Migraciones de profesionales
oportunidades para el desarrollo compartido
Comunidad Europea-Región Andina
2010

observatorio SOCIAL DEL ECUADOR

Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Esta investigación

- Es un esfuerzo colectivo de varias instituciones:

1- Unión Europea (UE); 2-Escuela Andaluza de Salud Pública; 3-Organización Panamericana de la Salud (OPS); 4- Ministerios de Salud Pública de los seis países andinos (MSP); y 5- Fundación Observatorio Social del Ecuador (OSE).

- Se desarrolla en el marco del Convenio de Cooperación OPS/OMD / CE / gobierno del Uruguay y se incluye en uno de los ejes de acción del Plan Andino de desarrollo de RHUS 2008 – 2015.

Esta investigación

- Conformados 7 equipos de investigación:
uno en España y seis en los países andinos; todos ligados a un núcleo central el OSE/Ecuador.

- 25 investigadores participaron en apoyo con los MSP y OPS locales y Regional Andina.

- Realizadas 56 entrevistas a informantes claves de los seis países andinos; una encuesta regional a 110 estudiantes de los últimos años de las carreras de enfermería y medicina; 24 entrevistas a profundidad a inmigrantes en el país de destino (España); y 12 entrevistas a profundidad a migrantes retornados.

Limitaciones del estudio

- Es deseable que el proyecto se amplíe a una segunda fase en la que se pueda integrar analíticamente los hallazgos con el marco teórico desarrollados con el fin de lograr un producto de alto valor analítico.

- El marco teórico de esta investigación plantea y perfila preguntas esenciales para orientar la formulación de la política pública regional sobre la migración calificada: queda esto pendiente.

5 ejes de investigación

1. Magnitud y flujos de la migración calificada de salud.
2. Fuentes y sistemas de información para monitorear la migración.
3. Caracterización de la migración calificada: en destino, a su retorno y con intención de migrar.
4. Homologación de títulos profesionales en la región andina y en el país de destino (España).
5. Recursos humanos en los países andinos: producción, planificación y direcciones de RHUS.

Ejes conceptuales

- La migración profesional en salud no puede entenderse fuera del marco histórico que caracteriza la migración calificada en el escenario global, es decir, la desigual integración capitalista entre países de origen y de destino.

- La perspectiva teórica metodológica para el análisis de la migración calificada que esta investigación describe, debe lograr identificar ¿dónde, cómo y cuáles son los acuerdos en un problema de doble vía, en el que países de destino y origen están interconectados por necesidades propias de recursos humanos calificados?

Preguntas guía

- ¿Cuáles son las pérdidas y ganancias para ambos espacios?
- ¿Cuál es la responsabilidad compartida entre los países de destino y los de origen?
- ¿Cómo controlar y prevenir los daños sobre los sistemas de salud y las necesidades de las poblaciones afectadas?
- ¿Cómo mitigar el dolor de la migración en los profesionales calificados?

Objetivos

1

Analizar el proceso migratorio en los países andinos tomando en cuanta sus causas internas –propias de los individuos- y externas –propias de los países de origen y de destino-, así como las motivaciones sociales, económicas y culturales de la migración calificada en salud diferenciando los colectivos de médicos-as y enfermeras-os.

2

Indagar si la magnitud de este proceso social ha sido detectado por los Estados de los países andinos para diseñar y ejecutar sistemas de prevención frente a las consecuencias mediatas y de largo plazo de la salida de personal de salud calificado y sus impactos en sus sistemas de salud.

Datos Generales

- Finales de la década de 1970: instauración de nuevo régimen de acumulación capitalista flexible deriva en una profunda polarización entre países ricos y pobres.

- Esta "desigual integración capitalista global" (Harvey, 2000) provoca las incontenibles migraciones contemporáneas.

- Entre 2000 y 2009: número total de migrantes internacionales a nivel mundial ha incrementado de 150 millones a 214 millones (OIM, 2010).

Mapa migratorio latinoamericano

- Para 2005: 28.3 millones, es decir, el 5.1% del total de la población latinoamericana residía en un país distinto al de su lugar de nacimiento (Banco Mundial, 2008).

- Principales países emisores: México, Colombia, Cuba, Brasil, El Salvador, República Dominicana, Jamaica, Ecuador, Perú y Haití.

- 79% de emigrantes latinoamericanos tiene como lugares de destino a Estados Unidos (principal destino migratorio a nivel mundial), Canadá o a países de la Unión Europea (Banco Mundial, 2008).

Migración latinoamericana a la UE

- Finales del siglo XX y primera década del siglo XXI: Europa nuevo destino migratorio latinoamericano.

