



Montevideo, 29 de junio del 2007.

INFORME MIGRACIONES DE RRHH EN SALUD

1. Introducción

En el marco de la VIII Conferencia Iberoamericana de Ministros de Salud, celebrada en octubre 2006 en Uruguay, y por mandato de la misma, se ha creado un grupo de trabajo “GT Migraciones” coordinado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) de Uruguay con el propósito de generar un espacio de análisis y monitoreo de la migración de los recursos humanos en salud (RHS) en la región y encarar alternativas de compensaciones para mitigar el impacto de dicho fenómeno.

Se establecieron los términos de referencia del GT y en función de los mismos se construyó una agenda de trabajo y se realizaron las coordinaciones correspondientes con diferentes organismos internacionales y nacionales que han permitido materializar este documento que hoy se presenta.

2. Antecedentes

Desde hace tiempo el fenómeno migratorio del personal de salud ha sido tema de interés en diversas declaraciones y compromisos asumidos por diferentes organismos y conferencias internacionales.

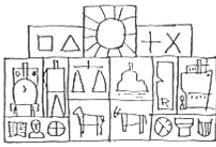
Se destacan:

2.1. El Llamado a la Acción de Toronto para una década de Recursos Humanos en Salud (2006-2015) que reúne las discusiones de los grupos de trabajo de la VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, realizada en Toronto, Canadá, del 4 al 7 de octubre de 2005.

Este Llamado a la Acción busca movilizar a los actores nacionales e internacionales del sector salud, de otros sectores relevantes y de la sociedad civil para construir colectivamente políticas e intervenciones para el desarrollo de recursos humanos en salud, que ayuden al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de las prioridades nacionales de salud y al acceso a servicios de salud de calidad para todos los pueblos de las Américas para el 2015.

2.2. La OIM que, en marzo de 2006, en Ginebra, mediante el Diálogo Internacional sobre la Migración tuvo por tema: “Asociaciones en el ámbito de la Migración: Alentando la participación empresarial y de la sociedad civil”. En él, los Estados Miembros y Observadores de la OIM han tomado conciencia del valor potencial del intercambio de información entre formuladores de políticas y los expertos.

La escasez mundial de trabajadores de atención de la salud se ve agravada por su desigual distribución alentada por constantes corrientes migratorias nacionales, regionales e internacionales. A fin de encarar las cuestiones que plantea la migración de los trabajadores de atención de la salud, la OIM y la OMS suscribieron un Protocolo a su Memorando de



Entendimiento relativo a la aplicación de un marco de gestión de la migración en el contexto de los recursos humanos para la salud.

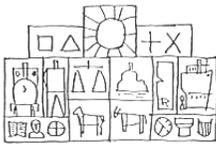
La gestión de la movilidad de los trabajadores de atención de la salud abarca las perspectivas migratorias, sanitarias y laborales que son examinadas por la OIM, la OMS y la OIT con el fin de desarrollar estrategias para así pasar de la concienciación a la acción.

2.3. La OMS en mayo del 2006, en la 59^a Asamblea Mundial de la Salud, ante la escasez mundial de profesionales sanitarios, adoptó una resolución sobre la ampliación rápida del personal sanitario. Además, durante la Asamblea se presentó una nueva alianza – la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario – para hacer frente a la escasez mundial de enfermeros, médicos, parteros y otros profesionales sanitarios.

En el documento se describen cuatro grandes espacios:

1. La mejora de la información sobre la migración de profesionales sanitarios;
2. La búsqueda de respuestas políticas eficaces a la migración de personal sanitario, observándose coincidencias importantes en los factores que inciden en este fenómeno, incluso entre regiones y contextos muy diferentes: ingresos, satisfacción laboral, carrera, gestión y motivaciones sociales y familiares. Las políticas y estrategias para mejorar la retención se han centrado sobre todo en mejorar las estrategias de planificación y gestión y en explorar las posibilidades de capacitar a los trabajadores de nivel medio;
3. La evaluación de la eficacia de las intervenciones internacionales, mediante:
 - . la modalidad de contratación internacional,
 - . la concertación de acuerdos bilaterales entre países o instituciones,
 - . el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios de la OMC el cual se orienta a una «circulación de cerebros».
 - . la creación de sistemas de compensación financiera a los países que han perdido trabajadores, metodología que tropieza con múltiples dificultades.
 - . la inversión por parte de los países receptores en el refuerzo de la calidad de la enseñanza impartida en los países de origen y en el aumento de la producción de profesionales sanitarios;
4. La campaña internacional en favor de los asuntos de los trabajadores, área en la que se previó:
 - . definir mecanismos destinados a fortalecer las políticas, la planificación y la gestión en el campo de los recursos humanos, abarcando desde la producción hasta el desempeño;
 - . el lanzamiento de una alianza mundial de la fuerza de trabajo sanitaria;
 - . la realización de un programa de colaboración entre varios organismos internacionales en materia de migración de trabajadores sanitarios (OIM, OMS, OIT).

2.4. En septiembre de 2006, la “Declaración Ministerial de Oslo” hace referencia que en la era de la globalización e interdependencia existe una necesidad urgente de ensanchar el alcance de la política exterior frente a desafíos que requieren respuestas concertadas y esfuerzos de colaboración en los que se debe buscar y desarrollar nuevos paradigmas de cooperación. Existe una conciencia creciente que la inversión en la salud es fundamental en el crecimiento y desarrollo económico reconociendo que las amenazas a la



salud pueden comprometer la estabilidad y la seguridad de un país. Se reconoce que la salud es una cuestión de política exterior y que necesita una estrategia internacional con mayor énfasis.

2.5. En octubre 2006, se realiza en Colonia-Uruguay, la VIII Conferencia de Ministros de Salud de Iberoamérica, de la cual se extraen algunas de sus conclusiones:

“Abordar el tema migraciones de los profesionales de la salud y sus efectos desde un enfoque iberoamericano que tenga en cuenta sus peculiaridades, complejidades y dificultades, tanto para el diagnóstico del fenómeno migratorio, como para elaborar alternativas que atenúen los problemas sobre la salud y el desarrollo que puedan generarse en el corto, medio y largo plazo”.

