

MIGRACIONES PROFESIONALES LA-UE. OPORTUNIDAD PARA EL DESARROLLO COMPARTIDO

APORTACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS COSTE BENEFICIO DE LA MIGRACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESPAÑA





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

APORTACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS COSTE BENEFICIO DE LA MIGRACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESPAÑA

Febrero, 2016.

AUTORES: Silvia S. Hernández: coordinación técnica y académica (1); Leticia García Mochón: análisis cuantitativo (2); Daniel López Jaramillo: análisis cualitativo (3); Juan Ignacio Martínez Millán: Revisión final (4)

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

(2) Técnica del área de Gestión de Servicios y Profesionales de la salud, de la EASP

(3) Consultor licenciado en políticas

(4) Profesor en el área de Salud Internacional, Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP)

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

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

ISBN: 978-84-608-5808-9

IMPRIME: Entorno Gráfico, Atarfe, Granada.

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

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



Introducción	11
Objetivos	15
Metodología	17
Primera Fase. Definición de variables para el estudio	17
Segunda Fase. Definición de metodología para el análisis cuantitativo y elaboración de instrumentos para el análisis cualitativo.....	24
Aproximación cualitativa al coste-beneficio tangible y no tangible de las migraciones calificadas de profesionales de la salud de medicina y enfermería en España.....	24
Procesamiento y presentación de información	26
Aproximación cuantitativa al coste-beneficio tangible y no tangible de las migraciones calificadas de profesionales de la salud de medicina y enfermería en España.....	27
Coste de la inversión en educación de los profesionales que migran	28
Análisis de sensibilidad.....	32
Tercera Fase. Análisis/Discusión de resultados	34
Cuarta Fase. Elaboración de conclusiones y recomendaciones.....	34

Resultados	35
1. Datos sobre migraciones en el ámbito profesional de la Salud en España	35
2. Costes y beneficios de España como país de origen	37
2. A. Costes sobre el Sistema Sanitario y Profesionales	37
2. B. Costes financieros	39
2. C. Otros costes.....	51
2. D. Beneficios para el Sistema Sanitario y Profesionales.....	51
2. E. Beneficios financieros.....	55
3. Costes y beneficios de España como país de destino.....	57
3. A. Costes sobre el sistema sanitario y profesionales	57
3. B. Costes financieros.....	64
3. C. Otros costes.....	65
3. D. Beneficio para el Sistema sanitario y profesionales.....	66
3. E. Beneficios financieros.....	71
Discusión	77
Conclusiones y Recomendaciones.....	81
Bibliografía	89
 Índice de Tablas	
Tabla 1: Variables de análisis de partida.....	17
Tabla 2: Términos mesh y libres utilizados en la estrategia de búsqueda.....	18
Tabla 3: Bases de datos consultadas.....	18

Tabla 4: Criterios de Inclusión-Exclusión para la búsqueda bibliográfica.....	19
Tabla 5: Resultados de la estrategia de búsqueda.....	19
Tabla 6: País Origen-Costes-Sobre el sistema sanitario y profesionales	21
Tabla 7: País Origen-Costes-Financieros	21
Tabla 8: País Origen-Costes-Otros.....	21
Tabla 9: País Origen-Beneficios-sobre el sistema sanitario y profesionales	22
Tabla 10: País Origen-Beneficios-Financieros	22
Tabla 11: País Destino-Costes-Sobre el sistema sanitario y profesionales.....	22
Tabla 12: País Destino-Costes-Financieros	22
Tabla 13: País Destino-Beneficios-Sobre el sistema sanitario y profesionales.....	23
Tabla 14: País Destino-Beneficios-Financieros.....	23
Tabla 15: Descripción del Perfil de informantes.....	26
Tabla 16: Variables de coste y beneficio incurridos por el país de origen y destino, incluidas en el análisis cuantitativo de las migraciones cualificadas de profesionales de la salud en España	27
Tabla 17: Variables de los análisis del escenario basal y escenarios alternativos	33
Tabla 18: Datos de entrada y salida de profesionales de la salud en España..	36
Tabla 19: Gasto público de la educación en España para el período 2002-2012.....	41

Tabla 20: Coste invertido en educación por cada profesional de medicina y enfermería emigrado hacia el exterior.....	42
Tabla 21: Cálculo de la pérdida de retorno de la inversión estimado para profesionales de medicina y enfermería emigrados de España.....	43
Tabla 22: Análisis de sensibilidad del cálculo de la pérdida de retorno de la inversión estimado para profesionales de medicina y enfermería emigrados de España. Escenario de mínimos	44
Tabla 23: Análisis de sensibilidad del cálculo de la pérdida de retorno de la inversión estimado para profesionales de medicina y enfermería emigrados des España. Escenario de máximos	45
Tabla 24: Escenarios alternativos de la pérdida de retorno de la inversión estimado para profesionales de medicina y enfermería emigrados desde España a partir de combinaciones de valores de las variables de tipo de interés y tiempo de migración (Valores en millones de euros).....	46
Tabla 24 (Continuación): Escenarios alternativos de la pérdida de retorno de la inversión estimado para profesionales de medicina y enfermería emigrados desde España a partir de combinaciones de valores de las variables de tipo de interés y tiempo de migración (Valores en millones de euros) (continuación). Datos en euros	47
Tabla 25: Pérdida de impuestos de emigrantes españoles hacia el exterior (análisis basal).....	48
Tabla 26: Análisis de sensibilidad de la pérdida de impuestos de emigrantes españoles hacia el exterior (escenario de mínimos y máximos).....	48
Tabla 27: Análisis de sensibilidad de la pérdida de impuestos de emigrantes españoles hacia el exterior (escenario de mínimos y máximos) para diferentes periodos de tiempo de emigración. Datos representados de millones de euros.....	50

Tabla 28: Análisis de Coste-beneficio teniendo en cuenta coste o ahorro de inversión + recaudación de impuestos_ Análisis basal (25 años de migración, 4% de interés, salarios brutos medios para profesionales de medicina y enfermería)	74
Tabla 29. Análisis de Coste-beneficio teniendo en cuenta coste o ahorro de inversión + recaudación de impuestos_ Escenario de mínimos (15 años de migración, 3% de interés, salarios brutos de mínimos para profesionales de medicina y enfermería)	75
Tabla 30. Análisis de Coste-beneficio teniendo en cuenta coste o ahorro de inversión + recaudación de impuestos_ Escenario de Máximos (35 años de migración, salarios brutos máximos para profesionales de medicina y enfermería, tasa de interés de 5%)	76

Índice de Figuras y Gráficos

Figura 1. Flujograma de selección de artículos de la revisión de la literatura.....	20
Figura 2. Número de profesionales de medicina y enfermería que migran a España en el periodo 2002-2012.....	36
Figura 3. Número de profesionales de medicina y enfermería que emigran hacia el exterior en el periodo 2002-2012.....	37
Figura 4. Flujo de Remesas de trabajadores en el exterior hacia España y de trabajadores en España hacia el exterior. Datos en millones de euros	56

Acrònimos

ASOMEX: Asociación de Médicos Especialistas Extracomunitarios

AMIREX: Asociación de Médicos Internos Residentes Extranjeros

EASP: Escuela Andaluza de Salud Pública

MIR: Médico Interino Residente

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

RHUS: Recursos Humanos en Salud

RIMPS: Red Iberoamericana de Migración de Profesionales de la Salud

VAN: Valor Actual Neto

LOS FLUJOS MIGRATORIOS DE PROFESIONALES SANITARIOS entre países constituyen un tema de preocupación creciente debido, tanto a su impacto directo e indirecto sobre el crecimiento económico de los países involucrados, (en países de origen y de destino) como al que generan en sus sistemas sanitarios y sobre el bienestar global de dichos países. Hace ya más de diez años que se sostiene que los sistemas sanitarios a nivel global se enfrentan con el problema de la escasez de profesionales de salud (1) Es vital que cada país cuente con suficientes recursos humanos en salud, desempeñándose en los lugares donde son más necesarios, con las competencias precisas y con la efectividad que la situación de salud requiera.

En los últimos años, se han dado pasos a nivel internacional, y en concreto en el área de Iberoamérica, para contribuir al desarrollo de políticas de recursos humanos en salud —RHUS— incluyendo el fenómeno de las migraciones de los profesionales de la salud. La creación del grupo de trabajo ministerial de la Secretaría General Iberoamericana —SEGIB— para trabajar sobre la migración de profesionales de salud en Iberoamérica (Declaración de Colonia 2006), la firma del código de contratación internacional de la Organización Mundial de la Salud —OMS—(2) o la formación de la Red Iberoamericana Ministerial de Profesionales de la Salud —RIMPS— (compuesta por representantes de los ministerios de salud de Iberoamérica y coordinada por el Ministerio de Salud de Uruguay desde el área de Relaciones Internacionales), son ejemplos claros de la importancia del tema y su impacto en la gestión de la fuerza de trabajo en salud desde los gobiernos de los países.

Entre 2009 y 2011 se desarrolló una primera fase de la Acción Europea “Migración de Profesionales de Salud, una Oportunidad para el Desarrollo Compartido” —MPDC— de apoyo al trabajo que realiza la RIMPS, que centró sus esfuerzos en la caracterización de la situación en la región, en el refuerzo del diálogo político entre los países del espacio iberoamericano, en el análisis de los sistemas de información para el seguimiento del fenómeno, en la creación de recursos orientados a poder desarrollar una estrategia de mejora de las capacidades de planificación del recurso humano en salud y en el análisis de experiencias de gestión de flujos migratorios de profesionales de la salud para la obtención de

lecciones aprendidas. La nueva edición de la Acción MPDC (2013-2016), gestionada por los mismos socios (EASP-OPS/DMS y Ministerio de Salud Pública de Uruguay/RIMPS) ha dado continuidad a las actividades realizadas anteriormente con el propósito general de contribuir a la gestión eficaz de los flujos migratorios de profesionales del área médica y de enfermería en el espacio iberoamericano y de la UE. En el marco de las actividades previstas para tener un mayor conocimiento de las características del fenómeno, se pretendía **conocer el impacto de las migraciones en los servicios de salud en sus distintos niveles de atención**, tanto en los países proveedores como de destino, **así como conocer las implicaciones y consecuencias económicas que las migraciones suponen en los mismos**.

Las repercusiones económicas de la migración de personal de salud varían en virtud de un amplio grupo de factores, entre los que se incluyen las remesas, las pérdidas por la inversión realizada en educación y capacitación de estos profesionales por los estados, así como por la pérdida vía impuestos a la contribución al crecimiento económico del país de origen. Algunos países, por ejemplo, han abordado el tema de migración de enfermeras desde un punto de vista económico destacando la importancia de la contribución de las remesas a la economía de sus países y la rentabilidad potencial del reclutamiento internacional de enfermeras, en el marco de los esfuerzos por elaborar políticas de migración gestionadas (3).

De otro lado, la migración genera costes sociales asociados con la reducción de personal de salud capacitado y cualificado para la prestación de servicios de salud, así como por la pérdida de líderes experimentados, imprescindibles para la adecuada formación de otros profesionales (4) (5). Todos estos factores parecen incidir de manera directa en la calidad de los servicios de salud de los países de origen de profesionales migrantes, generando efectos directos sobre la salud de la población.

Por otra parte, aunque los países sufran una pérdida económica, aprecian las contribuciones de las remesas que el personal de salud emigrado envía a sus familias en su país de origen. No obstante, existe poca evidencia de que el ingreso recibido por las remesas, compensen el perjuicio ocasionado en la provisión de

servicios de salud, especialmente porque estas remesas suelen dirigirse a las familias y no directamente a mejorar los sistemas de salud (6).

Si bien la evidencia sugiere que los costes superan los beneficios en los países de origen, por el contrario, los beneficios exceden los costes para los países receptores. Hay que tener en cuenta que el beneficio más directo es la disminución de escasez de profesionales sanitarios cualificados, lo que repercute en la disponibilidad y calidad del servicio sanitario.

Dado el efecto global que la migración tiene, tanto en los países proveedores como de destino, se plantea necesario contar con mayor evidencia sobre su impacto en costes y beneficios tangibles y no tangibles. En los casos en los que los estados han subsidiado gran parte de la inversión en la formación de los profesionales sanitarios emigrados, se plantea si estos países tendrían que ser capaces de gestionar acuerdos que les permitiera obtener algún tipo de beneficio, compensación por los costes, y efectos derivados de la migración de profesionales de salud. Para poder orientar este tipo de estrategias, es necesario estimar de forma lo más exhaustiva posible cuál es la diferencia entre el coste y el beneficio entre países, derivados de la migración de estos profesionales, es decir, costes y beneficios tangibles.

Por otro lado, los costes y beneficios no tangibles serían aquellos conceptos a los que son difíciles asignar un valor monetario, por ejemplo los costes que supone una peor calidad y/o menor cobertura de atención sanitaria derivados de la escasez de profesionales, o los beneficios derivados de la transferencia de conocimientos que la migración conlleva, tradicionalmente asociados a la migración temporal, pero que en cualquier caso pueden ser valorados y descritos de forma cualitativa.

Esta información puede servir de base para identificar acciones dirigidas a mejorar la relación coste-beneficio de los flujos migratorios de RHUS en los diferentes países, y por tanto puede apoyar la generación de propuestas de gestión de flujos de estos profesionales más ajustadas a las necesidades de los diferentes actores implicados en esta realidad de la migración; los estados, la ciudadanía y los profesionales.

Objetivo General

Realizar aportaciones a un modelo de coste y beneficio de las migraciones de profesionales de salud

Objetivos específicos

Aproximación cuantitativa al coste-beneficio tangible y no tangible de las migraciones cualificadas de profesionales de la salud de medicina y enfermería en España.

Aproximación cualitativa al coste-beneficio tangible y no tangible de las migraciones cualificadas de profesionales de la salud de medicina y enfermería en España.

LA METODOLOGÍA PARA ESTE ESTUDIO HA COMBINADO DIFERENTES técnicas de investigación y análisis en varias fases de trabajo: primera fase definición de variables de análisis, segunda fase generación de instrumentos de recogida de información cualitativa y cuantitativa, tercera fase análisis de los resultados, cuarta fase elaboración de conclusiones y recomendaciones para la producción de política en gestión de migración de recursos humanos en salud. El ámbito de estudio seleccionado dentro de la región de Iberoamérica es España, que se tratará tanto como país de origen, como país de destino.

PRIMERA FASE. DEFINICIÓN DE VARIABLES PARA EL ESTUDIO.

Comenzamos la primera fase con el objetivo de la definición de las variables del estudio que nos servirían tanto para la producción de información, como para el análisis de la misma. El punto de partida queda explicitado en la tabla 1 de variables de partida.

Tabla 1. Variables de análisis de partida.

	Países de origen	Países de destino
Costes	a) Coste de la inversión en educación de los profesionales que emigran.	e) Coste de reasentamiento y adaptación al puesto de trabajo.
	b) Pérdida de ingresos por impuestos que se dejan de recibir de los profesionales que emigran.	
	c) Efectos negativos sobre los profesionales y sistema de salud.	
	d) Percepción social	
Beneficios	f) Remesas recibidas.	h) Ahorros derivados en educación de los profesionales de la salud emigrados.
	g) Transferencia de conocimiento y experiencias profesionales y organizativas.	i) Ingresos por pago de impuestos de los profesionales emigrados.
		j) Transferencia de conocimiento y experiencias profesionales y organizativas.

Fuente: Elaboración propia.

A partir de aquí se lleva a cabo una revisión estructurada de la literatura de estudios que analicen el impacto económico de las migraciones de profesionales cualificados, con especial énfasis en experiencias con profesionales de la salud, y

en el área objeto de estudio, esto es, el área de la SEGIB (países de Iberoamérica). La búsqueda abarcó desde el año 2000 hasta la actualidad.

Para ello, se diseñó una estrategia de búsqueda basada en términos tesauros y palabras clave (tabla 2) en las principales bases de datos de Pubmed, Medline, y Web of Knowledge (tabla 3). La búsqueda se ha complementado con la revisión de diferentes sitios Web de organismos nacionales e internacionales. Asimismo, se ha revisado la lista de referencias de los artículos que cumplían los criterios de inclusión (tabla 4) con el objetivo de identificar estudios que la estrategia de búsqueda no haya incluido. Se han aceptado artículos o informes (en inglés o español) que contengan "un análisis económico de la migración de los profesionales cualificados."

En la tabla 5 queda definidos los resultados de la búsqueda, expresado en un gráfico flujograma en la figura 1

Tabla 2:
Términos mesh y libres utilizados en la estrategia de búsqueda

Términos mesh	"Costs and Cost Analysis"[Majr], "Economics"[Mesh], "Physicians/economics"[Mesh], "Physicians/supply and distribution", "Nurses"[Mesh], "Nurses/economics"[Mesh], "Nurses/supply and distribution [Mesh]", "Health Manpower/economics"[Mesh] "Health Manpower/statistics and numerical data"[Mesh] "Emigration and Immigration"[Majr]
Términos libres	"cost", "cost analysis", "cost benefit", "financial cost", "economic", "remittance", "investment", "Physician", "doctors", "nurse", "health professional", "emigration", "immigration", "migration", "brain drain" "Coste", "beneficio", "financiero", "inversión", "remesas", "económico" "emigración" "profesionales" "salud", "médicos", "enfermer*", "migración"

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3:
Bases de datos consultadas

Área	Bases de datos
Multidisciplinares	Pubmed, Web of Knowledge e ISOC
Ciencias sociales y Humanidades	Econlit
Webs organismos internacionales	Banco Mundial (World bank), OMS/DPS, GHWA (La Alianza), Observatorios de RUHS de OPS: Andino y Centroamérica, OIM, OIT
Literatura gris	Google-academic

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4:
Criterios de Inclusión-Exclusión para la búsqueda bibliográfica

Criterio	Inclusión	Exclusión
Periodo	A partir del año 2.000	-----
Idioma	Inglés, Francés, Castellano	-----
Lugar	Cualquier lugar del mundo Preferencia Iberoamérica	-----
Ámbito profesional	Ámbito de la salud,	-----
Temas	<ul style="list-style-type: none"> - Coste de la inversión en educación de los profesionales que emigran. - Pérdida de ingresos por impuestos que se dejan de recibir de los profesionales que emigran. - Efectos negativos sobre los profesionales y sistema de salud. - Coste de reasentamiento y adaptación al puesto de trabajo. - Remesas recibidas. - Transferencia de conocimiento y experiencias profesionales y organizativas. - Ahorros derivados en educación de los profesionales de la salud emigrados. - Ingresos por pago de impuestos de los profesionales emigrados. - Transferencia de conocimiento y experiencias profesionales y organizativas. - Percepción social 	<ul style="list-style-type: none"> - migración no cualificada - intención y motivación de migrar - comparación entre migración cualificada y no cualificada - gestión de flujos migratorios

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5:
Resultados de la estrategia de búsqueda

	Estrategia de búsqueda	Results
pubmed	((("Costs and Cost Analysis"[Majr] OR "Economics"[Mesh] OR "financial cost"[All Fields] OR "remittance"[All Fields] OR "benefit"[All Fields] OR "cost analysis"[All Fields] OR "cost benefit"[All Fields]) AND ("Physicians/economics"[Mesh] OR "Physicians/su	643
Web of knowledge	((("costs" OR "Economics" OR "financial cost" OR "remittance" OR "benefit") AND ("Physicians" OR "Nurses" OR "Health Manpower" OR "health professional" OR "doctors") AND ("Emigration" OR "Immigration" OR "brain drain"))	126
Econlite	(brain drain OR health professionals) and (inmigration or emigration) and cost	19
ISOC	migración and profesionales and salud	9

(Cont.)