- En el año 2000, la UE recibió: 200.000 latinoamericanos (sin tomar en cuenta a migrantes indocumentados); 2006: 375.000 inmigrantes.

- 2008: 3.2 millones de inmigrantes provenientes de continente americano, 16.4% del total de la población extra-comunitaria (Eurostat, 2009).

- Principales países emisores, en orden decreciente de magnitud: Ecuador, Colombia, República Dominicana, Brasil, Argentina y Perú.

- Flujo migratorio compuesto por migrantes calificados (profesionales de diversas ramas entre ellos médicos-as y enfermeras-os, intelectuales y artistas); estudiantes y por mano de obra barata la cual es empleada en el sector de servicios, construcción y agricultura (Sassone, 2010).

¿Qué tiene de específico la migración calificada?

- Suele producirse por una deliberada implementación de políticas de reclutamiento de profesionales desde países de destino.
- Parecería que emerge de una supuesta relación de "complementariedad" entre origen y destino: las limitaciones existentes en los países de origen estarían cubiertas en el país receptor.
- Esto produce un "irremediable" y cada vez más numeroso flujo de profesionales.
- Comprender las causas, tanto de esa relación "complementaria", como de esa supuesta "irremediabilidad", y sobre todo afectarlas y modificarlas, debería ser el mayor objetivo de las acciones sociales y estatales que se tomen en los países de origen de cara a la salida de estos profesionales.

Migración de profesionales de la salud Región Andina a España

Países de origen	Países de destino
Limitadas condiciones y oportunidades laborales y vitales para profesionales de la salud.	Demanda de profesionales en el sistema de salud con ampliamente mejores condiciones y oportunidades laborales y vitales.
Limitada oferta y acceso a programas de especialización en salud.	Oferta de estudios de especialización de avanzada y garantía de condiciones de estudio e inserción laboral en sistema de salud español.

Por detrás de esta supuesta relación de complementariedad existen factores adicionales vinculados a la realidad española.

Factores adicionales de la realidad española

1. Envejecimiento de los recursos humanos en salud.

2. La emigración de profesionales de la salud españoles a otros países de la UE.

3. Carencia de profesionales de la salud.

1. 31% médicos de 50 y 60 años, y cuatro de cada diez de estos especialistas se jubilarán en los próximos 15 años .

2. 2008: carencia hoy de 3.200 médicos 2025: se requerirán 25.000 médicos más.

3. Alrededor de 2.000 médicos-as han migrado al Reino Unido, a Francia, a Portugal y a Suecia. Salarios más bajos de la UE.

4. Sistema educativo español no puede suplir esta carencia.

Algunos hallazgos

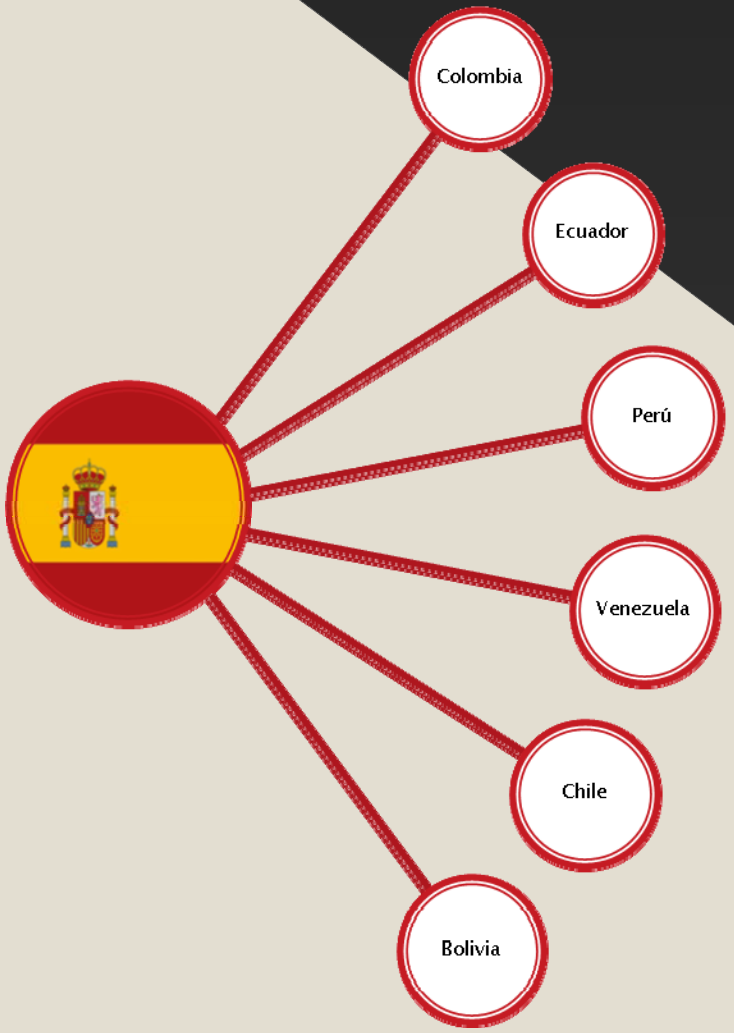
Evolución de extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor a 31 de diciembre según nacionalidad 1999 – 2009 Región Andina