“Buscar mecanismos internacionales de diálogo y concertación entre los países para regular los flujos y mitigar su impacto negativo sobre nuestros sistemas de salud”.

3. Consecuencias de la migración calificada sobre los países de origen¹.

Los enfoques sobre los efectos de la migración de personal calificado se pueden clasificar en varios grupos, que corresponden a su vez a diferentes etapas que ha tenido el proceso migratorio en el último medio siglo:

- El debate sobre el “brain drain”, a partir de los años de 1960. Sus efectos positivos o negativos sobre los países de origen oponían a “internacionalistas” y a “nacionalistas” (décadas de 1960, 1970 y 1980) (Conferencia de Lausanne, 1968).
- En el ámbito de los organismos internacionales, discusiones que tuvieron lugar fundamentalmente en la UNCTAD (Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo) y en la OIM (Organización Internacional para las Migraciones). Uno de los puntos de vista interesantes fue la denominada “transferencia inversa de tecnología”, planteada (entre otros) en la UNCTAD.
- La propuesta más significativa (Santiago de Chile, 1972) fue la de proponer un impuesto para recuperar los costos de formación de los emigrantes, que debería ser reembolsado por los países receptores a los países de origen. Como es bien sabido, estas propuestas no tuvieron efectos prácticos.
- Más recientemente, han aparecido posiciones que reivindican los aspectos positivos de la movilidad, en la medida que las migraciones circulares o pendulares, con retornos transitorios de los migrantes, contribuyen a la consolidación de ciertos mercados de trabajo locales y a su desarrollo. Es lo que se ha llamado la transformación del brain drain en brain gain. Adicionalmente, a la denominación brain drain, se le han agregado las complementarias de brain exchange, o brain circulation (Bogotá, 1993.) Las políticas que pregonan estos puntos de vista se basan en incorporar a los emigrantes a los proyectos nacionales

¹ Pellegrino A, Koolhaas M. Migración de Personal Calificado: El Caso De Los Profesionales De La Salud en Uruguay - Avance. Programa de Población. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Uruguay.



de desarrollo de los países de origen, tratando de que sean partícipes de los mismos.

- Actualmente, se observa que las posiciones de esta última tendencia se han mitigado, lo que sumado a las realidades de movimiento y globalización de las últimas décadas, ha generado posiciones que intentan una síntesis. Por una parte, se propone incorporar los beneficios de los intercambios y la circulación de especialistas, pero al mismo tiempo se enfatiza que la retención de los potenciales emigrantes en sus ámbitos de origen es el objetivo más importante en esta materia para el desarrollo económico y la principal respuesta de largo plazo para el brain drain².

4. Grupo de Trabajo GT Migraciones de RRHH en Salud

Siguiendo a la realización de la VIII Conferencia Iberoamericana de Ministros de Salud se ha conformado un grupo de trabajo con el objetivo de analizar y monitorear el fenómeno migratorio de los países de Ibero América, y facilitar las coordinaciones necesarias para un abordaje sistémico e integrado de la problemática que nos ocupa.

El grupo ha seguido una agenda de trabajo, diversificada en los capítulos que se detallan a continuación:

4.1. Contactos con Organismos Internacionales y Nacionales

Se han establecidos contactos con organismos internacionales con sede en Uruguay:

- OPS (Organización Panamericana de la Salud) y su Red de Observatorios de Recursos Humanos en Salud con sede en Washington.
- OIM (Organización Internacional de Migraciones),
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina)

Las reuniones mantenidas con los representantes de estos organismos permitieron generar los vínculos y reforzar la participación del MSP en los espacios de análisis y construcción de políticas vinculadas al tema.

4.2. Contactos con las Contrapartes Nacionales designadas por los respectivos Ministros de Salud

Se realizó la solicitud de la designación de las Contrapartes Nacionales a cada Ministro de Salud de los países miembros de la Región de Ibero América. Se iniciaron los contactos con las respectivas contrapartes designadas por algunos países tal es el caso de Costa Rica, Venezuela, Andorra, España y Argentina.

4.3. Elaboración de un estudio diagnóstico de la situación de la migración del personal sanitario en Uruguay

² Lowell & Findlay, 2001.



La Facultad de Ciencias Sociales en coordinación con el Ministerio de Salud Pública (MSP) y la participación de las Facultades de Medicina, Enfermería y Odontología, está elaborando un estudio diagnóstico para conocer la situación de la migración en salud de las disciplinas mencionadas.

Es una encuesta protocolizada a los médicos, enfermeras y odontólogos que tuvieron intención de emigrar, durante el período 2002-2006 (a través de la solicitud de la reválida del título universitario), con el objetivo de profundizar en el análisis cualitativo de la migración.

4.4. *Realización del evento “Red de Observatorios de Recursos Humanos en Salud y 1º Encuentro Regional de Migraciones de Recursos Humanos en Salud”*

Los días 6, 7 y 8 de junio se realizó, en Montevideo - Uruguay, un encuentro regional para abordar aspectos sobre el desarrollo de los recursos humanos en salud, el monitoreo de la Red de Observatorios de RHS de la OPS/OMS, la migración de estos a nivel de la región y permitir reforzar la vinculación con los diferentes delegados y referentes nacionales de cada país.

Participaron las delegaciones de (ver 9. ANEXO) OPS/OMS (Recursos Humanos - Washington y distintas representaciones nacionales) y de Argentina, Brasil, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, España, Perú, Venezuela, Uruguay, Representantes de Gremios y Facultades del país y OIM.

5. Visiones del fenómeno migratorio desde la perspectiva de las organizaciones internacionales.³

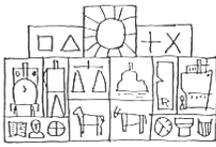
En las exposiciones realizadas por los diferentes organismos, se analiza el fenómeno migratorio y se lo coloca en un contexto de globalización que facilita una migración de recursos humanos en salud con un escenario donde hay países proveedores y países receptores.

El fenómeno migratorio va en aumento, y es sabido que los factores socio-económicos como las necesidades básicas insatisfechas, desempleo, ausencia de perspectivas de desarrollo personal potencian el fenómeno migratorio, y promueven la circulación no regulada del recurso humano en salud.