Embase	cost benefit analysis/ exp OR 'cost'/ exp OR 'cost' OR 'remittance' OR 'benefit' AND ('health care personnel'/ exp OR 'health professional' OR 'physician' OR 'nurse' OR 'health care manpower'/ exp OR 'doctor') AND ('migration'/ exp OR 'emigration' OR 'migration)	220
Total		1017
Eliminados por duplicación		239
Total		778
Eliminados por título y abstract		691
artículos potencialmente relevantes incluidos para su revisión a texto completo		87
artículos excluidos después de revisar a texto completo		58
casas de la exclusión	no aporta datos en términos de coste, beneficio tangible o no tangible	54
	no se refiere a profesionales de la salud de medicina y enfermería	4
artículos incluidos en la revisión		29

Fuente: Elaboración propia.

Figura 1. Flujograma de selección de artículos de la revisión de la literatura



Fuente: Elaboración propia.

Tras este trabajo de revisión bibliográfica de los 43 textos incluidos se elaboró el siguiente conjunto de variables de investigación que aparecen en las tablas 6-15.

Tabla 6:
País Origen-Costes-Sobre el sistema sanitario y profesionales

En General	Percepción de costes para país de origen	
Sobre sistema sanitario y profesionales	Carencias en la capacidad de prestación de servicio de salud	Detección y resolución de problemas de salud Reducción de capacidad en especialidades
	Reducción de productividad de quienes se quedan	
	Empeoramiento condiciones laborales	Aumento de horas/carga laboral
	Caída de moral en profesionales restantes	
	Pérdida en propagación de conocimiento	Abandona puesto de formador / gestor en origen
	Encarecimiento recursos humanos por menos oferta	Aumento salarios (en proporción con cantidad de profesionales)
	No acreditación/cierre por falta de personal	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7:
País Origen-Costes-Financieros

Financieros	Pérdida de impuestos y consumo emigrados	Porcentaje de salario tributado, ahorrado, gastado en origen
		Negocios en que participaba y dejó al migrar
	Coste en inversión educación emigrados	
	Sobre-inversión en educación para reemplazos	Ratio de reemplazo de migrados / vacantes Cambios en presupuestos para educación médica

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 8:
País Origen-Costes-Otros

Otros	Pérdida de conocimiento experto en academia y cc. Formación	Puestos en univ. y soc. Académicas
	Reducción en investigación por falta de personal	Participación en investigaciones abandonada
		Investigación no desarrollada por falta de personal
	Pérdida de contribución de sectores más educados	Participación en medios de comunicación, política y filantropía
Pérdida de 'role models' para jóvenes estudiantes	Figura pública o trabajo con jóvenes	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 9:
País Origen-Beneficios- sobre el sistema sanitario y profesionales

En general.	Percepción de beneficios para país de origen	
Sobre sistema sanitario y profesionales	Mejora en capacidades de personal retornado	Diferencias percibidas frente a locales post-retorno
		Percepción de mejor aptitud en retornados
	Colaboraciones entre profesionales locales y en diáspora	Redes profesionales activas
		Colaboraciones activas en investigación
Ahorro de los salarios de profesionales migrados		

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 10:
País Origen-Beneficios-Financieros

Financieros	Remesas recibidas	Envío remesas a país de origen (% de salario en destino)
	Reducción de desempleo	
	Aumento comercio e inversión por redes con emigrados	Participación en iniciativas comerciales trans/bi-nacionales

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 11:
País Destino-Costes-Sobre el sistema sanitario y profesionales

En general	Percepción de costes para país de destino	
Sobre sistema sanitario y profesionales	Mayor competencia local de profesionales	Percepción de mayor competencia
	Precarización de condiciones laborales	
	Caída de moral en profesionales locales	
	Pérdida de inversión en inmigrantes que retornan	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 12:
País Destino-Costes-Financieros

Financieros	Costes administrativos	Visas y trámites migratorios
		Costes de formalización de licencias y títulos
	Costes re-aseguramiento y adaptación al puesto	Ayudas al alojamiento
		Cursos de idiomas
		Entrenamiento específico
Remesas enviadas a origen	% de salario en destino	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 13:
País Destino-Beneficios-Sobre el sistema sanitario y profesionales

En general	Percepción de beneficios para país de destino	
Sobre sistema sanitario y profesionales	Resolución de carencias en sistema sanitario	Misión del contrato
		Percepción de aumento de productividad
		Abaratamiento RRHH (más oferta)
		Cumplimiento cuotas (diversidad, p.e.)
	Mejora en calidad de servicio	Relación y trato
		Mejor servicio a migrantes
		Mejor detección y resolución
	Mayor propagación de conocimiento	Colaboración entre inmigrados y locales
		Aplicación de experiencias compartidas
	Aumento moral profesionales locales (¿aire fresco?)	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 14:
País Destino-Beneficios-Financieros

Financieros	Ingreso por impuestos y consumo de inmigrados	Porcentaje de salario tributado, ahorrado, gastado en destino
	Ahorro en educación de inmigrados	
	Aumento comercio e inversión por redes con inmigrados	

Fuente: Elaboración propia.

En primer lugar, se puede observar que al inicio de cada sub-categoría, encima de “sobre el sistema sanitario y profesionales”, adjuntamos la variable “En general”. Más que una variable *per se*, es un apartado usado para comentarios que ayudan a contextualizar o reforzar las ideas recogidas en las variables, que no necesariamente entran en otra variable —aunque algunos sí lo hacen— y que no representan información que amerite una variable emergente.

Se puede ver también que hay dos columnas después de cada sub-categoría. La distribución, de izquierda a derecha, de las tablas corresponde a sub-categoría, variable, indicador. Los indicadores requieren una aclaración adicional, pues algunos han sido tomados de la literatura (del artículo que impulsó la inclusión de una variable concreta) mientras que para otros no había un indicador especificado.

En esos casos hemos optado por la generación de indicadores de elaboración propia. La razón para manejar de este modo los indicadores es que, más que medir (el grado de) la expresión de una variable concreta, nos interesa ver si esa variable aparece o no, ver cómo aparece y relacionada con qué.

Los contenidos en la columna de la derecha de las tablas no se pueden considerar indicadores en el sentido más estricto del término, pero usamos el término por falta de uno mejor; su principal utilidad fue la de ofrecer pistas al entrevistador sobre cómo afrontar temas que resultaba interesante indagar pero que no estaban claros a partir de la literatura. Dichos indicadores tienen un rol limitado en el procesamiento de los datos, pues no se les toma como medidas únicas ni indispensables de una variable determinada.

En los casos en los que no se presenta indicador es por considerar que la variable misma es una buena herramienta de búsqueda y procesamiento de información. Dado el carácter explorador de este trabajo, el uso de unos indicadores demasiado específicos o técnicos podía haber entorpecido la recogida de información.

SEGUNDA FASE. DEFINICIÓN DE METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS CUANTITATIVO Y ELABORACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA EL ANÁLISIS CUALITATIVO

Una vez definidas las variables comenzamos la segunda fase de trabajo cuyo objetivo era la generación de instrumentos de recogida de información cualitativa y definición de metodología para el análisis cuantitativo.

Aproximación cualitativa al coste-beneficio tangible y no tangible de las migraciones cualificadas de profesionales de la salud de medicina y enfermería en España.

Para la parte cualitativa definimos 3 perfiles de informantes que son los que siguen:

1. Profesional de medicina y/o enfermería emigrado: Personas de nacionalidad española que estén ejerciendo su profesión sanitaria en cualquier país del mundo.

2. Profesional de medicina y/o enfermería retornado: Personas de nacionalidad española que hayan ejercido una temporada fuera del país y estén ejerciendo su profesión sanitaria actualmente en su país de origen.
3. Profesional de medicina y/o enfermería inmigrado: Personas migradas a España desde cualquier país del mundo y que estén ejerciendo su profesión sanitaria en el país

La búsqueda de contactos se realizó usando la técnica de bola de nieve. Se partió inicialmente de una lista de contactos de potenciales informantes o conexión con potenciales informantes. De esta primera lista salieron algo más de 30 contactos, entre correos electrónicos y mensajes privados en redes sociales. Se realizó el seguimiento de los potenciales contactos surgidos de ese primer esfuerzo. A cada persona entrevistada se le preguntó por más contactos.

Se enviaron, a través de redes sociales, mensajes a grupos informales como "Enfermeras españolas en Alemania" y "Enfermeras españolas en Londres"; organizaciones ciudadanas como "Marea Granate" también fueron contactadas, al igual que asociaciones profesionales como ASOMEX (Asociación de Médicos Especialistas Extracomunitarios) y AMIREX (Asociación de Médicos Internos Residentes Extranjeros). También se buscaron contactos directamente en centros de atención primaria y hospitalaria. Se contactó con 8 centros de la provincia de Granada (de 16 centros intentados), con el Hospital de Poniente en el Ejido y con el Institut Catalá de la Salut, en Barcelona.

Finalmente se entrevistaron a 10 personas: 4 personas con perfil de profesional emigrado/a, 1 con perfil de profesional retornado/a y 5 personas con perfil de inmigrado/a. En la siguiente tabla se presenta una breve descripción de cada una de las personas entrevistadas.

Tabla 15:
Descripción del Perfil de informantes

Perfil	Edad	Sexo	Estado civil	Cargas familiares	País	Profesión	Especialidad
Emigrado	26	Femenino	Soltero/a	No	España	Enfermería	pediatría
	27	Femenino	Soltero/a	No	España	Enfermería	ninguna
	24	Femenino	Soltero/a	No	España	Enfermería	ninguna
	26	Femenino	Soltero/a	No	España	Enfermería	ninguna
Retornado	37		Casado/a	No	España	Enfermería	UVI (no reconocida en España)
Inmigrado	39	Femenino	Casado/a		Colombia	Medicina	Familiar y comunitaria
	29	Masculino	Soltero/a	No	Ecuador	Medicina	Urología
	54	Masculino	Casado/a	2 hijas y esposa	Colombia	Medicina	Anestesiología
	33	Femenino	Casado/a	No	Colombia	Medicina	Medicina Familiar
	32	Femenino	Casado/a	esperando bebe	Colombia	Medicina	Patología

Fuente: Elaboración propia

Procesamiento y presentación de información

El procesamiento de la información la hemos dividido en cuatro partes: transcripción, codificación, análisis y redacción de informe.

Para comenzar, se llevaron a cabo transcripciones naturales de las entrevistas, intentando acercarse lo más posible a una transcripción literal; no se marcan matices como risas, salvo en casos concretos en los que eran particularmente relevantes. La codificación se llevó a cabo a través de la numeración de párrafos de las transcripciones. En los casos en los que algún párrafo expresa ideas correspondientes a categorías diferentes, se incluyó en todas ellas. De este modo, las citas, tanto en la tabla de procesamiento como en el presente trabajo se referencian tal y como se expone en el siguiente ejemplo: EmOIEnfMFra*5. *Em* corresponde al perfil, en este caso emigrante; *OI* corresponde al número de informante; *Enf* corresponde a la profesión, en este caso enfermería; *M* corresponde al sexo, en este caso mujer; *Fra* corresponde al país de destino, Francia en este caso, en emigrantes y en inmigrantes corresponde al país de origen; *5 corresponde al número de párrafo en la transcripción. Otros ejemplos son RetOIEnfMIngl*78 o InOIMedHEcu*7-II.

El procesamiento de la información se llevó a cabo a través de un análisis narrativo de contenido segmentado por grupos de informante y por variable de costes y/o beneficios de país de origen y destino. Los datos se presentan agrupados respetando en todo momento el anonimato de los informantes

Aproximación cuantitativa al coste-beneficio tangible y no tangible de las migraciones cualificadas de profesionales de la salud de medicina y enfermería en España.

Para la parte cuantitativa se han incluido los conceptos que se detallan en la tabla 16, que parten del conjunto de variables de investigación obtenidas tras la revisión de la literatura. Para su elección se han manejado los criterios de relevancia para el contexto de España como país de origen y destino, así como por su factibilidad de obtención con la metodología y recursos disponibles.

Tabla 16:
Variables de coste y beneficio incurridos por el país de origen y destino, incluidas en el análisis cuantitativo de las migraciones cualificadas de profesionales de la salud en España

	País de Origen	País de Destino
Costes	<ul style="list-style-type: none"> - Coste de la inversión en educación de los profesionales que emigran. - Pérdida de ingresos por impuestos que se dejan de recibir de los profesionales que emigran. 	
Beneficios	<ul style="list-style-type: none"> - Remesas recibidas 	<ul style="list-style-type: none"> - Ahorros derivados en educación de los profesionales de la salud emigrados - Ingresos por pagos de impuestos de los profesionales emigrados

Fuente: Elaboración propia

A continuación se describe el proceso metodológico seguido para esta parte del estudio.

Coste de la inversión en educación de los profesionales que emigran

El valor monetario del coste incurrido por el Gobierno de España debido a la emigración de profesionales de medicina y enfermería se ha analizado desde dos perspectivas distintas. La primera de ellas se basa en el enfoque de capital humano para estimar **la pérdida de retorno de la inversión** de un profesional que realiza su periodo educativo en España pero emigra fuera del país para trabajar durante un período determinado. Para ello, se ha utilizado la metodología desarrollada por Kirigia et al 2006 (5) y Mills et al 2011 (7), que calcula la proyección del valor futuro acumulable de esta inversión. La segunda perspectiva utiliza el enfoque del **Valor Actual Neto**. Bajo esta perspectiva, el análisis incluye el impacto negativo que tiene para la economía la disminución de ingresos fiscales, por rentas del trabajo, que tendrá el Estado debido a los profesionales que emigran para trabajar fuera del país. Es una estimación utilizada por la OCDE y que valora la rentabilidad pública neta de la inversión en educación por cada titulado en medicina y enfermería.

Datos sobre migraciones en el ámbito de la salud en España

Los datos sobre migraciones en el ámbito de la salud en España son muy limitados. El Informe sobre *Migraciones de Profesionales de la Salud entre América Latina y Europa. Creación de Oportunidades para el Desarrollo Compartido (MPDC). El caso de España. Producto 4: Fuentes y flujos de información en España* (8), pone de manifiesto las deficiencias globales de estos datos en relación a su escasez y baja calidad. Debido a este motivo, se ha recurrido a variables proxy para cuantificar el número de profesionales de medicina y enfermería que han migrado dentro de España y desde y hacia el extranjero (8).

La variable que se ha utilizado ha sido las **solicitudes de homologación y resoluciones positivas de homologación de títulos extranjero de medicina y enfermería**, tramitadas por el Ministerio de Educación. La fiabilidad de este dato se basa en el hecho de que la homologación del título es requisito imprescindible para poder desarrollar una carrera profesional en el nuevo país de residencia

(8). No obstante, cuenta con la limitación de que no aporta información sobre si realmente emigran o no.

La fuente de información utilizada ha sido las estadísticas proporcionadas por la Subdirección General de Títulos y Reconocimientos de Cualificaciones del Ministerio de Educación de España. Este organismo explota los datos de solicitud de homologación y resoluciones positivas de homologación de títulos universitarios, y ofrece datos anuales a través de la publicación "Las cifras de la Educación en España. Estadísticas e indicadores" (9). De este modo, se recogieron los datos proporcionados por esta publicación anual desde el año 2002 al 2013.

Coste de la formación en España

Para la estimación del coste de la inversión en educación de los profesionales que emigran, es necesario conocer el gasto en educación primaria, secundaria y universitaria de cada profesional de medicina y enfermería que realiza su periodo de formación en España. Para ello, se han tomado en primer lugar, los datos proporcionados por el Ministerio de Educación (10) que aporta datos de coste por alumno para cada año durante las diferentes etapas de formación del sistema educativo español (educación infantil, educación primaria y educación superior):

- La educación infantil es la primera etapa del sistema educativo español, abarca de 0 a 5 años, y es de carácter voluntario. Las tasas netas de escolarización del primer ciclo (< 1 año hasta 2 años) han ido incrementando desde el 2002 hasta el 2012, situándose en el 2012 en 9,7% para los menores de un año, 31,8% para un año, y 49,8% para dos años. En el segundo ciclo (3-5 años) las tasa de escolarización es mayor situándose en torno al 96%. Atendiendo a estos datos, se ha asumido para la estimación del gasto público relativo a este periodo de educación, el coste de sólo los dos últimos años (segundo ciclo de 3-5 años).
- La educación primaria comprende 6 cursos académicos, y abarca desde los 6 a los 12 años de edad. La primera etapa de la Educación Secunda-

ria (CINE 2,3) comprende desde los 12 y los 16 años de edad e incluye población con graduado en ESO, Graduado Escolar, Bachiller Elemental, Certificado de Escolaridad (CINE 2), Población con título de Bachiller, Técnico (CFGM) y titulaciones equivalentes y asimilables.

- La educación superior (CINE 5 y 6) incluye población con título de Técnico Superior (CFGGS), Diplomado Universitario, Licenciado, Doctor y titulaciones equivalentes o asimilables.

En segundo lugar, el coste total de educación primaria y secundaria se ha estimado multiplicando el coste de cada año respectivo por el número de años que pasa la persona en cada nivel educativo. Todos los costes se expresan en euros corrientes de cada año.

Cálculo de la pérdida de retorno de la inversión

Para calcular la pérdida de retorno de la inversión en España cuando un profesional de la medicina o enfermería emigra, se ha multiplicado el coste total de la formación por un factor multiplicador. En términos algebraicos, la pérdida de retorno de la inversión que incurre el estado en educación de un profesional de medicina o enfermería que eventualmente emigra a otro país para desarrollar su labor profesional sería esta:

$$LR = EC(1+r)^t$$

Donde LR es la pérdida de inversión (Lost investment —en inglés—), EC es el coste de la formación de los profesionales que emigran, y $(1+r)^t$ es un factor multiplicador del interés del retorno de la inversión. Dentro de este factor, r es la tasa de interés para depósito de ahorro fijo y t es el tiempo del comienzo de la inversión.

La fórmula proporciona el valor futuro de la pérdida de inversión en t años después de la formación de un profesional de medicina o enfermería, asumiendo un interés anual respecto al año base. El tiempo desde el comienzo de la

inversión es el tiempo promedio de vida laboral media de un profesional de la medicina o enfermería en el país de destino, calculado como la diferencia entre la edad promedio de jubilación en los países de destino y la edad promedio a la que la persona emigra.