Región/ País	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Iberoamérica	149,571	184,944	283,778	364,569	514,485	649,122	986,178	1,064,916	1,215,351	1,333,886	1,458,442
Región Andina	68,356	99,343	186,478	249,438	370,425	472,729	738,804	793,815	893,523	976,208	1,059,673
Bolivia	1,283	1,748	3,344	4,995	7,053	11,467	50,738	52,587	69,109	85,427	117,106
Chile	5,927	6,141	6,900	8,257	10,869	14,477	18,748	20,397	24,841	26,906	30,068
Colombia	13,627	24,702	48,710	71,238	107,459	137,369	204,348	225,504	254,301	274,832	287,205
Ecuador	12,933	30,878	84,699	115,301	174,289	221,549	357,065	376,233	395,808	421,527	440,304
Perú	27,263	27,888	33,758	39,013	57,593	71,245	82,533	90,906	116,202	130,900	144,620
Venezuela	7,323	7,986	9,067	10,634	13,162	16,622	25,372	28,188	33,262	36,616	40,370

Fuente: Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración, Anuario Estadístico, 2009.
Elaboración : Equipo de investigación.

La presencia de ciudadanas/os andinos pasó de 68 mil a más de 1 millón en una década

Flujo de migración médica hacia los países del norte



Colombia

Venezuela

Colombia
Ecuador
Venezuela

Perú
Ecuador
Venezuela

Flujo de migración de enfermeras hacia los países del norte

- Bolivia
- Ecuador
- Perú
- Venezuela

Ecuador
Bolivia
Perú

Perú

Perú
Chile

Bolivia
Ecuador
Perú
Venezuela

Flujo del personal de salud entre los países del Sur

Venezuela

Perú

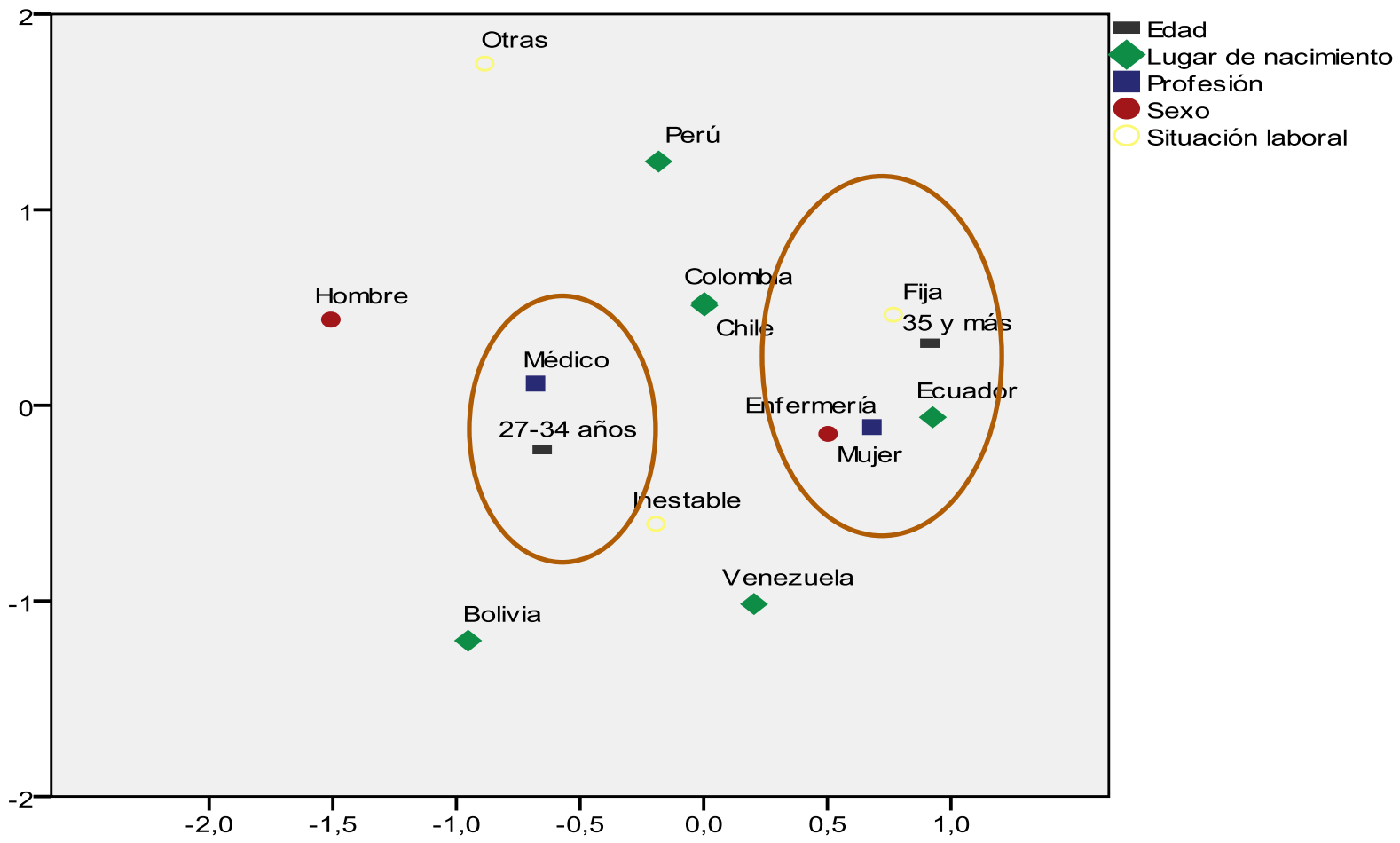
Bolivia

Ecuador

Perú

Bolivia

Perfil del migrante en país de origen cuando decidió migrar



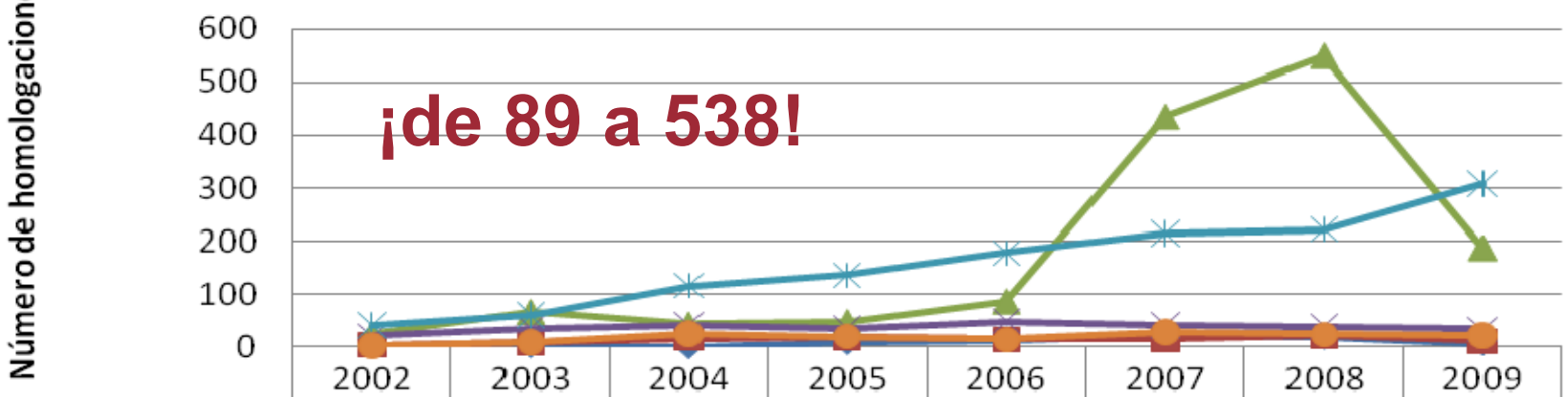
Perfil del migrante calificado

- Las características generales de los emigrantes son:

  Migración altamente calificada ya sea de médicos-as que en parte tenían especialización previa –sobre todo los que viajaron a la UE- o por la alta experiencia, como el caso de las enfermeras que contaban con un promedio de 6 años y más de experiencia antes de migrar.

  La edad al momento de migrar: médicos entre 27 y 34 años; enfermeras 35 años y más.

