



MIGRACIONES PROFESIONALES LA-UE
OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO COMPARTIDO

Acción financiada por la Comisión Europea en el marco del Programa Temático de Cooperación con Países Terceros en los ámbitos de Migración y Asilo

CONTRATO N° MIGR/2008/152-804 (5.2)



ESTUDIO MULTICÉNTRICO MIGRACION CALIFICADA EN LA SUBREGION ANDINA

Coordinación General: Organización Panamericana de la Salud Subregión Andina

- Mónica Padilla, Responsable de la Cooperación Técnica para el Desarrollo de RHUS de la Subregión Andina OPS/OMS (2006 a Julio 2010), y actual Responsable de la Cooperación Técnica en la Subregión Centroamericana OPS/OMS, con sede en El Salvador
- Norbert Dreesch, Responsable de la Cooperación Técnica para el Desarrollo de RHUS de la Subregión Andina de OPS/OMS, con sede en Perú

"MIGRACIONES PROFESIONALES LA/UE, OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO COMPARTIDO",

Coordinación Técnica: Fundación Observatorio Social del Ecuador

- Coordinación técnica general: Lcda. Margarita Velasco (Ecuador)
- Coordinación técnica del componente Homologación de Títulos: Dr. Jorge Castellanos (Colombia)
- Coordinación técnica desde la acción: Lcda. Silvia S. Hernández (España)
- Alexandra Escobar
- César Chalén
- Soledad Álvarez

Equipos nacionales de investigación:

Bolivia

Myriam Gamboa, Ministerio de Salud
Leopoldo Montecinos, Consultor componentes de migración calificada del país
Hugo Rivera, Consultor Nacional de RHUS, OPS/OMS

Colombia

Luis Carlos Ortiz, Director Nacional de Análisis de Políticas de RHUS, Ministerio de Protección Social.
Alexandra Matallana, Consultor componentes de migración calificada del país
Yelitza Rubio, Ministerio de Protección Social
Osvaldo Salgado, Consultor componentes de migración calificada del país
Gerardo Alfaro, Consultor Nacional de RHUS, OPS/OMS

Chile

Verónica Bustos, División de Gestión de las Personas, Ministerio de Salud
Mauricio Feliu, Ministerio de Salud
Carlos Becerra, Consultor componentes de migración calificada del país
Julio Suárez, Consultor Internacional en Sistemas y Servicios de Salud, OPS/OMS

Ecuador

Eduardo Puente, Director de RH en Salud, Ministerio de Salud Pública
Rocío Segovia, Consultora componentes de migración calificada del país
Cristina Merino, Consultora Nacional de RHUS, OPS/OMS

Perú

Manuel Núñez, Director de la "M", Ministerio de Salud
Giovanni Escalante, Consultor Nacional de RHUS, OPS/OMS
Julio Gamero, Consultor componentes de migración calificada del país
Amador Rodríguez, Consultor componentes de migración calificada del país
Catalina Tenorio, Consultora componentes de migración calificada del país

Venezuela

Raquel Mata, Directora General de Investigación y Educación del Ministerio del Poder Popular para la Salud
Luisa Castillo, Directora de investigación
Tulia Hernández, Consultora componentes de migración calificada del país
Víctor Zamora, Consultor Internacional en Sistemas y Servicios de Salud, OPS/OMS

En España:

Helena Sanabria, Colombia, Consultor fase de recolección
Diego Falconi, Ecuador, Consultor fase de recolección

Escuela Andaluza de Salud Pública: seguimiento administrativo del Proyecto desde España

Maritxu Pando Letona, EASP



Subregión Andina - OPS/OMS

Marco Ramírez, Comunicación y registro documental en Pagina Web www.observarh.org/andino Consultor de la Red Andina en RHUS

En coordinación con el Organismo Andino de Salud

Patricio Yépez, Secretario Adjunto del ORAS-CONHU

Los autores son responsables de las opiniones expresadas en este documento.



PRODUCTO 2:

ANÁLISIS SOCIODEMOGRÁFICO Y MOTIVACIONAL DE LOS EMIGRANTES PROFESIONALES EN SALUD

Organización Mundial de la Salud (OMS)
Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Comunidad Europea (CE)
Observatorio Social del Ecuador (OSE)
Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP)



CONTENIDOS

NOTA METODOLÓGICA.....	6
Primera Parte INTENCION DE MIGRACIÓN	8
Segunda Parte EMIGRANTES RETORNADOS	37
Tercera Parte UNA FOTOGRAFÍA DE LA INMIGRACIÓN CONTEMPORÁNEA EN LA UE	60
ANEXOS - CONDICIONES DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD EN ESPAÑA	101

NOTA METODOLÓGICA

Esta segunda parte de la investigación pretende cubrir tres aspectos del proceso migratorio de profesionales de la salud: 1-intención de migración; 2- experiencia migratoria en destino y 3- experiencia del retorno migratorio. De esos tres ámbitos, aquél en el que hemos tenido mayor dificultad para ubicar a informantes a quienes encuestar ha sido precisamente para este tercer aspecto. Identificar a médicos-as y enfermeros-as provenientes de la Región Andina que hayan emigrado a países de la UE y retornado a sus países de origen, no ha sido tarea fácil. A diferencia de los 24 casos que se analizarán para la experiencia en destino y los 110 para la intención de migración; para comprender los rasgos más relevantes de la experiencia del retorno migratorio, únicamente contamos con 12 casos. Si bien estas diferencias dan cuenta de que existieron limitaciones metodológicas para hallar a los retornados, propias de una primera investigación de este tipo y que pueden y deben ser pulidas a futuro, también nos permiten conjeturar otras posibles razones que se vinculan con el proceso de la migración calificada en general.

Se complementa esta información de fuentes directas, con las recabadas en fuentes indirectas que describen las condiciones de trabajo de los grupos profesionales en España, a partir de la revisión de fuentes documentales.

Podríamos inferir que las dificultades metodológicas probablemente se deriven de una invisibilización en los países de origen frente a este tipo de migración. Situación, que a diferencia de lo que ocurre con otros flujos migratorios como los indocumentados, no se relaciona necesariamente con un ocultamiento debido a una “falta” administrativa cometida – como es emigrar sin documentos y ser deportado –, o por un estigma social que puede cargar el migrante trabajador no calificado y más aún si no cuenta con papeles. La poca visibilización de la migración de profesionales puede relacionarse con dos aspectos adicionales. Por un lado, debido a que la salida y retorno de profesionales, muchas veces, es vista como un intercambio de experiencias o una estancia educativa y no como un flujo migratorio como tal. Por otro, y directamente emparentado con ese primer aspecto, debido a la ausencia de sistemas de información actualizados y específicos gestionados desde las instituciones de salud y migratorias de los países de origen. De hecho, retomando la reflexión planteada en el primer producto de este informe, referida a la magnitud y flujo de la migración calificada y sus sistemas de información, en la mayoría de países de la región no se lleva un registro detallado sobre el proceso migratorio de profesionales en general, y menos aún sobre personal de la salud tomando en cuenta los destinos migratorios y para este caso, el momento y proceso de reinversión en el país de origen. Ambos rasgos dificultan claramente la identificación de posibles casos. A pesar de estas limitaciones, la información que los 12 emigrantes profesionales de la



salud retornados (en adelante sólo emigrantes retornados) que fueron entrevistados, es sumamente rica y diversa y nos permite, efectivamente, hacer un primer acercamiento al proceso de retorno al país de origen, siempre en relación con la experiencia previa en el país de destino.

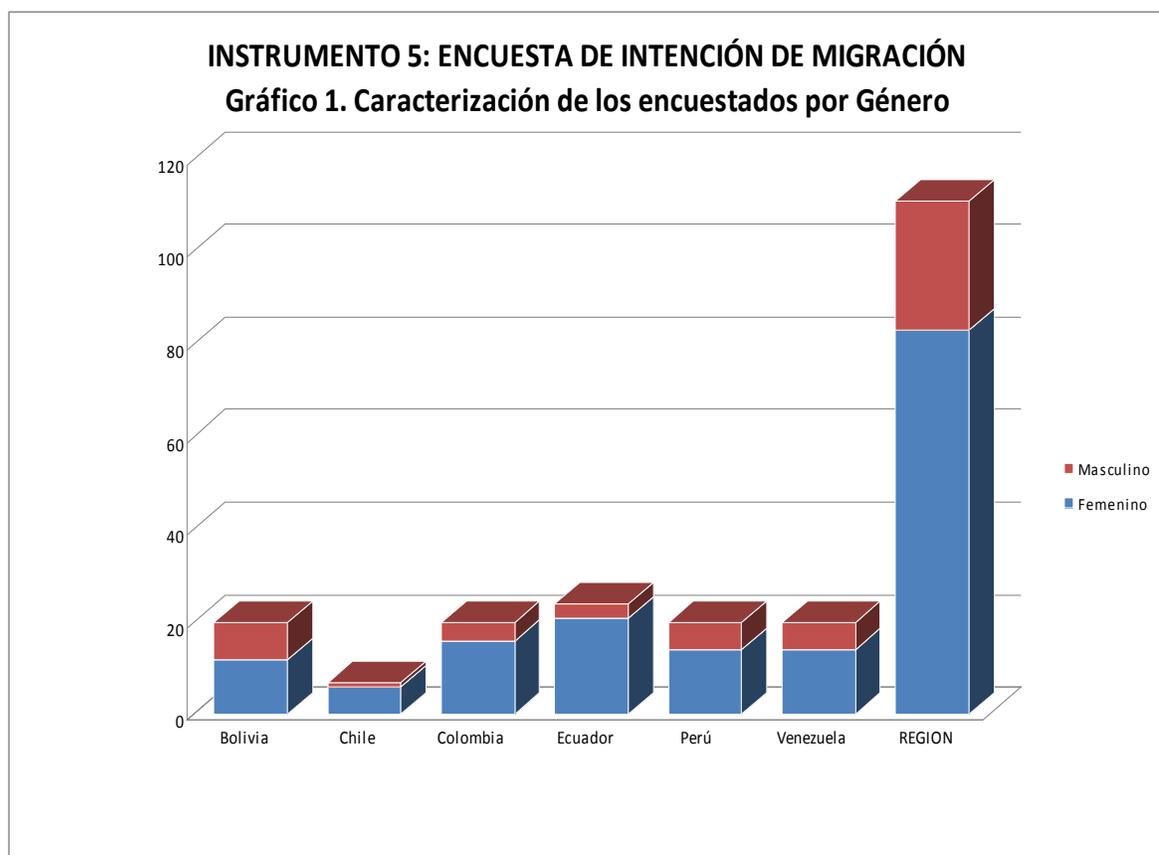
Primera Parte INTENCION DE MIGRACION

Este apartado describe los perfiles, motivaciones y expectativas de 110 estudiantes de enfermería y medicina de los 6 países andinos: 20 por cada uno, con excepción de Chile donde solo fue posible contactar con 10 de ellos.

El volumen de la información recabada permitió construir tablas descriptivas que grafican la distribución de las respuestas.

1.1. CARACTERIZACIÓN DE LOS GRUPOS ENCUESTADOS

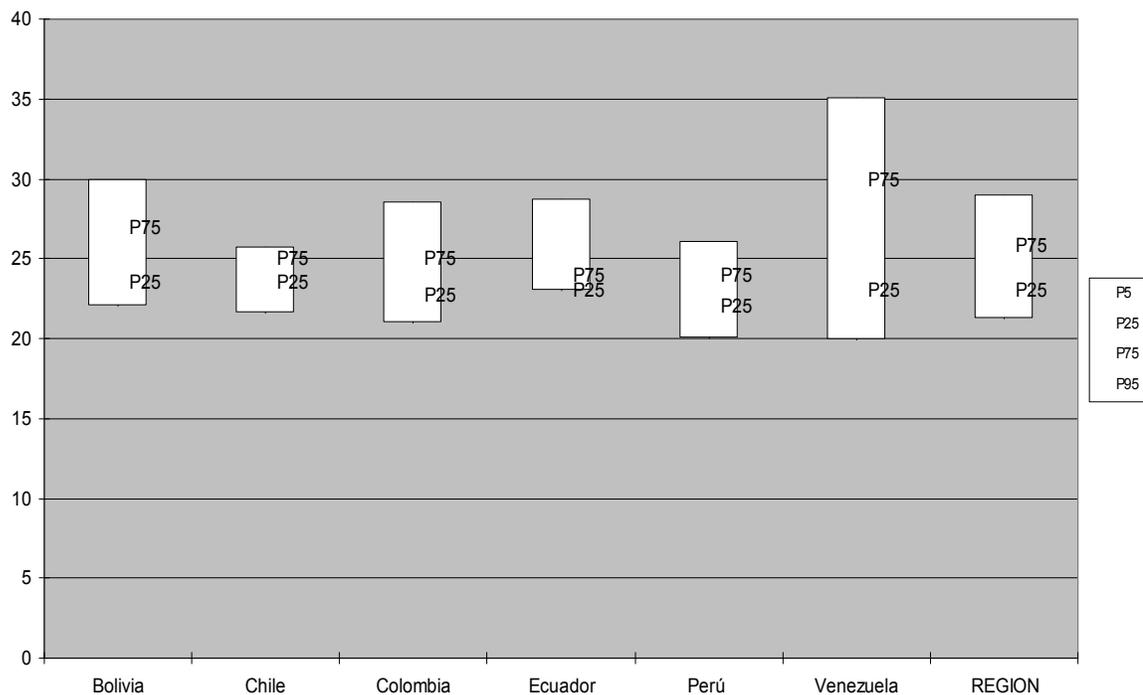
Se recibió información de 6 países: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. Tanto en el consolidado de la Región, como en los subtotales de cada país, se observa un claro predominio del GEN femenino (Gráfico 1).



Fuente: Estudio de los 6 países andinos
Elaboración: Equipo coordinador FOSE, 2010

Tal como cabía esperar, por tratarse de estudiantes de últimos años de las CARRs de Medicina y Enfermería, la mediana de edad de los entrevistados se sitúa, para la región, en 24.5 años. La dispersión de esta variable se muestra en el Gráfico 2.

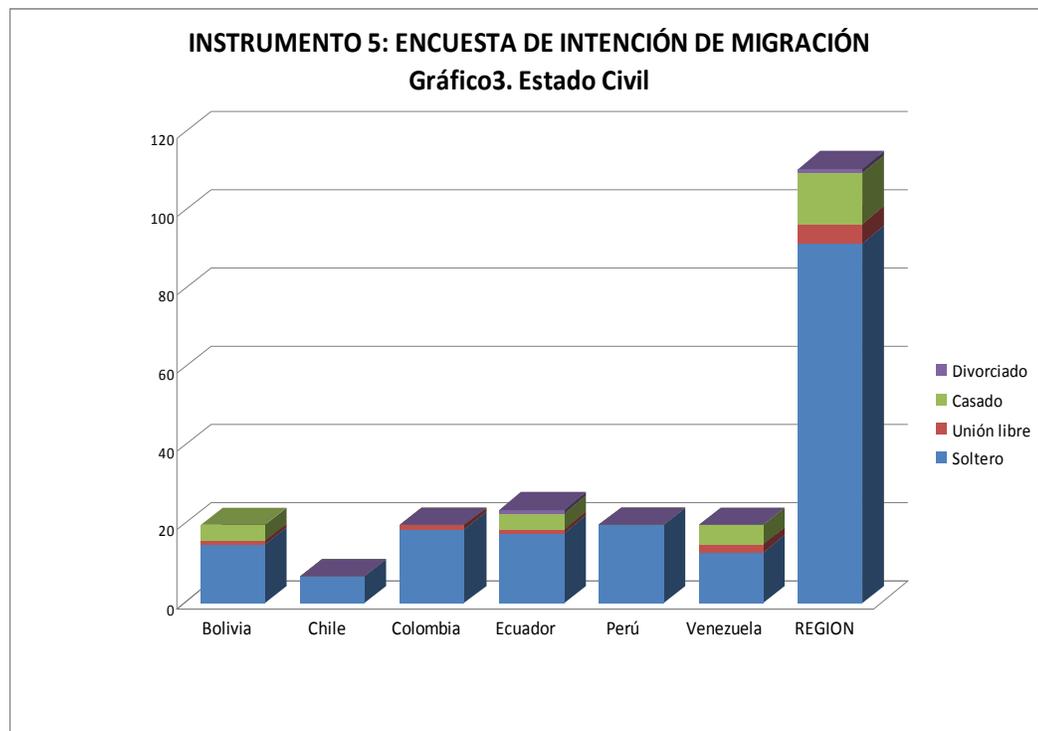
INSTRUMENTO 5: ENCUESTA DE INTENCIÓN DE MIGRACIÓN
Gráfico 2. Distribución Percentilar por Edades (Años)



Fuente: Estudio de los 6 países andinos
Elaboración: Equipo coordinador FOSE, 2010

Tal como cabía esperar, por tratarse de estudiantes de últimos años de las CARRs de Medicina y Enfermería, la mediana de edad de los entrevistados se sitúa, para la región, en 24.5 años. La dispersión de esta variable se muestra en el Gráfico 2.

Con muy pocas excepciones, se trata de estudiantes nativos del país donde se realiza la encuesta, en su gran mayoría solteros (Gráfico 3). Solamente el 18% son padres, de 1 hijo casi todos y 2 hijos unos pocos.