El coste de la formación de los profesionales que emigran se ha calculado multiplicando el coste total de la formación de una persona desde las etapas iniciales de la educación primaria hasta conseguir la licenciatura de la especialidad (medicina o enfermería), por el número de profesionales que salen del país para trabajar.

Por otro lado, se ha tenido en cuenta una edad promedio de jubilación de 65 años, para los profesionales de medicina y enfermería en los países de destino, y se ha considerado una edad de promedio de emigración de 30 años. La tasa de interés de ahorros ha sido del 4%, que es la tasa de interés de depósito fijo en España en el año.

Cálculo de la disminución de ingresos fiscales por los profesionales emigrados

Los profesionales de la salud suelen ser un grupo profesional que contribuye en gran medida a la recaudación de ingresos del país a través de impuestos. Esto puede originar que la emigración de estos profesionales conlleve a una pérdida neta de ingresos por impuestos. Por tanto, el segundo impacto negativo sobre la economía debido a la emigración de profesionales de la salud surge de la **disminución de los ingresos fiscales que tendrá el Estado al reducirse el total de futuros contribuyentes**. Para incluir en el análisis la reducción de ingresos fiscales por rentas de trabajo, se ha utilizado la información de Valor Actual Neto (VAN), es decir la rentabilidad pública del gasto en educación, una estimación que pretende valorar el flujo de recaudaciones fiscales de los diferentes niveles educativos, según la metodología establecida por la OCDE.

El VAN estima la rentabilidad pública neta de la inversión en educación por cada titulado en medicina y enfermería. Este tipo de cálculo transfiere al comienzo en

el tiempo, los costes y beneficios que se articulan a lo largo de toda una vida laboral. Para ello, se suman y restan todos los flujos de caja desde el comienzo de la inversión utilizando una tasa de descuento fija del 3%.

Para el cálculo, se ha incluido por un lado, el salario promedio bruto incluidas guardias de los profesionales migrantes de medicina y enfermería (11). El personal de medicina y enfermería españoles están sujetos a una gran variabilidad retributiva que, multiplicada por los años de vida laboral, provoca grandes diferencias entre los profesionales según la comunidad autónoma en la que trabajan. Para el análisis se ha optado por utilizar un valor promedio, así como de máximos y mínimos, para las retribuciones de ambas categorías profesionales diferenciadas según el año laboral.

Por otro lado, y para estimar la pérdida de recaudación por los migrantes que dejan en el país, se ha tomado en cuenta los impuestos asociados al trabajo asalariado a partir del “tipo impositivo implícito sobre el trabajo” (ITR) que calcula Eurostat (12). Este dato incluye la suma de todos los impuestos directos e indirectos y de las cotizaciones sociales (tanto del trabajador como del empleador) vinculadas al trabajo asalariado, y dividida por la remuneración total de los empleados. Este dato se expresa en porcentaje del salario.

Análisis de sensibilidad

Se ha realizado un análisis de sensibilidad considerando una variación en variables que pueden afectar sensiblemente al resultado. Así, se han considerado además del escenario basal, varios escenarios alternativos. La tabla 17 muestra un resumen de las variables que se han modificado en los análisis de sensibilidad considerados.

Tabla 17:
Variables de los análisis del escenario basal y escenarios alternativos

Variables	Escenario basal	Escenarios alternativos entre mínimos y máximos
Tiempo de emigración (años)	25	35, 30, 20, y 15
Tasa de interés	4%	3%, 3.5%, 4.5% y 5%
Retribución media profesionales de medicina 1er año de residencia*	29.021 €	27.009 € - 37.664 €
Retribución media profesionales de medicina 2º año de residencia*	32.058 €	29.623€ - 40.550€
Retribución media profesionales de medicina 3º año de residencia*	35.545 €	32.224€ - 43.846€
Retribución media profesionales de medicina 4º año de residencia*	39.042 €	34.824€ - 47.159€
Retribución media profesionales de medicina 5º año de residencia*	40.834 €	36.445€ - 48.780€
Retribución media profesionales de medicina 6-II años*	45.000 €	41.000 € - 55.000€
Retribución media profesionales de enfermería	32.500 €	28.000 € - 35.000 €

Fuente: elaboración propia; *SMA^{II}.

Remesas enviadas y recibidas

Se incluirán los ingresos por las remesas enviadas por personal médico y de enfermería en el país de destino a sus países de origen a partir de datos disponibles en la literatura.

Estimación del coste-beneficio

A partir las estimaciones de coste y beneficio descritas y el número de profesionales que entran y salen del país, se realizará una estimación del beneficio neto de España debido a estos flujos migratorios.

TERCERA FASE. ANÁLISIS/DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Para el desarrollo de la tercera fase del estudio se realizó un taller de trabajo¹ que nos permitió la triangulación de la información, así como otorgarle un sentido y un significado a la información obtenida en relación al objeto de estudio. Los resultados comparados quedan expuestos en el apartado de Resultados.

CUARTA FASE. ELABORACIÓN DE CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Por último, en ese mismo taller de trabajo mencionado en el apartado anterior, realizamos la cuarta fase del estudio que consistió en la elaboración de conclusiones y recomendaciones para la producción de política pública en gestión de la migración de recursos humanos en salud, y que quedan expuestos en el último apartado de este documento.

1. Taller sobre Impacto económico de las migraciones de RHUS. Escuela Andaluza de Salud Pública. 10 Y 11 de diciembre de 2015

LOS RESULTADOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN se presentan en dos grupos, primero los aspectos relacionados con el escenario de España como país de origen, y después los relacionados con España como país de destino. Previamente se presenta un descriptivo de los datos sobre el flujo de migraciones en el periodo considerado 2002-2013.

1. DATOS SOBRE MIGRACIONES EN EL ÁMBITO PROFESIONAL DE LA SALUD EN ESPAÑA

Tradicionalmente España ha sido un país con gran flujo de entrada y salida de profesionales de la salud. Profesionales de medicina, la mayoría procedentes de Latinoamérica han inmigrado al país como respuesta a la escasez de oferta y de posibilidades de especialización. Por otro lado, profesionales de la salud de medicina y enfermería nacionales han salido al exterior hacia otros países de la Unión Europea, generalmente atraídos por unas mejores condiciones laborales (13).

La Tabla 18, y las Figuras 2 y 3 presentan los datos de flujos migratorios de entrada y salida de profesionales de medicina y enfermería en España, a partir de las homologaciones de títulos realizados entre los años 2002 y 2012. Se observa que entre los años 2006 y 2008 se produjo en el país un aumento en la demanda de profesionales de medicina y enfermería debido fundamentalmente a varios factores entre los que se encuentra la descentralización, aumento de los servicios de salud debido a un aumento de la población, especialmente población migrante, y la jubilación de un gran número de trabajadores de la salud que comenzaron a trabajar en la década de los 70, años de gran desarrollo del sistema sanitario público español. Paralelamente hubo también un número de candidatos MIR mayor que el número de graduados, lo que favoreció la contratación de trabajadores de salud (fundamentalmente personal de medicina) internacionales procedentes de la UE y de países no comunitarios (13). Esta tendencia se invierte a partir de los años 2007-2008.

De otro lado, los profesionales de la salud que emigran hacia el exterior son en su mayoría, personal de enfermería con un incremento desigual a lo largo del período. En general, si observamos la diferencia de profesionales de la salud

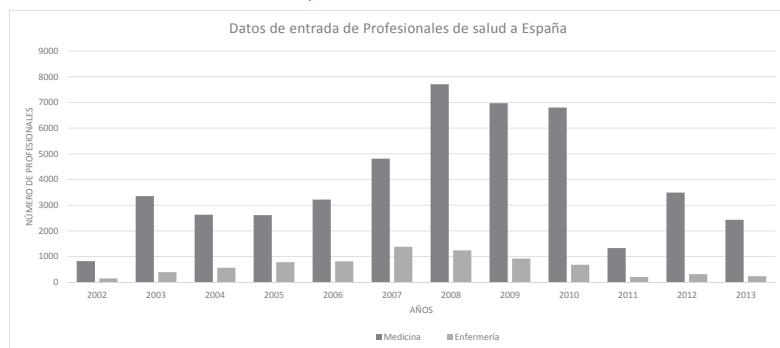
que entran y salen en el período, vemos que para cada año entran más médicos extranjeros que españoles salen del país, y durante los años 2002-2004 y 2011-2012 han salido más enfermeras españolas a trabajar al extranjero que las recibidas.

Tabla 18:
Datos de entrada y salida de profesionales de la salud en España

Año	Datos de entrada		Datos de salida		Diferencia datos de entrada-datos de salida	
	medicina	enfermería	medicina	enfermería	medicina	enfermería
2002	824	151	359	1621	465	-1470
2003	3352	393	432	1569	2920	-1176
2004	2629	564	285	1091	2344	-527
2005	2614	781	237	630	2377	151
2006	3218	816	239	574	2979	242
2007	4811	1382	191	275	4620	1107
2008	7706	1243	245	313	7461	930
2009	6968	923	238	342	6730	581
2010	6800	683	365	475	6435	208
2011	1331	207	381	2190	950	-1983
2012	3491	316	993	1796	2498	-1480
2013	2432	237	1569	1496	863	-1259

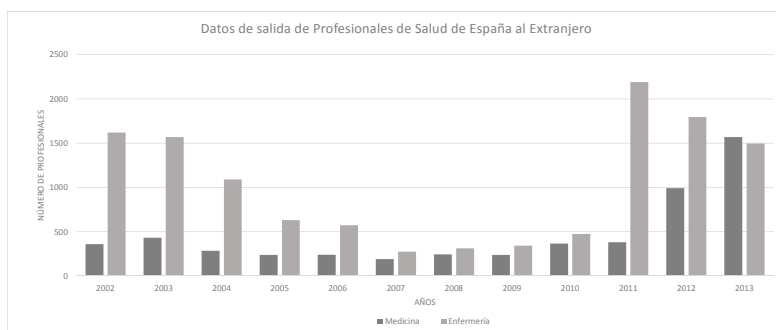
Fuente: Ministerio de Educación. Las cifras de la Educación en España. Estadísticas e indicadores. Ediciones 2002 hasta 2012.

Figura 2:
Número de profesionales de medicina y enfermería que migran a España en el periodo 2002-2012



Fuente: Ministerio de Educación. Las cifras de la Educación en España. Estadísticas e indicadores. Ediciones 2002 hasta 2012.

Figura 3:
Número de profesionales de medicina y enfermería que emigran hacia el exterior en el periodo 2002-2012



Fuente: Ministerio de Educación. Las cifras de la Educación en España. Estadísticas e indicadores. Ediciones 2002 hasta 2012.

2. COSTES Y BENEFICIOS DE ESPAÑA COMO PAÍS DE ORIGEN

2. A. Costes sobre el Sistema Sanitario y Profesionales

Frente al **retorno** no se han mencionado costes en relación con el sistema sanitario. En general, se percibe que el retorno implica un beneficio al sistema; sobre todo si el profesional a su regreso se incorpora a trabajar en el mismo, y a la economía, por medio de su tributación y gastos.

En relación con la **emigración** el principal coste que encontramos es la **pérdida de personal bien preparado y que conoce el sistema de salud**. Una de las informantes comenta cómo emigró dejando un hospital donde se había formado, participaba en la toma de decisiones y en su organización; se relaciona el cambio de personal con una reducción, aunque marginal, de la productividad en el proceso de adaptación. En todo caso se explicita que no se trata de un mal considerable, pues las personas que selecciona el programa MIR se consideran en general bien capacitadas. Otros aspectos explorados como posibles efectos en la productividad o en las condiciones laborales, como se verá más adelante,

han sido relacionados por los informantes más con la crisis económica y los recortes sufridos en los presupuestos generales en salud, que con los procesos migratorios.

“Pero por otra parte creo que sí que se pierde... yo me formé en un hospital, en el hospital XXX, conozco mucho de ese hospital. (...) pues soy una persona que ya no está trabajando ahí. Que quizá fuese más fácil para el hospital que yo fuese a cubrir una plaza que no una persona que nunca ha pisado el hospital y no sabe cómo funciona. (...) Sí... bueno, no creo que tenga un impacto muy grande, pero sí... supongo que puede tener un impacto en la calidad de los cuidados que se prestan y en la productividad. No creo que sea muy grande, pero sí.”

Hay un aspecto emergente que sin ser un coste *per se*, parece ser un aspecto desaprovechado. El intercambio de conocimiento —que se da de manera informal en el día a día— entre profesionales locales y profesionales con experiencia migratoria es un aspecto resaltado como positivo por todas las personas informantes; aunque también se explicita que es reducido, por el tamaño limitado de profesionales con experiencia migratoria, y complicado de medir en términos de impacto. El ejemplo más inmediato de dicho intercambio se da *in situ*, en el lugar de trabajo. Pero las entrevistas revelan que las redes de intercambio de conocimiento, gestadas en España, se llevan al exterior. En los casos donde emigran a diferentes países profesionales que se conocían previamente en España (bajo condición de que haya además un vínculo personal que facilite el contacto sostenido en el tiempo) estas se mantienen en contacto, compartiendo experiencias entre, por ejemplo, Francia e Inglaterra. En el caso concreto del que surge el ejemplo anterior, las profesionales mantenían contacto con otras profesionales en España, pero sin el intercambio de conocimiento sobre la labor enfermera. La razón es que las personas en España con las que mantienen contacto, no ejercen como enfermeras, careciendo del contexto (conceptual) de conversación. **En este sentido, el paro causa una “pérdida” de intercambio de conocimiento.**

“Con ‘P’ [otra informante] es con la que más bicheamos [compartimos conocimiento sobre el trabajo enfermero]... también con otros compañeros que están en Inglaterra, lo hablamos bastante... y lo que está limitado es con España, porque apenas conozco a nadie que esté trabajando; así que con gente española, no. (...) [E.:(...)] ¿Qué factor es más importante, la relación personal o que ambas partes compartan el hecho de estar trabajando? ¿Si ‘P’ estuviera en España, pero sin trabajo, hablarían de esos asuntos de la práctica sanitaria? No... no. Creo que hablaríamos de otras cosas.”

2. B. Costes Financieros

Relacionados con el **retorno** no encontramos mención a costes financieros.

En el caso de la **emigración** se mencionan dos aspectos fundamentalmente: la **pérdida de inversión en educación pública** (en caso de que la persona emigrada se haya formado con recursos públicos) y la **pérdida del aporte económico** (impuestos, gastos) que hace una persona cuando trabaja. Hay cierta diversidad en las situaciones tributarias, aunque el hecho de contar principalmente con informantes emigrantes jóvenes hace que haya un factor común: un nivel bajo de tributación previo a la migración. Una persona comenta no tener relación económica alguna con España ni haber tributado antes de emigrar; otra persona comenta haber tributado muy poco —y tributar más en destino—; una informante comenta tributar entre un 8% y un 10% en destino, similar a lo que tributaba en España antes de emigrar. La persona retornada comenta que ahora tributa un 19% mientras que antes de emigrar era un 2% al ser contratos cortos y de carácter temporal.

El hecho de que el Estado pierda lo invertido en educación pública con la emigración es comentado por todas las informantes emigrantes. No obstante, se deja claro que la migración ha sido forzada por la falta de oferta laboral; opinión que también expone la persona retornada. Una informante menciona concretamente la ventaja de que en destino el hospital pague o ayude a pagar los estudios de

sus profesionales, consciente de que se beneficiará de ese conocimiento. [Este comentario nos recuerda que no se trata de invertir sólo en salarios sino también en el desarrollo del capital humano. También permite interpretar la inversión en educación de los trabajadores como un coste de “fidelización” de esos profesionales con el sistema. “Fidelización” que rinde sus frutos al traer nuevos conocimientos y ayudar a mantener la calidad del servicio.]

La sobre-inversión en educación para cubrir plazas que deja la emigración no aparece como un coste, seguramente debido a que a pesar de la emigración, el paro en el sector sigue siendo alto. Una informante dice que, en un hospital español con el que mantiene contacto, le comentan desde el 2014, poco a poco, se está empezando a cubrir de nuevo algunas plazas (que se habían quedado desiertas en los últimos años por jubilaciones u otras circunstancias y no se había repuesto al personal para ahorrar en salarios en el marco de las políticas de ajuste y austeridad). En relación con los costes de formación, una informante comenta que, dada la situación de paro —falta de plazas—, se debería optar por no formar a más profesionales.

*“Buena... yo he migrado porque no me dan trabajo. Yo creo que ellos por un lado pierden económicamente por haberme formado casi gratis 3 años de carrera universitaria...” (Em03EnfMIngl*52)*

*“¿Que qué costos?... Como haber estudiado y luego marcharme?... [E.: sí, por ejemplo.] Es que no... no te sabría tampoco decir. Yo cuando acabe la carrera, durante un año no me ofrecieron nada para trabajar; yo no tenía trabajo. Entonces me lo pusieron en bandeja el marcharme. En un año y pico, trabajé 3 meses en lo público. Entonces, si quería trabajar, sabía que me tenía que ir, si quería tener un trabajo más o menos estable.” (Ret01EnfMIngl*26-30)*

*“Pierden mis impuestos y que me compraría un a casa, etc., si viviese allí y tuviese un trabajo permanente... O sea, pierden toda esa implicación económica que yo tendría si tuviese un trabajo. El problema es que no hay trabajo.” (Em03EnfMIngl*52)*

Datos cuantitativos sobre Coste de la inversión en educación de los profesionales de la salud que emigran fuera del país

Coste de la formación en España

En la tabla 19 se presenta el coste incurrido por el gobierno por cada estudiante en educación infantil, primaria, secundaria y universitaria.

Tabla 19:
Gasto público por alumno y año de la educación en España para el período 2002-2012

Año	Educación infantil	Educación Primaria (CINE 1)	Educación Secundaria (CINE 2, 3)	E. Universitaria (CINE 5A y 6)
2002	2.856 €	3.411 €	4.464 €	5.997 €
2003	3.109 €	3.616 €	4.807 €	6.838 €
2004	3.492 €	3.755 €	5.068 €	7.247 €
2005	3.850 €	4.224 €	5.535 €	7.907 €
2006	4.057 €	4.508 €	6.007 €	8.564 €
2007	4.576 €	4.870 €	6.508 €	9.647 €
2008	4.826 €	5.169 €	7.045 €	10.020 €
2009	4.929 €	5.298 €	7.175 €	10.071 €
2010	4.820 €	5.257 €	6.928 €	10.147 €
2011	4.744 €	5.141 €	6.783 €	9.829 €
2012	4.535 €	4.895 €	6.293 €	8.977 €
2013*	4.535 €	4.895 €	6.293 €	8.977 €

Fuente: MECO. Anuario estadístico "Las cifras de la educación en España"; *No existen actualmente datos relativos al 2013. Para el análisis se han asumido los mismos costes que para el año 2012

Para el cálculo del coste incurrido por los gobiernos en educación de cada profesional que ha emigrado fuera de España, se ha asumido el coste del gasto público en educación por cada tramo de período formativo correspondiente al año en el que se produce la emigración.