A nivel mundial existe consenso sobre las consideraciones siguientes:

1. Existe escasez de recursos humanos en salud y la distribución mundial de estos trabajadores es inequitativa. También es desigual la distribución en el interior de los países, entre ciudad y campo, entre profesiones, entre las instituciones públicas y privadas. Si bien esta distribución desigual no es sólo producto de la migración, sólo con políticas públicas que la tomen en cuenta se podrá enfrentar evitar que el problema se agrave. para cubrir las necesidades de atención de salud, cada vez mayores en una sociedad de países que crecen y envejecen;

³ Síntesis de las ponencias realizadas por los diversos participantes. En los originales que se adjuntan están las referencias bibliográficas.



2. Existen países con una insuficiente inversión en la formación de personal sanitario.
3. Determinados países son atrayentes para el cumplimiento de metas personales y desarrollan políticas explícitas de captación de RHS a nivel internacional.

En la decisión de emigrar por parte del personal sanitario inciden distintos factores:

- a. Organización y gestión del trabajo,
- b. Nivel de las remuneraciones,
- c. Valoración y perspectivas personales,
- d. Desarrollo de la carrera profesional,
- e. Profesionalización y competencia profesional.

5.1 *Perspectiva de la OIM*

Migración y Salud es un tema que la OIM trabaja en cooperación con la OMS y la OIT.

Actualmente impulsa en diversos países un Espacio de Convergencia sobre Temas Migratorios con participación de diversos Ministerios, representantes del Poder Legislativo y Judicial y miembros de asociaciones con el objetivo de ayudar a avanzar en políticas nacionales de población y migraciones.

En marzo 2006, Ginebra, se realizó el Seminario “Migración y Recursos Humanos para la Salud, de la toma de conciencia a la acción”, en este seminario, en el cual participaron representantes de 63 países, se tomaron en cuenta las posiciones de los países de origen y de los países receptores de emigrantes trabajadores de salud, de donde se extraen dos de sus conclusiones:

- Los costos para los países de origen de la migración son altos, es indispensable administrar este proceso para impedir que se empeoren las desigualdades en la atención de salud entre países de origen y receptores.
- Para administrar estos desafíos es necesario compartir responsabilidades entre todos los actores, llevándolos a cooperar, incluso al sector privado y las asociaciones civiles.

Las soluciones propuestas fueron:

- a. Potenciar la formación de RR. HH. en Salud;
- b. compartir los costos de formación;
- c. mejorar las condiciones de trabajo, reconocimiento y expectativas de carrera;
- d. mejorar la comunicación, oportunidades de retorno e integración del personal emigrado con su país de origen;
- e. Pensar en políticas públicas participativas para mejorar las oportunidades locales.
- f. Desarrollar una política de negociación y alianzas a nivel internacional sobre la migración;
- g. Impulsar códigos de ética al reclutamiento de personal de la salud extranjero como se ha referido por la Ministra de Sanidad de Sanidad y



Consumo de España, en la VIII Conferencia de Ministras y Ministros de Salud realizada en Colonia del Sacramento.

6. Avances del diagnóstico, análisis y propuestas del fenómeno migratorio de los RHS en la región iberoamericana⁴.

6.1. Contexto

“Los recursos humanos son la base del sistema de salud: El desarrollo de los Recursos Humanos en Salud conforma la base social y técnica de los sistemas de salud y de su mejoramiento. La contribución de los trabajadores de la salud es un factor esencial de la capacidad del sistema de salud de asegurar el acceso equitativo a servicios de calidad a toda la población”⁵

Actualmente, se registra una tendencia mundial al aumento de las migraciones, en particular de los profesionales de alto nivel donde se destaca el personal de salud.

A nivel global hay insuficientes trabajadores de la salud y la distribución mundial de estos trabajadores es inequitativa. También es desigual la distribución en el interior de los países, entre ciudad y campo, entre profesiones, entre las instituciones públicas y privadas. Si bien esta distribución desigual no es sólo producto de la migración, sólo con políticas públicas que la tomen en cuenta se podrá enfrentar evitar que el problema se agrave.

Se estiman que faltan 1.100.000 trabajadores de salud en África pero también los países desarrollados tienen 1.000.000 de cargos de salud sin cubrir y en América Latina se estima que faltan 125.000 plazas entre médicos y enfermeras.

La decisión de la VIII Conferencia de Ministros de Salud de Iberoamérica de elegir el tema de migración del personal de salud, colocó en la Región una discusión que hasta ese momento había estado casi ausente.

En función de ello, se han dado los primeros pasos dando inicio a múltiples procesos de investigación que se desarrollan con el apoyo de OPS/OMS en el marco del Observatorio de RRHH. Simultáneamente se avanza en el desarrollo de sistemas de información integrales de RHS que permitan conocer y estudiar y caracterizar el problema de la migración del personal de salud.

A partir de esta iniciativa en la actualidad se cuenta con investigaciones de migración de médicos y enfermeras en Argentina, Brasil, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Perú, Uruguay, con diferente enfoque y grado de avance.

⁴ Dr. Daniel Purcallas. Asesor regional en Recursos Humanos OPS/OMS.

⁵ Llamado a la acción de Toronto 2006 – 2015 Hacia una década de RRHH en Salud para las Américas. OPS/OMS Ontario Canadá octubre 2005