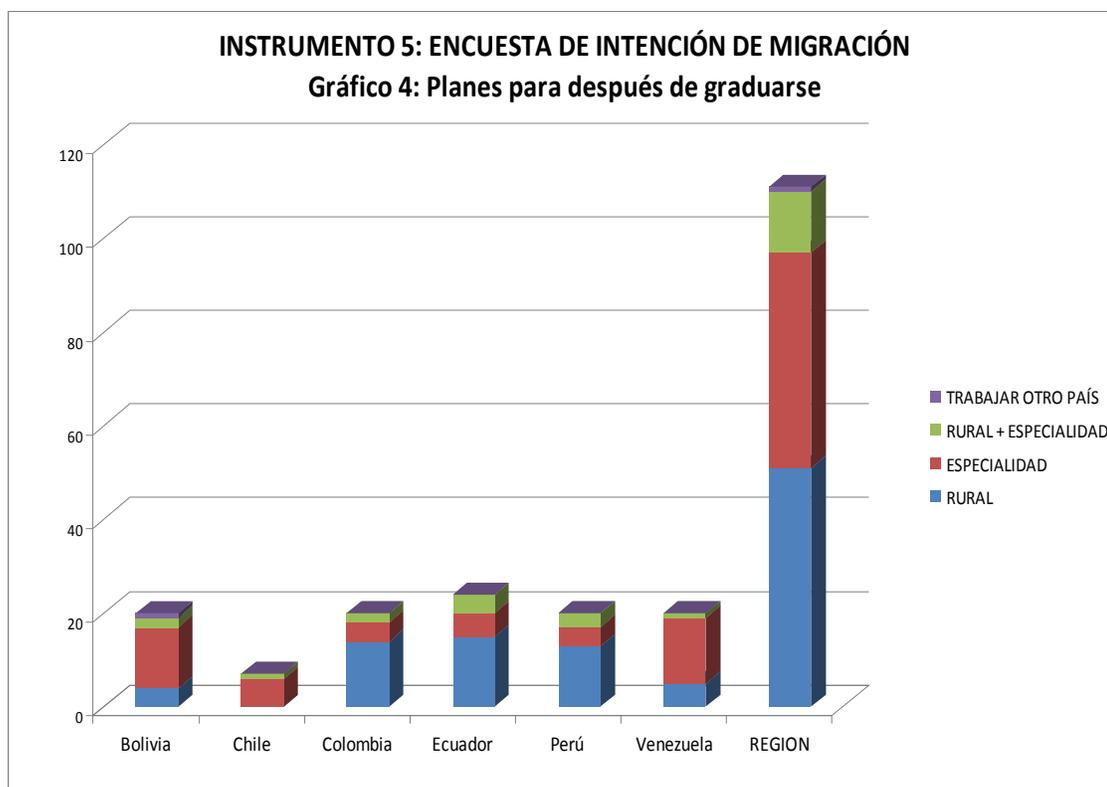


Fuente: Estudio de los 6 países andinos

Elaboración: Equipo coordinador FOSE, 2010

Con ligeras variaciones (Ecuador y Perú), la mitad de los encuestados cursa la carrera de enfermería y la otra mitad, medicina. Estas proporciones estuvieron prefijadas en el diseño de la encuesta.

El 54% de los encuestados planea realizar estudios de post grado: 13% después de realizar el servicio rural y 41% antes (Gráfico 4)



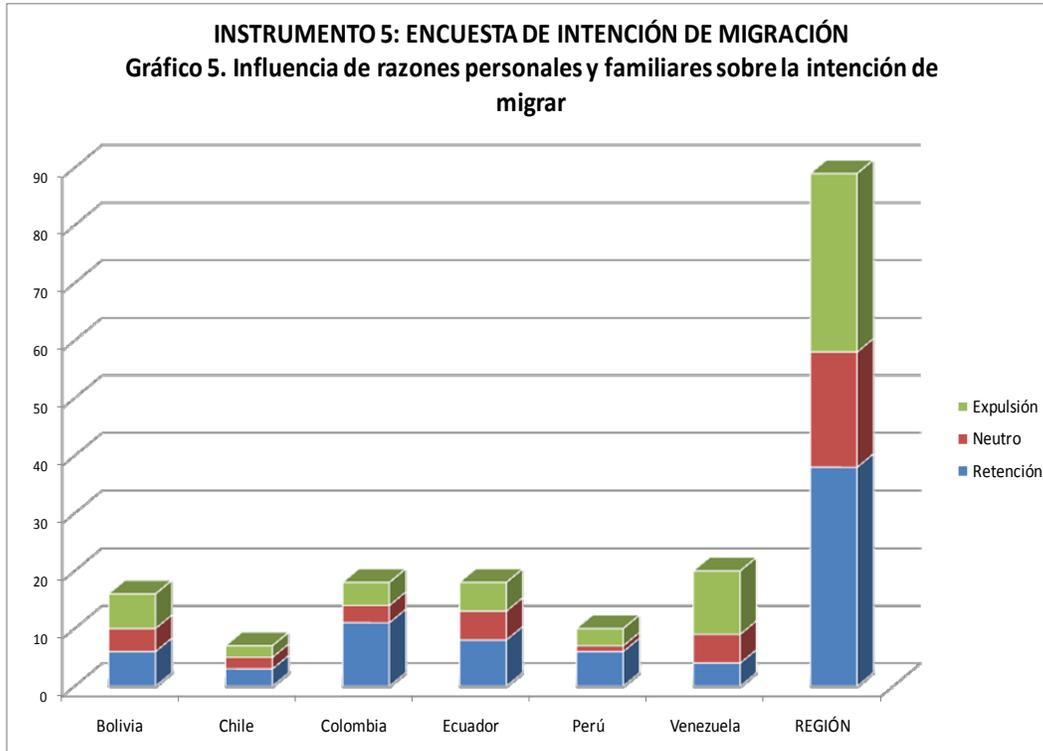
Fuente: Estudio de los 6 países andinos
Elaboración: Equipo coordinador FOSE, 2010

1. 2. ELEMENTOS RELACIONADOS CON LA INTENCIÓN DE MIGRAR

a. RAZONES PARA MIGRAR

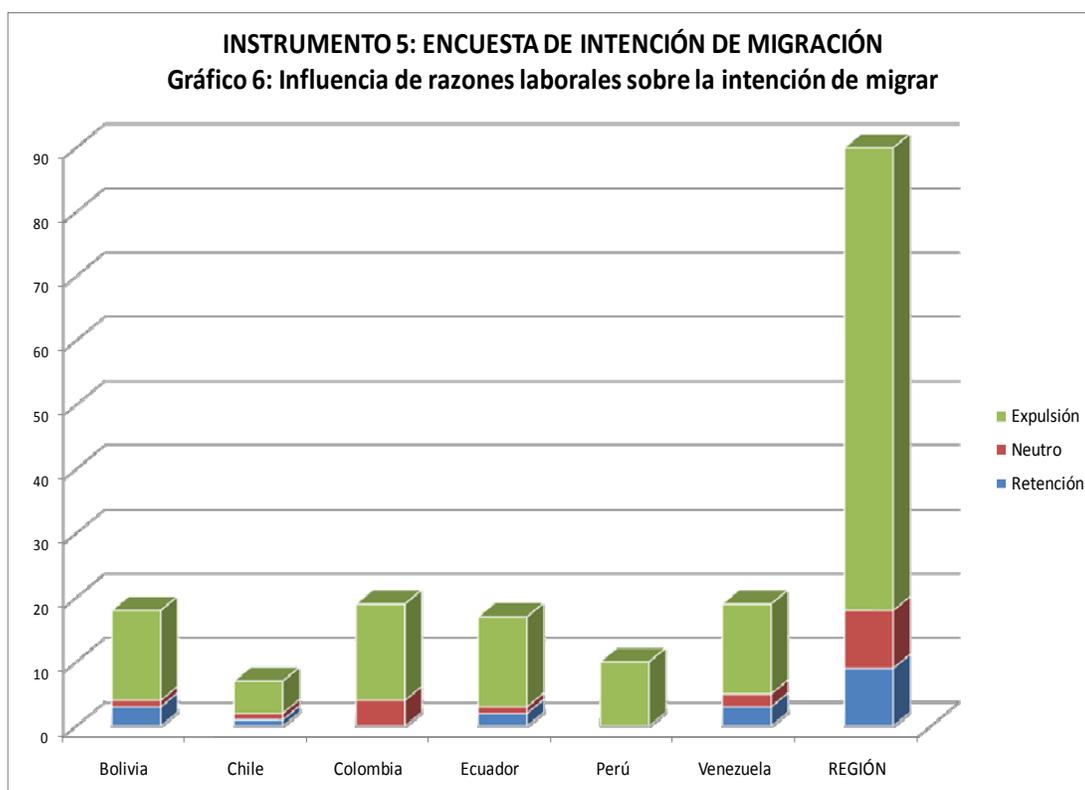
Con excepción de Venezuela, las razones personales y familiares tienen un efecto predominantemente de retención, tal como se observa en el Gráfico 5. En el **encontrarse con otra persona**, y en el **agrupamiento familiar** se halla el mayor peso sobre la decisión de permanecer en el país de origen, mientras que las

razones económicas y conocer otros contextos y culturas tienen el mayor efecto expulsor.



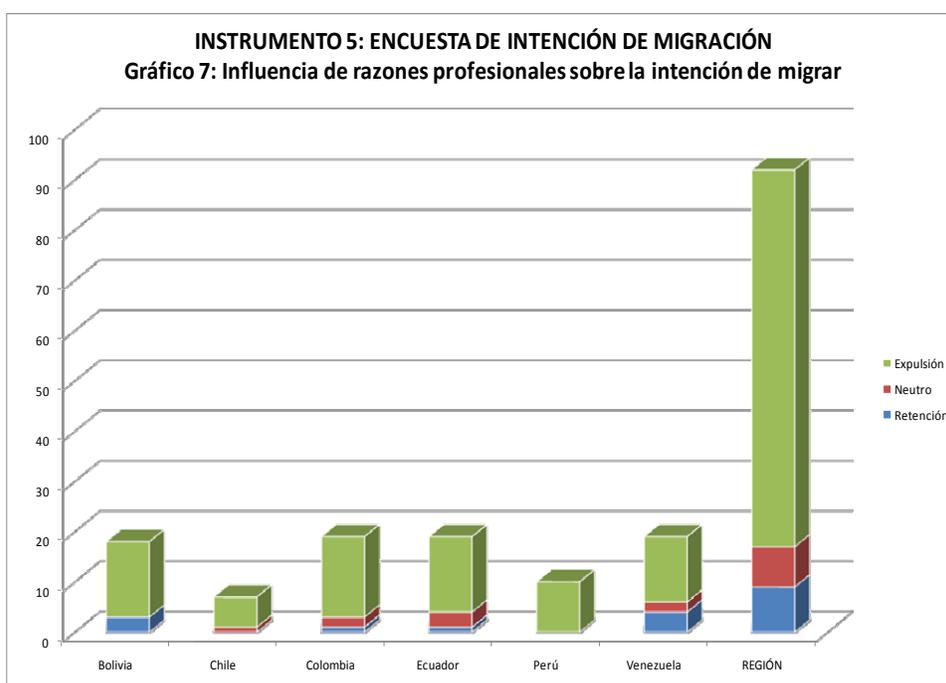
Fuente: Estudio de los 6 países andinos
 Elaboración: Equipo coordinador FOSE, 2010

Las razones laborales tienen un neto efecto expulsor, como puede verse en el Gráfico 6. La mayor fuerza corresponde a la **remuneración**, el **acceso a formación continua** y el **modelo de sistema de salud**.



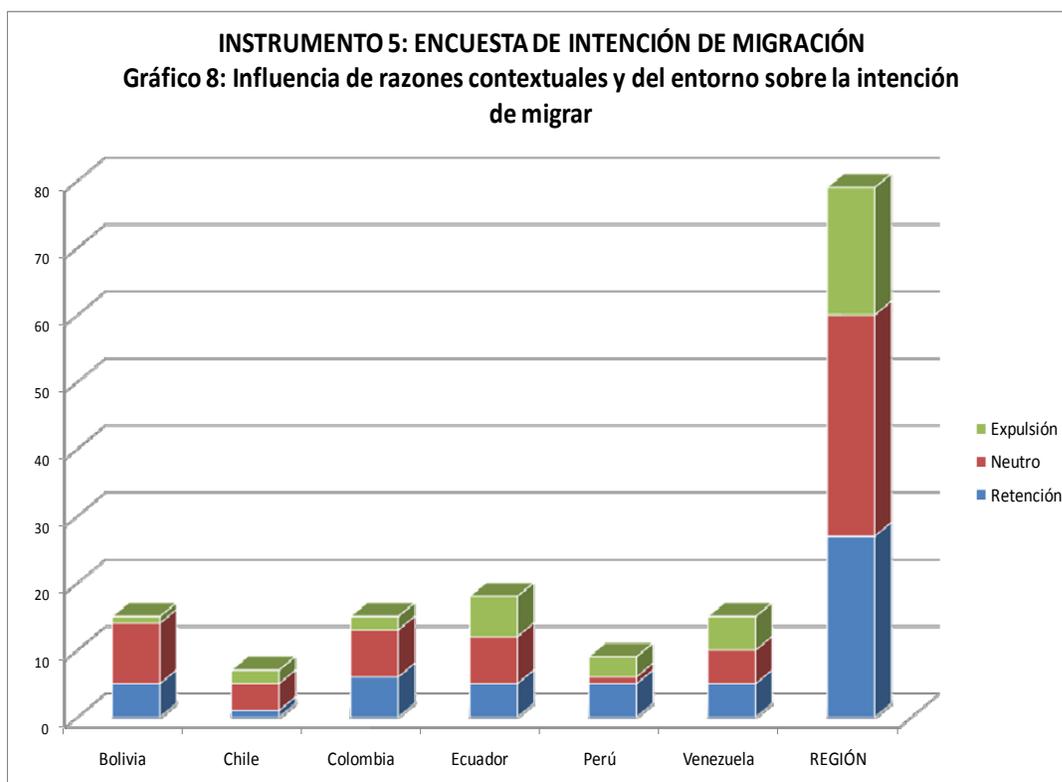
Fuente: Estudio de los 6 países andinos
 Elaboración: Equipo coordinador FOSE, 2010

Las razones profesionales influyen, al igual que las laborales, a favor de la decisión de migrar (Gráfico 7). **Adquirir una especialidad y Adquirir experiencia en otro contexto,** son las motivaciones más fuertes.



Fuente: Estudio de los 6 países andinos
Elaboración: Equipo coordinador FOSE, 2010

El efecto de las razones contextuales y del entorno es más bien disperso, pues un número similar de respuestas los identifican como expulsores, neutros o retentivos (Gráfico 8). De entre ellas, la de mayor efecto expulsor es **Mejorar las condiciones de vida**.



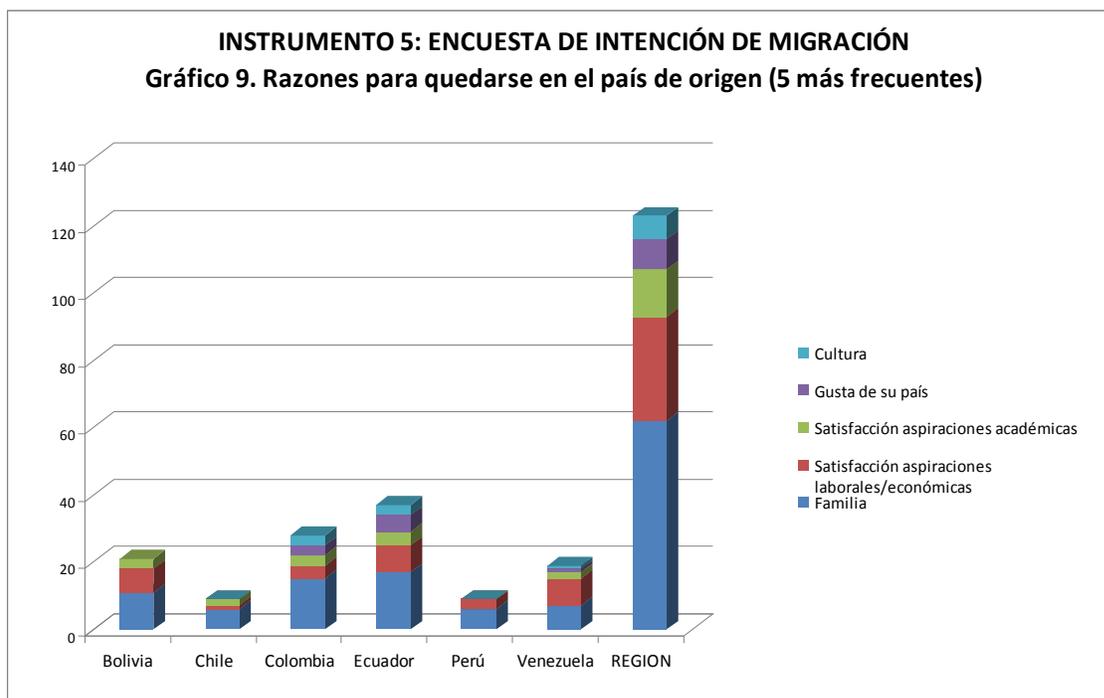
*Fuente: Estudio de los 6 países andinos
 Elaboración: Equipo coordinador FOSE, 2010*

i. DIMENSIÓN PÚBLICA

1. Causas de la migración relacionadas con el país de origen

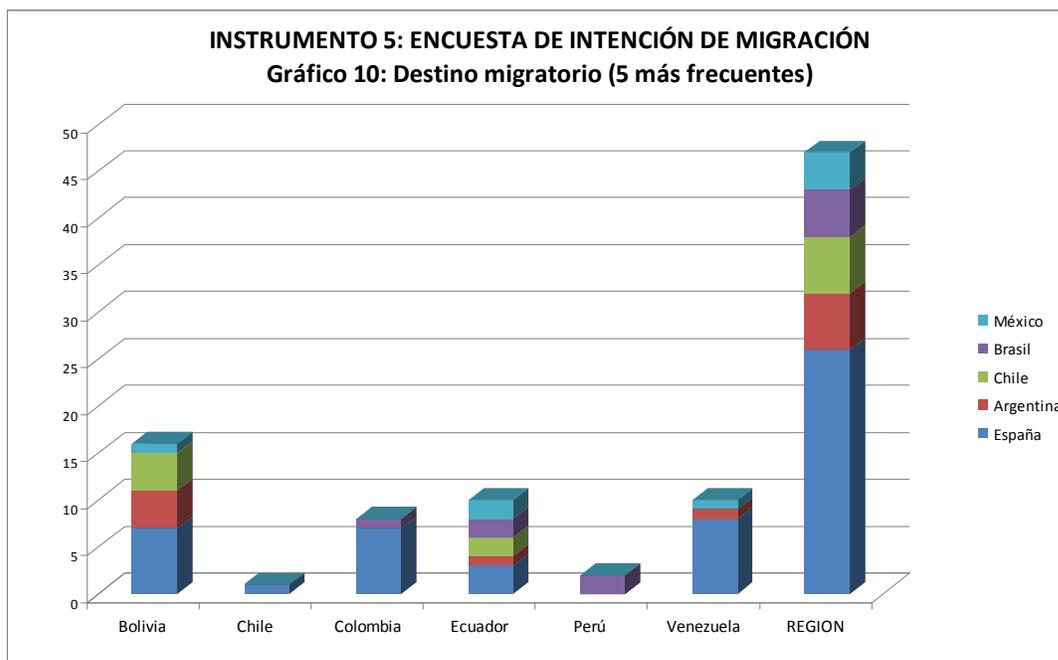
En este apartado de la encuesta se indaga sobre los motivos que los estudiantes tendrían para migrar o permanecer en su país de origen, los destinos migratorios preferidos, las medidas sugeridas para amortiguar los impactos de la migración en los ámbitos público y privado y las expectativas de acogida en el país de destino..