Por ejemplo, para una persona licenciada en medicina que emigró en 2002, el coste sería 3 años por el gasto por persona/año en educación infantil (2.856 €),+ 6 años multiplicado por el coste por persona/año de la educación

primaria (3.411 €) + 7 años por coste persona/año de la educación secundaria (4.464 €) + 6 años por el coste persona/año de la Educación Universitaria. Esto daría como resultado un coste total de 96.264,00 €. De igual forma para una persona licenciada en enfermería el coste sería el mismo excepto el coste de la educación universitaria que multiplicaría su factor por 3 años.

Estimación de la pérdida de inversión en educación

En la tabla 20 se presenta la estimación del coste invertido por el estado español para cada persona que emigra hacia el exterior. Según estos datos, desde el 2002 hasta 2013 habrían emigrado un total de 5.534 profesionales de medicina y 12.372 profesionales de enfermería que habrían supuesto una inversión en educación de 751.744.399 € y 1.299.554.901 €, respectivamente.

Tabla 20:
Coste invertido en educación por cada profesional de medicina y enfermería emigrado hacia el exterior.

Año	Personal de medicina			Personal de enfermería		
	Coste educación /persona	Nº emigrados	Coste total en educación	Coste educación /persona	Nº emigrados	Coste total en educación (enfermería)
2002	96.264 €	359	34.558.776€	78.273 €	1621	126.880.533 €
2003	105.700€	432	45.662.400€	85.186 €	1569	133.656.834 €
2004	111.964€	285	31.909.740€	90.223 €	1091	98.433.293 €
2005	123.081€	237	29.170.197€	99.360 €	630	62.596.800 €
2006	132.652€	239	31.703.828€	106.960 €	574	61.395.040 €
2007	146.386€	191	27.959.726€	117.445 €	275	32.297.375 €
2008	154.927€	245	37.957.115€	124.867 €	313	39.083.371 €
2009	157.226€	238	37.419.788€	127.013 €	342	43.438.446 €
2010	155.380€	365	56.713.700€	124.939 €	475	59.346.025 €
2011	151.533€	381	57.734.073€	122.046 €	2190	267.280.740 €
2012	140.888€	993	139.901.784€	113.957 €	1796	204.666.772 €
2013	140.888€	1569	221.053.272 €	113.957 €	1496	170.479.672 €
Total		5.534	751.744.399 €		12.372	1.299.554.901 €

Fuente: elaboración propia

La tabla 21 muestra el cálculo basal estimado de pérdida de retorno de inversión para los profesionales de medicina y enfermería que han emigrado fuera del país asumiendo una tasa de interés del 4% y tiempo de migración de 25 años (considerando que un porcentaje de los migrados deciden retornar antes de la edad de jubilación). Se observa como para el año 2013, la pérdida de inversión por los profesionales de medicina y enfermería emigrados asciende a 1.043,7 millones de euros, lo que representa el 0,10% del PIB del mismo año.

Tabla 21:
Cálculo de la pérdida de retorno de la inversión estimado para profesionales de medicina y enfermería emigrados de España

Análisis Basal (tasa de interés: 4% ; tiempo de migración: 25 años)				
	Medicina	Enfermería	Total	% PIB*
2002	92.128.041 €	338.242.735 €	430.370.775 €	0,057%
2003	121.728.485 €	356.307.244 €	478.035.729 €	0,059%
2004	85.066.144 €	262.407.049 €	347.473.193 €	0,040%
2005	77.762.971 €	166.872.824 €	244.635.795 €	0,026%
2006	84.517.217 €	163.669.128 €	248.186.345 €	0,025%
2007	74.536.053 €	86.099.516 €	160.635.569 €	0,015%
2008	101.187.456 €	104.189.870 €	205.377.327 €	0,018%
2009	99.755.030 €	115.799.788 €	215.554.818 €	0,020%
2010	151.189.442 €	158.206.790 €	309.396.232 €	0,029%
2011	153.909.589 €	712.526.707 €	866.436.297 €	0,081%
2012	372.955.259 €	545.608.117 €	918.563.375 €	0,088%
2013	589.291.844 €	454.470.903 €	1.043.762.747 €	0,101%
Total	2.004.027.531 €	3.464.400.670 €	5.468.428.201 €	0,53%#

Fuente: elaboración propia; *datos de porcentaje de PIB correspondiente para cada año obtenidos del Banco mundial. Dato de PIB obtenido de Eurostat para cada año; # % PIB correspondiente al año 2013.

Análisis de sensibilidad

Las tablas 22 y 23 muestra el resultado del análisis de sensibilidad de la pérdida de retorno de inversión estimada para los profesionales de medicina y enfermería que han emigrado fuera del país asumiendo una tasa de interés del 3% y un tiempo de migración de 15 años (escenario de mínimos) y con una tasa de interés del 5% y un tiempo de migración de 35 años (escenario de máximos).

Se observa como con estos nuevos datos, para el año 2013 y teniendo en cuenta un escenario de mínimos (baja tasa de interés y alta tasa de retorno de la migración a su país de origen), la pérdida de inversión por los profesionales de medicina y enfermería emigrados asciende a cerca de 610 millones de euros, lo que representa el 0,059% del PIB. El coste total de la inversión en el período considerado sería de 3.195,8 millones de euros. Por otro lado, en un escenario de máximos (alta tasa de interés y baja tasa de retorno), la pérdida de inversión para el año 2013 ascendería a 2.159 millones de euros, lo que representa el 0,02% del PIB correspondiente a ese año. En este escenario la pérdida de inversión en el período sería de 11.314,9 millones de euros.

Tabla 22:

Análisis de sensibilidad del cálculo de la pérdida de retorno de la inversión estimado para profesionales de medicina y enfermería emigrados de España. Escenario de mínimos

Análisis Basal (tasa de interés: 3% ; tiempo de migración: 15 años)				
Año	Medicina	Enfermería	Total	% PIB*
2002	53.841.447 €	197.675.736 €	251.517.183 €	0,034%
2003	71.140.531 €	208.232.992 €	279.373.524 €	0,035%
2004	49.714.335 €	153.355.863 €	203.070.198 €	0,024%
2005	45.446.216 €	97.523.775 €	142.969.991 €	0,015%
2006	49.393.531 €	95.651.472 €	145.045.003 €	0,014%
2007	43.560.342 €	50.318.258 €	93.878.600 €	0,009%
2008	59.135.948 €	60.890.619 €	120.026.567 €	0,011%
2009	58.298.810 €	67.675.683 €	125.974.494 €	0,012%
2010	88.358.097 €	92.459.173 €	180.817.270 €	0,017%
2011	89.947.805 €	416.414.684 €	506.362.489 €	0,047%
2012	217.962.421 €	318.864.162 €	536.826.583 €	0,051%
2013	344.393.795 €	265.601.774 €	609.995.569 €	0,059%
Total	1.171.193.279 €	2.024.664.192 €	3.195.857.471 €	0,310%#

Fuente: elaboración propia; * datos de porcentaje de PIB correspondiente para cada año obtenidos del Banco mundial. Dato de PIB obtenido de Eurostat para cada año; # % PIB correspondiente al año 2013.

Tabla 23:

Análisis de sensibilidad del cálculo de la pérdida de retorno de la inversión estimado para profesionales de medicina y enfermería emigrados des España.
Escenario de máximos.

Análisis Basal (tasa de interés: 5% ; tiempo de migración: 35 años)				
Año	Medicina	Enfermería	Total	% PIB*
2002	190.626.740 €	699.874.970 €	890.501.709 €	0,119%
2003	251.874.500 €	737.253.150 €	989.127.650 €	0,123%
2004	176.014.616 €	542.959.557 €	718.974.173 €	0,083%
2005	160.903.255 €	345.284.911 €	506.188.166 €	0,054%
2006	174.878.802 €	338.655.984 €	513.534.787 €	0,051%
2007	154.226.278 €	178.152.817 €	332.379.095 €	0,031%
2008	209.372.030 €	215.584.475 €	424.956.505 €	0,038%
2009	206.408.126 €	239.607.136 €	446.015.261 €	0,041%
2010	312.833.641 €	327.353.586 €	640.187.227 €	0,059%
2011	318.462.034 €	1.474.324.669 €	1.792.786.703 €	0,167%
2012	771.700.390 €	1.128.945.060 €	1.900.645.450 €	0,182%
2013	1.219.333.245 €	940.368.491 €	2.159.701.736 €	0,209%
Total	4.146.633.657 €	7.168.364.805 €	11.314.998.462 €	1,097%#

Fuente: elaboración propia; *datos de porcentaje de PIB correspondiente para cada año obtenidos del Banco mundial. Dato de PIB obtenido de Eurostat para cada año; # % PIB correspondiente al año 2013.

En la tabla 24 se presentan escenarios intermedios alternativos resultantes de las variaciones del tipo de interés y tiempo de migración.

Tabla 24:
Escenarios alternativos de la pérdida de retorno de la inversión estimado para profesionales de medicina y enfermería emigrados desde España a partir de combinaciones de valores de las variables de tipo de interés y tiempo de migración (Valores en millones de euros)

Año	Tipo de interés: Tiempo de migración											
	3%: 35	3,5%: 35	4,5%: 35	3%: 30	3,5%: 30	4%: 30	4,5%: 30	5%: 30	3%: 25	3,5%: 25	4,5%: 25	5%: 25
2002	454,3	538,2	753,5	391,9	453,1	523,6	604,6	697,7	338,0	381,5	485,2	546,7
2003	504,6	597,8	836,9	435,3	503,3	581,6	671,6	775,0	375,5	423,8	538,9	607,2
2004	366,8	434,5	608,4	316,4	365,8	422,8	488,2	563,3	272,9	308,0	391,7	441,4
2005	258,2	305,9	428,3	222,7	257,6	297,6	343,7	396,6	192,1	216,9	275,8	310,8
2006	267,0	310,4	434,5	226,0	261,3	302,0	348,7	402,4	194,9	220,0	279,8	315,3
2007	169,6	200,9	281,2	146,3	169,1	195,4	225,7	260,4	126,2	142,4	181,1	204,1
2008	216,8	256,8	359,6	187,0	216,2	249,9	288,5	333,0	161,3	182,1	231,5	260,9
2009	227,5	269,5	377,4	196,3	227,0	262,3	302,8	349,5	169,3	191,1	243,0	273,8
2010	325,6	386,9	541,7	281,7	325,8	376,4	434,7	501,6	243,0	274,3	348,8	393,0
2011	914,5	1.083,5	1.517,0	788,9	912,2	1.054,2	1.217,3	1.404,7	680,5	768,1	976,8	1.100,6
2012	969,6	1.148,7	1.608,2	836,4	967,1	1.117,6	1.290,5	1.489,2	721,5	814,3	1.035,6	1.166,8
2013	1.101,7	1.305,2	1.827,4	950,4	1.199,0	1.299,9	1.466,4	1.692,2	819,8	925,3	1.176,7	1.325,9
Total	5.772,1	6.838,2	9.574,1	4.979,0	5.757,6	6.653,2	7.682,8	8.865,6	4.295,0	4.847,7	6.165,0	6.946,4

Fuente: elaboración propia

Tabla 24 (continuación)

Escenarios alternativos de la pérdida de retorno de la inversión estimado para profesionales de medicina y enfermería emigrados desde España a partir de combinaciones de valores de las variables de tipo de interés y tiempo de migración (Valores en millones de euros)

Año	Tipo de interés: Tiempo de migración								
	3%: 20	3,5% :20	4%: 20	4,5%:20	5%:20	3,5%:15	4%:15	4,5%:15	5%:15
2002	291,6	321,2	353,7	389,3	428,3	270,5	290,7	312,4	335,6
2003	323,9	356,8	392,9	432,5	475,8	300,4	322,9	347,0	372,8
2004	235,4	259,4	285,6	314,4	345,8	218,4	234,7	252,3	271,0
2005	165,7	182,6	201,1	221,3	243,5	153,7	165,3	177,6	190,8
2006	168,1	185,2	204,0	224,5	247,0	156,0	167,7	180,2	193,5
2007	108,8	119,9	132,0	145,3	159,9	101,0	108,5	116,6	125,3
2008	139,1	153,3	168,8	185,8	204,4	129,1	138,7	149,1	160,2
2009	146,0	160,9	177,2	195,0	214,5	135,5	145,6	156,5	168,1
2010	209,6	230,9	254,3	279,9	307,9	194,4	209,0	224,6	241,3
2011	587,0	646,7	712,1	783,8	862,4	544,5	585,3	629,0	675,7
2012	622,3	685,6	755,0	831,0	914,2	577,3	620,5	666,8	716,3
2013	707,2	779,1	857,9	944,3	1.038,9	656,0	705,1	757,7	814,0
Total	3.704,9	4.081,7	4.494,6	4.947,1	5.442,7	3.436,6	3.694,3	3.969,8	4.264,5

Estimación de la pérdida de ingresos por impuestos para el estado español

La pérdida total aplicada al período 2002 -2013 sumando de manera acumulada la cantidad de profesionales de la salud que emigra al exterior y asumiendo que en promedio el tiempo de emigración es de 25 años, sería en total de 5,95 millones de euros.

Tabla 25:
Pérdida de impuestos de emigrantes españoles hacia el exterior
(análisis basal)

Año	Medicina	Enfermería	TIR	Pérdida impositiva total
2002	359	1621	0.32	461.129.180 €
2003	432	1569	0.32	506.769.658 €
2004	285	1091	0.32	391.279.360 €
2005	237	630	0.32	274.180.253 €
2006	239	574	0.33	273.053.895 €
2007	191	275	0.34	176.672.250 €
2008	245	313	0.32	203.391.000 €
2009	238	342	0.31	204.885.000 €
2010	365	475	0.33	308.070.000 €
2011	381	2190	0.33	951.591.375 €
2012	983	1796	0.34	1.051.104.375 €
2013	1569	1496	0.34*	1.155.121.875 €
Total				5.957.248.222 €

Fuente: estadística Eurostat. *se ha considerado el mismo dato que en 2012. Salario medio atribuido para un profesional de la medicina 1º año: 29.021€, 2º año: 32.058 €, 3º año: 35.545€, 4º año: 39.042€, 5º año: 40.834€, 6-11 año: 45.000€. Salario bruto para un profesional de enfermería: 32.500 € brutos anuales.

Teniendo en cuenta las variaciones entre mínimos y máximos en los salarios de los profesionales de medicina y enfermería que se detallaron en la tabla I de la metodología, la pérdida impositiva para todo el período considerado varía entre 5.431,1 y 7.330,5 millones de euros en los escenarios mínimos y máximos respectivamente (Tabla 26).

Tabla 26:
Análisis de sensibilidad de la pérdida de impuestos de emigrantes españoles
hacia el exterior (escenario de mínimos y máximos)

Año	Pérdida impositiva total (Escenario de mínimos)	Pérdida impositiva total (Escenario de máximos)
2002	429.159.506 €	598.462.128 €
2003	468.277.422 €	641.010.345 €
2004	354.721.792 €	482.656.768 €
2005	244.558.505 €	331.183.509 €
2006	243.704.982 €	326.188.202 €
2007	160.968.050 €	215.932.750 €
2008	185.311.800 €	248.589.000 €
2009	186.673.000 €	250.415.000 €
2010	280.686.000 €	376.530.000 €
2011	867.005.475 €	1.163.056.125 €
2012	957.672.875 €	1.284.683.125 €
2013	1.052.444.375 €	1.411.815.625 €
Total	5.431.183.781 €	7.330.522.577 €

Fuente: estadística Eurostat. Salario medio atribuido para un profesional de la medicina para el escenario de mínimos y máximos 1º año: 27.009€- 37.664€, 2º año: 29.623€- 40.550€, 3º año: 32.224€ - 43846€; 4º año: 34.824€ - 47.159€; 5º año: 36.445€- 48.780€, 6-11 años: 41.000€- 55.000€. Salario bruto para un profesional de enfermería para el escenario de mínimos y máximos: 28.000 €-35.000€ brutos anuales.

A continuación se presentan otros posibles escenarios de pérdida impositiva en función del tiempo de permanencia en el extranjero (tabla 27).

Tabla 27:

Análisis de sensibilidad de la pérdida de impuestos de emigrantes españoles hacia el exterior (escenario de mínimos y máximos) para diferentes periodos de tiempo de emigración. Datos representados de millones de euros.

Año / tiempo migración (años)	Análisis Basal					Escenario de salario de mínimos					Escenario de salario de máximos				
	35	30	20	15	35	30	20	15	35	30	20	15			
2002	708,9 €	607,7 €	405,1 €	303,8 €	618,9 €	530,5 €	353,6 €	265,2 €	685,9 €	676,6 €	451,0 €	338,3 €			
2003	717,1 €	614,7 €	409,8 €	307,3 €	627,4 €	537,8 €	358,5 €	268,9 €	703,7 €	686,7 €	457,8 €	343,3 €			
2004	510,6 €	437,6 €	291,8 €	218,8 €	445,0 €	381,4 €	254,3 €	190,7 €	535,8 €	486,5 €	324,4 €	243,3 €			
2005	337,1 €	289,0 €	192,6 €	144,5 €	293,6 €	251,7 €	167,8 €	125,8 €	336,9 €	323,0 €	215,3 €	161,5 €			
2006	327,2 €	280,4 €	187,0 €	140,2 €	285,4 €	244,6 €	163,1 €	122,3 €	322,4 €	318,4 €	208,9 €	156,7 €			
2007	206,8 €	177,3 €	118,2 €	88,6 €	183,2 €	157,0 €	104,7 €	78,5 €	178,4 €	203,5 €	135,7 €	101,8 €			
2008	240,4 €	206,0 €	137,4 €	103,0 €	213,3 €	182,8 €	121,9 €	91,4 €	195,2 €	237,5 €	158,3 €	118,7 €			
2009	239,9 €	205,6 €	137,1 €	102,8 €	212,5 €	182,1 €	121,4 €	91,1 €	206,7 €	236,1 €	157,4 €	118,0 €			
2010	363,6 €	311,6 €	207,7 €	155,8 €	322,5 €	276,4 €	184,3 €	138,2 €	298,1 €	358,9 €	239,3 €	179,5 €			
2011	1.017,0 €	871,7 €	581,1 €	435,9 €	886,0 €	759,4 €	506,3 €	379,7 €	1.387,0 €	963,4 €	647,2 €	481,7 €			
2012	1.208,3 €	1.035,7 €	690,5 €	517,9 €	1.067,0 €	914,6 €	609,7 €	457,3 €	1.158,2 €	1.180,6 €	787,1 €	590,3 €			
2013	1.397,9 €	1.198,2 €	798,8 €	599,1 €	1.245,4 €	1.067,5 €	711,7 €	533,7 €	964,7 €	1.393,5 €	929,0 €	696,7 €			
Total	7.274,8 €	6.235,5 €	4.517,0 €	3.178 €	6.400,1 €	5.485,8 €	3.657,2 €	2.742,9 €	6.973,0 €	7.059,5 €	4.706,3 €	3.529,8 €			

Fuente: estadística Eurostat.