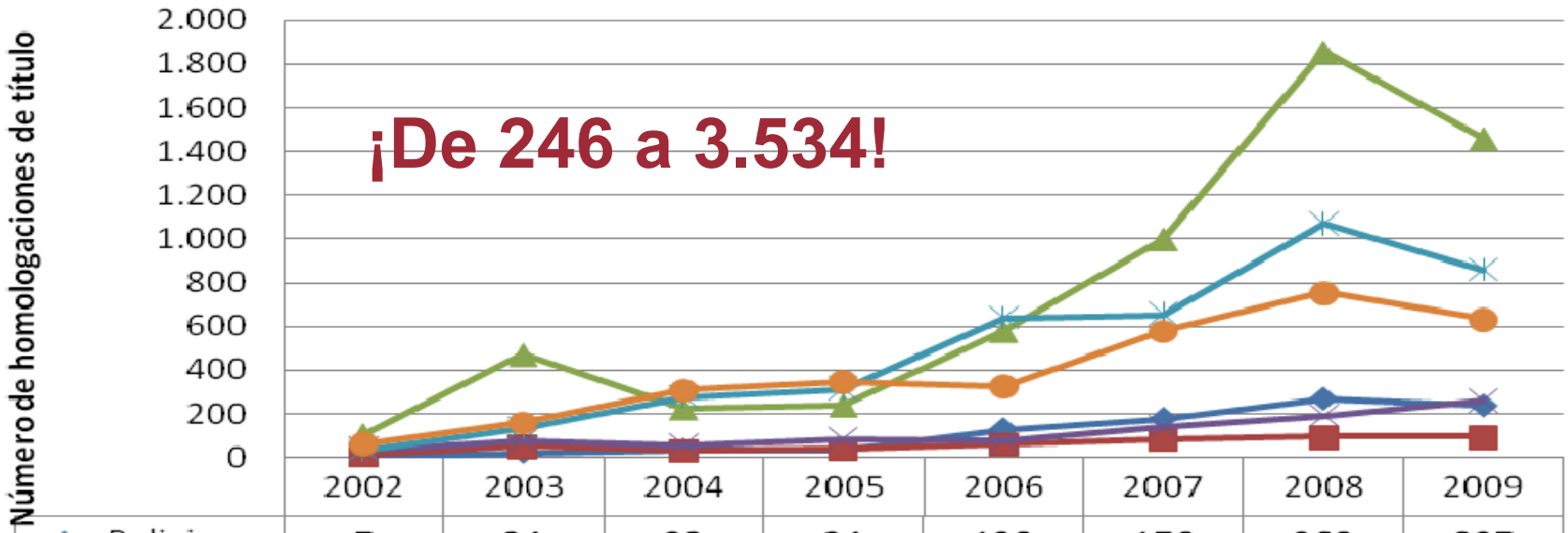
Homologaciones del título de enfermería en España, de nacionales de los 6 países andinos 2002 – 2009



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Bolivia	1	2	0	8	14	22	18	7
Chile	3	8	15	17	13	13	20	11
Colombia	24	66	42	47	86	435	549	187
Ecuador	20	34	42	34	48	40	38	33
Perú	40	60	116	136	178	215	223	309
Venezuela	1	9	25	19	13	28	23	21

Fuente: Subdirección General de Títulos y Reconocimiento de Cualificaciones, Ministerio de Educación de España . **Elaboración:** Equipo Ecuador