Al igual que en las preguntas 9 y 10, el apego a la familia, al país y la satisfacción de sus aspiraciones laborales, económicas y académicas, aparecen como los factores de retención más importantes (Gráfico 9).



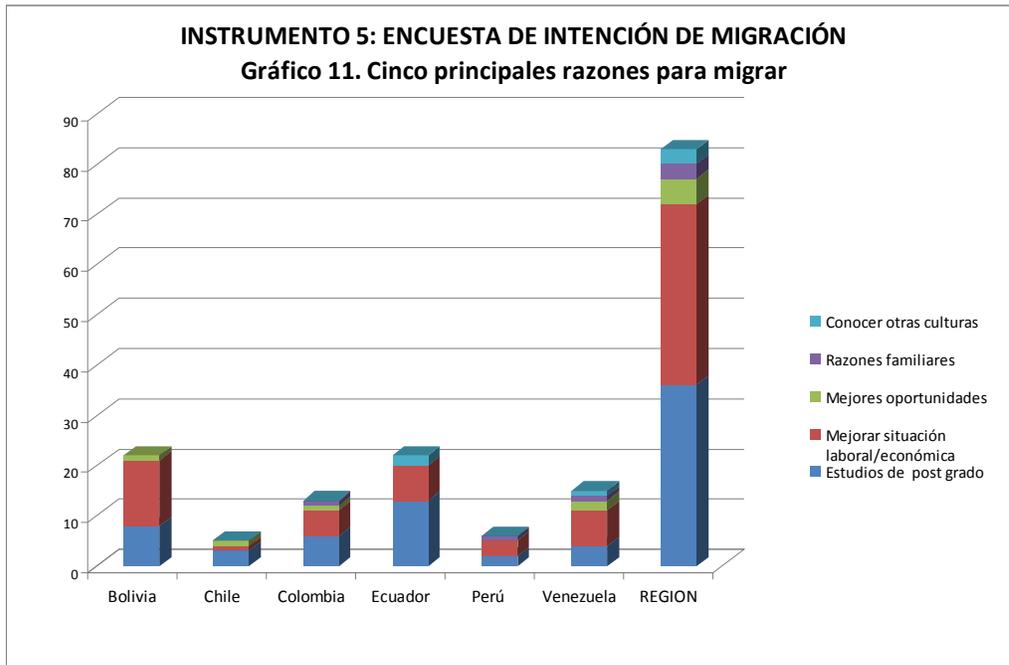
Fuente: Estudio de los 6 países andinos
Elaboración: Equipo coordinador FOSE, 2010

Los destinos migratorios mencionados con mayor frecuencia son España, Argentina y Chile (Gráfico 10).



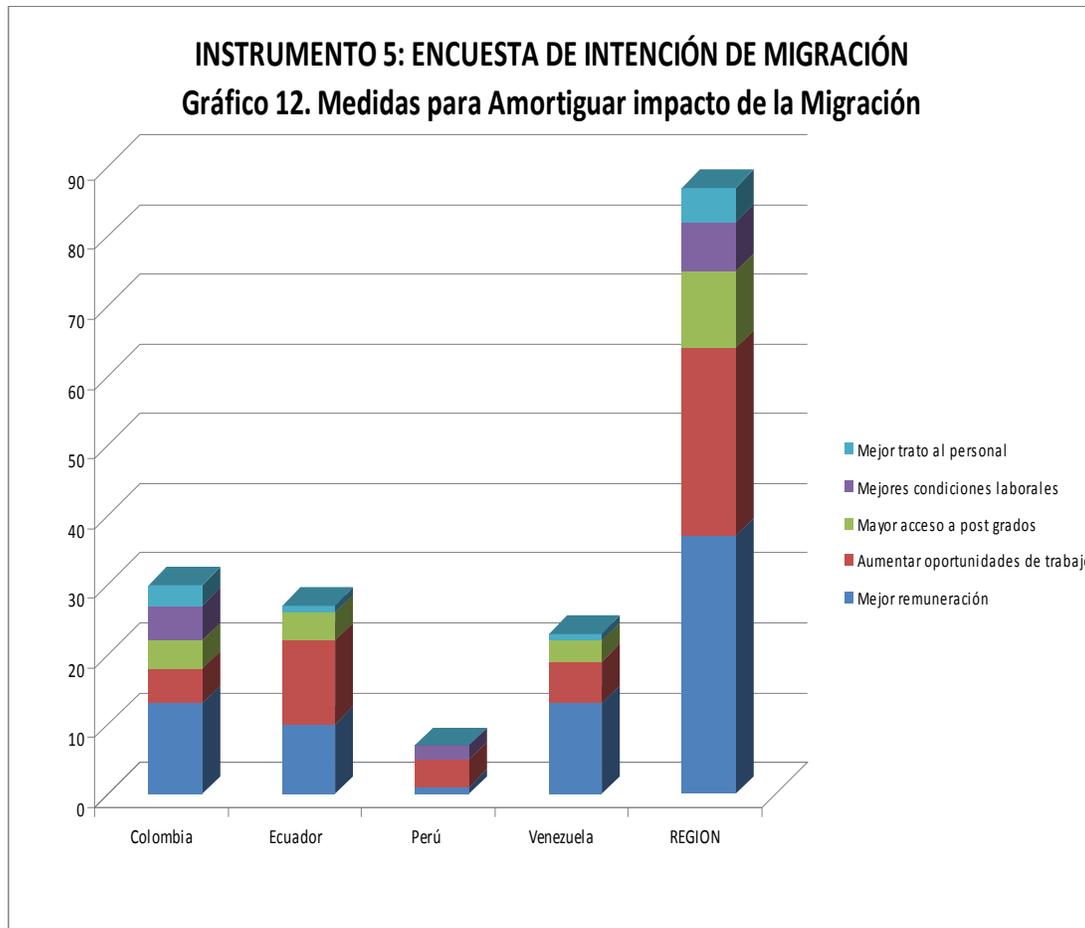
Fuente: Estudio de los 6 países andinos
Elaboración: Equipo coordinador FOSE, 2010

Las principales razones que les impulsarían a migrar son la realización de estudios de post grado y la búsqueda de una mejor situación laboral/económica (Gráfico 11).



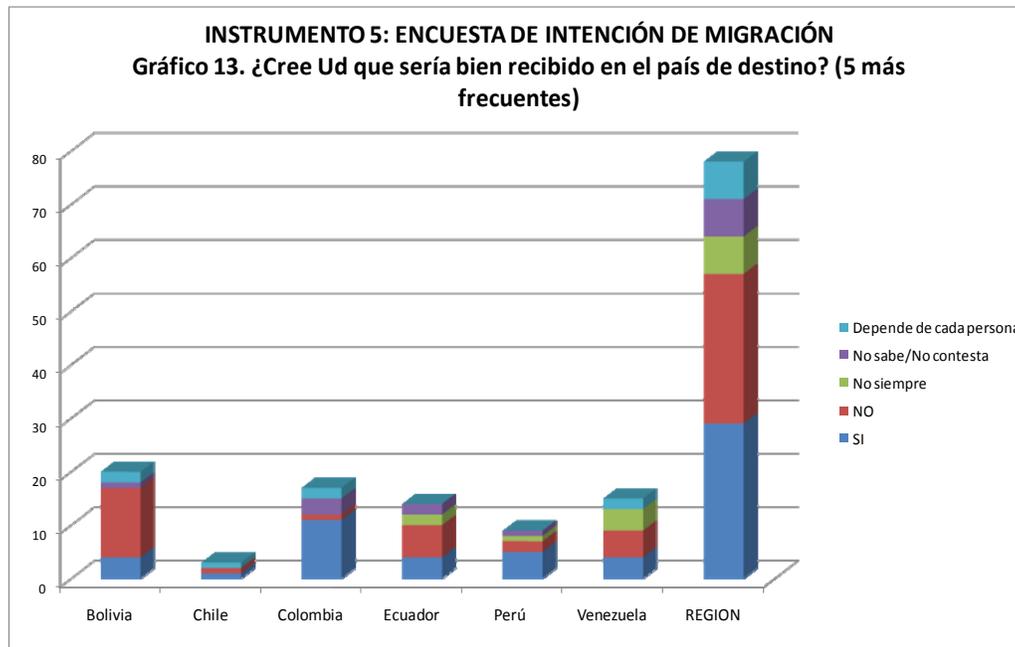
Fuente: Estudio de los 6 países andinos
Elaboración: Equipo coordinador FOSE, 2010

Las principales medidas que los estudiantes proponen para mitigar el impacto de la migración sobre los que se van, se refieren a la obtención de seguridad/beneficios sociales y de mejores condiciones de vida (Gráfico 12).



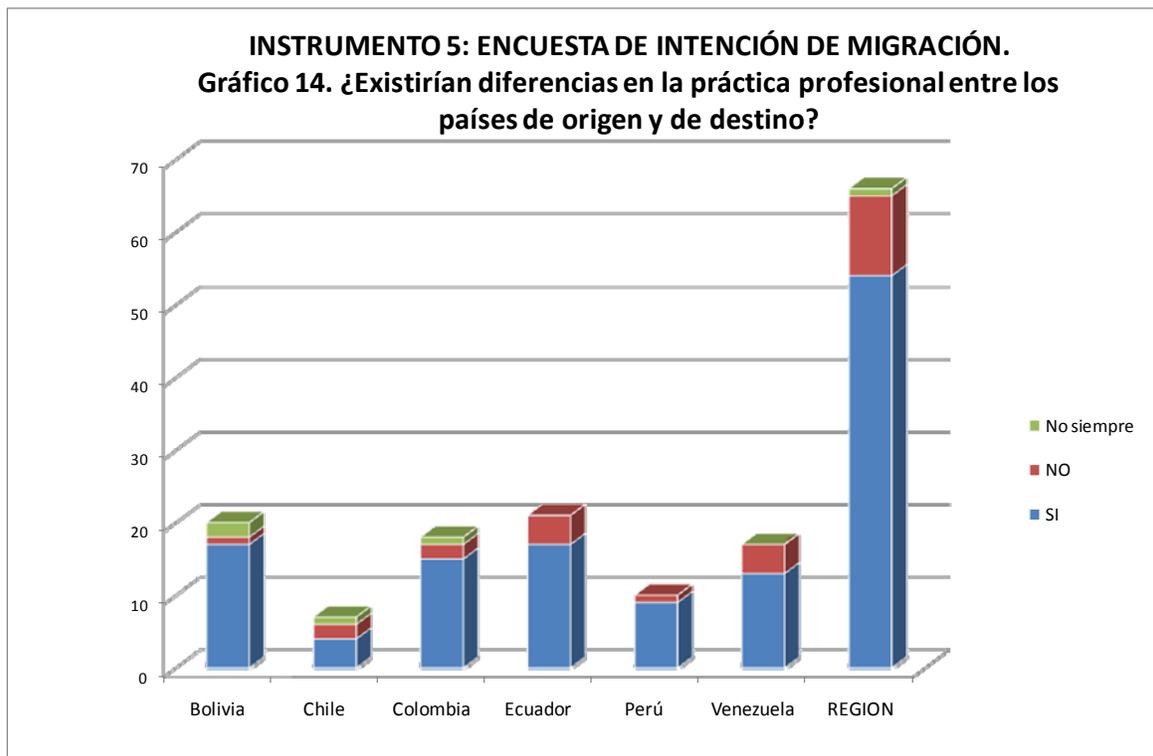
Fuente: Estudio de los 6 países andinos
 Elaboración: Equipo coordinador FOSE, 2010

Con respecto al recibimiento que tendrían en el país de destino, las opiniones son diversas: en Bolivia y Ecuador la percepción es más bien pesimista, mientras que en Colombia y Perú es manifiesto el optimismo. En un número importante de casos, el tipo de recibimiento se relaciona con características personales de cada migrante. La mayoría piensa, además, que existiría preferencia de acuerdo a la nacionalidad de los inmigrados.



Fuente: Estudio de los 6 países andinos
Elaboración: Equipo coordinador FOSE, 2010

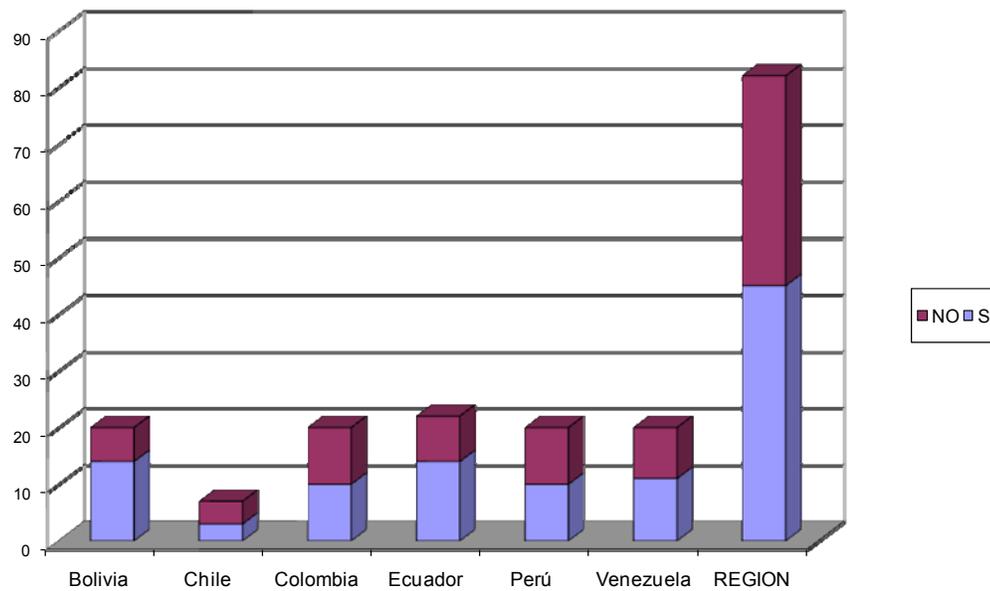
También es mayoritaria la opinión de que existen diferencias entre la práctica profesional del país de acogida y el de origen (Gráfico 14).



Fuente: Estudio de los 6 países andinos
Elaboración: Equipo coordinador FOSE, 2010

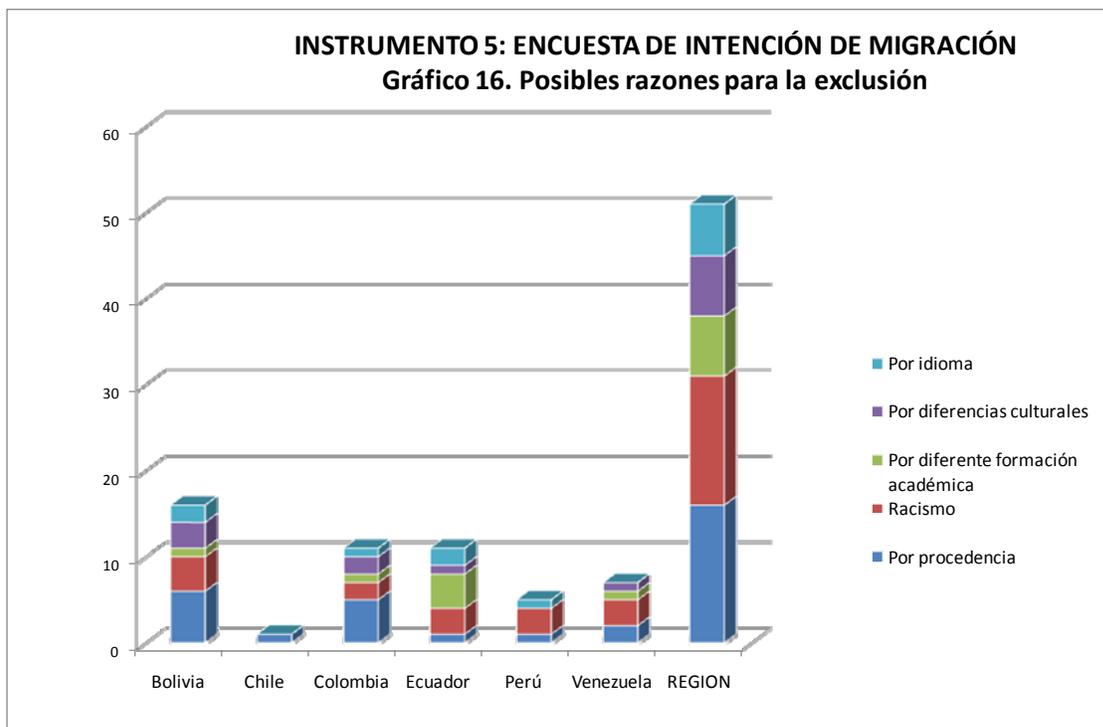
Menos claro es el pronunciamiento con respecto a la exclusión que recibirían los profesionales migrantes en el país de destino: en Bolivia y Ecuador el criterio predominante es que sí habría exclusión; en Chile, Colombia, Perú y Venezuela la opinión está dividida (Gráfico 15).

INSTRUMENTO 5: ENCUESTA DE INTENCIÓN DE MIGRACIÓN
Gráfico 15. ¿Cree que recibiría exclusión?