6.2. Descripción de las Investigaciones desarrolladas hasta el momento

- Investigación internacional sobre Migración de enfermeras de AL: se realiza en 9 países: Venezuela, Perú Ecuador y Colombia y Argentina Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. Sus objetivos son: precisar la magnitud de la migración internacional de enfermeras de AL; identificar las características de esa emigración; describir los procesos sociales culturales, económicos, políticos y legislativos, profesionales y laborales vinculados a la misma.
- Migración de médicos del los países del Área andina: con el objetivo de generar información relevante sobre la migración de RHS que permita aportar en una planificación racional de dichos recursos por parte de las instituciones nacionales y regionales. El estudio involucró el análisis de los marcos legales de los países involucrados en el estudio, explicitando la opinión de los gestores de sus instituciones con relación al tema. El estudio incluyó a países proveedores y receptores. Entre los primeros se encuentran los de la Comunidad Andina (Venezuela, Colombia, Perú, Ecuador y Bolivia) y Chile y entre los receptores se eligió a España. Se realizó una revisión de fuentes secundarias, y se aplicó un cuestionario a grupos de “expertos” para ampliar las perspectivas sobre el proceso de migración y sus determinantes.
- Inmigración de enfermeros al Brasil: desde la década de 70 hasta agosto 2005, en el marco del análisis sobre demandas de enfermería en Brasil, y el diseño de políticas al respecto en el país y promover el desarrollo de políticas en el marco del MERCOSUR, en relación a la libre circulación de personas y profesionales.
- Emigración del personal de salud desde Costa Rica: se realizó una investigación a modo de encuesta de opinión con el objetivo de caracterizar las razones de dicha emigración, con la participación de OIT, OPS, la Asociación de Enfermeras, y los Ministerios de Trabajo y Salud
- Migración de Médicos y Enfermeras en El Salvador: investigación cuyo objetivo es medir, caracterizar y comprender la migración durante los años 2003 a 2006. Además pretende cuantificar el número y género de médicos y enfermeras que han emigrado en los últimos tres años; caracterizar las causas que los impulsan en la intención de emigrar; conocer los principales destinos hacia donde han emigrado; y estimar el costo social, derivado de la inversión perdida en la formación profesional, que genera la migración de médicos y enfermeras.
- Uruguay inició una investigación dirigida a estudiar el perfil de los profesionales emigrados y los propensos a emigrar para conocer los incentivos que llevan a emigrar y describir las condiciones de inserción en los mercados de trabajo de los países receptores de emigrantes. Su metodología se basa en una encuesta administrada a los profesionales de salud de enfermería,



medicina y odontología que han solicitado la revalidación de su título universitario en el período 2000-2006 con destino a otro país.

- Chile: proceso de investigación en migración de RHS. Hasta el momento se ha avanzado en una recopilación de las normas y tratados vigentes en la materia, que definen los procedimientos de aceptación y revalidación de títulos y los países que están amparados en cada tratado.

- Estudio de migración de médicos ecuatorianos a Chile para caracterizar su perfil y reconocer las determinantes de dicha migración. Dentro de la metodología se incluyó una encuesta a las familias de los emigrados con fines de conocer las características de los mismos. La investigación permitió estimación del número de médicos ecuatorianos que han emigrado a Chile; el perfil de esos médicos, sus antecedentes de empleo; los mecanismos de conocimiento de las posibilidades, requisitos y formas de acceder al trabajo en Chile; las razones de “expulsión” de profesionales en Ecuador y las razones de atracción de trabajo médico en Chile.

- Brasil migración interna de médicos entre los diferentes Estados: Se trata de un estudio de los médicos con especialidad obtenida en residencia financiada por el Estado de Sao Paulo en el período 1990 – 2002. El propósito es analizar la migración interna de médicos en el marco de la expansión de la frontera agrícola brasileña, ya que esas zonas viven un incremento de sus áreas urbanas, generando un mercado de trabajo atractivo para los médicos. Una segunda fase de la investigación buscará caracterizar a los médicos emigrantes e inmigrantes para reconocer las razones de dicha migración y promover políticas públicas dirigidas a garantizar la equidad del sistema.

6.3. Primeras evidencias disponibles

A continuación se listan los hallazgos más significativos que dichos procesos de investigación han arrojado, con el siguiente orden: a) conclusiones comunes de las diversas investigaciones, b) Información disponible sobre migración de médicos, y c) Información disponible sobre migración de enfermeras.

a) Conclusiones comunes de las investigaciones

Se ha constatado una inexistencia caso absoluta de información sobre migración del personal de salud y una consistente dificultad para producirla, por lo que se hace necesario redoblar esfuerzos en este sentido.

El análisis de las condicionantes de migración en medicina y enfermería reveló la asociación de este fenómeno con las limitaciones presupuestales especialmente de los servicios públicos de salud de los países proveedores, que reducen el número y la calidad de los cargos, en contraste con las expectativas de los profesionales de salud.

La tendencia indica que los RHS que migran son ubicados en las zonas más necesitadas de los países o regiones receptores.



En el caso de enfermería el tema central, es la escasez estructural de enfermeras y por ende su demanda a nivel mundial.

La migración del personal de salud tiene aspectos positivos como es la circulación de talentos y tal vez esta puede ser una forma concreta de compensación dirigida a facilitar el retorno de los emigrados.

Las remesas que los emigrantes envían a los países de origen, actúan como facilitadoras del fenómeno pero hay estudios que concluyen que las mismas son algo así como “un recurso no renovable” ya que funcionan plenamente solo durante una primer generación.

La barrera del idioma “protege” a los países latinoamericanos de la pérdida de profesionales que significa la emigración profesional pero esta barrera no es definitiva y ya hay mecanismos que apuntan a eliminar esa traba facilitando la salida de RHS.

b) Información disponible sobre migración de médicos

En relación a los médicos la información relevada por diversas investigaciones, necesariamente incompleta hasta la fecha, ha establecido los siguientes hallazgos:

La emigración de médicos desde el Área andina tradicionalmente se desarrollaba hacia EEUU mientras que en los últimos 10 años se orienta hacia Europa y especialmente hacia España. Como factores explicativos se apuntan:

- En los países andinos ha habido una fuerte expansión de la fuerza laboral médica.
- El convenio Andrés Bello que automatiza la aceptación de títulos, ha facilitado esa migración.
- Una de las razones más destacadas para explicar la emigración es la búsqueda de mayores ingresos.
- Al mismo tiempo que España recibía emigrantes médicos, facilitaba la salida de sus propios médicos hacia Inglaterra. En España se espera que una importante cohorte de médicos se retire en los próximos años por razones de edad.
- Se han identificado múltiples procesos de reclutamiento activo de médicos de los países del área andina y también redes virtuales de reclutamiento algunas especializadas en la homologación de títulos.
- Se constató una corriente migratoria de médicos hacia Chile, en relación a tratados internacionales que establecen la validez automática en ese país de títulos profesionales obtenidos en algunos países.
- Ecuador aporta el 60% de los RHS extranjeros en Chile. Bolivia, Perú y Colombia (países para los que se exige examen de competencias), aportan un 21 %. Cuba aporta un 7% de los profesionales extranjeros en el país.
- Hay un sostenido proceso migratorio de médicos de origen ecuatoriano hacia Chile, desde hace aproximadamente diez años. La gran mayoría (60%), aportan su fuerza de trabajo en la atención de primer nivel en aquél país. La mayoría de los médicos tuvo como destino Santiago de Chile y Concepción, en comunas y municipios ubicados en zonas



periféricas de las ciudades. El mercado de trabajo médico en Chile absorbe con facilidad a los médicos ecuatorianos emigrados ya que más del 65% obtuvo un contrato de trabajo en un plazo no mayor a tres meses.