2. C. Otros costes

Con respecto a la **emigración** comenta una informante que, dado que la mayoría de emigrantes en enfermería [que conoce] son personas jóvenes y con poca experiencia, su salida no tiene mayor impacto en los espacios de formación, pues no ocupaban puestos en ellos. Tampoco se mencionan casos de reducción de investigación en relación con las migraciones; sólo una informante afirma que de haberse quedado en España habría optado por un perfil investigador. Una persona destaca el perfil técnico y no académico que tiene la enfermería, limitando su impacto en estos aspectos. Frente a la pérdida de los sectores más educados, sin hacer referencia a su posible impacto, una informante comenta que una buena parte de su generación ha emigrado y que este fenómeno ha implicado la emigración de una parte importante del personal de enfermería formado en España.

*“Pues, de los que conozco más directamente... puedo decirte que, conmigo que éramos cinco con las que yo siempre mejor me llevaba y hacíamos siempre los trabajos, que era la gente como de mi clase... tres estamos fuera; tres de cinco. [E.: Y de la clase, del total...] Y de la clase que éramos como 80, te puedo decir que a lo mejor un 30%.” (Em01EnfMFra*9-13)*

2. D. Beneficios para el Sistema Sanitario y Profesionales

En cuanto a la **emigración**, las personas informantes **no han identificado ningún beneficio relevante para el sistema sanitario**. Un comentario menciona el hecho de que, dada la situación de paro en el sector de la enfermería, el hecho de que algunas personas salgan del país significa más posibilidades relativas para quienes se quedan. Otro comentario habla de que el sistema sanitario español, gracias a la emigración, no “sufrir” los primeros años del profesional, cuando la falta de experiencia lo hace menos eficiente. Esta persona se basa en la premisa de que la mayoría retornará, con lo que el país se beneficiará de profesionales con experiencia sin haber sufrido su inexperiencia. Otra informante emigrada dice percibir que en España se está priorizando el trabajo para las personas que se han quedado sobre las que retornan, independientemente de la diferencia en experiencia.

El único beneficio de la emigración que se identifica directamente es en el caso del retorno, opinión que explicitan 3 de 4 personas emigradas al igual que la persona retornada. En el caso de retorno el **principal beneficio que se señala son las nuevas perspectivas, formas de ver y de hacer que trae consigo la persona**. También se menciona, más o menos directamente, el beneficio económico de una persona más que tributa. Frente al aspecto económico es difícil determinar el impacto real, pues haría falta un seguimiento detallado de quiénes han emigrado y quiénes regresan (y en qué condición laboral-tributaria se encuentran). Esta complicación se da también en el cálculo de la ganancia vía tributaria por personas inmigradas y a la pérdida de impuestos vía emigración.

*“No sé... yo las tres personas que tengo en mi entorno, que he tenido de los que nos fuimos y hemos vuelta... al final... eres mucho más abierto a la hora de trabajar, a la hora de ayudar,... a la hora de... el temas de formar a la gente nueva... te metes más en... no sé si ha sido un poco casualidad el carácter de estas tres personas que te estoy hablando, pero les ves como más activos a la hora de interactuar con la gente nueva, con los alumnos, con las cosas de la unidad —que necesiten gente para esto o lo otro—. (...) Cuando te vas, vas con la mente más abierta y vuelves con la mente más abierta y ... no sé...” (RetDI[EnfMIngl]*GG)*

Ante el beneficio principal de nuevas perspectivas se hace necesario mencionar algunos matices. En ciertas ocasiones se cita el hecho de que, gracias al carácter científico de la medicina, el conocimiento técnico es el mismo en cualquier lugar —cualquiera que haya pasado las pruebas de acceso estará, en principio, capacitada para ejercer—. De acuerdo con lo anterior, varias personas mencionan que no es que el retornado (ni el inmigrado) venga “mejor formado” sino “formado diferente”. Puesto que no habrá diferencia frente a qué bacteria causa qué patología o qué antibiótico lo ataca mejor, se valoran las diferentes perspectivas en temas de gestión de los equipos y las tareas, en formas de diagnóstico, en especialidades no reconocidas en España, etc. Se entiende que conocer otros sistemas sanitarios y sus formas de trabajo aporta ideas para mejorar el propio; también se menciona en una ocasión el valor añadido del conocimiento de otro idioma. En algún comentario de los informantes se relaciona parte de

ese beneficio que trae consigo el retornado con el hecho de que, en destino el empleador invierte en formación al profesional. En todo caso, el intercambio de conocimiento, que se da y es positivo, se restringe al lugar de trabajo y el día a día. Se exploró también la posibilidad de beneficios en transferencia de conocimiento a partir de colaboraciones entre profesionales locales y emigrados. Ninguna persona informante comentó conocer casos del estilo.

*“Económicamente no supone ningún beneficio; no puede suponer ningún beneficio a España hasta que yo regrese. Porque además me llevé todo el dinero y no tengo ningún tipo de inversión; quizá si un día fuera muy rica y no vivo en España pero deseo una casa para veranear, podría ser quizá un sitio. (...) Y a nivel académico, tampoco. No mantengo relación con ninguna universidad; tampoco ahora tengo mucho que aportar... Entonces ni económico, ni académico, ni personal, ni laboral; no.” (Em02EnfMIng1*106)*

*“(...) bueno, no te puedo decir que mejor preparada. Te tengo que decir que diferente preparada. Con una visión enfermera diferente. No considero que vaya a recibir en Inglaterra mejor formación de la que podría recibir en España... a nivel de cuando estoy trabajando.” (Em03EnfMgl*31-34)*

*“Ah, sí... aquí hay muchas ventajas... y ventajas que tienes buenas condiciones laborales y que, una cosa que falta mucho en España, es que el propio hospital se interesa en invertir dinero en formarte. (...) Porque ese conocimiento que tu vas a adquirir luego lo vas a poner a disposición de tu trabajo y te va a ser mejor trabajador. Entonces, en muchas sitios, te los pagan.” (Em01EnfMFra*37)*

La mayoría de informantes afirman que **dicha diversidad de conocimientos, y los beneficios que podría traer, no se aprovechan**. Una informante emigrada comenta como incluso en destino se desaprovecha buena parte de esta diversidad, y extrapola esa dinámica a España. La informante retornada nos cuenta lo difícil de impulsar cambios en la estructura rígida del sistema sanitario Español. Y menciona un caso en que con la llegada de retornados se logra instaurar un equipo de formación similar al manejado en Inglaterra, pero que se cerró poco después. Se habla de una falta de iniciativas institucionales para hacer algo al

respecto. En la actualidad, el conocimiento, como se viene reiterando, se comparte en la práctica cotidiana de forma informal y espontánea; aplicándose en un momento concreto —por decisión de las profesionales presentes— y luego desapareciendo. Aunque es difícil de medir, da la impresión de que las personas entrevistadas valoran bastante la diversidad y los beneficios que conlleva al ejercicio de su trabajo.

De las personas **emigradas** una comenta, que Alemania es un país que “importa” enfermeras dada su carencia y que juega con la ventaja de poder elegir los países en los que busca personal, enfocándose en países que sabe que tienen buena formación. Buscan en estos países enfermeras con poca experiencia e incluso bajo dominio del idioma de destino. Otra persona nos habla de Francia, afirmando que para ciertas carreras, entre las cuales se encuentra la enfermería, hay una serie de requisitos adicionales que podrían explicar el hecho de que no se formen suficientes enfermeras. En este escenario, el país se beneficia también del flujo de llegada de profesionales extranjeros.

*“... me estas hablando ahora de Alemania, no?... O sea del flujo de migraciones... Sí, claro. Claro que suple; no se podría suplir de otra manera. [E.: Y, ¿cómo lo verías frente a España?] (...) imagínate que en España hay un montonazo de trabajo y todos los enfermeros españoles estamos disponibles, estamos trabajando y aún así se necesita más gente... por supuesto que venga gente de donde quiera a trabajar a España. Pero, claro, es que no es el caso.” (Em04EnfMGer*54-58)*

*“Es que los requisitos son muy bajos porque entiendo que tienen una necesidad de enfermeras brutal. Y juegan con la ventaja de que cogen gente de países que saben que están bien formadas las enfermeras. [E.: ¿Crees que no cogen de cualquier lado, que es seleccionado?] Yo lo que más veo son portugueses, que son brillantes, tienen muy buena formación enfermera... españoles, italianos... los 3, técnicamente, hacemos todas las técnicas (...), toda la técnica práctica la hacemos cuando estudiamos, los ingleses no. Ya tenemos una formación, (...) que los ingleses valoran mucho. Esas son las que más... y filipinas.” (Em04EnfMGer*70)*

*"Y respecto a Francia me parece que para ellos es enriquecedor porque aquí les faltan enfermeras. Porque aquí para entrar en en las carreras de ciencias de la salud, sobre todo fisio y enfermería... cuando acaban bachillerato y hacen la selectividad, para entrar en esas dos carreras concretamente (...) te tienes que preparar otro año para un examen, que podríamos decir que es específico de ciencias de la salud... con un nivel bastante alto de matemáticas, biología y química. Entonces hay mucha gente que supongo que decidirá no hacer eso y meterse, a lo mejor, a otra cosa... que no le exija eso, porque es un año también de retrasar tu formación y que puedes no aprobar." (EmDIEnfMFra*5)*

2. E. Beneficios financieros

Frente a la **emigración**, se han señalado pocos posibles beneficios financieros. Ninguna de las personas emigradas dice enviar remesas a España; aunque una persona afirma conocer personas que sí lo hacen y otra persona comenta que ahora en destino y en España: *"Es necesario un seguimiento de la emigración y la situación tributaria -incluido el retorno"*. Una persona menciona la emigración como una situación que genera más oportunidades para quienes se quedan, lo que se podría interpretar como reducción del desempleo. [Consideramos que este efecto no debería ser muy complicado de calcular si se tienen estimaciones relativamente fiables del tamaño de la población emigrada, más en concreto de "olas de emigración", y la evolución del paro. Sin embargo, este cálculo no ha sido objeto de nuestro estudio y quedaría pendiente como una recomendación que permitiría obtener un análisis más exhaustivo y completo.] Ningún informante dice conocer casos de iniciativas comerciales o productivas que beneficien a España por parte de la población emigrada.

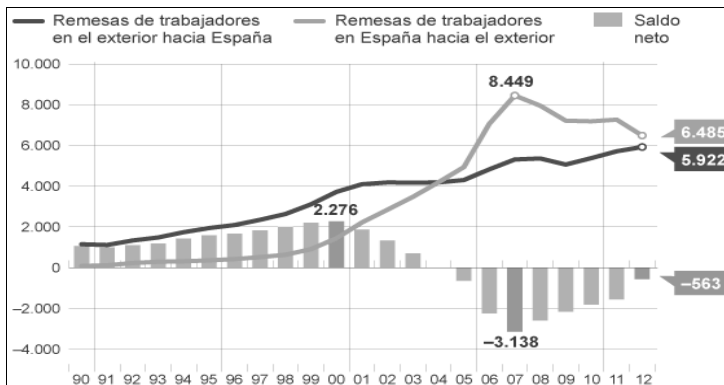
En el caso de **retorno**, se mencionan (en pocos casos) los beneficios económicos de una persona bien cualificada que, si trabaja, implica mayor tribulación y gasto en la economía del país.

Datos cuantitativos sobre remesas recibidas de los profesionales de la salud emigrados

Las remesas de dinero enviadas por los migrantes constituyen el impacto más tangible en términos de beneficio de la migración internacional sobre los países de origen. Sin embargo, no hay evidencia de que los profesionales de la salud españoles que emigran, efectivamente envíen de forma general remesas a su país de origen. Aunque no existen datos de la cantidad de remesas enviadas por profesionales de la salud, si se observa la evolución del saldo de remesas en España en el periodo de estudio, vemos cómo éste comenzó a ser negativo desde el año 2005. Este saldo se debe por un lado a la mayor presencia de españoles emigrados al extranjero, y por otro lado a un mayor número de inmigrantes que han vuelto a sus países de origen, y también a aquellos que permanecen en España pero que debido a la crisis económica se encuentran en situación de desempleo y tienen menos dinero disponible para enviar a sus familiares.

En términos generales, y desde el año 2011, España ha dejado de ser un país de inmigración para convertirse en uno de emigración, de ahí la tendencia alcista del montante de ingresos por remesas de las personas emigradas nacionales (Figura 4).

Figura 4: Flujo de Remesas de trabajadores en el exterior hacia España y de trabajadores en España hacia el exterior. Datos en millones de euros



Fuente: El país. Economía¹⁴.

3. COSTES Y BENEFICIOS DE ESPAÑA COMO PAÍS DE DESTINO

3. A Costes sobre el sistema sanitario y profesionales

La **inmigración** no ha arrojado costes concretos para el sistema sanitario público; aunque aporta un par de aspectos relevantes al respecto. En primer lugar, un aspecto importante en el estudio de las migraciones profesionales: **la competencia con profesionales locales**. Para el momento en que inicio la crisis (2008), España ya no “importaba” tantos profesionales de la medicina como en sus momentos más álgidos (con el inicio del crecimiento del sistema de salud pública en los años 70), pero seguía siendo un destino atractivo para profesionales extranjeros por sus buenas condiciones laborales: puesto estable, bien remunerado, con horas extra bien pagadas, oportunidad para la especialización vía MIR etc. No había (que se pueda establecer a partir de las entrevistas) limitación legal sobre el número de personas inmigradas que podían entrar en el sistema público como trabajadores (aunque si sabemos que en formato de formación de especialidad MIR si se restringe el número de plazas para extranjeros variando cada año). El sistema de selección a través del programa MIR era (y es) considerado como bastante objetivo y meritocrático; un atractivo extra para profesionales que se sabían bien preparados. Para el inicio de la crisis ya empezaba a hacerse evidente una tendencia según la cual varias de las mejores plazas que ofrecía el sistema público las tomaban profesionales extranjeros. En algunos casos porque los locales no las elegían, en muchos otros simplemente porque el profesional inmigrado obtenía mejores resultados en el examen de acceso, ganando el derecho a elegir antes². Esta tendencia se mezcló, con la llegada de la crisis, con la aparición de ciertos sentimientos negativos, por competencia, hacia los profesionales inmigrantes. Según las personas informantes, es en este contexto que comienza la aplicación de limitaciones al número de plazas para personas extranjeras, limitación que ha ido variando con los años, llegando al 4% que mencionan en las entrevistas. Entre los entrevistados, la competencia

2. Aclarar que en este apartado los informantes hacen referencia de manera recurrente a posts en el blog “gangasMIR”.

entre locales e inmigrantes no aparece como un aspecto relevante. Mientras la mayoría de informantes inmigrantes cita las regulaciones mencionadas, un informante explicita que si dichas limitaciones no existieran, la competencia sería bastante más evidente. [Resultaría de interés estudiar más de cerca la relación entre crisis (reducción de “apetencia” de España como destino) y la limitación de las plazas MIR para extranjeros, así como la competencia relacionada. Así se obtendría información más detallada que permitirían diseñar herramientas de intervención más rigurosas.]

Como se exponía en otro apartado del presente informe, **la competencia negativa entre locales e inmigrantes no ha surgido como un problema en la situación actual**, a los ojos de las personas entrevistadas. La informante retornada comenta que, dado el alto nivel de paro en enfermería, entiende que el propio gobierno “no demanda personal de enfermería extranjero”. Aunque no hay muchos datos al respecto en las entrevistas, algunos comentarios indican que la limitación de plazas en enfermería es mucho mayor (un 1%). Del mismo modo, la limitación en el número de plazas a inmigrantes aparece como mecanismo de control del fenómeno de la competencia negativa. Más aún, todas las personas inmigrantes expresan que en el trato directo y diario con el resto de profesionales y pacientes, la relación es cordial y positiva, sin mención a casos relevantes de discriminación o animadversión.

Llama la atención el papel de las academias en América Latina dedicadas a preparar para el acceso a la formación MIR. Se critica de ellas el tipo de preparación médica que ofrecen y el hecho de que incentivan la competencia en un entorno de por sí complicado. Hay que recordar que una persona que paga a una academia en origen para prepararse, viene a España —pagando estadia, cuotas de trámites, etc.— y si no pasa el examen, es un ingreso neto, pues ninguno de los costes es asumido por el Estado. Como se verá más adelante, otros posibles costes explorados en relación con la inmigración —como posibles efectos sobre productividad y/o condiciones laborales— han sido relacionados por las personas informantes con la crisis y los recortes.

*"Del 100% de los residentes, ya solo pueden trabajar [extranjeros] el 4%. Entonces... antes, claro, era diferente, porque les daba lo mismo. Pero ahora ya con los recortes y todo eso... Y, a parte de eso, como aumentó lo de los egresados de las escuelas y facultades de medicina, pues hay más médicos recién graduados. Entonces pues dijeron 'no, nosotros de alguna forma tenemos que recortar, así que sólo 4%, 5% es lo máximo que puede entrar'." (In01MedHEcu*43)*

*"Antes había muchas más plazas. Luego lo que pasó es que se empezó a hacer estadísticas y a darse cuenta que las mejores plazas, las mejores ofertas de trabajo, digamos de formación académica, las estaban adquiriendo personas no españolas. (...) Entonces, llegó un momento en que los españoles empezaron a protestar. Junto con esto empezó lo de la crisis, empezó a haber gente... médicos en el paro... entonces a partir de ahí es que se empezó el proceso de porcentaje. El porcentaje de plazas limitadas a extranjeros." (In05MedMCol*18-19)*

*"Lo que sí es verdad es que hay muchísimas academias privadas que se han dedicado a formar médicos, que terminan la carrera... y para enseñarles a pasar un examen, ¿no? No aprender medicina sino... ver la medicina como herramienta para pasar un examen. (...) Entonces digamos que... eso también incentiva muchísima competencia." (In04MedMCol*35)*

Otro aspecto relacionado con la inmigración tiene que ver con la **precariedad laboral, principalmente en el sector privado**. Este efecto se puede ver en dos periodos.

El primero sería antes del inicio de la crisis, en el "boom" de inmigración de personal médico. Según el único informante suficientemente mayor, y con suficiente tiempo de residencia en España, en aquel momento hubo un impacto en el salario de profesionales del sector privado y algunos casos del público, pues la mano de obra que llegaba estaba dispuesta a recibir pagas menores y en muchos casos venían con los contratos concertados desde origen. No tenemos información detallada respecto a este periodo.

El otro periodo sería el relacionado con la crisis. Este mismo informante comenta que a sus conocidos (locales e inmigrados) en el sector privado les bajaron el salario en varias ocasiones desde el inicio de la crisis hasta ahora. Habiendo casos de profesionales inmigrados que decidieron retornar a sus países de origen. Este aspecto está más directamente relacionado con la crisis que con la inmigración, pero la misma crisis hace que el empresario de la salud busque no solo reducir salarios a locales sino buscar profesionales que estén dispuestos a trabajar en condiciones de mayor precariedad. [El menor atractivo de la situación actual de España como destino profesional hace de ese escenario uno poco probable o, en todo caso, poco frecuente.]