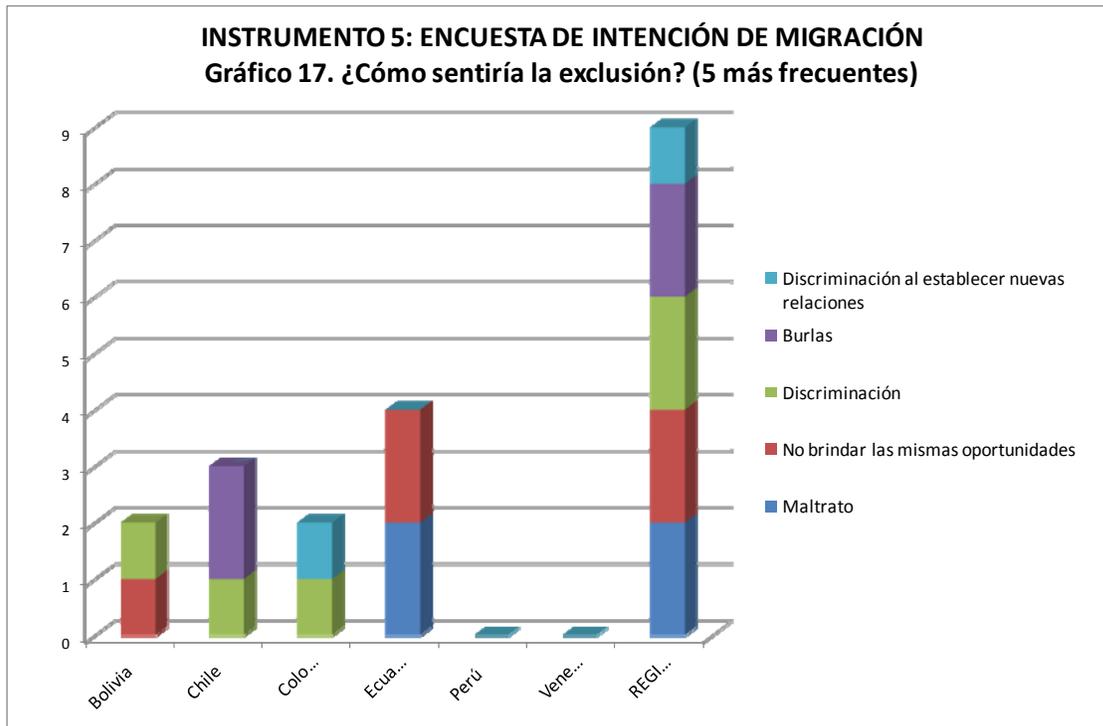
Fuente: Estudio de los 6 países andinos
Elaboración: Equipo coordinador FOSE, 2010

El racismo y la procedencia explicarían en la mayoría de los casos la exclusión (Gráfico 16).



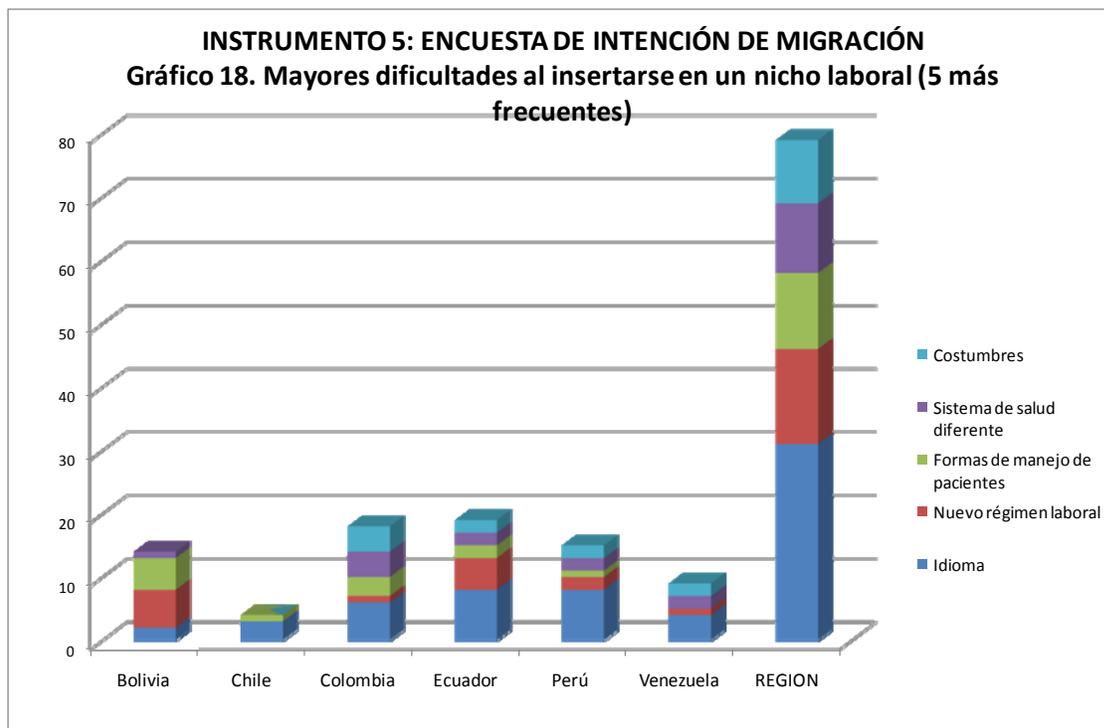
Fuente: Estudio de los 6 países andinos
Elaboración: Equipo coordinador FOSE, 2010

Los entrevistados perciben que la exclusión se manifestaría principalmente en forma de maltrato y de asignación diferenciada de oportunidades (Gráfico 17).



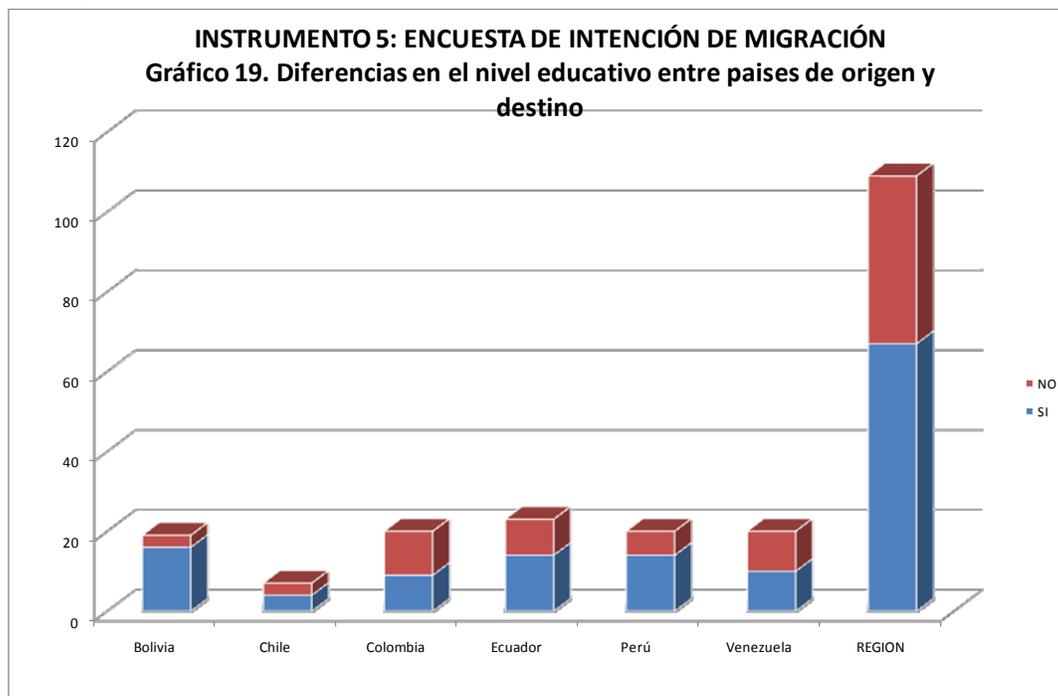
Fuente: Estudio de los 6 países andinos
 Elaboración: Equipo coordinador FOSE, 2010

El idioma, las costumbres y las diferencias entre los sistemas de salud son percibidos como las mayores dificultades que tendrían que enfrentar en el país de destino (Gráfico 18).

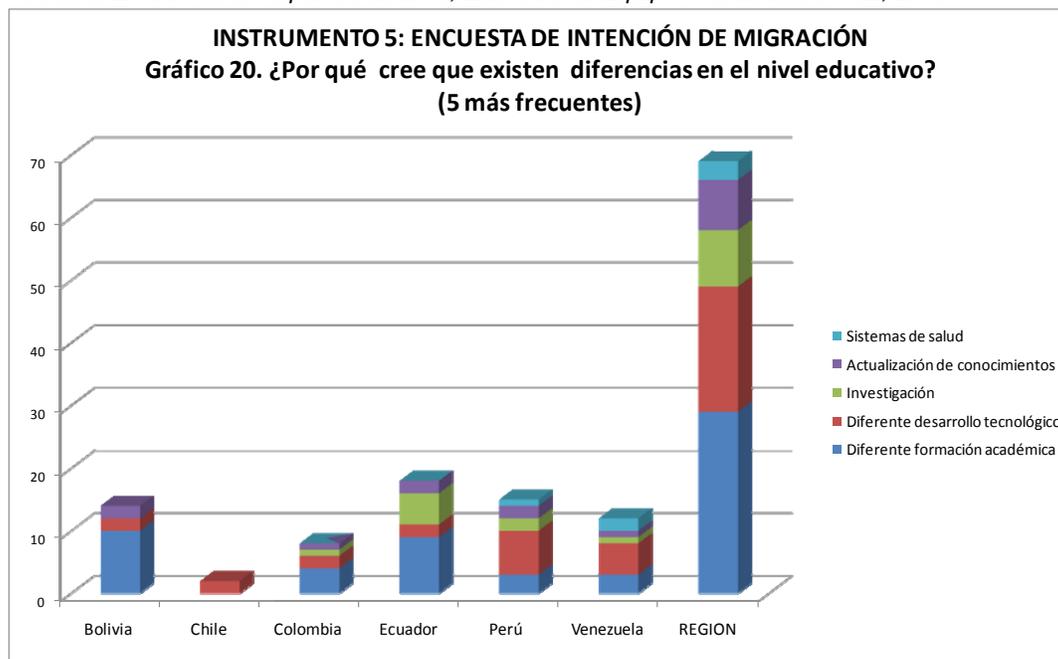


Fuente: Estudio de los 6 países andinos
 Elaboración: Equipo coordinador FOSE, 2010

Excepto en Colombia y Venezuela, predomina el criterio de que existen diferencias entre los niveles educativos de los países de origen y de destino (Gráfico 19). Estas diferencias radicarían, principalmente, en la formación académica, y en el desarrollo de la tecnología e investigación (Gráfico 20)



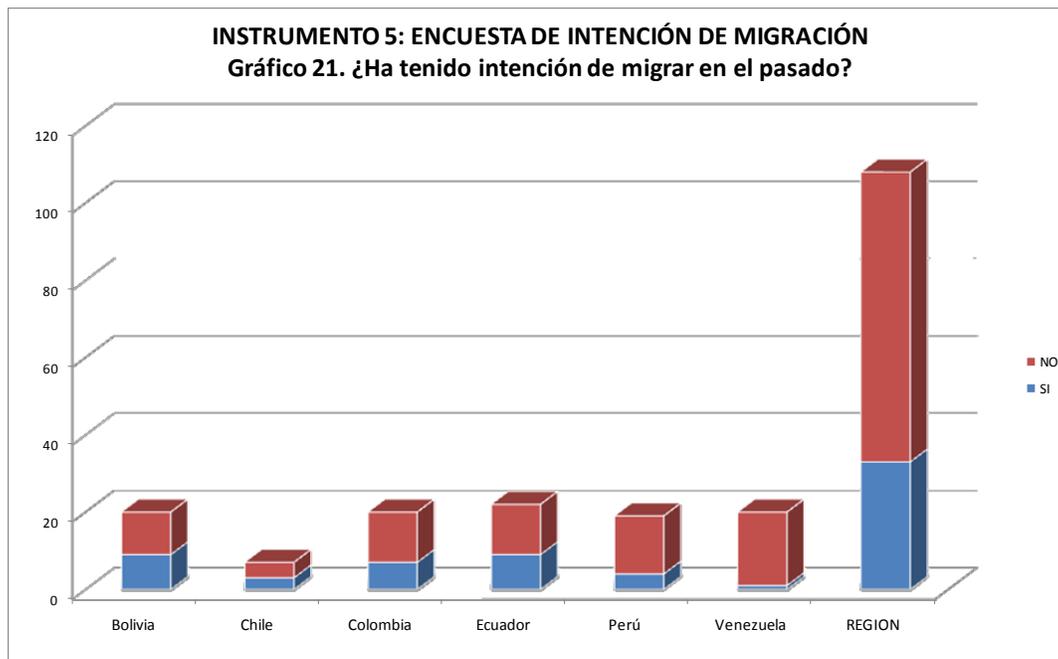
Fuente: Estudio de los 6 países andinos, Elaboración: Equipo coordinador FOSE, 2010



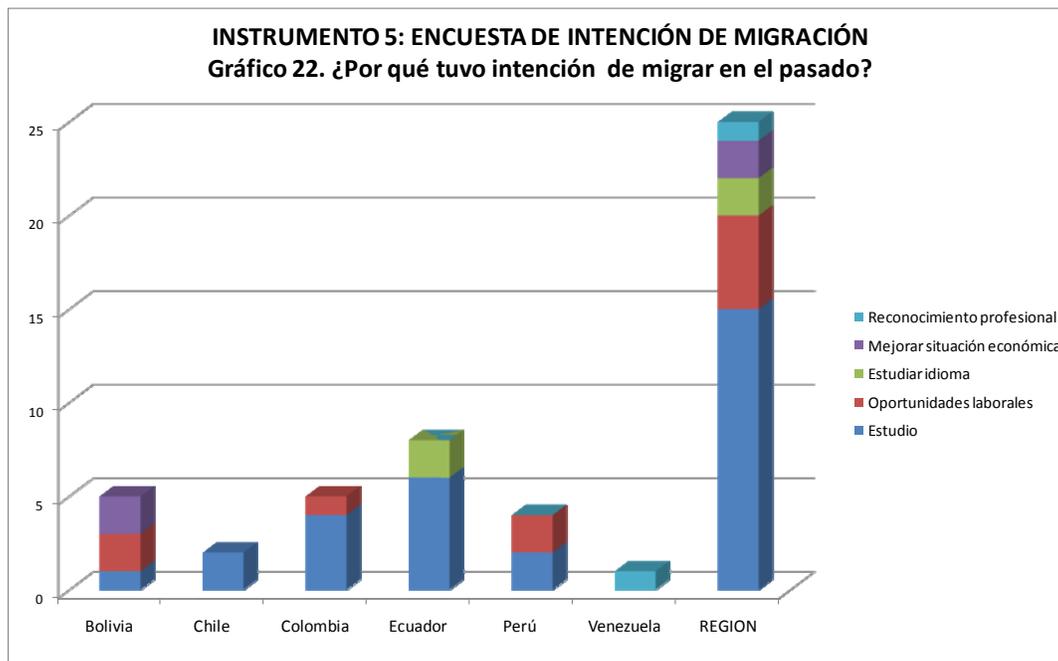
Fuente: Estudio de los 6 países andinos, Elaboración: Equipo coordinador FOSE, 2010

2. Proceso migratorio

Con respecto a la intención anterior de migrar, la mayoría de los encuestados respondieron negativamente y de manera uniforme en los diferentes países (Gráfico 21). Las motivaciones mencionadas con mayor frecuencia fueron los estudios y las oportunidades laborales (Gráfico 22).

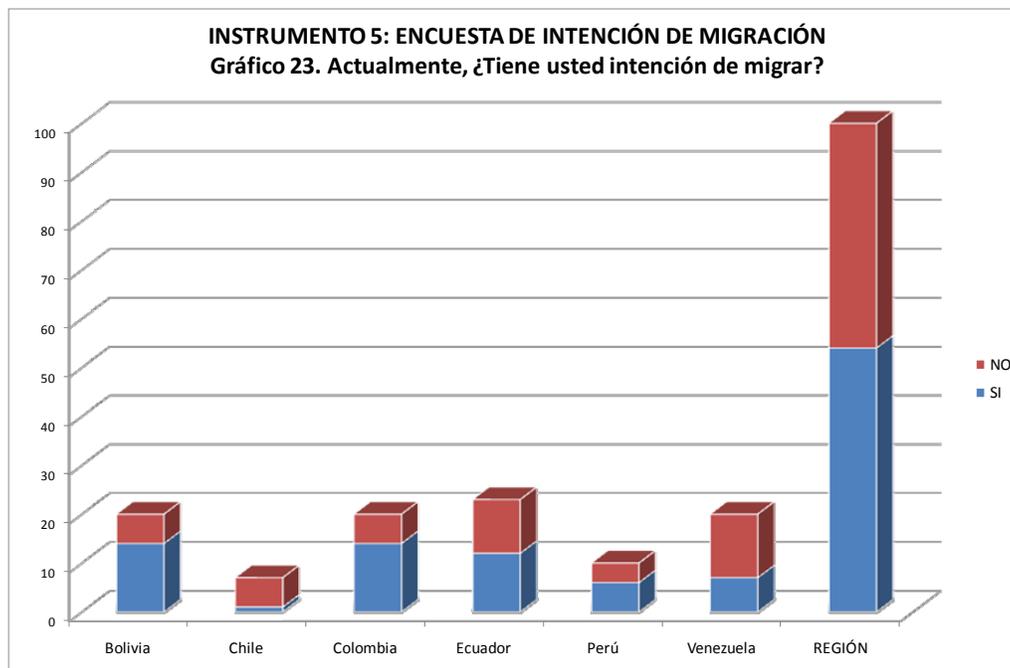


Fuente: Estudio de los 6 países andinos, Elaboración: Equipo coordinador FOSE, 2010

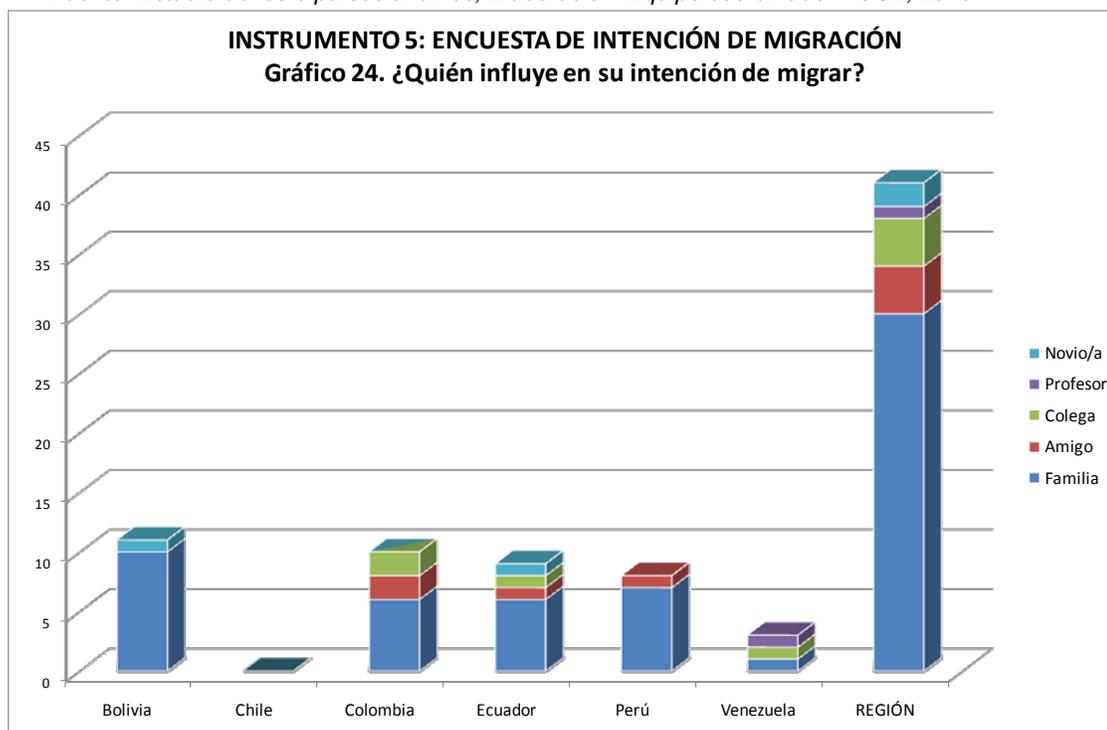


Fuente: Estudio de los 6 países andinos, Elaboración: Equipo coordinador FOSE, 2010

Acerca de la intención actual de migrar, excepto en Venezuela, la mayoría de los encuestados respondieron afirmativamente (Gráfico 23), lo cual contrasta con la respuesta a la intención de migración anterior. La influencia de la familia en la decisión de migrar es predominante, como lo muestra el Gráfico 24.