- El proceso migratorio de médicos desde Ecuador a Chile se da sin mediación de agencias de reclutamiento. El mecanismo de obtención de información sobre la posibilidad de emigrar se obtuvo a través de redes de amistad y por lo general el viaje se realizó en condición de turista para luego legalizar la situación.
- El perfil del médico que ha migrado, corresponde a un profesional joven; soltero o en etapa inicial de formación familiar, si bien hay un predominio masculino esta tiene una tendencia decreciente, lo cual confirma el patrón ascendente de la migración femenina en los procesos migratorios generales
- También en Ecuador se han registrado dos olas de emigración de médicos la primera en los noventa a los EEUU y otra reciente a Europa.
- La insatisfacción salarial en el país de origen es una causa de emigración ya que el 65% de los médicos emigrantes tenían trabajo en Ecuador antes de emigrar.
- En el caso de Uruguay, país donde la emigración es un fenómeno estructural a partir de la década de 1960, y los emigrantes se estiman en un 14% de la población, no hay antecedentes de investigaciones específicas sobre migración del personal de salud. Los médicos uruguayos residiendo en el exterior son un 8% del total y EEUU es el país receptor para más del 50% de los médicos emigrados. En los últimos años del total de los que piden certificado de reválida del título profesional para el extranjero, el 48% lo hace para España, el 21% para Chile y el 8% para Brasil. Los médicos uruguayos que emigran en muchos casos son profesionales de cierta trayectoria y con especialidad.
- En Argentina, en un estudio sobre Buenos Aires se constató que el 6% de los médicos son inmigrantes, 50% de ellos de origen boliviano (Bolivia tiene un convenio de validación de títulos), nacionalidad a la que le siguen Brasil (15%), Perú y Colombia (10% c/u) y Ecuador (5%).
- Se realizó una investigación de los flujos migratorios internos de médicos en el Brasil que permitió mapear las corrientes migratorias en cada una de las regiones del país. El 40% de los residentes médicos formados en Sao Paulo no son nacidos en el Estado. De ellos, la mitad se queda en Sao Paulo y la otra mitad regresan a sus Estados de origen. Por lo anterior San Pablo atrae médicos de estados más pobres y a su vez los utiliza en sus servicios básicos. Hay evidencia que en el Brasil los flujos internos de migración de médicos se relacionan con las variaciones socio-económicas de las diversas zonas del país.

c) Información disponible sobre migración de enfermeras

Migración de enfermeras de AL hacia los países de America del Norte.



- El 54% de las enfermeras extranjeras de EEUU son filipinas, el 20% son canadienses, el 8% son inglesas, Jamaica 1% El resto de las enfermeras de AL la gran mayoría provienen de México, seguido por Panamá y El Salvador.
- El total de enfermeras inmigrantes en Canadá y EEUU provenientes de AL corresponde al 1,3% lo que indicaría que la magnitud del problema reside en el gran tamaño de ese mercado de trabajo frente a lo reducido de su similar en el resto del continente.
- En términos de la aprobación del examen para obtener la licencia: profesional en los EEUU, de los países de Centroamérica aprueba el 30%, del Caribe aprueba el 20%, de América del sur aprueba el 46%.
- Las razones que explican la migración de enfermeras, son motivaciones de tipo profesional y de mejoramiento en las condiciones y calidad de vida. Casi el 75% de las enfermeras emigrantes tienen más de 7 años de práctica. La gran mayoría encuentra trabajo antes de cumplir un año de haber emigrado y se siente valorada en el país de destino.
- Las enfermeras costarricenses tienden a emigrar hacia los EEUU mientras que el país recibe enfermeras de Nicaragua, Colombia y Cuba. En Costa Rica hay un intenso proceso de reclutamiento mediado por empresas reclutadoras para desempeñarse en el extranjero. Existen universidades privadas que preparan a sus egresados para emigración entre otros por la enseñanza del inglés. La producción de enfermeras ha aumentado y también la saturación del mercado de trabajo, por lo que el sector privado contrata profesionales en cargo de auxiliares. Esta situación está desvalorizando la función de enfermería, lo que a su vez promueve la emigración.
- La inmigración de enfermeros al Brasil desde a década de 70 hasta agosto 2005 no es significativa Lo limitado del número indica que la inmigración de enfermeras al Brasil no causa impacto en la dinámica del mercado del país.
- Los inmigrantes de los países del MERCOSUR (Argentina, Uruguay y Paraguay), no son cuantitativamente importantes.
- El 90% de las enfermeras inmigrantes en la Argentina provienen de Latinoamérica, lo que coincide, en líneas generales, con las corrientes migratorias de la población general del país. El mayor porcentaje de enfermeras extranjeras en la Argentina (41 %), proviene de países fronterizos (21% de Perú). La ausencia de inmigrantes desde el primer mundo, común 50 años atrás, se explica fácilmente por el nivel de vida que hoy tienen esos países en comparación a la Argentina. El 40% de los enfermeros extranjeros en la Provincia de Buenos aires, proviene de Bolivia, el 25% de Perú y el 10% tanto de Chile como de Uruguay. Antes de emigrar el 80% trabajaron como enfermeras, la mayoría en hospitales públicos y privados por un período mayor a dos años, por lo que la falta de oportunidades de trabajo en sus países de origen no fue un motivo de migración.
- La aspiración más frecuente de las enfermeras entrevistadas es la estabilidad económica, si bien otras aspiraciones desarrollo profesional, desarrollo personal, mejores condiciones laborales también son frecuentes. Cerca del 80 % de las enfermeras emigrantes tiene su situación legal migratoria regularizada y el resto está en proceso de obtenerla. Todas las enfermeras encuestadas tienen título acreditado,



ya sea a través de reconocimiento directo o de reválida. Una proporción importante de las enfermeras inmigrantes se ha preocupado en seguir formándose, en diferentes áreas.