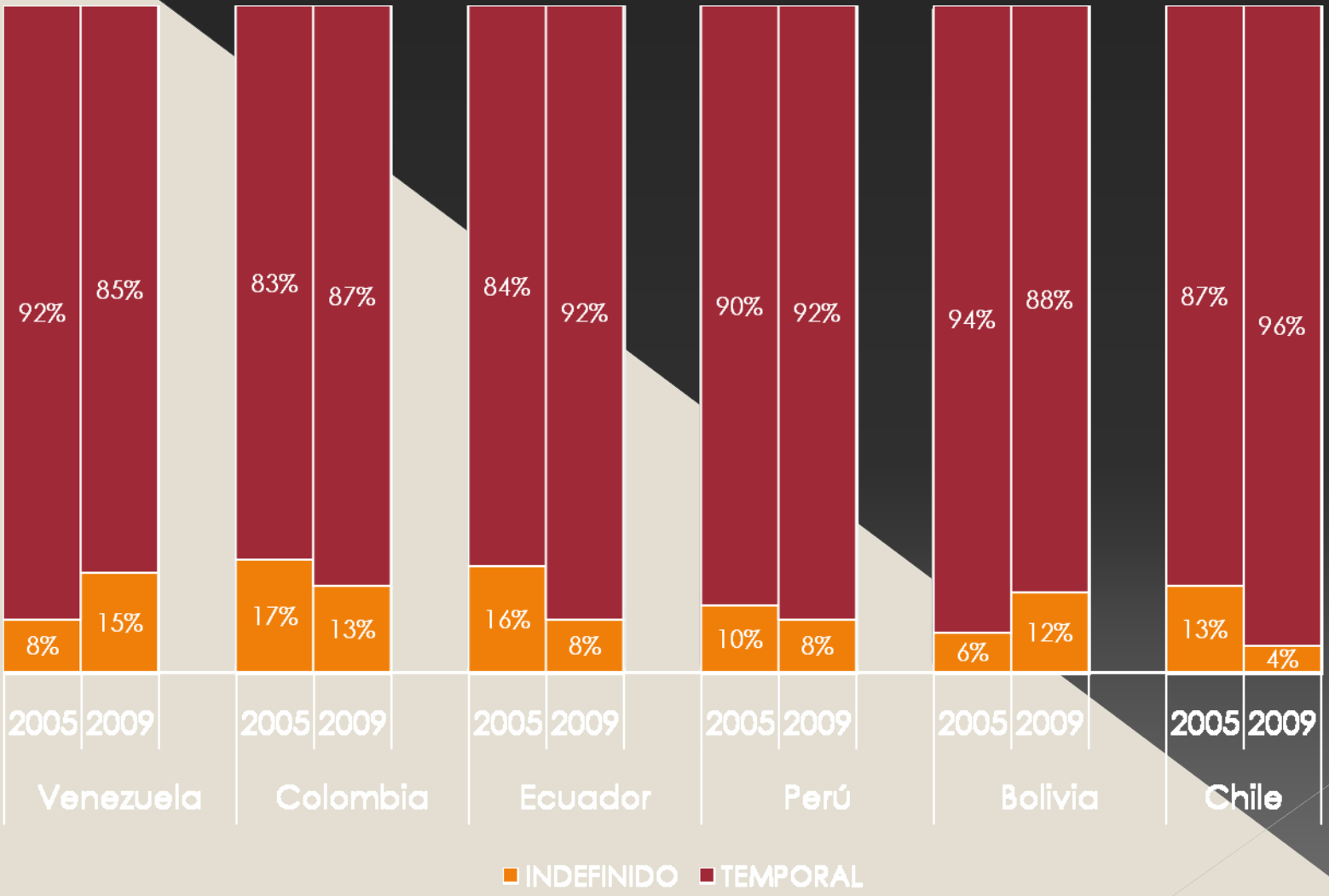
Homologaciones del título de medicina en España, de nacionales de los 6 países andinos 2002 – 2009



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Bolivia	7	24	33	34	128	176	268	237
Chile	11	49	32	36	58	80	93	90
Colombia	100	467	223	236	577	998	1.856	1.460
Ecuador	35	75	55	84	75	137	190	258
Perú	35	133	275	313	637	654	1.069	859
Venezuela	58	157	305	345	324	578	754	630