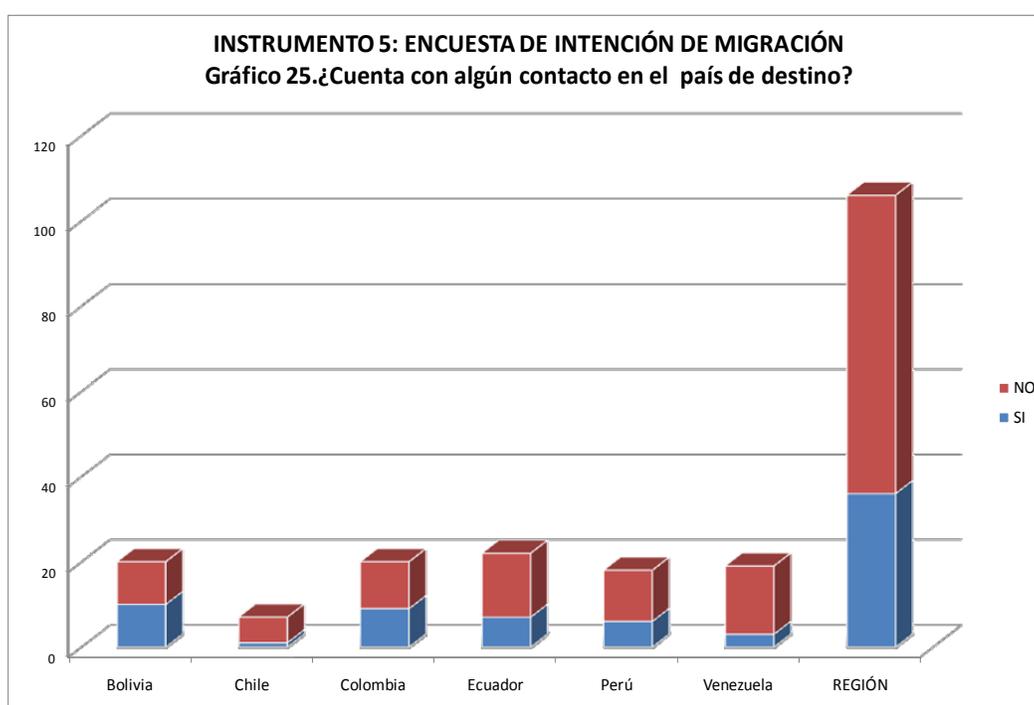
Fuente: Estudio de los 6 países andinos, Elaboración: Equipo coordinador FOSE, 2010



Fuente: Estudio de los 6 países andinos, Elaboración: Equipo coordinador FOSE, 2010

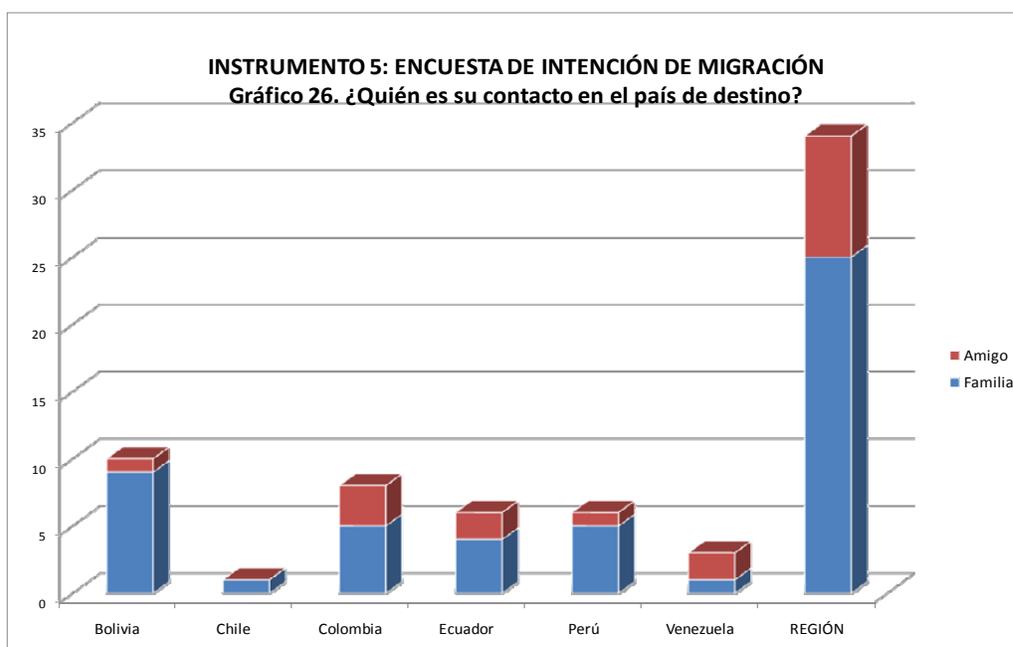
Cuando se relacionan de otras variables sobre la decisión de migrar en cada uno de los países, se observa una mayor prevalencia ¹ de intención de migración entre los estudiantes de medicina con respecto a los de enfermería, en los de género masculino respecto a las mujeres, en los que no son padres con respecto a los que sí lo son y en aquellos que tienen contacto en el país de destino con respecto a los que no los tienen.

Cerca del 35% de los encuestados afirmaron tener contactos en el país de destino (Gráfico 25). En la gran mayoría de casos se trata de un familiar (Gráfico 26)



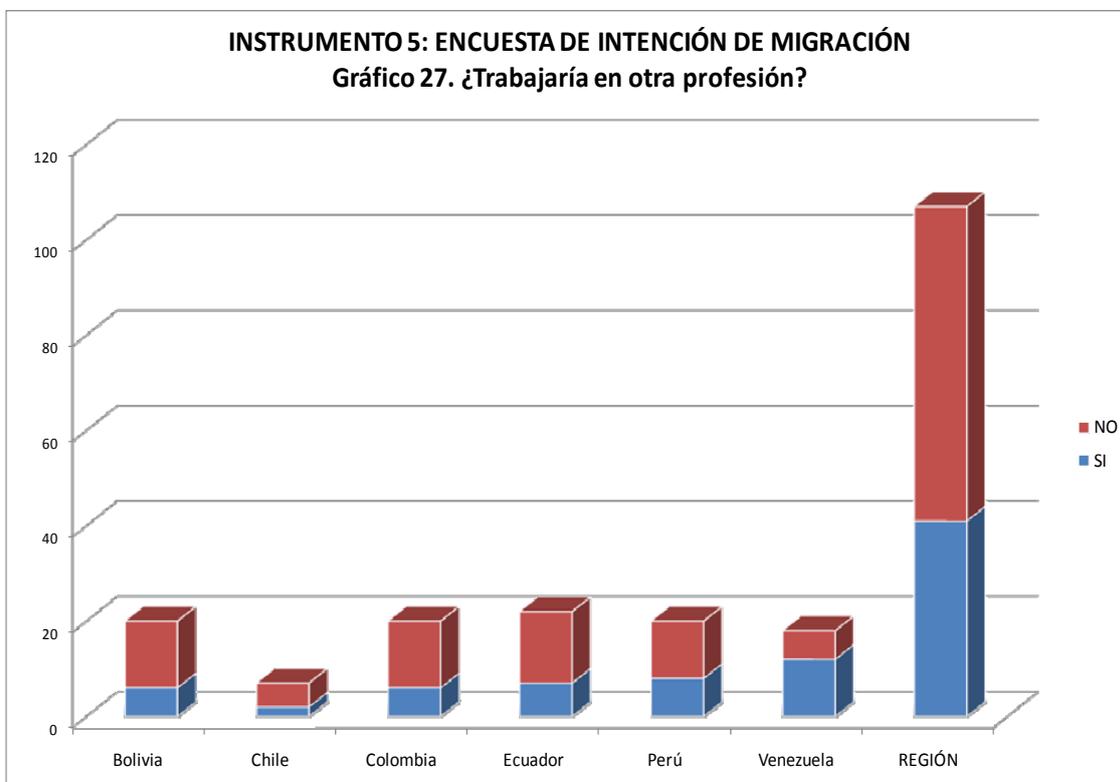
Fuente: Estudio de los 6 países andinos
Elaboración: Equipo coordinador FOSE, 2010

¹ Para el caso de Chile no fue posible calcular la razón de prevalencias por el escaso número de encuestados. Los datos, aunque escasos, parecen configurar una tendencia distinta a la de los demás países de la región.

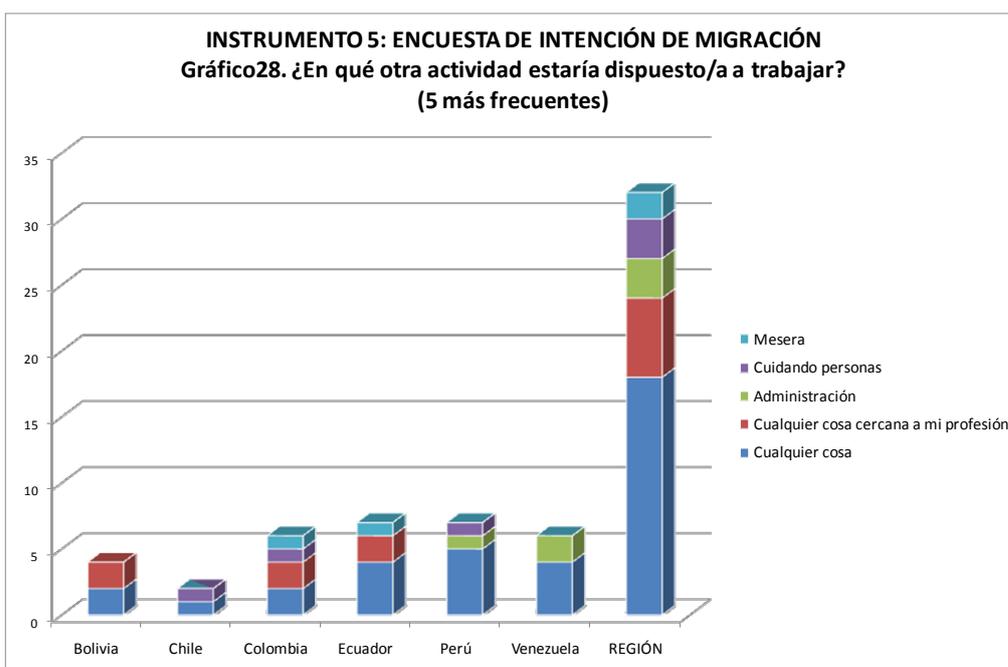


Fuente: Estudio de los 6 países andinos
 Elaboración: Equipo coordinador FOSE, 2010

Excepto en Venezuela, los potenciales migrantes respondieron mayoritariamente, que no estarían dispuestos a trabajar en otra profesión (Gráfico 27). Entre los que contestaron de manera afirmativa, la mayoría estaría dispuesta a trabajar en cualquier actividad (Gráfico 28).



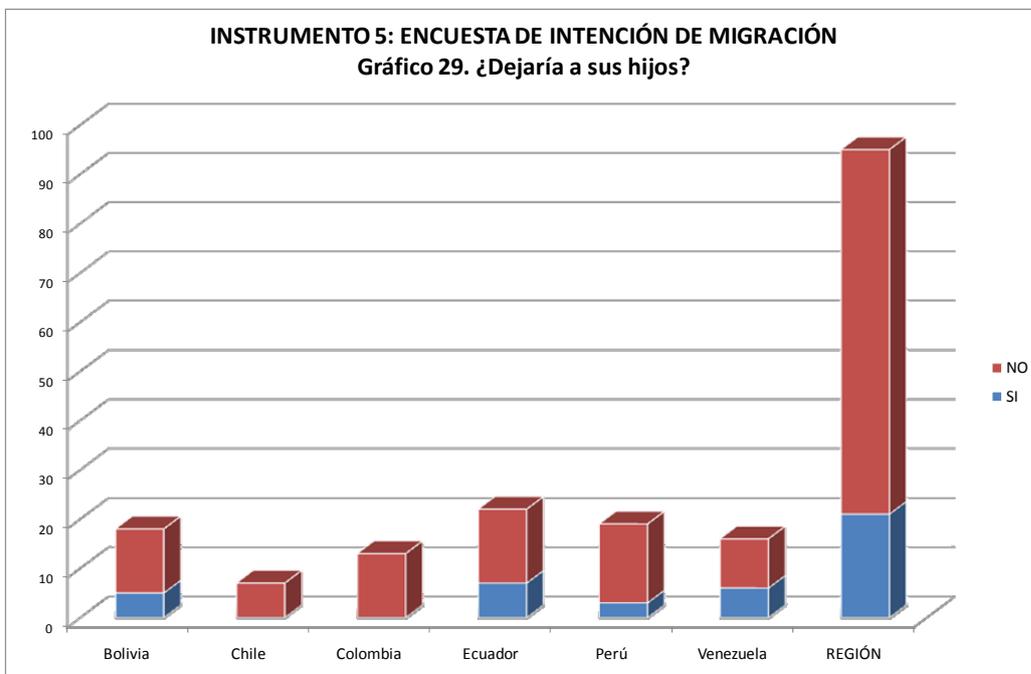
Fuente: Estudio de los 6 países andinos, Elaboración: Equipo coordinador FOSE, 2010



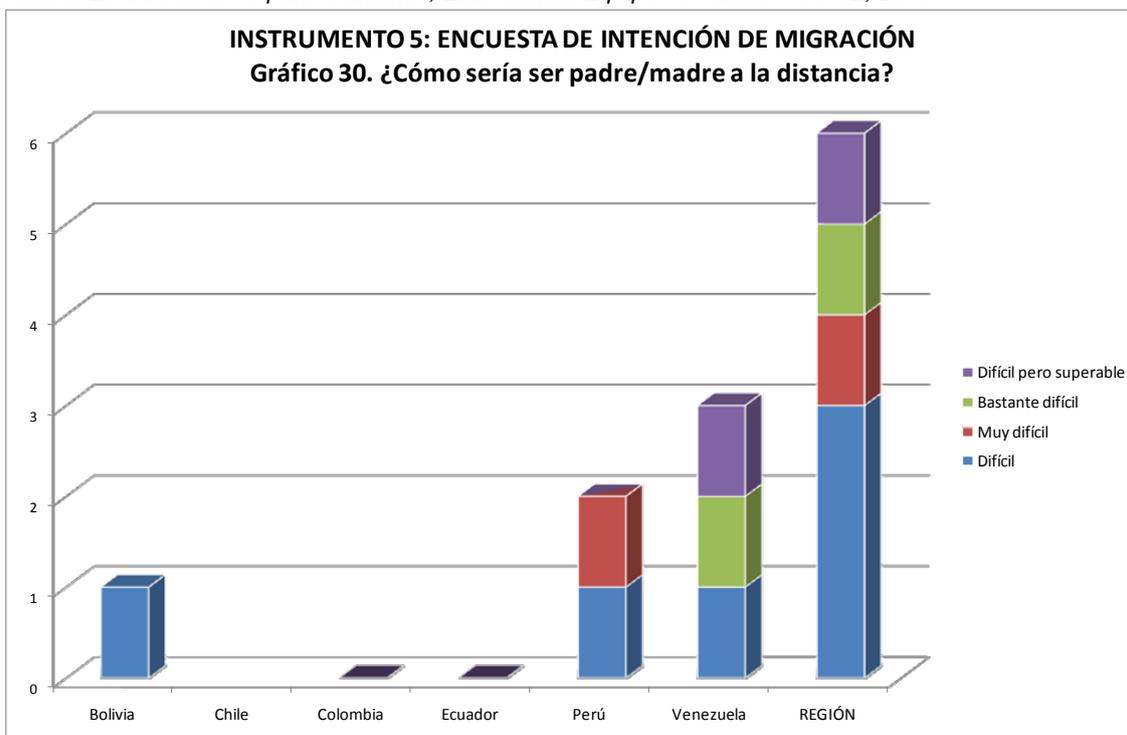
Fuente: Estudio de los 6 países andinos, Elaboración: Equipo coordinador FOSE, 2010

ii. DIMENSIÓN PRIVADA

La respuesta predominante en relación con la pregunta “¿Dejaría a sus hijos en el país de origen?” fue de negación (Gráfico 29).