- El 90% de las encuestadas calificó su inserción social de buena y el 63% manifestó satisfacción con el salario recibido. La mayoría de las entrevistadas se encuentran como personal de planta con seguridad y estabilidad laboral. La proporción de enfermeras inmigrantes con funciones de supervisión es alta en relación al total. El 40 % de las enfermeras inmigrantes envían dinero a su país de origen (Bolivia, Colombia, Cuba, Perú, y Uruguay).

7. Visión del fenómeno migratorio desde la perspectiva de las la Instituciones Uruguayas.

7.1. Perspectiva y política del Ministerio de Relaciones Exteriores de Uruguay.

La migración en Uruguay tiene una correspondencia directa entre los fenómenos económicos de la segunda mitad del siglo XX y los flujos migratorios.

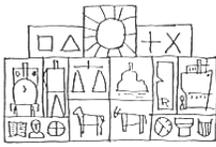
El proceso emigratorio se ha caracterizado por grandes flujos en algunos momentos históricamente muy identificables correspondientes a los dos momentos de mayor crisis del país: el primero relacionado con la dictadura entre 1973 y 1985, y el segundo seguido en términos cuantitativos por el crack del sistema financiero originado en el año 2002.

El objetivo fundamental de la política exterior uruguaya puede sintetizarse en la búsqueda de una integración plena a la vida nacional del conjunto de los uruguayos residentes en el exterior a través del ejercicio de la ciudadanía extraterritorial. Es decir, concebir y poner en práctica todas aquellas reformas institucionales y medidas de política que permitan que los uruguayos desde el exterior participen activamente en su sociedad de origen. Consecuentemente se ha insertado en la estructura ministerial una nueva dependencia llamada “Departamento 20”, Dirección General de Asuntos Consulares y Vinculación.

Se está impulsando el desarrollo de políticas concretas orientadas a recuperar la participación de los uruguayos de alta calificación en la vida institucional del país. Se han establecido puentes y redes entre aquellos uruguayos altamente calificados y establecidos en los países receptores con diferentes instancias académicas y técnicas de desarrollo nacional.

Sin desconocer las desventajas comparativas en términos de salario e ingreso, estas medidas estarían orientadas a crear condiciones temporales como pasantías, cursillos, seminarios, asesoramientos y redes de trabajo de manera de estimular el intercambio técnico-académico y fortalecer las diferentes vías en de desarrollo e inserción internacional del país.

Si bien reconocemos que la implementación de estas medidas constituyen alternativas válidas aún están lejos de solucionar el problema ya que el mismo debe ser considerado de manera multilateral y en el marco de una diversidad de



foros y escenarios que permitan acercarnos a soluciones de carácter más permanente.

La migración de recursos calificados constituye una pérdida permanente y conlleva al aumento de las asimetrías entre los países receptores y proveedores. Confluye a este concepto los costos de formación en los países de origen y las políticas migratorias discriminatorias de los países receptores.

Se propone fundamentalmente:

- 1) La necesidad de identificar un conjunto de factores que actúen como contraprestaciones en el proceso de migración de recursos humanos calificados.
- 2) Delinear una estrategia que defina espacios de trabajo desde donde se articulen las políticas y acciones.

El problema es complejo y las soluciones no están a la mano pero es bueno saber que a nivel internacional comienza a moverse lentamente la preocupación en diversos organismos y esta temática está instalada en la agenda pública.

7.2. Perspectiva desde las Instituciones Formadoras y Asociaciones Profesionales de las áreas de Medicina, Enfermería y Odontología.

Está suficientemente probado como la insuficiencia de los RHS impacta en la calidad de atención, la seguridad de los usuarios, en el alcance de las metas de promoción y prevención de un sistema de salud, evidenciado a través de sus indicadores sanitarios.

Si bien la escasez de los RHS ha sido planteada para todas las profesiones, la situación para el sector de enfermería es sumamente crítica.

El Informe del CIE (Consejo Internacional de Enfermería), Ginebra, 2004 expresa que “La relación entre población y enfermera oscila en los diversos países entre menos de 10 y más de 1000 enfermeras cada 100.000 habitantes. El coeficiente medio entre población y enfermeras en los países de renta elevada es casi 8 veces superior al de los países de renta baja”.

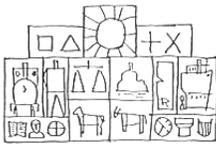
En Uruguay existen actualmente 3.330 Licenciadas en Enfermería y 18.000 Auxiliares en Enfermería lo que evidencia el desequilibrio en la relación Prof. Lic. / Aux., concomitantemente con ello con niveles de formación de diversa calidad. Esta escasez del recurso de enfermería en Uruguay presenta las causas estructurales correspondientes al sector en donde la migración de éste personal agrava un problema que ya nos es grave.

En el caso del sector medicina, Uruguay tiene una relación de 1 médico cada 250 habitantes, y egresan en promedio 300 médicos al año.

De los 13.495 médicos registrados en el padrón nacional, 1.130⁶ se encuentran en el exterior, representando el 8,4%.

Podemos afirmar que la formación médica es correcta cualitativamente y en número suficiente para cubrir la realidad sanitaria del país, si bien es reconocida una distribución inequitativa territorial al interior del país para ciertas especialidades.

⁶ <http://www.cjppu.org.uy>



Analizando las solicitudes de certificados de estudio para tramitar reválidas de título en el exterior, se observa que de 212 solicitudes realizadas entre noviembre del 2005 a diciembre del 2006, el 48.6% registraron destino a España y 22% a Chile.

En cuanto al sector odontología, se cuenta actualmente con 4431 profesionales⁷ correspondiendo a una relación de 1 odontólogo cada 750 habitantes. De acuerdo a datos de la Facultad de Odontología, de 114 solicitudes de reválidas de título en el exterior realizadas en los años 2004 a 2006, el 30% registró destino Chile y 36% España.

La formación en cantidad y calidad debe estar acorde a los planes de desarrollo del Sistema Nacional Integrado de Salud del país y contemplar el fenómeno migratorio en sus políticas de formación de recursos humanos en salud de manera coordinada y equilibrada de modo de constituirse en oportunidades para el desarrollo.