Aunque se reconoce que la inmigración puede tener algún efecto en las condiciones salariales del sector público, este sería mínimo, pues las condiciones del sector público dependen de leyes concretas.

*"Mira, yo puedo comentar lo que yo hago, pero como estoy en un sector más protegido —porque a mi no me pueden decir, de la noche a la mañana, 'es que le vamos a bajar el sueldo porque hay crisis'; a mi lo que me baje la ley—, pero sí conozco amigos que trabajan en el sector privado aquí en España, que llegó la crisis y cada año les decían 'Uds., no les puedo seguir pagando esto... si quieren seguir, les bajo el contrato 10000 al año... ¿lo toman o lo dejan? que ya tengo 8 solicitudes aquí para trabajar'." (In03MedHCol*71)*

Finalmente, un asunto interesante frente a los costes al sistema sanitario es que aspectos sobre los que buscábamos relación con la migración —como productividad, propagación del conocimiento, afectación de las condiciones laborales—, han sido tratados por las personas informantes como más relacionados con **la crisis y los recortes al sector sanitario que con el fenómeno migratorio**. Este hecho llama a extrema cautela en el momento de relacionar los presentes resultados con otros posibles casos de interés. El hecho de que no hayamos hallado comentarios sobre efectos negativos de la inmigración en, por ejemplo, la productividad, no quiere decir que no los haya. Si los hay, el efecto de la crisis los ha debajo en la sombra —al menos frente a la muestra participante

para este trabajo—. Además de los posibles efectos de la migración en diversos aspectos esta predominancia de la crisis impide afrontar otras preguntas de interés. Como si el modelo sanitario español —crisis aparte— puede [podía] gestionar con éxito los problemas que la migración le puede ocasionar a dichos aspectos. En países con sistemas sanitarios menos afectados por la crisis (y en España misma en situación de estabilidad) varios de los resultados de la presente aproximación cualitativa no serían aplicables; no servirían para alimentar el diseño de hipótesis relevantes en la solución de las problemáticas relacionadas con el fenómeno de las migraciones de profesionales sanitarios.

Veamos brevemente los aspectos principales:

La crisis se reconoce como principal causante de los recortes en el sector salud, los cuales, a su vez, se relacionan con un empeoramiento del cupo de pacientes por profesional derivado del no reemplazo de bajas y jubilaciones (aspectos que se suman al empeoramiento de las condiciones laborales). Estos aspectos (y otros no profundizados en las entrevistas realizadas) se relacionan también con el paro y la precariedad laboral de profesionales de la salud. **La precariedad laboral se relaciona con la pérdida de propagación del conocimiento y con la reducción de posibilidades de retorno de emigrados.** La pérdida de propagación del conocimiento surge del hecho de que la medicina y enfermería son labores muy prácticas; una vez adquirido el conocimiento técnico, que es el mismo en cualquier lugar, lo que cuenta es la experiencia práctica. Y los contratos precarios y temporales ofrecen poca experiencia y poco conocimiento. Incluso si la persona logra un puesto (probablemente temporal) en el sistema público, si llevaba algún tiempo previo en paro (altamente probable en la actualidad) esa persona no tendrá conocimiento acumulado para aportar. El paro y la precariedad obstaculizan por tanto el sistema circulatorio del conocimiento.

“Con ‘P’ [otra informante] es con la que más bicheamos [compartimos conocimiento sobre el trabajo enfermera]... también con otros compañeros que están en Inglaterra, lo hablamos bastante... y lo que está limitado es con España, porque apenas conozco a nadie que esté trabajando; así que con gente española, no. (...) [E.:(...)] ¿Qué factor es más importante,

*la relación personal o que ambas partes compartan el hecho de estar trabajando? ¿Si 'P' estuviera en España, pero sin trabajo, hablarían de esos asuntos de la práctica sanitaria?] No... no. Creo que hablaríamos de otras cosas." (EM02EnfMIngl*77-81)*

*"Los que se quedan pueden sustituir esa dinámica [de intercambio de conocimientos, trucos, perspectivas], pero, claro, si la gente que trabaja en los hospitales es un joven diplomado y ha trabajado 2 meses y no vuelve a trabajar en un año... tiene mucho menos que aportar que gente que trabaja del tirón. (...) Entonces, bueno, si la gente no tiene mucha experiencia, o trabaja dos meses aquí, luego no trabaja 6 meses, yo creo que eso de alguna manera también se va perdiendo. Porque como es una carrera tan práctica, es a fuerza de trabajar como aprendes las cosas." (Em01EnfMFra*77)*

*"Yo creo que el problema es que cuando las cosas empiecen a mejorar en España y vuelva a haber más trabajo... muchas gente que estamos fuera, no nos vamos a conformar a lo que nos ofrecen. Porque cuando tu estás acostumbrado a llegar a un trabajo que te tengan un mes a prueba, o tres como máximo, y cuando ya pase ese tiempo te hagan un contrato indefinido... pues que te vayan haciendo durante años y años contratos de tres meses, como hacen en España; pues es que no vas a aceptar ese trabajo. O lo vas a aceptar, vas a esperar un año y al ver que al año no te hacen fijo, te vas a ir. Porque nosotros ya estamos acostumbrados a trabajar con unas condiciones, que me parecen las mínimas, las dignas." (Em01EnfMFra*65)*

Algo similar nos comentan los informantes **inmigrados**. Este grupo nos señala que España es un país bastante equitativo en su sector público, donde todo el mundo entra bajo las mismas condiciones y cobra lo mismo según su rango. Se comenta que la reducciones en las condiciones laborales tienen que ver sobre todo con la crisis y los recortes, aunque se da la posibilidad de que la inmigración tuviese mayor impacto en las condiciones laborales del sector público hace unos 10 o 15 años, cuando había menos regulaciones. También nos comentan cómo en el sector privado el nivel de protección es menor, por lo que tanto la crisis como la inmigración

pueden tener un mayor impacto (en comparación con el que tienen en el sector público) en cuanto a las condiciones laborales; incluso en este caso, el impacto de la inmigración sigue siendo considerado marginal frente al ocasionado por la crisis.

“Porque yo creo que de todas maneras España es un país bastante equitativo y... lo que te digo, todos entramos en igualdad de condiciones y las... la cantidad de dinero que se recibe es exactamente la misma.” (In05MedMCol*43)

“No... por ejemplo... el precio es el mismo para todos... lo que se paga. Y realmente ahora para un médico extranjero trabajar en el sistema público español, tiene que haber cursado el MIR. Si no tiene el MIR no puede acceder al sistema público, tiene que quedarse en las privadas. Y particularmente en las privadas, por lo menos aquí en GGGGG, no pagan tan bien como estar en la pública, por ejemplo. (...) Si eres extranjero y no pudiste quedar, no consigues un contrato laboral en el sistema público... mucha gente se tiene que ir.. o algunos consiguen contratos en las privadas después de haber hecho el MIR. Esa gente tiene suerte porque logra quedarse... en la pública, con tantos recortes, ha habido mucha gente que ha tenido que irse. Y otra gente que directamente se quiere devolver.” (In04MedMCol*66)

Los aspectos mencionados —**recortes, razón población por profesional, no reemplazo de plazas, precariedad**— fueron mencionados por las personas informantes al indagar por efectos negativos sobre la productividad, relacionada a su vez con el aumento de presión sobre el profesional y el deterioro de las condiciones de trabajo.

“(...) Entonces, en el momento en que tu saturas a una persona y en vez de llevar 7 pacientes, lleva 15, tiene que trabajar en peores condiciones y tiene muchísima más probabilidad de equivocarse o de pasar algo por alto, que puede tener unas consecuencias (...) muy serias para ese paciente y para esa enfermera, y para el hospital... Pero también va unido un poco... creo que es falta de recursos, con esta situación que hay en

*España de recortes en la sanidad... es falta de recursos en todos los sentidos. Falta de recursos en cuanto al personal, al material, en cuanto a la gente que quieren atender y la gente que no; en cuanto a que se dará menos importancia a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Porque eso es recortar costes en todos los aspectos, no sólo en el personal. (...) pues no creo que sea una cuestión solamente de la gente que se va.” (EmOIEnfMIngl)*49-53*

Ante posibles costes de la migración como la “caída de moral en los profesionales” hay pocas referencias. Es difícil establecer un vínculo entre la inmigración y la moral (ánimo) profesional que no pase por cierta expresión de prejuicios establecidos. En este sentido una persona comenta que las posibles problemáticas del racismo dependen del origen de la persona inmigrada. Con los latinos dice percibir poca problemática por las similitudes con la población local, pero conoce un caso problemático frente a un profesional de raza negra. Reconoce que puede tratarse de una situación aislada, pero también afirma que “*tienen cosas muy afianzadas aquí*”.

3. B Costes Financieros

Frente a la **inmigración** encontramos un sólo coste financiero identificado: en el caso de que la persona inmigrada trabaje en el sistema público, esto es, el **salario que se le paga tanto en su periodo de formación como MIR, o como profesional adjunto**. Todas las personas informantes expresaron no recibir ningún tipo de ayuda por parte del estado en aspectos como re-asentamiento, adaptación lingüística, trámites, etc. No sólo no representa un coste financiero, sino que en buena parte de los casos puede resultar un beneficio, pues se trata de servicios que el interesado (inmigrante) paga/abona por su cuenta. En algunos casos se menciona la percepción de pérdida de inversión en personas inmigradas que luego retornan a su país de origen. Pero se mencionan también otros dos factores al respecto: el primero, que si todas las personas inmigradas se quedaran en destino significaría una pérdida en cuanto al descenso de las oportunidades para los profesionales locales; el segundo es que parte del diseño que permite que

haya personas extranjeras formándose en el programa MIR conlleva que regresen a sus países con el conocimiento obtenido. No sobra recordar que, en el caso del sistema de salud pública, los salarios son los mismos que recibiría cualquier profesional local del mismo rango. Se da un caso en que los trámites de visa fueron un gasto inesperado, pues el informante vivía en España desde antes del requerimiento de visa. Esta misma persona comenta que para trabajar en el sistema público, no basta la visa, sino que es necesario estar nacionalizado.³

*"[E.: (...) sobre los trámites, visas, formalización de licencias y títulos... estas costes administrativos quién los asumió? Los asumiste sólo o hubo apoyo por parte de una institución española.] No, porque eso... si te quieres venir, te tienes que costear (...) Si, al contrario, les supone un beneficio para ellos. Por ejemplo, imagínate, para el examen que yo tuve que dar vinieron, extranjeros, unos 5 mil o 6 mil... 5 mil extranjeros que te dejan dinero en las academias, en los hoteles, en las inscripciones... que te dejan dinero mucho. Si por ellos fuera, que vengan 50 mil más..." (In01MedHEcu*83-87)*

*"No dan ayudas ni para las visas ni para el alojamiento. Los médicos que vienen aquí a buscarse la vida, la mayoría han pagado todo... sus visas, sus trámites, llegan con ahorros..." (In04MedMCol*74)*

3. C. Otros costes

En cuanto a la información recogida por parte de la **inmigración**, una persona nos comenta que conoce profesionales que en origen trabajaban como profesores y han inmigrado a España, donde su experiencia previa no cuenta y entran en igualdad de condiciones a las personas recién graduadas. [Cuando se trata de

3. En realidad para poder trabajar en España es necesario disponer de permiso de trabajo excepto para el caso de la obtención de especialidad por el sistema MIR pero se opta por expresar únicamente la idea que tiene el propio informante de cuales son los requisitos para trabajar en el sistema de salud pública de España.

personas con más experiencia previa, la emigración puede tener un impacto en el aspecto educativo que no se ha detectado para el caso de la emigración de personal enfermero en España.]

*“Desde luego hay compañeros que tengo que han sido catedráticos de universidades públicas en Colombia que han inmigrado aquí por las condiciones que tenían allí. Y se han sometido a todo el cribaje a que nos somete España para acceder a un trabajo como médico en el sistema nacional público.” (In02MedMCol*145)*

3. D. Beneficio para el Sistema sanitario y profesionales

Cuatro personas **inmigradas** dicen no conocer casos concretos de iniciativas de colaboración entre locales e inmigrados, ni iniciativas institucionales similares. Tres personas mencionan que existe un intercambio positivo en el día a día, pero que está limitado a una buena conexión interpersonal. Un par de informantes mencionan la dificultad de establecer intercambio de conocimientos debido a las diferencias culturales o de forma de afrontar el trabajo. Un informante comenta lo difícil de hacer que los profesionales locales se animen a madrugar; otro comenta que, acostumbrado a hacerlo en su país de origen, realizó una intervención que el contexto español corresponde a la matrona, lo que le significó que le llamaran la atención.

*“Yo creo que sí que la hay y siempre es positivo y en general enriquecedor. Porque una persona que viene de un país tropical y te enseña medicina tropical en España, donde no hay patología tropical, pero cada día se puede ver más por gente que viene de África... pues eso hace que haya más formación y que allá también más conocimiento entre aquella población que no ha podido trabajar en un país tropical. En general es enriquecedor y positivo que haya ese intercambio de conocimiento.” (In02MedMCol*117)*

*"Pues no es una mejora porque no les importa. Realmente que digan 'oh, mira, aprovechemos esto', nada!. Pero sí, a nivel personal, te das cuenta que algunos compañeros te preguntan 'oye, qué hago?' o 'qué crees que pueda hacer?'. Pero ya es una cosa más a nivel personal. No lo veo que lo tengan tanto como a nivel de programa o de proyecto. (...) Pero no me parece que el sistema se aproveche de eso; y creo que es una falencia. Porque, mira, muchas personas llegan muy preparadas. (...) yo, por ejemplo, si fuera médico adjunto de un hospital y me llega médico, yo le preguntaría si 'tienes alguna especialidad' o 'cuántos años has trabajado' y ya tú te aprovechas de esas cosas, ¿no?." (In04MedMCol*III *115)*

*"No, no... esas experiencias lo que te dan a ti es una visión integral... pero es algo muy de... es algo que tu lo trasmites... es mejor ni transmitirlo, ¿si me entiendes?... Porque puede generar un problema. (...) Por ejemplo, yo llegaba a ponerle una epidural a una paciente y el primer día yo no le preguntaba a la matrona —eso en Colombia no existe, el médico atendía los partos—, entonces yo mismo me puse un guante y le introduje los dedos para ver cuánto estaba dilatado el útero. Y lo que me gané fue un problema porque la matrona dijo 'doctor, los anestésicos no tocan las mujeres; eso lo hacemos las matronas, por favor.'." (In03MedHCol*43)*

Hay **otros tres aspectos de beneficio para el sistema sanitario a partir de la inmigración**. En primer lugar, se menciona la mejor formación práctica

de los inmigrados —de latinoamericana, principalmente—. Dicha ventaja se percibe como positiva en los primeros momentos, cuando la persona inmigrada se encuentra con compañeras españolas que carecen de dicha experiencia. Se establece un intercambio positivo en el que la persona inmigrada —mientras aprende— comparte conocimiento. Esa diferencia en las capacidades prácticas desaparece al poco tiempo. De forma similar se menciona el hecho de que la persona inmigrada suele estar más consciente de los gastos; que intenta ejercer la clínica de forma eficiente usando los menores recursos posibles (no hacer pruebas diagnósticas que no sean estrictamente necesarias, por ejemplo) y, en algunas ocasiones, intentar difundir tales prácticas entre sus colegas. Esto se entrelaza con la formación práctica y el ejercicio de la medicina en contextos de

recursos limitados, lo que les empujaba a utilizar menos métodos alternativos de diagnóstico. Resulta sumamente complicado plantear una forma de medir estos aspectos, su impacto positivo en el sistema, pero si se comenta en las entrevistas.

También se menciona el hecho de que la inmigración de profesionales ayuda a los sistemas sanitarios a **cubrir demandas en momentos que no podría cubrirlas de otros modos**. Esta percepción se expresa de forma similar por españolas en Europa y por latinoamericanos en España. Puede en parte estar influenciada por la posición situada de un inmigrante hasta cierto punto, pero tanto la dinámica de inmigración en España hace unos 20 años, como las agencias de reclutamiento inglesas parecen darle validez al planteamiento. Este aspecto es referido por personas emigradas haciendo referencia a su país de destino y por personas inmigradas con relación a España como destino.

En el caso de personas **inmigradas**, nos comentan, frente a España, que la inmigración ayuda a cubrir demanda en ocasiones concretas como en la situación de crisis (y las necesidades sociales que desata) o cuando el sistema produce menos profesionales de los que se requieren, mencionando el ejemplo de la "época de burbuja" y el inicio de la implementación del actual sistema público de salud. Una persona más enfatiza que los inmigrantes, cuando son residentes del programa MIR, contribuyen a reducir costes al Estado pues cubren demanda de personal por un precio menor que el de un especialista adjunto (aunque esto sería igual para los residentes nacionales).

*"Cuando ellos [España] estaban en la época de la burbuja (...) pues querían operar más, querían no tener listas de espera, querían ganarse los votos de la gente... (...) Entonces llamaron pediatras, llamaron traumatólogos, llamaron anestesiólogos, llamaron de todo. Y la gente... mucha gente migra por eso." (In03MedHCol*24-25)*

"Mira.. la... la primera gran ola de gente que se vino acá a trabajar... hace unos años, es que no sé hace cuantos años sería... hace unos 15 o 20 años yo crea... era que había una carencia brutal de médicos de familia, de médicos de atención primaria. Entonces trajeron... hicieron..

*les daban muchísimas facilidades para que... Y lo que pasaba era que no había médicos en España. Las facultades de medicina eran todavía muy pequeñas y sacaban pocos egresados, entonces había demasiada gente por atender y muy pocos médicos. Entonces en la primera gran oleada que hubo hace unos años, se vino cualquier cantidad de gente a hacer medicina de familia porque había carencia de médicos de familia en España. ¿qué pasó? Que ahora las facultades de medicina crecieron, hay más, entra más gente. Claro, entonces ahora lo que hay es saturación de médicos en el país. En parte también por eso cortaron el porcentaje de gente que venía de afuera.” (InD5MedMCol*75)*

*“Yo creo que, por ejemplo, lo de la apertura para los profesionales médicos, latinoamericanos o extranjeros, al país, cubre una cosa que es el abarcar todo lo que se pueda con respecto al número de residentes. (...) O sea que ellos necesitan más residentes de alguna forma, para que llenen espacios, porque son profesionales de mano obra barata, de alguna forma (...) Entonces se ahorran dinero teniendo más residentes y, luego, menos futuros especialistas —porque hay un porcentaje que se regresa a sus países— y yo creo que es un beneficio para ellos.” (InD1MedHEcu*7)*

No se registra una relación importante entre **la migración y la productividad de los equipos**. Tres de las personas inmigradas hablan sobre las diferentes visiones que traen consigo las personas inmigradas. Entre ellas la mayor conciencia del gasto, capacidades prácticas en situaciones críticas, conocimiento de aspectos no comunes aquí (como medicina tropical). Si bien se reconocen como aspectos beneficiosos, sobre su impacto no se suele hablar o se suele reconocer como poco significativo. Otra persona que menciona también la mayor conciencia sobre el gasto y el esfuerzo que puede realizar la persona inmigrada, resalta que el origen no afecta en general a la productividad *—te puede tocar un haragán de cualquier lugar—* y que en general se cumplen unos objetivos marcados. La persona retornada nos recuerda que cerraron una unidad que consideraba muy dinámica, creada con características similares a un modelo que se aplica en Inglaterra y que pusieron en práctica profesionales retornados.