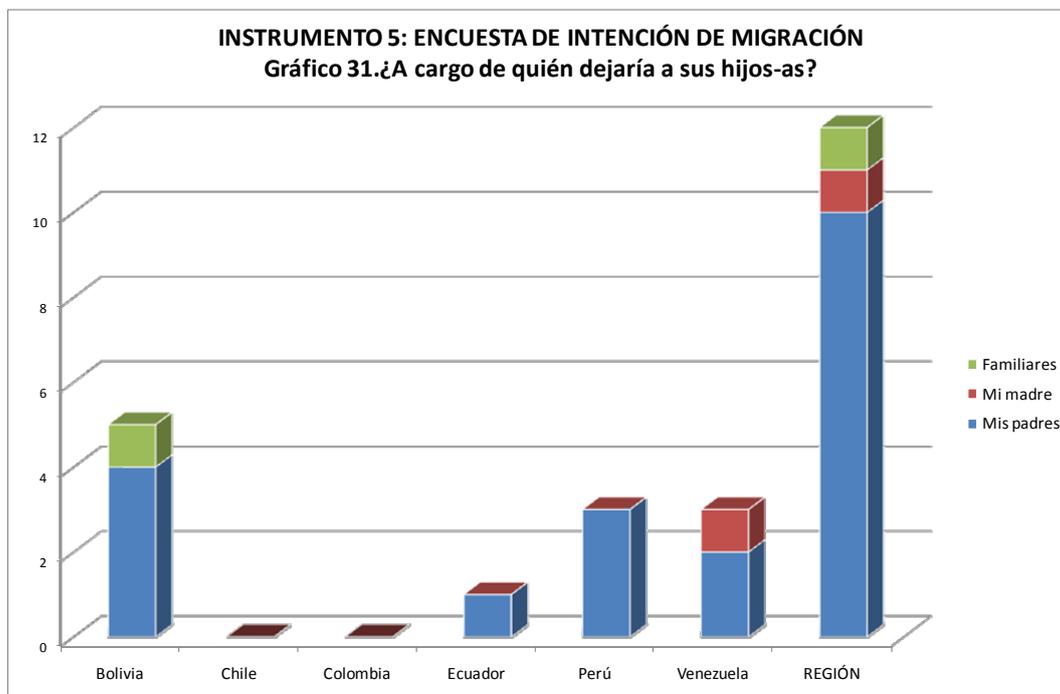


Fuente: Estudio de los 6 países andinos, Elaboración: Equipo coordinador FOSE, 2010

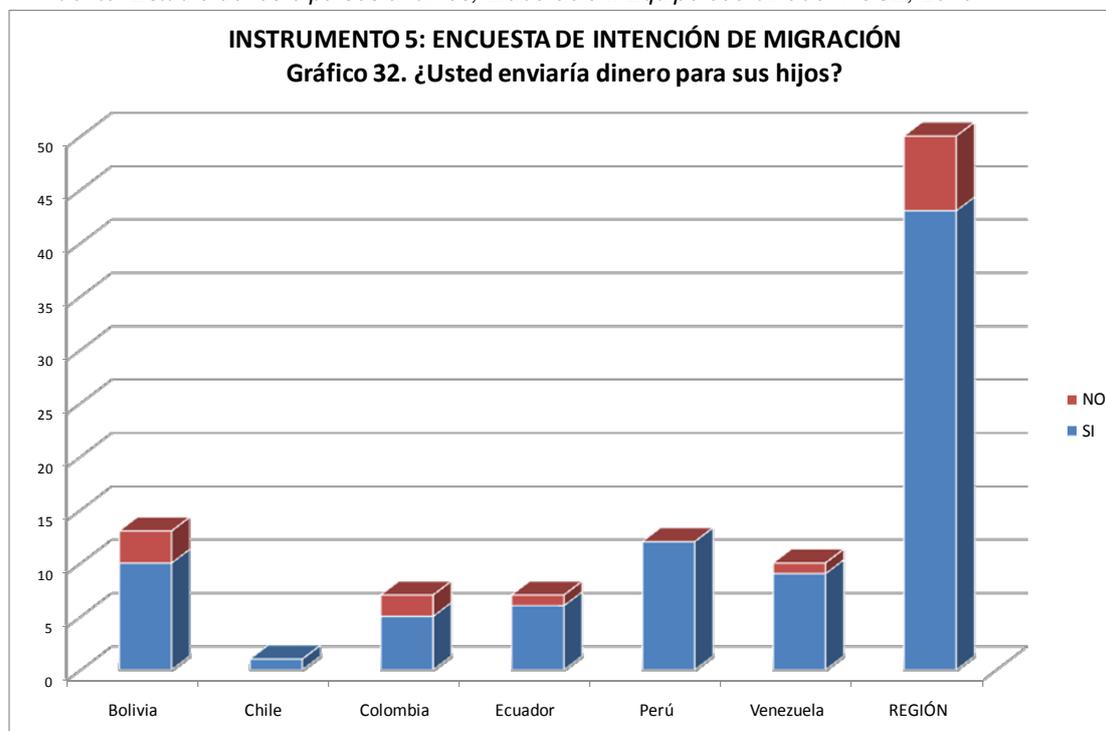


Fuente: Estudio de los 6 países andinos, Elaboración: Equipo coordinador FOSE, 2010

Para describir la condición de padre o madre a la distancia, los entrevistados usaron el calificativo "difícil", con diversos matices, como muestra el Gráfico 30. El número de respuestas es bastante limitado, quizá porque la pregunta anterior tuvo pocas respuestas afirmativas. Entre los que respondieron, la casi totalidad dejaría sus hijos al cuidado de sus padres (Gráfico 31). Igualmente, casi todos enviarían dinero a sus hijos (Gráfico 32).

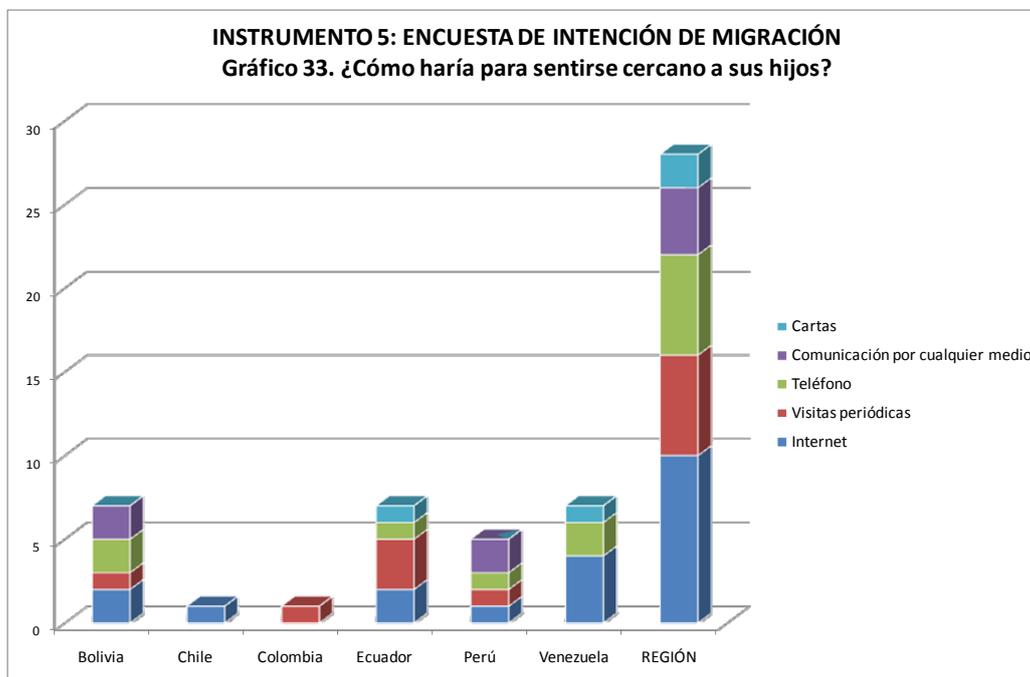


Fuente: Estudio de los 6 países andinos, Elaboración: Equipo coordinador FOSE, 2010



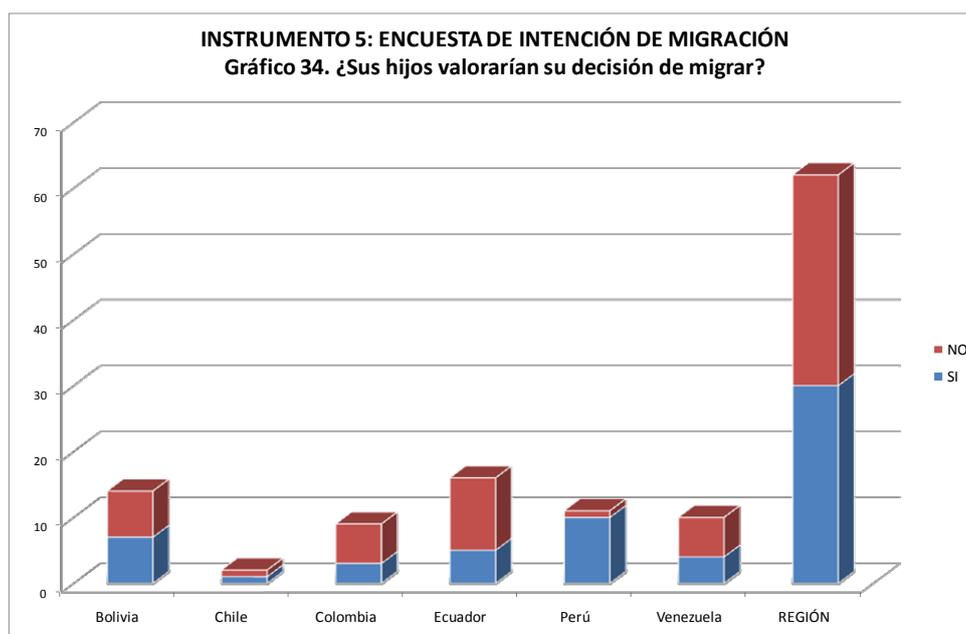
Fuente: Estudio de los 6 países andinos, Elaboración: Equipo coordinador FOSE, 2010

El recurso más mencionado como medio para mantener cercanía con los hijos e hijas durante su ausencia, fue el Internet (Gráfico 33).



Fuente: Estudio de los 6 países andinos, Elaboración: Equipo coordinador FOSE, 2010

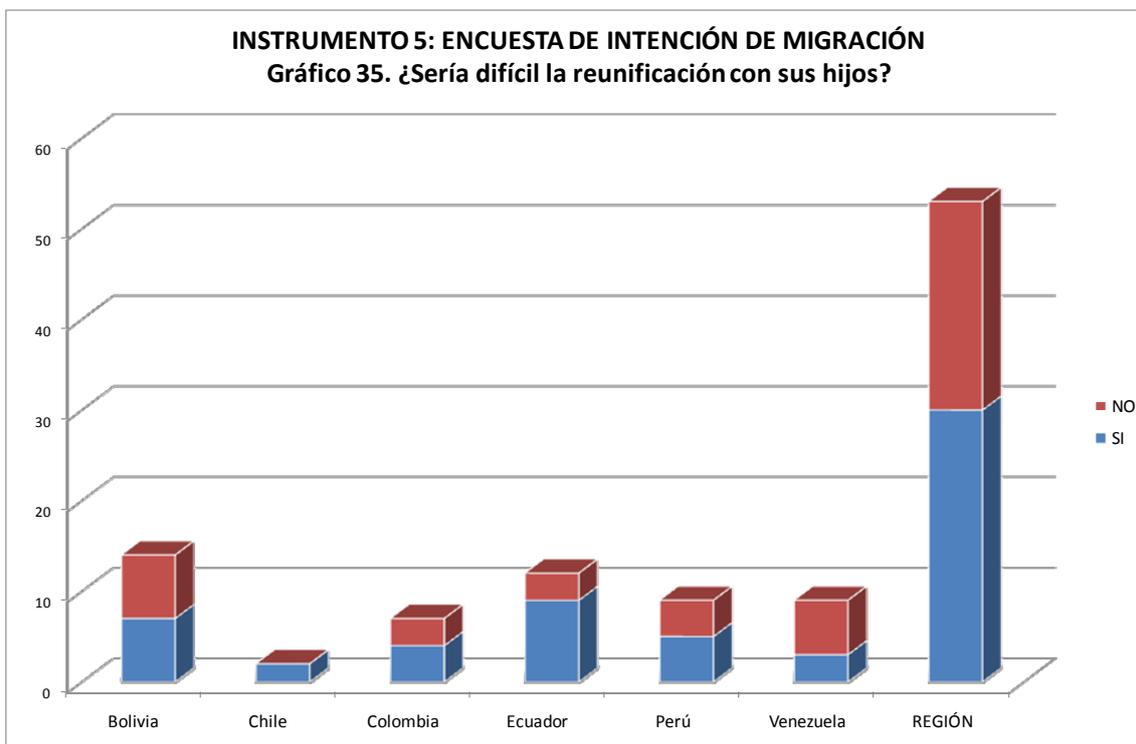
Con respecto a la valoración que los hijos darían a la migración de sus padres, los criterios son diversos, como lo muestra el Gráfico 34.



Fuente: Estudio de los 6 países andinos, Elaboración: Equipo coordinador FOSE, 2010

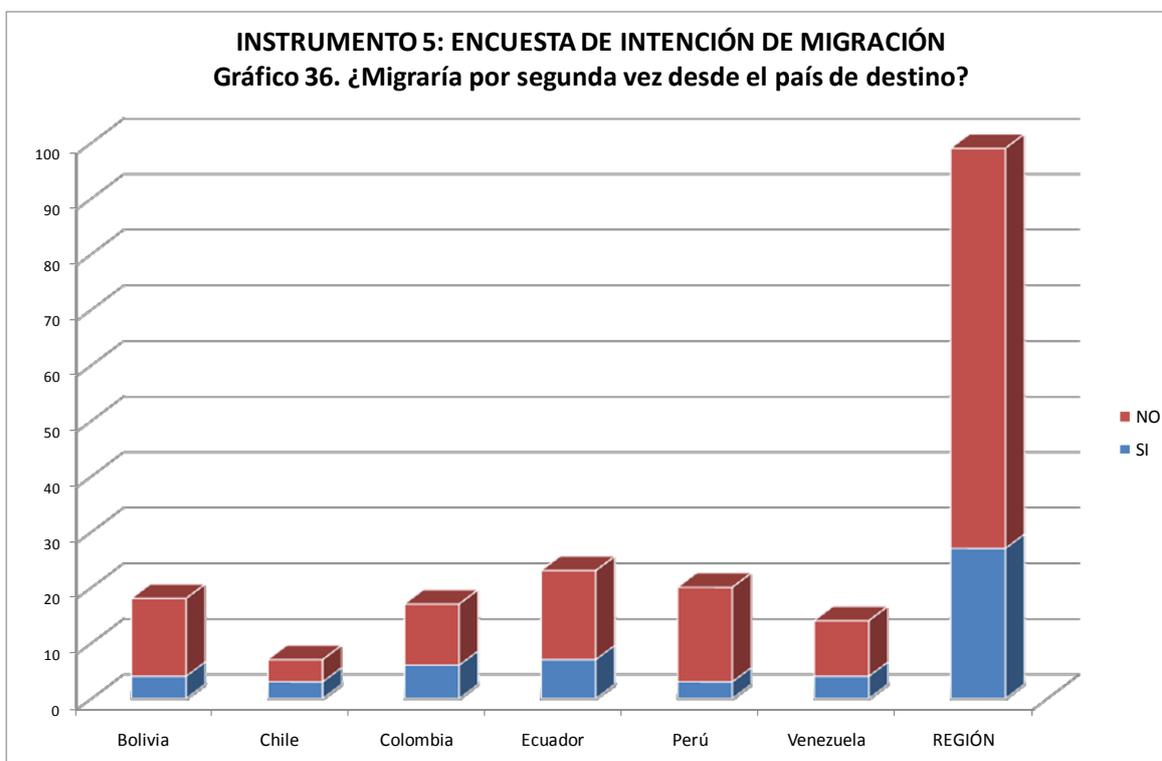
1. Consecuencia de la migración

El mayor acceso a tecnología e información son percibidos como las mayores ventajas de la migración (Gráfico 35).



Fuente: Estudio de los 6 países andinos, Elaboración: Equipo coordinador FOSE, 2010

Más de la tercera parte de los potenciales migrantes, se desplazaría desde el país de destino a un tercer país (Gráfico 36)



Fuente: Estudio de los 6 países andinos, Elaboración: Equipo coordinador FOSE, 2010

COMENTARIO GENERAL

Las encuestas se realizaron entre junio y septiembre de 2010 a un total de 111 estudiantes de los últimos cursos de Medicina y Enfermería en Universidades de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. En general, se trata de personas mayores de 20 años y menores de 30 (excepto en Venezuela, donde el percentil 95 llega a 35 años), predominantemente solteros (83%), sin hijos (83%), de género femenino (75%). Más de la mitad de ellos (53%) tienen planes de especializarse, la mayoría (57%) en el extranjero. Uno de cada tres potenciales migrantes tiene contactos en el país de destino.

Entre las razones que motivarían la decisión de migrar, las que mostraron mayor influencia fueron las laborales y profesionales, mientras que las personales, familiares y de contexto, si bien mostraron efecto de retención, éste fue más débil que las expulsoras. España aparece como el destino migratorio mencionado con mayor frecuencia, seguido por Argentina, Chile, Brasil y México.

Las respuestas alrededor del tema de la exclusión evidencian que 1 de cada 2 migrantes teme ser mal recibido, casi siempre por su condición étnica, aunque una importante proporción cree que el maltrato no es una condición sistemática, sino que depende de características personales, principalmente el desempeño profesional. En la dimensión privada, la poco realista intención de llevar consigo a sus hijos, revela lo doloroso que resulta el desarraigo familiar en el migrante potencial.