Las propuestas de desarrollo deben ser tendientes a favorecer la retención del profesional en su país de origen como la inversión en formación y puestos laborales.

Los procedimientos de intercambio y acuerdo con los países contratantes deben promoverse para enmarcar los traslados de personal sanitario en convenios de cooperación internacional, de forma de que se beneficien todas las partes.

Como ejemplos, Chile ha planteado una aproximación tendiente a un acuerdo de formación de postgrado, iniciativa que se estima auspiciosa aunque todavía embrionaria.

Venezuela ha contribuido significativamente con el Hospital de Clínicas Universitario y recibirá como contraparte acciones formativas de sus recursos humanos en salud.

8. Primeras conclusiones de la situación actual de la Migración de Recursos Humanos en Salud en los países de Iberoamérica y Uruguay

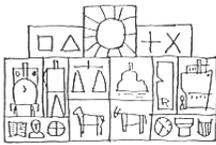
8.1. Conclusiones generales:

El “1er. Encuentro Regional sobre Migraciones de RHS”, independientemente de su carácter inicial, ha significado un catalizador para el proceso de análisis del fenómeno.

En primer lugar, por su encare regional, con una visión desde el Observatorio de RHS de OPS, de la OIM y las percepciones del fenómeno, tanto en carácter de delegaciones oficiales de numerosos países de la región como de grupos de investigación y por la presencia de España directamente involucrada como país receptor de poblaciones migrantes.

En segundo lugar, el equilibrio del análisis, donde se ponderaron tanto los criterios metodológicos para medir el fenómeno como los mecanismos de compensación para atenuar sus consecuencias.

⁷ <http://www.cjppu.org.uy>



En tercer lugar, la riqueza de los trabajos de investigación que ante una primera convocatoria, aparecen como la punta de un iceberg, traduciendo la preocupación del mundo académico y de los gobiernos por ésta nueva variable de análisis para el diseño de políticas de RHS de los países de la región.

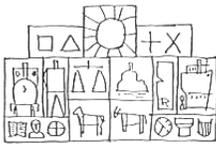
En cuarto lugar, se ratificó la potencialidad del tema, de acuerdo a lo expresado en Colonia – Uruguay, al abrirse un amplio espacio de trabajo cooperativo cuyos avances dependerán de la voluntad de los gobiernos.

En quinto lugar, se reiteró enfáticamente que además de los aspectos cuantitativos, el fenómeno tiene impacto en el plano social, económico, político y educativo de diverso grado en cada uno de los países de la región.

Finalmente la diversidad de actores que engloba el fenómeno justifica la existencia del Grupo de Trabajo, en la medida que su composición garantice dicha diversidad.

8.2. Conclusiones específicas:

- Existe un amplio campo para la investigación tanto en los aspectos cuantitativos como cualitativos del fenómeno, y cuyos resultados serán insumos imprescindibles para las políticas de desarrollo de RHS de la región.
- Más allá que los trabajos no reflejan la realidad de toda la región, ya hay evidencias de que los procesos migratorios de RHS, involucran fundamentalmente a las profesiones de medicina y enfermería.
- En cuanto, a los países receptores a nivel de Sudamérica, Chile es quien aparece con mayores factores de atracción para captar a esos RHS y en el caso de América Central y Caribe, los países principales son Estados Unidos y Canadá.
- En relación al conjunto de la región Iberoamericana, el principal país receptor es España.
- También se dan fenómenos migratorios temporales (Cuba – Venezuela) y migración interna de los países (Brasil).
- En el encuentro se plantearon líneas generales de trabajo para los países proveedores:
 - Ajustar los procesos de formación a las necesidades y demandas locales.
 - Mejorar las condiciones laborales.
 - Organización del trabajo en salud.
 - Generar oportunidades de desarrollo profesional
 - Impulsar políticas de retorno del personal de salud.
- También se esbozaron líneas de acción para los países receptores:



- Políticas responsables de reclutamiento y mejora del tratamiento de los trabajadores migrantes.
 - Regulación de las agencias reclutadoras tanto a nivel de los países receptores como en los proveedores.
 - Garantizar a los trabajadores migrantes los mismos derechos de los trabajadores locales.
 - Promover programas internacionales de becas de intercambio temporal de especialistas y docentes por períodos preestablecidos.
- Los países proveedores deberán promover acuerdos regionales y la negociación colectiva con los países receptores para limitar la migración; regular sus flujos en el tiempo; establecer mecanismos adecuados de compensación a los países de origen de esos RHS; acordar algunas prohibiciones y definir mecanismos de pagos por los recursos que reclutan.

8.3. Compromisos:

El Encuentro reafirmó la necesidad de ahondar en los compromisos asumidos en Colonia – Uruguay referente a:

- Mejorar las oportunidades de contratación, de desarrollo profesional y de educación continua en los países y servicios de origen.
- Voluntad de promover programas que faciliten el retorno del personal de salud mediante políticas de oferta de empleo, reconocimiento de créditos académicos y otras medidas de estímulo.
- El rechazo al uso de políticas migratorias selectivas de recursos humanos que puedan causar impacto negativo sobre la salud y la vida de nuestros ciudadanos.

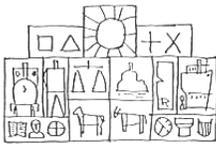
Todo el encuentro se hizo en el contexto de que la migración de personal sanitario se inscribe en la tendencia mundial de aumento de las migraciones, fenómeno en el que los profesionales de alto nivel constituyen hoy la cohorte más numerosa y sobre la base de la directiva emanada de la VIII Conferencia Ministros de Salud de Iberoamérica:

“...Buscar mecanismos internacionales de diálogo y concertación entre los países para regular los flujos migratorios y mitigar su impacto negativo sobre nuestros sistemas de salud...”

Informe elaborado por el GRUPO DE TRABAJO de MIGRACIONES de RHS:

Dr. Pablo Tailanián
Dra. Amparo Paulós
Sra. Paola Duarte

Coordinación:
Sub-Director Gral. de la Salud: Dr. Gilberto Ríos.



Ministra de Salud Pública - Uruguay: Dra. Maria Julia Muñoz.