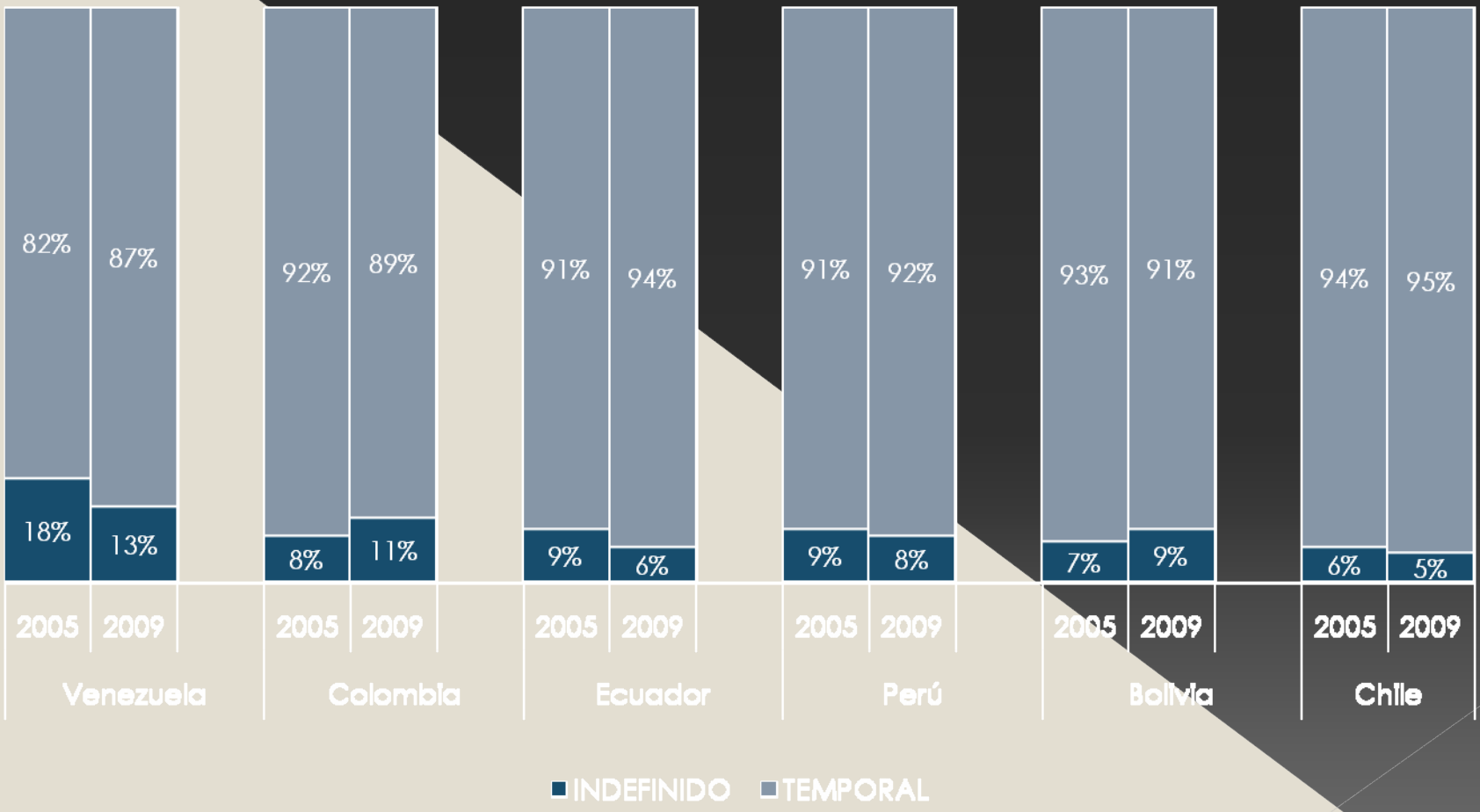
Fuente: Subdirección General de Títulos y Reconocimiento de Cualificaciones, Ministerio de Educación de España **Elaboración:** Equipo investigador

Condiciones de trabajo en el país de destino: contratos registrados de médicos y odontólogos de los países andinos, según tipo



Fuente: Servicio Público de Empleo Estatal. Ministerio de Trabajo en Inmigración de España. Registro de contratos 2005 – 2009. Ficheros entregados a medida.
Elaboración : Equipo de investigación.

Condiciones de trabajo en el país de destino: contratos registrados de enfermería de los países andinos, según tipo



Fuente: Servicio Público de Empleo Estatal. Ministerio de Trabajo en Inmigración de España. Registro de contratos 2005 – 2009. Ficheros entregados a medida.
Elaboración : Equipo de investigación.

Intención de emigrar en estudiantes de medicina y enfermería

- Se encontró que la prevalencia de la intención de migración es mayor entre los estudiantes de medicina que en los de enfermería, igual es más frecuente entre los que no tienen hijos con respecto a los que tienen y a quienes poseen redes migratorias previas.

Homologación de títulos en Región Andina

- Se observa bastante similitud en la concepción y en el diseño de los conjuntos normativos para la homologación de títulos en los países andinos.

- Se constata la existencia de una infraestructura legal e institucional y una situación normativa de base.

- Características favorables para avanzar en la formulación de propuestas concretas que puedan conducir, progresivamente, a la formalización de una real y efectiva Homologación de Títulos en Salud, que es el primer paso para que legalmente se ejerza la profesión en los países de destino.

Migración y dotación en RHUS en países Andinos

- Cinco de los seis países andinos no cumplen con la recomendación de 25 médicos y enfermeras x 10.000 habitantes realizada por los Desafíos de Toronto.

- Solo Chile lo cumple : 32.7 por 10.000 h. Bolivia llega a 8.9 de Bolivia; Ecuador a 17.4 ; Perú a 19.5 y Colombia a 23.8. Chile es el país con la menor salida de personal profesional de salud.

- **¡Alerta! El desafío 3 de Toronto sobre migración no se cumple: ningún país ANDINO plantea una política frente a la migración calificada de sus recursos humanos.**

Conclusiones

- La movilidad humana desde los países periféricos de América Latina tiene un registro histórico que data de finales de la década de 1950. Hasta hace unos años la migración calificada de personal de salud era efectivamente considerada como una válvula de escape dada las limitaciones de la oferta de trabajo de estos países, y más bien era incentivada. Hoy el problema comienza lentamente a cobrar tal magnitud que parece inquietar a las autoridades. Esto sucede en países donde el Estado ha retornado a ocupar un papel preponderante como responsable de la protección social ya que a mediano plazo la ausencia de estos profesionales dificultará la prestación de los servicios de salud y la construcción de sistemas de salud incluyentes.