En líneas generales, los resultados de la encuesta confirman las tendencias previamente identificadas en los procesos migratorios profesionales. Quizá resulta interesante destacar que más de 90% de las especialidades propuestas como motivo de la migración corresponden a una práctica clínica o quirúrgica en el ámbito hospitalario y apenas un 7% corresponden al ámbito de la gestión en salud. Ello revela que la formación de estos profesionales tiene una fuerte carga ideológica alrededor de este tipo de práctica, y que asocia de manera privativa la calidad y la eficacia a la complejidad tecnológica, en desmedro de intervenciones de menor complejidad, pero más costo-efectivas. Esta ideología tiene un importante efecto de expulsión y de distorsión en la distribución de los recursos humanos en salud, lo cual señala la necesidad de diseñar intervenciones también en este nivel.

Segunda Parte EMIGRANTES RETORNADOS

1- Perfil migratorio

De los seis países que conforman la Región Andina, salvo el caso de Venezuela en donde el equipo de investigación local no pudo identificar a emigrantes retornados, todos aportaron con por lo menos un caso ilustrativo. De los doce emigrantes retornados (siete hombres y cinco mujeres), dos eran de origen colombiano (un hombre y una mujer); cuatro eran ecuatorianos (dos hombres y dos mujeres); tres peruanos (dos mujeres y un hombre); dos chilenos y un boliviano. Entre los encuestados, España fue el destino priorizado: nueve emigraron a ese país europeo, mientras que dos más a Italia y uno a Francia. Los cuatro ecuatorianos, uno de los dos chilenos y el único boliviano encuestados privilegiaron a España; mientras que en el caso de Colombia y Perú, Italia se sumó a España como destino migratorio y para el segundo caso chileno, Francia apareció como lugar de inmigración.

La Tabla No 1 muestra los doce casos encuestados, haciendo una distinción por lugar de origen, género, grupo etáreo (edad a la hora de la entrevista y edad al momento de emigrar), por profesión y especialidad y por país de destino.

Tabla No1: perfil de emigrantes retornados						
No.	Género	Lugar de origen	Edad (al momento de encuesta)	Edad que tenía cuando emigró	Profesión	Lugar de destino
1	Mujer	Colombia	46	41	Enfermera con especialidad en gerencia de calidad de salud	Italia
2	Hombre	Colombia	47	44	Enfermero sin especialidad	España
3	Hombre	Ecuador	45	38	Médico con especialidad en cirugía pediátrica	España
4	Hombre	Ecuador	38	33	Médico con especialidad en ginecología	España
5	Mujer	Ecuador	40	28	Enfermera sin especialidad	España
6	Mujer	Ecuador	43	36	Enfermera con especialidad en salud pública	España
7	Mujer	Perú	48	41	Médica con especialidad en	España



					oftalmología	
8	Hombre	Perú	48	43	Médico con especialidad en pediatría	España
9	Mujer	Perú	48	45	Enfermera con especialidad en oncología médica	Italia
10	Hombre	Chile	36	33	Médico con especialidad en salud pública	España
11	Hombre	Chile	63	28	Médico con especialidad en anestesiología	Francia
12	Hombre	Bolivia	31	25	Médico con especialidad en cirugía mayor	España
<i>Fuente: UE,OMS-OPS,EASP-OSE, Proyecto Migraciones de profesionales oportunidades para el desarrollo compartido Comunidad Europea-Región Andina, 2010.</i>						

De los doce emigrantes retornados, cinco eran enfermeros-as y siete médicos-as. De aquellos que tenían como profesión la enfermería, dos provenían de Colombia (un hombre y una mujer); dos mujeres de Ecuador y una más de Perú. De ese grupo de profesionales, una enfermera colombiana contaba con especialidad en gerencia de calidad de salud; otra enfermera ecuatoriana con especialidad en salud pública; y la enfermera peruana encuestada con una especialidad en oncología médica. Los otros dos encuestados, un enfermero colombiano y una enfermera ecuatoriana, no contaban con ninguna especialización. Por su parte, de los siete médicos encuestados, dos eran ecuatorianos con especialidad en cirugía pediátrica y en ginecología respectivamente; dos eran peruanos con especialidad, el uno en oftalmología y el otro, en pediatría; dos eran chilenos, especialista en salud pública el primer encuestado, y en anestesiología, el segundo; y el único boliviano era un médico con especialidad en cirugía mayor.

En promedio la edad de los doce profesionales al momento en que se tomó la encuesta alcanzaba los 44 años. Así, se trata de adultos cuyas edades fluctuaban entre los 31 años el menor (un médico boliviano) y los 63 años el mayor (un médico chileno). La edad de las mujeres emigrantes retornadas, a la hora de la encuesta, en promedio, alcanzaba los 45 años; mientras que la de los hombres los 44 años. Es decir, estamos hablando de una migración de adultos jóvenes de mediana edad.

Si asumimos que estos hombres y mujeres han venido desempeñándose como recursos humanos calificados en el sector salud, por lo menos desde que se graduaron de la universidad, Se trataría entonces de una emigración que cuentan con una importante

experiencia profesional acumulada (como mínimo de diez años) como resultado de su praxis como médicos-as o enfermeras-os, que los torna altamente deseables en los sistemas de salud de los países de destino. Si bien este no es el caso porque se trata de una migración de retorno, si acaso su tiempo de estancia se hubiera extendido e incluso si hubieran decidido inmigrar indefinidamente en España, Italia o Francia, esto hubiera implicado una pérdida irreparable para los países de origen debido a los enormes beneficios que supone para los sistemas de salud andinos tener profesionales que cuenten con experiencia acumulada.

2- Vínculos familiares

De los doce emigrantes retornados encuestados, siete (dos mujeres y cinco hombres) estaban casados cuando tomaron la decisión de emigrar. De ellos, dos eran médicos chilenos; uno era médico boliviano; otro peruano; uno más era médico ecuatoriano y las dos restantes eran enfermeras, la una colombiana y la otra ecuatoriana. Todos tenían hijos al momento de realizar la encuesta. Al comparar las edades de sus hijos con la que estos emigrantes retornados casados tenían al momento en que emigraron, concluimos que todos ellos, salvo por el médico boliviano, ya eran padres o madres de por lo menos un hijo cuando salieron de sus países de origen.

Uno de los dos médicos chilenos casados, era quien tenía más hijos al momento en que se efectuó la entrevista. Este galeno contaba con cinco hijos cuyas edades, a la hora de la entrevista, fluctuaban entre 19 y 40 años. Es decir, que por lo menos dos de sus cinco hijos nacieron en el destino migratorio, en este caso Francia. Dos médicos, uno ecuatoriano y otro boliviano, tenían un solo hijo, de 14 y 5 años respectivamente. El otro médico chileno, así como el médico peruano y las dos enfermeras (ecuatoriana y colombiana), tenían dos hijos cuyas edades oscilaban entre los 5 y 26 años. Y sólo el médico ecuatoriano tenía un solo hijo de 18 años.

Todos los encuestados casados tenían dependientes –hijos-as o padres- entre sus familiares al momento de ser entrevistados y cuando emigraron. Cinco encuestados hombres eran casados. De las cinco mujeres encuestadas, tres eran solteras. Los dos encuestados restantes, un enfermero colombiano y un médico ecuatoriano eran separados/divorciados. En la Tabla No 2 se muestran esos vínculos familiares: número de hijos, estado civil, y tipo de dependientes. Además, se señala el perfil de los emigrantes retornados y el país de la UE al que emigraron.

Tabla No 2 Vínculos familiares en origen

No	Género- lugar de origen	Profesión	Edad al momento de encuesta	Edad cuando emigró	Lugar de destino	Estado civil	Edad de hijos/as	Dependientes
1	Colombiana	Enfermera con especialidad en gerencia de calidad de salud	46	41	Italia	Casada	22 y 26	Hijos
2	Colombiano	Enfermero sin especialidad	47	44	España	Separado	18	Hijo
3	Ecuatoriano	Médico con especialidad en cirugía pediátrica	45	38	España	Casado	14	Hijo, padre y madre
4	Ecuatoriano	Médico con especialidad en ginecología	38	33	España	Divorciado	10, 13 y 16	Hijos
5	Ecuatoriana	Enfermera sin especialidad	40	28	España	Casada	5 y 15	Hijos
6	Ecuatoriana	Enfermera con especialidad en salud pública	43	36	España	Soltera	–	Sobrinos
7	Peruana	Médica con especialidad en oftalmología	48	41	España	Soltera	–	–
8	Peruano	Médico con especialidad en pediatría	48	43	España	Casado	14 y 18	Hijos
9	Peruana	Enfermera con especialidad en oncología médica	48	45	Italia	Soltera	–	–
10	Chileno	Médico con especialidad en salud pública	36	33	España	Casado	5 y 6	Hijos
11	Chileno	Médico con especialidad en anestesiología	63	28	Francia	Casado	19, 20,38,40	Madre
12	Boliviano	Médico con especialidad en cirugía mayor	31	25	España	Casado	5	Hijo y padre

Fuente: UE,OMS-OPS,EASP-OSE, Proyecto Migraciones de profesionales oportunidades para el desarrollo compartido Comunidad Europea-Región Andina, 2010.

3- *Proceso de formación*

A lo largo del Apartado II de este informe, enfatizábamos en que la emigración de profesionales representa para los países latinoamericanos, y dentro ellos evidentemente constan los de la Región Andina, una pérdida por partida doble. Por un lado, son ciudadanos latinoamericanos que salen de sus países de origen, y por otro, los Estados latinoamericanos pierden la inversión efectuada tanto en la reproducción social de esos hombres y mujeres, como en sus procesos de formación donde el rol de las universidades públicas es clave. También hemos dicho que algunas perspectivas teóricas contemporáneas, sobre todo la del así llamado *“brain circulation”* planteraría una ganancia para los países de origen en la medida en que los profesionales emigrados, sobre todo aquellos que se han formado en destino, retornan a sus países y se reinsertan en la dinámica laboral. Teniendo en cuenta ambos elementos determinantes en la comprensión del proceso migratorio, nos interesa mostrar, a lo largo de esta tercera sección cuál ha sido el proceso de formación de esos emigrados retornados, antes de partir de la Región Andina y también al momento de retornar a sus países de origen. Quisiéramos señalar que al proceso formativo no sólo lo comendamos como el hecho formal de cursar estudios de posgrado; las experiencias laborales y vitales, intrínsecas a cualquier proceso migratorio, son elementos formativos fundamentales en la vida de los emigrantes. Así, haremos referencia a ambos aspectos: 1- estudios superiores y 2- experiencia laboral.

3.1 *Estudios superiores en países de origen y de destino*

De los doce emigrantes retornados, sólo dos cursaron sus estudios de licenciatura en universidades privadas de la región: una enfermera colombiana estudió en la Universidad Mariana de Pasto y un médico ecuatoriano en la Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Los diez restantes se formaron en las siguientes universidades públicas andinas: Universidad Nacional de Colombia (un enfermero); Universidad de Guayaquil, Ecuador (un médico); Universidad Central del Ecuador (dos enfermeras); Universidad Nacional de San Marcos, Perú (dos médico-a); Universidad de Chile (dos médicos); y Universidad Mayor de San Andrés, Bolivia (un médico). La última encuestada corresponde a una enfermera peruana, quien dijo haberse formado en una universidad pública en su país de origen, pero no especificó el nombre. Como vemos –en este grupo de entrevistados- la universidad pública en la Región Andina, a diferencia de la privada, tiene un importantísimo rol en la educación de tercer nivel formando a profesionales de la salud.

Por otra parte, sólo dos de los doce encuestados (un enfermero colombiano y una enfermera ecuatoriana) no contaban con una especialidad de posgrado. Tal como lo anunciamos en la

primera sección "Perfil migratorio", de los diez profesionales con especialización, siete eran médicos y tres enfermeras. A diferencia de los estudios de licenciatura, donde la gran mayoría de los encuestados estudió en universidades públicas de los países andinos, en el caso de los estudios de posgrado existen distinciones tanto en el tipo de universidad como en el país donde se cursaron esos estudios. Así, de los siete médicos con especialización, uno, un médico ecuatoriano, estudió su especialidad en una universidad pública en su país de origen (ginecología en la Universidad de Guayaquil); el único médico boliviano encuestado dijo haber cursado estudios de especialidad en cirugía mayor en una universidad privada sin especificar el lugar de la misma; y los cinco restantes dijeron haber estudiado en universidades públicas europeas. Uno de ellos se especializó en Francia en anestesiología (médico chileno), y los cinco restantes en España en las siguientes áreas: salud pública (médico chileno); pediatría (médico peruano); oftalmología (médica peruana) y cirugía pediátrica (médico ecuatoriano).

Por el contrario en el caso de las tres enfermeras entrevistadas, todas obtuvieron su especialidad en sus países de origen. Así, una enfermera colombiana cursó sus estudios en gerencia de calidad de salud en una universidad privada en Colombia; otra enfermera ecuatoriana estudió salud pública en la universidad pública de Ecuador, y la tercera enfermera, una peruana, estudió oncología médica en una universidad privada de Perú. Estos datos dan cuenta de la importancia que las universidades en los países de destino, en este caso en España y Francia juegan en el proceso de especialización médica, no así en el de enfermería. Quizá esta evidencia se relaciona con una mayor oferta de programas de posgrado para los médicos que para las enfermeras. Así mismo, hemos de enfatizar que si los profesionales emigrados retornan a sus países de origen, como es el caso de estos médicos especialistas, las universidades europeas terminan aportando directamente en la formación de esos profesionales y consolidando ese proceso de "brain circulation" al que nos referimos previamente. Así, al regresar al país de origen, estos médicos con estudios de cuarto nivel, a no dudarlo, pueden incidir directamente en el desarrollo andino. Estos datos sobre el proceso formativo de estos 12 profesionales constatan que las universidades privadas en origen cumplen un rol mayor a la hora de formar especialistas que durante la formación de licenciados.

La Tabla No3 da cuenta del proceso de formación de estos profesionales a nivel de licenciatura y de los estudios de especialización realizados, tomando en cuenta el lugar (destino u origen) y el tipo de universidad (pública o privada).

Tabla No 3: Proceso de formación en país de origen y de destino							
Estudios superiores							
No	Género-lugar de origen	Profesión	Edad al momento de encuesta	Edad cuando emigró	Lugar de destino	Tipo de universidad donde estudió la licenciatura	Tipo de universidad donde estudió la especialidad
1	Colombiana	Enfermera con especialidad en gerencia de salud	46	41	Italia	Privada: Universidad Mariana de Pasto	Privada en país de origen
2	Colombiano	Enfermero sin especialidad	47	44	España	Pública: Universidad Nacional	-
3	Ecuatoriano	Médico con especialidad en cirugía pediátrica	45	38	España	Privada: Universidad Católica Santiago de Guayaquil	Pública en país de destino
4	Ecuatoriano	Médico con especialidad en ginecología	38	33	España	Pública: Universidad de Guayaquil	Pública en país de origen
5	Ecuatoriana	Enfermera sin especialidad	40	28	España	Pública: Universidad Central del Ecuador	-
6	Ecuatoriana	Enfermera con especialidad en salud pública	43	36	España	Pública: Universidad Central del Ecuador	Privada en país de destino
7	Peruana	Médica con especialidad en oftalmología	48	41	España	Pública, Universidad Nacional de San Marcos	Pública en país de destino
8	Peruano	Médico con especialidad en pediatría	48	43	España	Pública, Universidad Nacional de San Marcos	Pública en país de destino
9	Peruana	Enfermera con especialidad en oncología médica	48	45	Italia	Pública (no especifica nombre)	Pública en país de origen
10	Chileno	Médico con especialidad en salud pública	36	33	España	Pública (Universidad de Chile)	Pública en país de destino

11	Chileno	Médico con especialidad en anestesiología	63	28	Francia	Pública (Universidad de Chile)	Pública en país de destino
12	Boliviano	Médico con especialidad en cirugía mayor	31	25	España	Pública (Universidad Mayor de San Andrés)	Privada

Fuente: UE,OMS-OPS,EASP-OSE, Proyecto Migraciones de profesionales oportunidades para el desarrollo compartido Comunidad Europea-Región Andina, 2010.

Ahora bien, con relación a la experiencia laboral tanto en origen como en destino –uno de los elementos claves dentro del proceso de formación de estos profesionales que quisiéramos resaltar son los años de experiencia laboral que tanto los médicos-as y enfermeros-as encuestados contaban antes de tomar la decisión migratoria. Así mismo, nos interesa saber si los doce emigrados retornados, en España, Italia o Francia ejercieron las profesiones que estudiaron, o si a éstas acompañaron otras actividades adicionales. Y por último, quisiéramos señalar el tiempo de residencia en los países de destino, dato que nos permitirá vislumbrar el tipo de experiencia migratoria: de corta o larga duración, y así conjeturar los posibles impactos en las experiencias vitales y profesionales de estos hombres y mujeres emigrantes retornados en la Región Andina. La Tabla No 3.1 muestra precisamente estos tres aspectos relacionados al proceso formativo de estos doce emigrantes retornados.

Tabla No 3.1: Proceso de formación en país de origen y de destino

No	Género-lugar de origen	Profesión	Edad al momento de encuesta	Edad cuando emigró	Lugar de destino	Años de experiencia laboral previos a emigrar	En destino, ejerció su profesión	Tiempo de residencia en destino (en años)
1	Colombiana	Enfermera con especialidad en gerencia de calidad de salud	46	41	Italia	16	Sí	7
2	Colombiano	Enfermero sin especialidad	47	44	España	20	Sí	0.3
3	Ecuatoriano	Médico con especialidad en cirugía pediátrica	45	38	España	n/r	No, fue estudiante de especialización.	7
4	Ecuatoriano	Médico con especialidad en ginecología	38	33	España	9	Sí	1
5	Ecuatoriana	Enfermera sin	40	28	España	4	Sí y adicionalmente	12

		especialidad					cuidó niños y ancianos.	
6	Ecuatoriana	Enfermera con especialidad en salud pública	43	36	España	15	No, fue estudiante	5
7	Peruana	Médica con especialidad en oftalmología	48	41	España	3	No, estudiante de especialización	4
8	Peruano	Médico con especialidad en pediatría	48	43	España	16	No, estudiante de especialización	4
9	Peruana	Enfermera con especialidad en oncología médica	48	45	Italia	17	Si	0.5
10	Chileno	Médico con especialidad en salud pública	36	33	España	5	No, estudiante de doctorado	1.5
11	Chileno	Médico con especialidad en anestesiología	63	28	Francia	1	Sí y también se especializó	19.5
12	Boliviano	Médico con especialidad en cirugía mayor	31	25	España	4	Si	4

Fuente: UE,OMS-OPS,EASP-OSE, Proyecto Migraciones de profesionales oportunidades para el desarrollo compartido Comunidad Europea-Región Andina, 2010.