Tampoco se encuentra mayor relación entre **inmigración y abaratamiento de los recursos humanos en el sistema público** (por aumento de la oferta). Se mencionan aspectos ya referidos anteriormente, como la mayor conciencia de los costes y la promoción de moderación del gasto, el ahorro que implica contratar residentes sobre especialistas y el efecto de la crisis en las condiciones salariales, sobre todo en el sector privado.

Encontramos algunos comentarios de personas **inmigrantes sobre mejoras en la detección y resolución** de problemas. Se menciona la mejor formación práctica con la que llegan las personas de América Latina, aunque una persona explicita que dicha ventaja se nivela en poco tiempo. También se habla de una mayor capacidad de interpretación del paciente, siendo capaces de diagnosticar sin tantas pruebas. Otra persona menciona que cuando vino a España ya tenía 13 años de experiencia laboral en un hospital militar. Y si bien una persona explicita que dicha diversidad de conocimientos podrían ayudar al sistema sanitario, ella misma y otra mencionan que esos aspectos no se aprovechan dentro del sistema sanitario español.

*"(...) de hecho los médicos que llegamos de América Latina, teníamos una mejor formación práctica que los médicos de aquí. Entonces inclusive muchas veces uno les ayudaba a los residentes de primer año... en las guardias... alguna cosa que no supieran te preguntaban." (In04MedMCol*39)*
*"Porque realmente, al final todos tenemos los mismos conocimientos y... Lo que te digo... en un año, yo empecé haciendo guardias de urgencias 4 meses, las dejé porque ya era lo que me tocaba porque no me tocaba más. Y seguí con mis amigos hablándome de vez en cuando y al año ellos ya me llevaban años luz ya porque ya con la experiencia y la práctica. O sea que al final, con tiempo se equiparan los conocimientos. Es cuestión de seguir estudiando o seguir practicando." (In05MedMCol*107)*

"Pues no es una mejora porque no les importa. Realmente que digan 'oh, mira, aprovechemos esto', nada!. Pero sí, a nivel personal, te das cuenta que algunos compañeros te preguntan 'oye, qué hago?' o 'qué crees que puedo hacer?'. Pero ya es una cosa más a nivel personal. No

*lo veo que lo tengan tanto como a nivel de programa o de proyecto.” (In04MedMCol*111)*

*“Y al sistema sanitario, [la inmigración de profesionales le trae] la experiencia de las personas que vienen de otros países también es muy importante. Por ejemplo... donde yo trabajo por lo menos me preguntan mucho sobre medicina tropical, porque realmente eso aquí no se ve. Entonces son experiencias que aquí no se tienen en cuenta, pero allá lo vemos todas los días y piensa uno en diferentes cosas ante una sintomatología de un paciente, o ante una biopsia, que es lo que yo veo. Entonces, digamos que ese tipo de intercambio de conocimientos, debidos a la circunstancia de donde uno vive, también creo que enriquece el sistema sanitario hasta ciertos puntos. (...) De igual manera acá, aquí también existen muchos más recursos, más posibilidades, y eso también enriquece a la persona que se está formando.” (In05MedMCol*27)*

3. E Beneficios financieros

En el caso de la tributación, la **inmigración** comenta a través de dos participantes que los médicos residentes extranjeros no tienen derecho a paro; una de ellas expone que se recibe el pago completo (sin reducción por impuestos) y otra que se tributa igual y que no se tiene el derecho a paro⁴. Varias personas comentan tributar sólo el IRPF con porcentajes entre el 20% y el 35%. También una persona menciona otros beneficios financieros por el gasto de los profesionales inmigrados en trámites (migratorios, títulos, colegiación) y consumo. Otra persona afirma que el impacto de dichos ingresos es poco dado el pequeño tamaño de la población de profesionales sanitarios inmigrados. Una persona expresa su

4 Efectivamente, los profesionales extranjeros que participan de la formación MIR acceden a un contrato de trabajo en igualdad de condiciones que un profesional nacional, sin embargo, después, como extranjero no tenía derecho a percibir la prestación por desempleo, ni se contemplaba en su jubilación, por lo que después de diversas protestas, se ha retirado la reducción de esos impuestos en sus salarios.

preocupación sobre el momento de llegar a su edad de jubilación, pues no tendrá suficiente tiempo cotizado para cobrar una pensión completa, dado que llegó a España “tarde” (para tener toda su cotización aquí puesto que no hay convenio sobre la cotización para jubilación con su país de origen).

Frente a la **inmigración** se menciona también el beneficio adicional de **reducir costes en la contratación de personal sanitario. Dicha reducción no sería exclusiva de las personas inmigradas**, sino que se relaciona con el cubrimiento de la demanda que realizan las personas que participan del programa de formación especializada MIR. Algunos informantes inmigrantes resaltan cómo esa es una demanda que se cubre a un precio más bajo de lo que implicaría tener a un especialista (ya graduado) adjunto, pues en el MIR están en periodo de formación y su trabajo forma parte de su formación práctica. [Parecería que un cálculo de lo que costaría el trabajo que hacen los MIR si lo realizaran especialistas (controlando variables como promedios de productividad) podría ser un elemento importante para determinar los costes y beneficios de las migraciones que estudiamos; además de ser información de interés para la gestión del sistema sanitario.] En cualquier caso, es importante recordar que el pequeño tamaño de las poblaciones que nos ocupan —retornados e inmigrados que trabajan— hace que se puedan esperar efectos marginales y probablemente difíciles de discernir de efectos generados por otras causas.

Estimación de beneficio neto en relación a las variables estudiadas de los flujos de entrada y salida de profesionales de salud de medicina y enfermería

A continuación se presentan los resultados de estimaciones de beneficio neto (Ingresos-gastos) debido a los flujos de entrada y salida de profesionales de la salud de medicina y enfermería desde una perspectiva cuantitativa.

Este análisis parte de la asunción de que, del mismo modo que los profesionales titulados en medicina y enfermería en España que emigran a otros países suponen un coste para el país, los profesionales titulados en otros países que inmigran a España suponen un beneficio, debido al ahorro en inversión en educación y

recaudación de impuestos. Así, para el análisis basal el beneficio neto total en los 11 años considerados (período 2002-2013) es de 27.196,3 millones de euros (tabla 28). Asimismo, se observa que este resultado ha sido desigual según el año considerado dentro del período. Por ejemplo, durante los años 2002, 2011 y 2013 el beneficio neto ha sido negativo, suponiendo los flujos migratorios de profesionales de la salud (medicina y enfermería) un coste. Estas diferencias se deben a que durante estos años se ha producido una mayor salida de profesionales de enfermería nacionales hacia el exterior en comparación con los flujos de entrada de profesionales al país.

En las tablas 29 y 30 se presentan las estimaciones de beneficio neto para los escenarios de mínimos y máximos. En un escenario de mínimos (15 años de migración, 3% de interés, salarios brutos de mínimos para profesionales de medicina y enfermería), el beneficio neto total del período sería igual a 15.431,2 millones de euros (tabla 29), mientras que en un escenario de máximos (35 años de migración, salarios brutos máximos para profesionales de medicina y enfermería, tasa de interés de 5%) el beneficio neto ascendería a 51.937,3 millones de euros (tabla 30).

Tabla 28:

Análisis de Coste-beneficio teniendo en cuenta coste o ahorro de inversión + recaudación de impuestos_ Análisis basal (25 años de migración, 4% de interés, salarios brutos medios para profesionales de medicina y enfermería)

Año	Diferencia datos de entrada y datos de salida		Costes / Ahorro en inversión en educación		Pérdida / Ganancia en recaudación de impuestos		Saldo final de beneficio-coste
	Medicina	Enfermería	Medicina	Enfermería	Medicina	Enfermería	
2002	465	-1.470	256.624,07 €	208.663,01 €	232.893,53 €	260.812,50 €	-462.503,314,52 €
2003	2.920	-1.176	281.778,90 €	227.091,93 €	253.258,20 €	256.750,00 €	993.310.218,62 €
2004	2.344	-527	298.477,70 €	240.519,75 €	284.360,00 €	260.000,00 €	1.102.397.667,55 €
2005	2.377	151	328.113,80 €	264.877,50 €	316.240,20 €	263.250,00 €	1.611.376.713,79 €
2006	2.979	242	353.623,52 €	285.137,85 €	335.659,65 €	267.312,50 €	2.187.678.247,21 €
2007	4.620	1.107	390.241,12 €	313.089,15 €	379.125,00 €	273.812,50 €	4.204.171.565,84 €
2008	7.461	930	413.010,03 €	332.874,99 €	364.500,00 €	263.250,00 €	6.355.398.535,21 €
2009	6.730	581	419.138,78 €	338.595,87 €	353.250,00 €	255.125,00 €	5.543.128.335,41 €
2010	6.435	208	444.217,65 €	333.066,93 €	366.750,00 €	264.875,00 €	5.149.898.743,00 €
2011	950	-1.983	403.962,18 €	325.354,66 €	370.125,00 €	267.312,50 €	-439.876.162,11 €
2012	2.498	-1.480	375.584,35 €	303.790,71 €	376.875,00 €	272.187,50 €	1.027.195.701,95 €
2013	863	-1.259	375.584,35 €	303.790,71 €	376.875,00 €	272.187,50 €	-75.784.149,18 €
Total	40.642	-4.676	4.310.391,44 €	3.476.853,06 €	4.010.111,58 €	3.716.875,00 €	27.196.392.112,78 €

Fuente: elaboración propia

Tabla 29:

Análisis de Coste-beneficio teniendo en cuenta coste o ahorro de inversión + recaudación de impuestos_ Escenario de mínimos (15 años de migración, 3% de interés, salarios brutos de mínimos para profesionales de medicina y enfermería)

Año	Diferencia datos de entrada y datos de salida		Costes / Ahorro en inversión en educación		Pérdida / Ganancia en recaudación de impuestos		Saldo final de coste -beneficio
	Medicina	Enfermería	Medicina	Enfermería	Medicina	Enfermería	
2002	465	-1.470	149.976,18 €	121.946,79 €	130.048,34 €	134.820,00 €	-247.235.774,56 €
2003	2.920	-1.176	164.677,16 €	132.717,01 €	140.413,02 €	132.720,00 €	578.709.387,21 €
2004	2.344	-527	174.436,26 €	140.564,49 €	154.675,20 €	134.400,00 €	626.530.982,76 €
2005	2.377	151	191.756,19 €	154.799,64 €	169.244,64 €	136.080,00 €	902.021.793,23 €
2006	2.979	242	206.667,49 €	166.640,19 €	179.656,08 €	138.180,00 €	1.225.220.198,46 €
2007	4.620	1.107	228.064,62 €	182.975,48 €	207.255,00 €	141.540,00 €	2.370.415.276,25 €
2008	7.461	930	241.371,22 €	194.538,72 €	199.260,00 €	136.080,00 €	3.595.024.924,33 €
2009	6.730	581	244.952,99 €	197.882,12 €	193.110,00 €	131.880,00 €	3.139.755.678,43 €
2010	6.435	208	242.076,98 €	194.650,89 €	200.490,00 €	136.920,00 €	2.916.885.243,57 €
2011	950	-1.983	236.083,48 €	190.143,69 €	202.335,00 €	138.180,00 €	-234.568.327,19 €
2012	2.498	-1.480	219.498,91 €	177.541,29 €	206.025,00 €	140.700,00 €	591.961.622,17 €
2013	863	-1.259	219.498,91 €	177.541,29 €	206.025,00 €	140.700,00 €	-33.438.650,50 €
Total	40.642	-4.676	2.519.060,38 €	2.031.941,61 €	2.188.737,27 €	1.642.200,00 €	15.431.282.354,16 €

Fuente: elaboración propia

Tabla 30:

Análisis de Coste-beneficio teniendo en cuenta coste o ahorro de inversión + recaudación de impuestos_ Escenario de Máximos (35 años de migración, salarios brutos máximos para profesionales de medicina y enfermería, tasa de interés de 5%)

Año	Diferencia datos de entrada y datos de salida		Costos / Ahorro en inversión en educación		Pérdida / Ganancia en recaudación de impuestos		Saldo final de coste-beneficio
	Medicina	Enfermería	Medicina	Enfermería	Medicina	Enfermería	
2002	465	-1.470	530.993,70 €	431.755,07 €	423.155,04 €	398.225,00 €	-769.041.538,52 €
2003	2.920	-1.176	583.042,82 €	469.887,29 €	448.483,00 €	387.100,00 €	2.004.238.359,83 €
2004	2.344	-527	617.595,14 €	497.671,45 €	491.075,20 €	392.000,00 €	2.129.866.431,26 €
2005	2.377	151	678.916,69 €	548.071,29 €	534.783,06 €	396.900,00 €	3.027.654.964,03 €
2006	2.979	242	731.710,47 €	589.993,00 €	561.701,70 €	403.025,00 €	4.093.385.212,94 €
2007	4.620	1.107	807.467,43 €	647.828,42 €	648.725,00 €	412.825,00 €	7.901.752.347,58 €
2008	7.461	930	854.579,71 €	688.768,29 €	623.700,00 €	396.900,00 €	12.039.116.448,15 €
2009	6.730	581	867.261,03 €	700.605,66 €	604.450,00 €	384.650,00 €	10.535.148.765,00 €
2010	6.435	208	857.078,47 €	689.165,44 €	627.550,00 €	399.350,00 €	9.779.995.402,75 €
2011	950	-1.983	835.858,36 €	673.207,61 €	633.325,00 €	403.025,00 €	-738.445.079,65 €
2012	2.498	-1.480	777.140,37 €	628.588,56 €	644.875,00 €	410.375,00 €	2.014.528.328,42 €
2013	883	-1.259	777.140,37 €	628.588,56 €	644.875,00 €	410.375,00 €	-80.855.859,13 €
Total	40.642	-4.676	8.918.784,57 €	7.194.130,66 €	6.886.698,00 €	4.789.750,00 €	51.937.343.802,48 €

Fuente: elaboración propia

LAS ENTREVISTAS REALIZADAS, VISTAS EN AGREGADO global, nos arrojan una visión amplia del fenómeno de las migraciones de profesionales sanitarios en España. Cabe mencionar que, dada la amplia estructura de categorías y variables de análisis usado, **no han surgido variables emergentes**.

También es necesario aclarar que aunque España es nuestro foco de estudio, en los aspectos cualitativos es muy complicado intentar aislar España cuando es origen y cuando es destino. Esto se debe a que muchos de los comentarios tienen que ver con los países de destino/origen, pero a su vez dicen algo sobre España (o algo relevante para su caso). Al ser, las personas informantes, en varios casos migrantes jóvenes, muchas veces conocen mejor el sistema del país de destino/origen que el español.

En España, **la crisis económica ha afectado mucho al ámbito sanitario**. Así, muchos de los problemas que comentan las personas informantes se relacionan en buena medida con dicha situación de crisis financiera y recortes, y no tanto con la influencia de las migraciones. Puede que, en efecto, las migraciones *per se* afecten poco a, por ejemplo, la productividad; pero puede también que afecten más de lo que las entrevistas reflejan; puede que en otro país, sin una crisis financiera tan aguda en los últimos años, se perciba más el efecto que las migraciones tienen en aspectos como la productividad, el costo de RHUS, etc. En todo caso, un punto importante que recuerdan varios informantes es que en los últimos años se ha reducido considerablemente el cupo de estudiantes MIR extranjeros que se aceptan (a un 4% de las plazas totales), lo que puede implicar que cualquier efecto de las inmigraciones esté diluido hasta hacerlo imperceptible.

Un informante hace hincapié en cómo **las dinámicas de mercado (frente a la oferta y demanda de profesionales y su impacto en los salarios) afectan mucho más a sus conocidos del sector privado que a los profesionales del sector público**, que está relativamente más protegido, pues los cambios en sus condiciones laborales dependen de cambios en la ley. Parece una obviedad, pero extrapolada a los países, tiene una consecuencia importante: la comparabilidad de los resultados en España se reduce a los países que cuenten con un sistema

público relativamente fuerte. En países con sistemas privatizados, el análisis de mercado tiene más sentido; no significa necesariamente que aumenten sus costos por emigraciones, por ejemplo, sino simplemente que aplican más las perspectivas de mercado. En España, si bien la ley se acopla al mercado, por ejemplo, con recortes, no tiene mayor efecto sobre los salarios del sector público, el que se gradúan cientos de profesionales de más; esa sobre-oferta no va a implicar una reducción en su salario. Tampoco el aumento del paro en profesionales españoles aumenta el riesgo, para los profesionales extranjeros que trabajan en el sistema público (al que se entra en condiciones de igualdad) de ser despedidos.

Un aspecto de interés ha sido **el rol de las empresas/agencias reclutadoras**. A partir de nuestros datos se puede decir que en el análisis sólo es necesario incluirlas cuando: a) hay un país con un sistema sanitario que necesita personal bien cualificado; b) en ese país es caro formar dicho personal; c) hay países con buena calidad de formación, exceso de producción de profesionales y/o precariedad laboral en el sector sanitario. No parece que ahora mismo España reclute RHUS en ningún país. Enfermeras, claramente no; médicos, puede ser, pero no parece probable: el porcentaje admitido es tan bajo que da la impresión que se satura con quienes vienen por su cuenta. Las que sí juegan un papel importante aquí son las academias de preparación para el MIR establecidas en América Latina, aunque se puede esperar que su trabajo sea poco en comparación con años previos a la crisis y debido a la limitación de las plazas en España. Inglaterra, por ejemplo, parece reclutar bastantes RHUS en países como España, Portugal e Italia.

Frente a la inmigración, se pueden incluir aspectos como la productividad en el trabajo, los ingresos por trámites migratorios y académicos, los impuestos que se aplican al sueldo que se les paga y su consumo. Para el caso de la emigración no parece desprenderse de las entrevistas ningún posible beneficio financiero, salvo la posible reducción en desempleo por disminuir el tamaño de la población medida. Para medir los beneficios económicos del retorno de profesionales previamente emigrados se deberían incluir su tributación y su consumo, como mínimo.

Estas propuestas de “formulas” para la medición de los costes financieros, al igual que las que se puedan sugerir para el cálculo de costes/beneficios no-financieros, son aproximaciones iniciales que deben ser discutidas, profundizadas y redefinidas. Cabe mencionar que, en caso de lograr definir las satisfactoriamente, serían de aplicación para el caso español, pues otros contextos pueden exigir el uso de otras variables; deberían ser nuevamente revisadas antes de ser aplicadas a otros casos. También queda claro que algunos de estos cálculos dependen de mediciones que probablemente no se han realizado (como el promedio de impuestos que ingresan los profesionales sanitarios inmigrados o los contrafactuales del coste de trabajo por especialistas o la tributación que se tendría si una persona determinada no hubiese emigrado). Este hecho debe entenderse como una guía para la información que debemos buscar y monitorizar para lograr una gestión satisfactoria de estos flujos migratorios y sus implicaciones.