Conclusiones

- La emigración de personal calificado de la salud termina siendo un "subsidio perverso" (OMS/OPS, 2006:41): por satisfacer la demanda de profesionales de la salud en los países ricos, los sistemas sanitarios en los países pobres pierden recursos humanos calificados en los que han invertido para su formación.

- La migración de médicos-as y enfermeras-os es resultante de la acumulación de problemas estructurales no resueltos oportunamente en los sistemas de salud de la región europea.

- Para poder frenar de algún modo esta situación la OMS formuló un Código de Ética que intenta regular la salida de personal para que no se afecten los países de origen a través de armar políticas bilaterales.

Conclusiones

- A diferencia de lo que acontece con otros tipos de migración entre los médicos-as y enfermeras-os, los marcos estatales regulatorios que fomentan la aplicación de políticas de reclutamiento juegan un rol determinante potenciando y disparando este tipo de migración (Bach, 2003:4).

Estas políticas de algún modo expresan el deseo, por lo menos estatal, de la llegada de estos emigrantes calificados. Hecho que determina la experiencia migratoria: rutas, redes migratorias y formas de inserción laboral y vital en destino.

Conclusiones

- Las Universidades públicas son los centros de formación prioritarios de los emigrantes.
- Dentro de la formación y cultura de las profesiones de la salud existe una imagen de que la mejor práctica está en los lugares de mayor complejidad tecnológica en desmedro de los que tienen mayor impacto social, como el trabajo en APS.
- Esta formación parecería tener un efecto expulsor, gran parte de los galenos viajan en busca de ese alto desarrollo tecnológico. De igual manera, cuando retornan los profesionales se desencuentran con los niveles tecnológicos de sus países de origen.

Conclusiones

- Se distinguen tres razones para emigrar: 1- la búsqueda de excelencia académica vinculada al prestigio social al retorno a sus países de origen; 2- vivir y trabajar en mejores condiciones económicas (mayor motivador entre las enfermeras); 3- huir del conflicto político y la inseguridad en sus países de origen.

Conclusiones

- Se constata la ausencia de un sistema de planificación del personal profesional y de un sistema de información para el monitoreo de la migración en cuanto a magnitud, causas, rutas, condiciones de trabajo en el país de destino.

- Deficiencias alertan respecto a la precariedad del abordaje estratégico de la gestión de los recursos humanos en la Región Andina.

- La migración de médicos y enfermeras no es exclusiva de los MSP sino que implica una respuesta integral de los Estados implicados.

Los emigrantes nos recomiendan:

"Salir de Bolivia es bueno por la distancia de años luz en la medicina con España, no se qué decir respecto a que la gente vuelva".

Médico, migrante boliviano
Barcelona, 2010.

Propuestas de médicos-as y enfermeros-as en destino

Producción vs utilización del RHUS

- Regular número de médicos que se forman en las universidades.
- Equilibrar número de médicos y número de plazas.
- Más médicos en zona rural.
- Crear más plazas de trabajo.
- Crear mayores oportunidades a médicos recién egresados.

Salarios

- Mejorar remuneración.

Condiciones de trabajo

- Mejorar infraestructura, acceso a tecnología.
- Más incentivos, acceso a becas y un mejor trato a los profesionales.
- Crear condiciones de equilibrio entre vida laboral y personal.

Mayor desarrollo en el país de origen

- Crear condiciones de estabilidad económica, política y social

tener leyes mas justas.

Relaciones internacionales

- Programas de cooperación con España.

Propuestas de médicos-as y enfermeros-as en destino

Educación

- Mejorar sistema educativo de pregrado.
- Mejorar condiciones laborales de programas de residencia y especialidad.
- Regular y ampliar las plazas para especialidad.
- En Chile se deben aumentar los programas de posgrado.

Impacto de emigración

- Valorar más al médico en lo profesional: médicos cubanos han desplazado a los Venezolanos.
- Cambiar radicalmente el sistema de salud.
- muchos profesionales subutilizados.

Enfermeras

- Deberían implementar un sistema de enfermería como el español.
- Eliminar duplicidad innecesaria de enfermeras y auxiliares.
- Dar autonomía a la enfermería.

DESAFÍO PENDIENTE

- No existe en la región andina un compromiso sobre el manejo del tema migratorio de personal profesional. Es necesario sensibilizar a los Estados para el diseño integral de una política sobre migración calificada