9. ANEXO. Delegaciones participantes de “Red Observatorios de RR. HH. Salud, OPS/OMS y 1er. Encuentro Regional de Migraciones de RR, HH, Salud”.

▸ ARGENTINA

ALVAREZ GARMENDIA, Daniel. Coordinador de Calidad de Servicios de Salud Ministerio de Salud Pública. Provincia de Tucumán

WILLIAMS, Guillermo. Director Nacional de Regulación y Fiscalización. Ministerio de Salud – Argentina

▸ BRASIL

FEKETE, María Cristina. Consultora. Ministerio de Saude

RIGATTO WITT, Regina. Profesora Universidad Federal de Rio Grande Do Sul.

dos SANTOS, Patricia. Coordinadora Rede Observatorio Ministerio da Saude.

NOGUEIRA MOYSES, Neuza Maria. Pesquisadora Escola Nacional de Saude Publica – FIOCRUZ.

SEIXAS, Paulo. Coordinador de Recursos Humanos Secretaria de Estado de Salud SP.

▸ COSTA RICA

LOPEZ GARCÍA, Rodrigo. Secretario General Asociación Nacional de Profesionales en Enfermería

VÁZQUEZ PEÑARANDA, Carmen. Coordinadora Comisión Recursos Humanos Ministerio de Salud.

▸ CHILE

FELIU, Mauricio. Jefe Dpto. Formación y Capacitación. Ministerio de Salud

MUÑOZ, Luz Angélica. Decana Facultad de Enfermería. Universidad Andrés Bello

REYES, Alicia. Presidenta ALADEFE. Universidad de Chile

▸ ECUADOR

SACOTO, Fernando. Director FESALUD

▸ EL SALVADOR

MOLINA de Salazar, Dinorah. Jefe Dpto. Capacitación y Desarrollo. Ministerio de Salud.

▸ ESPAÑA

SÚAREZ IGLESIAS, Angel Manuel. Vocal Asesor de la D.G. de Recursos Humanos y Servicios Económico-Presupuestarios. Ministerio de Sanidad y Consumo de España.

▸ PARAGUAY

GARCIA DE ZUÑIGA, Enrique. Asesor Recursos Humanos. Ministerio de Salud Pública.

▸ PERÚ

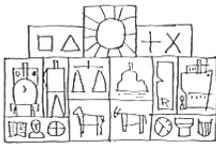
NUÑEZ, Manuel. Secretario Ejecutivo Asociación Peruana de Facultad de Medicina.

▸ VENEZUELA

SALAS AVEDAÑO, Gerardo. Director General de Investigación y Educación Ministerio del Poder Popular para la Salud, Venezuela.

▸ URUGUAY

GONZÁLEZ, Pilar. Directora Centro de Posgrado / Asesora Uruguay Saludable Facultad de Enfermería – Universidad de la República / Ministerio de Salud Pública.



LANER, Alejandro. Secretario del Interior. Federación Funcionarios de Salud Pública.

MARTÍNEZ, Eduardo. Sub Director Recursos Humanos Administración Servicios de Salud del Estado (ASSE). Ministerio de Salud Pública

MONGE, América. Asesora Uruguay Saludable. Ministerio de Salud Pública

ACUÑA, Ricardo. Asesor. Ministerio de Salud Pública

ORTEGA, Elizabeth. Directora Unidad Organizacional de Capacitación de Recursos Humanos de la Administración de los Servicios de Salud del Estado ASSE – MSP.

PAULÓS, Amparo. Adj. Cooperación Internacional. MSP.

PICHERNO, Marisa. Directora Unidad Organizacional Retribuciones y Contratos RRHH – Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

PRADERE, Gabriela. División Economía de la Salud. Ministerio de Salud Pública.

RAMOS, Cristina. Sub Directora Administrativa. Dirección General de la Salud. Ministerio de Salud Pública.

RIOS, Gilberto. Sub-Director General de la Salud. Responsable Grupo Trabajo Migraciones. Ministerio de Salud Pública.

SANTISTEBAN, Rosa. Directora Dpto. de Habilitaciones y Control de Profesionales de la Salud. Ministerio de Salud Pública.

SUAREZ, Aníbal. Encargado de Secretaría. Dirección General de la Salud. Ministerio de Salud Pública.

TAILANIAN, Pablo. DIGESA – MERCOSUR. Ministerio de Salud Pública.

• REPRESENTANTES DE GREMIOS

MONTEJO, Carlos. Miembro responsable Alterno Comisión de Asuntos Internacionales. Sindicato Médico del Uruguay - SMU

• REPRESENTANTES DE FACULTADES

CABRERA, Alicia. Profesora Facultad de Enfermería. U. de la República.

CAL Isabel, Decana Facultad de Enfermería. Universidad Católica.

CASTRO, Sylvia. Decana Facultad de Psicología. Universidad de la República.

KOHAN, Irina. Asistente Académico Relaciones Internacionales. Facultad de Medicina.

KOOLHAAS, Martín. Facultad de Ciencias Sociales. U. de la República.

MAGLIA, Alvaro. Decano Facultad de Odontología. Universidad de la República.

PELLEGRINO, Adela. Profesora Facultad de Ciencias Sociales. U. de la República.

SCHELOTTO, Felipe. Decano Facultad de Medicina. Universidad de la República.

• OTROS ORGANISMOS

GOYCOECHEA, Alba. OIM.

HARARI, Leo. Asesor Regional. OIM.

LEONARDI, Susana. Encargada de Misión. OIM.

• CONSULTORES OPS/OMS

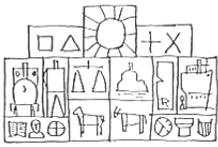
De OLIVEIRA, Leda Zorayde. Profesional Nacional. Brasilia, Brasil.

PURCALLAS, Daniel. Asesor Regional en Recursos Humanos. Cuba. Representación OPS/OMS Cuba.

RIGOLI, Félix. Asesor Regional OPS/OMS. Washington D.C.

SULLIVAN, Judith. Argentina. Consultora Interpaís RHUS. Cono Sur.

TORRES, Rubén. Consultor Internacional Representación OPS/OMS. Uruguay.



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Grupo de Trabajo Migraciones de RHS

