OMS. Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. Washington, DC: OPS; 2007.
28. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca.
29. The Millennium Development Goals report 2007. New York, United Nations, 2007 (<http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/mdg2007.pdf>).
30. The President and Fellows of Harvard Collage. Human Resources for Health. Overcoming them crisis. Joint Learning Initiative. Cambridge: Harvard University Press; 2004.
31. Pan American Health Organization. Regional consultation on human resources in health: critical challenges. Proceedings of the Regional Meeting of the Observatory of Human Resources in Health; 2005 Oct 4-7; Toronto, Canada. Washington DC: PAHO; 2005.
32. Cooke M, Irby DM, Sullivan W, Ludmerer KM. American medical education 100 years after the Flexner report. N Engl J Med. 2006; 355(13):1339-44.

33. Borroto Cruz R, Lemus Lago ER, Aneiros-Riba R. Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar. Biblioteca de Medicina Volumen xxxiv. La Paz: Universidad Mayor de San Andrés; 1998.
34. Llamado a la acción de Toronto, Hacia una década de recursos humanos para la salud en las Américas, OPS, Salud Canadá y el Ministerio de Salud de Ontario y Long Term Care. Toronto, Canadá; octubre de 2005.
35. Mahler HT. Algunas reflexiones sobre liderazgo y equidad en salud. In: González García G et al. Hacia un cuidado integral de la salud para la equidad: De Alma Ata a la Declaración del Milenio. Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo: "Derechos, hechos y realidades". 1ª ed. Rossen M (ed). Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2007. p. 98-103.
36. SOSA, Carlos. Las relaciones internacionales como disciplina académica autónoma. Caracas. Editorial Jurídica Venezolana. 1982.
37. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Líderes en Salud Internacional: Modelo Conceptual de Salud Internacional, abril 2009.
38. Organización Panamericana de la Salud. 48º Consejo Directivo. La salud y las relaciones internacionales: su vinculación con la gestión del desarrollo nacional de la salud. (CD48/15) Washington, DC; agosto 2008. En: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48-15-s.pdf>
39. Panenborg, C.O. A New International Order, Alpheen aan den Rijn, Sijthoff & Noordhoff, 1979.
40. Margaret Chan, Jonas Gahr Store & Bernard Kouchner. Foreign policy and global public health: working together towards common goals. Bolletin of the World Health Organization, July 2008, 86 (7).
41. United Nations. In Larger Freedom: towards security, development and human rights for all. Report of the Secretary-General, 2005.
42. Barston, R.P. Modern Diplomacy, Third Edition. Longman, May 2006.
43. Kickbush I, G. Silberschmidt y P. Buss. Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. Bull of the World Health Organization, March 2007.
44. Organización Panamericana de la Salud y Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional. Salud y paz para el desarrollo de Centroamérica, San José, 2002.
45. Organización Panamericana de la Salud. 48º Consejo Directivo. La salud y las relaciones internacionales: su vinculación con la gestión del desarrollo nacional de la salud. (CD48/15) Washington, DC; agosto 2008. En: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48-15-s.pdf>
46. Organización Panamericana de la Salud. 48º Consejo Directivo. La salud y las relaciones internacionales: su vinculación con la gestión del desarrollo nacional de la

salud. (CD48/15) Washington, DC; agosto 2008. En: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48-15-s.pdf>

47. Barreiro F, Berro M, Cruz A. América Latina y la Cooperación Internacional. ICD, Instituto de Comunicación y Desarrollo, Montevideo, 1997.

48. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas: Salud y cooperación internacional. Capítulo V (I). 2007.

49. Ministerio de Relaciones Exteriores de Cuba. Centro de Información de la Cooperación. Última actualización: 12 de octubre de 2009 en <http://www.cubacoop.com/cubacoop/Antecedentes.html>

50 Informe oficial Secretaría Docente de la Escuela Latinoamericana de Medicina. Octubre 2009.

51. OMS. Remarks at the Latin American School of Medicine Havana, Cuba. 27 October 2009. In: http://www.who.int/dg/speeches/2009/cuba_medical_20091027/en/index.html

52. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca.

53. OPS/OMS. Consulta Regional de Recursos Humanos en el Sector de la Salud: Retos fundamentales en: <http://observatoriorh.org>.

54. OPS/OMS. Metas regionales en materia de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015 en: 27.a Conferencia Sanitaria Panamericana; 59.a sesión del Comité Regional. (CSP27/10). Washington, DC; 2007.

55. UNESCO. Internacionalización, regionalización y mundialización. En: <http://www.unesco.org/es/wche2009/sub-themes/internationalization-on-regionalization-and-globalization/>