La medición cuantitativa de aspectos no-económicos, tanto costes como beneficios, resulta más complicada. Costes como la competencia (en el caso de inmigración) o la reducción de capacidad en especialidades (para la emigración), por nombrar algunos, presentan problemas en el diseño de posibles indicadores que los midan con validez y en la distinción de causas de los efectos reflejados por dichos indicadores. Ello se debe a un factor sistémico (la complejidad de factores que afectan estos aspectos) y un factor coyuntural (el bajo número de profesionales inmigrantes en los servicios públicos y la falta de información sobre producción y emigración de profesionales). Nos encontramos con las mismas problemáticas cuando intentamos medir beneficios no-económicos, como la llegada de nuevas perspectivas -que aplica tanto a la inmigración como al retorno de profesionales previamente emigrados-.

Como se puede ver, contrastar cuantitativamente buena parte de los resultados del presente estudio es complicado. A falta de los datos específicos, para alentar la discusión de los presentes resultados **se pueden buscar los datos más cercanos a los necesarios**; algunos ejemplos serían: datos de desempleo, tributación y consumo lo más desagregados posible y con segmentaciones por criterios demográficos como educación y nacionalidad; datos de personal del sistema sanitario público que detallen origen de profesionales, productividad

de equipos; datos de emigración desagregados y segmentados por profesión y nivel educativo.

La falta de información que evidencia este estudio podría ser tomada como guía para establecer nuevas líneas de recogida y monitoreo de información, dada su relevancia para el estudio científico y la gestión de los flujos migratorios a través de política pública. Este esfuerzo, para ser efectivo y eficiente, requiere de la cooperación de diversas instituciones y el uso de diversos métodos, existentes y por diseñar. Si bien parece claro que los sistemas de recogida de información usados tradicionalmente (censos, encuestas longitudinales, etc.) deben responder a las necesidades de investigación y gestión, también parece cierto que dichos sistemas y métodos por sí solos no resultarán suficientes. La colaboración con profesionales, de tecnologías de la información que permitan la inclusión de recogida de información en formato *big data* debería estar dentro de las prioridades en este aspecto; la medición y monitoreo de dicha información requiere métodos acoplados a las complejas dinámicas actuales.

Aunque las perspectivas diferentes y el conocimiento de otros sistemas sanitarios aparecen como beneficios evidentes a los ojos de las personas informantes, resulta muy complicado pensar en cómo medir dicho beneficio. Lo que sí parece posible es hacer una mejor gestión de dicho potencial y para ello se necesita mapearlo y cuantificarlo lo mejor posible. Grupos de migrantes en redes sociales, aplicaciones informáticas para móvil y otros mecanismos similares pueden facilitar un camino que hasta ahora parece intransitable. Frente a la gestión de este potencial, un primer planteamiento podría referirse a la centralización de la gestión de buenas prácticas.

Comenzamos con **las conclusiones** más destacadas del estudio

- Como país de origen de emigración, España asume costes; como país de destino recibe ingresos.
- La planificación de RHUS en salud en España ha sido inadecuada (13): más plazas MIR que estudiantes graduados, carencias de oferta en zonas aisladas, etc. La inmigración de profesionales sanitarios (de América Latina) ha cubierto parte de esas demandas aisladas y/o mal planificadas.
- El coste asumido por la emigración es difícil de especificar, pero es importante. Lo calculamos basándonos en medias de inversión en educación pública, de salarios y tipos impositivos y de años de emigración; no es un dato exacto (pues no hay datos para producirlo), pero nos permite hacernos una idea inicial del coste asumido y/o su tendencia. El cálculo del coste económico que hemos realizado incluye: coste en formación (primaria a superior), pérdida de retorno de inversión y pérdida en impuestos no percibidos. No se incluyen remesas pues, aunque sabemos que salen más de las que entran, no tenemos datos desagregados por profesión. En todo caso, queda claro: a) que las remesas que entran a España no logran cubrir la pérdida que implican dichas migraciones, b) que en términos netos, España pierde en remesas, pero ello no tiene un alto impacto y c) que este aspecto puede no ser muy relevante en España, pero se debe mantener en el modelo por la alta importancia que tiene en otros países.
- Las políticas migratorias para MIR extranjeros han variado de acuerdo a las necesidades del sistema de salud español. En épocas previas a la crisis, se facilitaban tanto los permisos de trabajo, como los de residencia a los profesionales extranjeros, que a su vez facilitaba el que esas personas se quedasen en España a trabajar. Después de 2008 se redujo el número de plazas MIR para extranjeros y sólo se provee de un permiso de estudiante, que fuerza el retorno una vez terminada la formación.
- Han entrado más médicos que enfermeras y salido más enfermeras que médicos. La salida del personal de enfermería refleja los cambios en la política de reclutamiento de países de destino como Reino Unido;

también muestra, con un par de años de retraso habitual para estos casos, el efecto de la crisis de 2008. El mismo retraso se ve ante el freno en la entrada de médicos, el mismo año que se dispara la salida de enfermeras. Sorprende que en 2013 es el único año en el que salen más médicos que enfermeras. También llama la atención el hecho de que en 2012 se da un repunte en la entrada de médicos.

- Contamos con poca información cuantitativa para mostrar que el hecho de que los MIR cubran demanda de atención implique un ahorro para el sistema sanitario, pero lo que sí es cierto, es que es una percepción explícita y amplia de las personas informantes que aparece de manera recurrente en la aproximación cualitativa.
- Se detectan en las entrevistas apreciaciones inexactas sobre algunos elementos del funcionamiento del sistema sanitario que sugieren déficits en los procesos de orientación y adaptación al contexto del sistema dirigidos a los profesionales inmigrantes.
- El cálculo del coste o beneficio, incluso realizándolo de manera muy exhaustiva y desagregada, tiene una fiabilidad limitada por la propia variabilidad y complejidad del tema en cuestión. En ese sentido, más que acogerse al dato concreto, el valor de este estudio es que expone sin lugar a dudas el hecho de que la inmigración supone ganancias netas a España, mientras que la emigración supone pérdidas; y que en esta aproximación cuantitativa se ofrecen datos que permiten hacerse una idea amplia de esos costes o, más bien, de su tendencia. Esta evidencia es una importante justificación para plantear y poner en marcha una gestión más detallada de estos flujos migratorios de RHUS.
- No conocemos datos fiables sobre tasa de retorno de emigrados, pero, a partir de las entrevistas, se puede percibir que la intención de retorno es bastante alta.
- Si nos fijamos en 2002-2013, mirando el saldo migratorio en medicina y enfermería, en relación con el coste/ahorro que implican llegadas y salidas (educación, retorno de inversión e impuestos), se puede decir que los flujos migratorios de profesionales sanitarios han supuesto un beneficio de 13.393.036.726,00 € en acumulado del periodo mencionado. Este beneficio incluye los beneficios de la inmigración menos los costes

de la emigración. No obstante, en los años donde la emigración supera mucho la inmigración, el balance es negativo; es el caso del último año estudiado, 2013. Si esa tendencia (poca inmigración y mucha emigración) continúa, puede que ese saldo positivo se reduzca.

- En el caso de 2013, frente a 2012, la mayor diferencia se debe a la menor entrada de médicos. Esto nos dice: a) que más inmigración en medicina puede ayudar a paliar el coste económico para el Estado frente a la emigración (sin abordar el paro en enfermería, y b) que el impacto positivo de la llegada de profesionales de la medicina es aparentemente más fuerte que el impacto negativo de la salida de personal de enfermería; esto se puede deber a mayores sueldos y tipos impositivos en medicina frente a enfermería.
- Las entrevistas arrojan una valoración muy positiva de la equidad del sistema público español y del acceso al sistema MIR, pero se critica el hecho de que no se valore ni aproveche la experiencia diferenciada que aporta cada profesional.
- No es que no se de cabida al nuevo conocimiento aportado por la experiencia previa de los profesionales inmigrantes, sino que está limitado a intercambios espontáneos, interpersonales y esporádicos, que desperdician buena parte de su potencial.
- La competencia entre profesionales inmigrados y locales no ha sido un factor relevante para las personas informantes. Esto a pesar de que el país continuó recibiendo inmigración profesional durante la crisis, aunque con números muchos más bajos desde 2011. Si bien la reducción de inmigrados puede explicar una parte de la no-competencia, las entrevistas le dan mucho más valor a la limitación de las plazas MIR para inmigrados, y que sin ellas, la competencia sería más evidente.
- Destacamos que hemos encontrado bastante homogeneidad en el discurso entre perfiles de informante. En términos prácticos, los tres perfiles (emigrado, inmigrado, retornado) mencionan los mismos aspectos, cada cual con las especificidades de sus trayectorias migratorias. El inmigrado, frente a España y sus beneficios, tiene en cuenta aspectos muy similares a los que el emigrado menciona frente a Inglaterra o Alemania. Ambos grupos coinciden en que los países de destino reciben un importante

beneficio al tener una válvula que les permite contar con recursos extra para cubrir demanda cuando los recursos propios no se lo permiten.

- Las personas informantes, en el contexto español, resaltan el mayor impacto de la crisis (no de la inmigración o emigración) en los problemas (empeoramiento de condiciones laborales, reducción en productividad, aumento de riesgo de errores) actuales del sistema sanitario.
- Las entrevistas sugieren que no hay una tendencia amplia dentro de médicos inmigrados a enviar remesas fuera de España. Las personas emigradas tampoco mencionaron enviar remesas a España. Habría que acceder a datos cuantitativos desagregados por profesión, pero aparentemente, el perfil social (alto) del estudiante/profesional de medicina hace que se pueda esperar una tasa relativamente baja de remesas hacia origen.
- El principal coste financiero para España, frente a inmigración, es el salario que se paga a los MIR extranjeros, pero en el pago y la firma de un contrato laboral dentro de un ciclo formativo está implícito el reconocimiento de que dicho trabajo genera un beneficio, la obtención de una especialidad con un alto nivel de reconocimiento. No es por tanto un coste real, sino formal. En trámites, consumo e impuestos, los profesionales inmigrados representan mayormente un ingreso económico al país.

Para finalizar exponemos un listado de **las recomendaciones**:

- Para un cálculo más relevante de la pérdida de retorno de inversión, sería necesario usar, siempre que sea posible, datos empíricos sobre las medias de tiempo de estancia fuera (emigración) y la media de no-retorno (cantidad de emigrados).
- El modelo hace necesario contar con datos que en ocasiones no están a nuestro alcance, por lo que hay que buscar la manera de aproximarnos a los datos lo más posible, así como recomendar su generación por parte de las instituciones correspondientes. Por ejemplo, al no tener un dato concreto de entradas o salidas de profesionales sanitarios al país, se ha tomado como proxy las solicitudes de homologación de títulos; puesto que no tenemos datos sobre los tiempos de estancia fuera del país de

- emigrantes y las tasas de retorno, hemos desarrollado escenarios alternativos que asumen distintos tiempos de migración y tasas de retorno.
- Esta situación confirma la imperiosa necesidad de contar con un registro de profesionales que incluya la variable país de nacionalidad y de obtención de la titulación habilitante y, en lo posible, la situación migratoria de los profesionales nacionales en activo. Como alternativa a este último punto debería fomentarse el desarrollo de acuerdos de colaboración internacional que permitan analizar la emigración profesional con información aportada desde los países de destino.
 - Hemos asumido una tasa de retorno de inversión del 4%, basado en datos financieros. Es importante que la tasa con la que se calcula la pérdida de retorno de la inversión sea específica para cada contexto/país.
 - Una de las dificultades del modelo es la aproximación a datos de productividad en el sistema sanitario. Si evaluamos la productividad de los equipos a partir de un mapa de los equipos con más presencia de profesionales inmigrados, podríamos acercarnos a evaluar empíricamente el impacto de la inmigración en la productividad. Ello tendría que tener en cuenta el hecho de que la productividad esperada es diferente por categorías/niveles profesionales.
 - El conocimiento en los profesionales españoles en el extranjero, se podría rentabilizar generando redes institucionales o interpersonales centradas en el conocimiento de la práctica profesional sanitaria.
 - Dada la falta de casos de iniciativas/redes productivas, investigadoras o de innovación, y la falta de circulación hacia España de conocimientos que manejan las personas emigradas, planteamos como recomendación la conveniencia de fomentar redes institucionales (impulsadas y/o gestionadas institucionalmente), que ofrezcan incentivos al hecho de que los profesionales se apunten voluntariamente. Estas redes permitirían el intercambio de conocimientos, el seguimiento de emigrados (profesión, origen, país destino) y otros posibles fines como el incentivar el retorno.
 - Llama la atención en el estudio el que todos los informantes destaquen la importancia de la generación e intercambio de conocimiento fomentado por la migración, pero también dicen no conocer una manera de aproximarse a este y a su impacto en el sistema sanitario. Incluso sin lograr medirlo

al detalle, se pueden diseñar modelos de gestión que aprovechen este potencial, partiendo de que es un beneficio claramente identificado por los informantes, aunque no conozcamos su impacto específico.

- Los costes de re-aseguramiento y adaptación al puesto de trabajo no son una variable importante en España, pero consideramos que se debe mantener en el modelo de evaluación coste-beneficio de las migraciones de profesionales en salud, por la importancia que tiene en otros contextos; se incluiría además el coste de la formación extra en la especialidad, un aspecto que si ha sido mencionado por parte de los participantes en el estudio cuando exponen que en Inglaterra o Alemania la formación extra la costea el empleador (tanto público como privado o sin especificar). En España, los profesionales de la medicina extranjeros no reciben una formación de adaptación al puesto de trabajo, otros países si, por ello debe estar contemplado dentro del modelo aunque no aplique para el contexto español.
- Deberían potenciarse los procesos de adaptación al puesto de trabajo y de conocimiento del contexto del sistema sanitario, dirigidos al conjunto de profesionales que se incorporan al sistema y específicamente a los profesionales inmigrados.
- Recordar, al aplicar el modelo, que el sector privado es más vulnerable a los cambios de salario y otros factores que pueden generar tanto las migraciones como la economía del país.
- Puede resultar de interés indagar sobre los procesos de relevo generacional en la formación de profesionales sanitarios. Si bien en las entrevistas no aparece explícitamente, la emigración en combinación con el alto paro local podrían impactar no sólo económicamente (pérdida de impuestos, pérdida de retorno de inversión en educación) sino también en la capacidad de formación (futura) y la calidad de la misma. Las entrevistas sí explicitan que se pierden profesionales muy bien formados y que en el extranjero se les ofrece formación continuada.
- Como con otras variables, en España la inmigración no tiene mayor poder explicativo sobre el abaratamiento de los RHUS. De hecho, dada la crisis, más que abaratamiento (dado que los salarios públicos son fijados por ley) se ha hecho una sobre carga de los RHUS, con mayores ratios de

pacientes. No obstante, dada la mencionada mayor vulnerabilidad del sector privado, es necesario mantener esta variable en el modelo. En casos, de países con sistemas sanitarios principalmente privados, donde la inmigración sea lo suficientemente alta como para generar un aumento de oferta de RHUS que colapse los precios, esta será una variable de gran importancia.

- Si bien es comúnmente aceptado el valor y la ganancia que supone para el sistema de salud el profesional que retoma el ejercicio tras su experiencia migratoria con su acúmulo de experiencia y conocimiento, consideramos que en este ámbito cobra total significado el aforismo de Claude Bernard: "Quien no sabe lo que busca no entiende lo que encuentra". Visualizar a los profesionales de salud inmigrantes como una fuente de enriquecimiento del sistema, permitiría detectar sus aportes y potenciarlos. Confiamos en que este trabajo permita profundizar en este enfoque.

1. Tim Evans. Colaboremos por la salud: informe sobre la salud en el mundo 2006. WHO, editor. 2006. Available at: http://www.who.int/whr/2006/whr06_es.pdf
2. OMS. Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud. En: Organización Mundial de la Salud. 2010.
3. Kibunja, J. and Malvárez, S. Economic impacts of health worker migration. PAHO/WHO. 2008. Washington DC.
4. Bhargava A, Docquier F, Moullan Y. Modeling the effects of physician emigration on human development. *Econ Hum Biol.* 2011 Mar;9(2):172-83. doi: 10.1016/j.ehb.2010.12.004. Epub 2011 Jan 15.
5. Kirigia, J. M., A. R. Gbary, L. K. Muthuri, J. Nyoni, and A. Seddoh. "The Cost of Health Professionals' Brain Drain in Kenya." 2006. *BMC Health Services Research* 6: 89.
6. Martin Mayoral F, Proaño MB. Remittance in Latin America, a threat or an opportunity?.2012. MPRA Paper 43730, University Library of Munich.,Germany.
7. Mills, Edward J., Steve Kanters, et al. The financial cost of doctors emigrating from sub-Saharan Africa: human capital analysis. *BMJ*2011;3431-13.
8. Migraciones de Profesionales de la Salud entre América Latina y Europa. Creación de Oportunidades para el Desarrollo Compartido (MPDC). El caso de España. Producto 4: Fuentes y flujos de información en España.
9. Ministerio de Educación 2002-2013. Las cifras de la Educación en España. Estadísticas e indicadores. Disponible en internet a 2.09.2015 <http://www.educacion.es/mecd/jsp/plantilla.jsp?id=3131&area=estadisticas>.
10. Ministerio de Educación. Sistema Estatal de Indicadores de la Educación. Edición 2015
11. Serrano C, Fernández A, Galán S, MatasCentro V.. Estudio comparativo de Retribuciones de los Residentes en España en el año 2012 y recortes desde el año 2009. Centro Estudios Sindicato Médico de Granada (CESM). Disponible en

internet a 15.09.2015 <http://simeg.org/estudio-comparativo-de-retribuciones-de-los-residentes-en-espana-en-el-ano-2012-y-recortes-desde-el-ano-2009/>

12. Eurostat ITR eurostat.
13. González López-Valcárcel B, Barber P, Dávila CD. Opportunities in an expanding health service: Spain between Latin American and Europe. En: M. Wismar, C. B. Maier, I. A. Glinos, G. Dussault, & J. Figueras (Eds.), Health professional mobility and health systems: Evidence from 17 European countries. Observatory studies Serie 23. Copenhagen: European Observatory on Health System and Policies.
14. Mars A. España vuelve a ser un país receptor neto de remesas de emigrantes. El país. Economía. Disponible en Internet a 15.09.2015. http://economia.elpais.com/economia/2013/10/01/actualidad/1380657815_921289.html

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

ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA

Dr. Juan Ignacio Martínez Millán

Lic. M^a Agustina Pando Letona

Campus Universitario de Cartuja

Apdo. de correos 2070

18080 Granada - España

Tel. +34 958 027 400

Fax +34 958 027 503

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

Web EASP: www.easp.es

Web Acción: www.mpdcs.es



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