Salvo por un emigrante retornado ecuatoriano que no respondió, los once profesionales encuestados en promedio habrían contado con diez años de experiencia laboral antes de emigrar. Entre los-as médicos-as, los años de práctica profesional antes de salir de sus países de origen, en promedio alcanzó los 6 años; y entre los-as enfermeros-as, 14 años. ¿Cuáles podrían ser las razones que expliquen esta diferencia entre los años de experiencia profesional de médicos-as y enfermeras-os antes de emigrar?

Una posible explicación que se deriva de los hallazgos previos, se relaciona con la oferta y los mecanismos de becas, para que los-as médicos-as accedan a programas de formación de cuarto nivel. Siendo así, para estos profesionales resultaría, de algún modo, más fácil encontrar los mecanismos para salir de sus países de origen a especializarse, que para las-os enfermeras-os. Así, mientras los médicos-as pueden continuar, casi inmediatamente, su proceso de especialización, en el caso de las enfermeras-os, una tendencia más generalizada sería permanecer en origen trabajando dentro del sistema de salud e incluso especializándose allí mismo. Entre los países andinos, Colombia es el país cuyos profesionales registraron más años de experiencia laboral antes de emigrar: en promedio 18 años; le sigue Perú, registrando, en promedio, 12 años de experiencia previa entre los

médicos-as y la enfermera encuestados; en Ecuador, los profesionales de la salud encuestados habrían trabajado en promedio 9 años (9.3 exactamente) antes de emigrar; y, Chile y Bolivia fueron los que registraron, en promedio, menos años de experiencia laboral previa: 5 años y 4 años respectivamente.

Estos hallazgos nos muestran que en general estos emigrados profesionales contaban con una amplia experiencia en la praxis médica y de enfermería antes de salir de sus países de origen. Siendo así, ¿cómo se revirtió este aprendizaje acumulado en el ejercicio de su profesión en los países europeos a los que emigraron? Siete de los doce encuestados dijeron que en destino se desempeñaron en las profesiones que habían estudiado. De ellos, la minoría eran médicos: un ginecólogo ecuatoriano y un cirujano boliviano, ambos emigrantes en España, y un anestesiólogo chileno en Francia. En promedio estos galenos andinos contaban con 5 años de experiencia laboral previa, y sólo el médico chileno, al ejercicio de su profesión en destino, combinó estudios de especialización.

La mayoría de los encuestados que desempeñaron su profesión en destino, eran enfermeras-os: dos provenientes de Colombia, una que emigró a Italia y otro a España; una enfermera ecuatoriana que también emigró a España; y finalmente, una enfermera peruana que se internó en Italia. En promedio estos-as enfermeros-as contaban con 15 años de experiencia laboral antes de emigrar. De ellos, sólo la enfermera ecuatoriana realizó una actividad adicional al ejercicio de la enfermería: durante su estancia en España cuidó de niños y ancianos. Vale la pena resaltar que esa actividad complementaria, coincide con la tendencia general del nicho laboral en el que se emplean las mujeres migrantes latinoamericanas en los países de destino: actividades destinadas al cuidado de la población más vieja o más joven en los países europeos. Esta tendencia podría explicarse como parte de una división del trabajo por género entre los emigrantes en los países centrales.

Los cinco emigrados restantes no ejercieron su profesión debido a que eran estudiantes de especialización. Todos ellos médicos inmigrantes en España. Cuatro eran médicos estudiantes de posgrado: de cirugía pediátrica (ecuatoriano); oftalmología (peruana); pediatría (peruano) y salud pública (chileno). La única enfermera que ya contaba con una especialización en salud pública, también dijo haberse desempeñado como estudiante sin especificar la especialidad. Estos resultados, nos confirman que efectivamente existen distinciones entre los-as enfermeros-as y los-as médicos-as emigrantes que se relacionan por un lado, con los años de experiencia laboral en destino previo a la migración; con los lugares donde cursan sus estudios superiores; y con las actividades que realizan en los países de destino. En relación a este último aspecto, y tomando como referencia los doce casos analizados, parecería que existe la tendencia a que los-as médicos-as, en mayor proporción que las-os enfermeras-os, emigren para especializarse y sólo se dediquen a ser estudiantes durante su estancia. Datos que tendremos que cotejar con los hallazgos de las encuestadas tomadas en destino.

En relación al tiempo de residencia de estos doce emigrantes en los tres países europeos de destino antes de retornar a sus países de origen, éste ha estado determinado por la actividad que realizaron en esos países, sea como estudiantes o ejerciendo su profesión. En promedio el tiempo de estancia en destino fue de 5 años y medio.

En este punto, hemos de traer a colación la definición dada por Naciones Unidas en torno a las migraciones de corta o larga duración. Según este organismo internacional las de larga duración son aquellas en las que el periodo de estancia supera el año de residencia, mientras que las migraciones de corta duración, son aquellas cuya estancia se encuentra entre los tres y los seis meses (ONU, 1998: 95). Siendo así, en términos generales, y en promedio, estaríamos frente a doce emigrantes retornados que después de una migración de larga duración han regresado a sus países de origen.

En relación a los siete médicos restantes, en promedio, estos profesionales permanecieron casi 6 años en los países de destino. Seis de los siete galenos residieron en España en promedio 3 años y medio, lo que tiene que ver con los programas de especialización, que en general, son de 3 a 4 años. Dentro de este grupo sólo uno de ellos, el médico boliviano no realizó estudios de posgrado; el resto (dos ecuatorianos, una peruana y un peruano, y un chileno) sí cursaron su especialidad en el país ibérico. Finalmente, el único médico inmigrante en Francia residió por más de 19 años, donde no sólo realizó su especialización en anestesiología, sino que una vez que la concluyó permaneció laborando en ese país europeo.

Tal y como vemos, sea para el caso de enfermeros-as [salvo por dos excepciones] o de los médicos-as andinos se trató de migraciones de larga duración, en promedio de 5 años, sea por razones educativas o netamente laborales, que sin duda implicaron importantes procesos de aprendizajes profesionales y vitales en destino y que a no dudarlo han impactado en los países de origen a partir del retorno.

4- Retorno

Entre las principales razones que motivaron a estos doce emigrantes encuestados a retornar a sus países de origen constan, tal y como se puede observar en la Tabla No 4: razones familiares; profesionales; económicas; sociales; referidas a políticas migratorias y laborales. Estas cuatro últimas se refieren exclusivamente al modus operandi de los países de destino.

Las razones familiares fueron las más recurrentes. Para cinco de los doce encuestados, este tipo de motivaciones fueron las que los llevaron a retornar. Entre ellas se puede resaltar la nostalgia por la separación con la familia, y en particular con los hijos (en 4 casos) y el fallecimiento de familiares (en un solo caso). En tres casos fueron otras las causas del retorno añadidas a las familiares, los entrevistados señalaron las razones sociales, vinculadas estas últimas con la compleja convivencia cotidiana con sus pares en el país de destino, o

porque sus contratos laborales dentro del sistema de salud concluyeron sin haber sido renovados.

Siguiendo el orden de frecuencia de las razones para retornar, aquellas que se refieren a cuestiones profesionales figuran como causales entre tres de los doce encuestados, todos ellos médicos. Así, dos de ellos, el médico boliviano retornado desde España y el chileno retornado desde Francia, afirmaron que valía la pena volver a sus países de origen porque ahí había mucho por hacer y podrían poner en práctica lo aprendido. Por su parte la médica peruana retornada desde España, afirmó que desde un inicio tenía claro que al concluir sus estudios retornaría a Perú para trabajar en su área. Estos tres casos ilustran claramente aquello que le interesa analizar a la perspectiva del *"brain circulation"*, y además da cuenta de los beneficios que para los países de origen puede implicar el retorno de profesionales emigrados.

Las razones económicas siguen en el orden de preferencia. Para dos de los doce encuestados, un médico chileno que regresó de España y una enfermera colombiana que retornó desde Italia, la crisis económica de 2008 y el encarecimiento de la vida en esos países europeos motivaron la vuelta a sus países de origen. Sólo para un emigrante, un médico ecuatoriano retornado desde España, ciertas razones sociales vinculadas a la imposibilidad de criticar al país de destino y a la vez seguir trabajando, fueron causales para retornar. Esta argumentación empata, de cierto modo, con otra razón social dada por uno de los dos médicos chilenos encuestados, quien a las razones familiares añadió, que en el país de destino: " [...] uno nunca deja de ser extranjero, aunque esté bien recibido" (Médico chileno de 63 años retornado de Francia. Encuesta tomada en Chile, julio 2010). Finalmente, sólo en el caso de otro médico ecuatoriano el hecho de no haber podido renovar su residencia temporal en España, lo motivó a retornar a su país de origen. Causales que nos dan pistas para vislumbrar la complejidad que entraña el proceso de inserción en el país de destino aún cuando se trate de migrantes altamente calificados.

Para los profesionales de la salud que retornaron desde España, entre las razones que figuran como causales están (en orden de frecuencia): familiares; profesionales; sociales; económicas y referida a las políticas migratorias. Ocho de los doce encuestados, dijeron que entre las personas que más influyeron en su decisión para retornar a sus países de origen constaba algún miembro de su familiar nuclear, sean los padres, madres o sus hijos. Los cuatro casos restantes, dijeron que ninguna persona influyó en su decisión. Entre los que identificaron a algún miembro familiar, en tres casos aparecen los hijos como primera influencia; en cuatro casos los padres o madres, y sólo en un caso se identificó a la familia en su conjunto. Entre las mujeres profesionales [4 enfermeras Y 1], tres dijeron que sus hijos fueron quienes más influyeron en su regreso; una mencionó a sus padres, y otra más dijo que nadie influyó en su decisión de retorno. Por su parte, entre los hombres profesionales [1 enfermero colombiano y 6 médicos, tres afirmaron que nadie incidió en su

decisión de regresar; otros tres dijeron que fue algún miembro de su familia (padres, madre o la familia en conjunto) y sólo uno señaló a sus hijos como influencia para el retorno.

Estos hallazgos nos confirman la importancia que tienen la familia en la experiencia migratoria y sobre todo en la vital de estos profesionales, y sobre todo el peso que los hijos tienen en la decisión de retorno, particularmente entre las mujeres profesionales encuestadas. Aún cuando a las razones familiares, expuestas anteriormente, se sumen otras de diferente índole, tal y como vemos, la influencia familiar, en especial la ejercida por los hijos, es central para comprender los motivos del retorno.

La Tabla No 4 muestra precisamente las razones y las personas que influyeron en la decisión de retorno, haciendo la distinción del perfil migratorio de estos encuestados y del tiempo de residencia en el destino.

Tabla No 4: razones para retornar								
Nº	Género-lugar de origen	Profesión	Edad al momento de la encuesta	Edad cuando emigró	Lugar de destino	Tiempo de residencia en destino en años	Razones para retornar a su país de origen	Personas que influyeron en su decisión de retorno
1	Colombiana	Enfermera con especialidad en gerencia de calidad de salud	46	41	Italia	7	<i>Económicas:</i> crisis del 2008 afectó los ingresos familiares	Hijos
2	Colombiano	Enfermero sin especialidad	47	44	España	0.3	<i>Familiares:</i> separación de la familia, particularmente del hijo. <i>Sociales:</i> compleja convivencia cotidiana con connacionales con los que emigró.	Madre
3	Ecuatoriano	Médico con especialidad en cirugía pediátrica	45	38	España	7	<i>Sociales:</i> en destino hay una imposibilidad de criticar al país y seguir trabajando a la	Ninguna

							vez.	
4	Ecuatoriano	Médico con especialidad en ginecología	38	33	España	1	<i>Políticas migratorias:</i> imposibilidad de renovar residencia temporal por estancia de estudio.	Hijos
5	Ecuatoriana	Enfermera sin especialidad	40	28	España	12	<i>Familiares:</i> separación con hija.	Hija
6	Ecuatoriana	Enfermera con especialidad en salud pública	43	36	España	5	<i>Familiares:</i> fallecimiento de padres.	Padres
7	Peruana	Médica con especialidad en oftalmología	48	41	España	4	<i>Profesionales:</i> al terminar estudios de especialización, siempre pensé en retornar.	Ninguna
8	Peruano	Médico con especialidad en pediatría	48	43	España	4	<i>Laborales:</i> finalización de contrato laboral <i>Familiares:</i> separación con familia.	Familia
9	Peruana	Enfermera con especialidad en oncología médica	48	45	Italia	0.5	<i>Laborales:</i> finalización de contrato laboral (era por un año) <i>Familiares:</i> separación con familia.	Padre
10	Chileno	Médico con especialidad en salud pública	36	33	España	1.5	<i>Económicas:</i> costo de la vida en destino se hizo inviable.	Ninguna
11	Chileno	Médico con especialidad en anestesiología	63	28	Francia	19.5	<i>Profesionales:</i> "era muy atractivo volver, había mucho que hacer en Chile". <i>Sociales:</i> "Uno nunca deja de	Ninguna

							ser extranjero, aunque esté bien recibido"	
12	Boliviano	Médico con especialidad en cirugía mayor	31	25	España	4	<i>Profesionales:</i> poner en práctica lo aprendido.	Padres
Fuente: Fuente: UE, OMS-OPS, EASP-OSE, Proyecto Migraciones de profesionales oportunidades para el desarrollo compartido Comunidad Europea-Región Andina, 2010.								

5- Inserción en el país de origen

5.1 Re- inserción laboral

Los doce encuestados a su retorno volvieron a ejercer las profesiones que estudiaron tanto en origen (las licenciaturas antes de la partida), como en destino (los posgrados). Es decir, ninguno encontró dificultad en reinsertarse laboralmente y desempeñar su profesión. De los doce emigrantes retornados, sólo uno dijo haber tenido dificultades al momento de reintegrarse al sistema de salud en su país de origen. Se trató del médico chileno retornado desde Francia, quien afirmó que tuvo dificultades en acceder a un puesto laboral que vaya acorde a su nivel de formación y experiencia laboral adquirida [19 años y medio laborando en el sistema de salud francés]. Además, afirmó que en su país de origen los grupos profesionales "operan como monopolios impidiendo la entrada de los nuevos o recién llegados" (Médico chileno de 63 años retornado de Francia. Encuesta tomada en Chile, junio 2010). Los profesionales andinos retornados en su mayoría se dedican a actividades de docencia e investigación (médico boliviano; médica peruana; enfermera con especialidad ecuatoriana; y los dos enfermeros colombianos). Dos médicos y dos enfermeras ecuatorianas se dedican a la atención privada de pacientes; mientras que cuatro (tres médicos y una enfermera), se desempeñan en actividades asistenciales. Finalmente, los dos médicos y una enfermera con especialización trabajan en la planificación y/o gestión de la salud.

Once profesionales retornados cuentan con contrato de trabajo formal. Sólo un médico (chileno) trabaja de manera independiente. Todos los encuestados acceden a seguridad social. Tres únicamente cuenta con seguro privado [dos enfermeros colombianos, un médico boliviano]; otros tres cuentan con seguridad social pública [un médico chileno, una enfermera peruana y una enfermera ecuatoriana] y los 5 restantes acceden a ambos tipos de seguridad social [un médico peruano, una enfermera y dos médicos ecuatorianos y un médico chileno].

Ninguno de los cinco emigrantes que cursó estudios de posgrado en los países europeos tuvo dificultades en homologar el título obtenido al llegar a sus países de origen. Seis de los doce

encuestados confirmaron la existencia de nichos laborales en sus países de origen para profesionales emigrados. Cuatro dijeron que no existen nichos laborales, y dos encuestados, una enfermera y un médico ecuatorianos, no dieron respuesta alguna. Así, en el caso de Colombia ambos encuestados dijeron que no existen nichos laborales en ese país para la demanda que puedan tener posibles profesionales emigrados. En Ecuador, uno de los dos que respondió, una enfermera, dijo que sí existen empleos para los profesionales emigrados; mientras que el otro, un médico, dijo que no. En el caso de los emigrados peruanos, los tres dieron una respuesta afirmativa. Entre los dos médicos chilenos, uno dijo que sí existen nichos laborales y el otro que no; y finalmente, el médico boliviano confirmó la existencia de plazas de trabajo. La Tabla No 5 da cuenta de estas respuestas en relación al perfil migratorio.

Tabla No 5 : proceso de re-inserción laboral al retorno								
Nº	Género-lugar de origen	Profesión	Lugar de destino	Tiempo de residencia en destino (en años)	A su retorno, ejerció profesión que estudió	Dificultades al momento de reintegrarse al sistema de salud en país de origen	Dificultades para homologar título obtenido en el extranjero	Existencia de nichos laborales para migración calificada de retorno en país de origen
1	Colombiana	Enfermera con especialidad en gerencia de calidad de salud	Italia	7	Sí	Ninguna	No	No
2	Colombiano	Enfermero sin especialidad	España	3 meses	Sí	Ninguna	No	No
3	Ecuatoriano	Médico con especialidad en cirugía pediátrica	España	7	Sí	Ninguna	No	n/r
4	Ecuatoriano	Médico con especialidad en ginecología	España	1	Sí	Ninguna	No	No
5	Ecuatoriana	Enfermera sin especialidad	España	12	Si	Ninguna	-	Sí

6	Ecuatoriana	Enfermera con especialidad en salud pública	España	5	Sí	Ninguna	_	n/r
7	Peruana	Médica con especialidad en oftalmología	España	4	Si	Ninguna	No	Si
8	Peruano	Médico con especialidad en pediatría	España	4	Sí	Ninguna	No	Sí
9	Peruana	Enfermera con especialidad en oncología médica	Italia	6 meses	Sí	Ninguna	_	Sí
10	Chileno	Médico con especialidad en salud pública	España	1 año y 6 meses	Sí	Ninguna	No	No
11	Chileno	Médico con especialidad en anestesiología	Francia	19 años y 6 meses	Sí	Sí, dificultades para acceder a buen empleo a pesar de nivel adquirido.	No	Sí
12	Boliviano	Médico con especialidad en cirugía mayor	España	4	Si	Si, no da razones	_	Si

Fuente: UE,OMS-OPS,EASP-OSE, Proyecto Migraciones de profesionales oportunidades para el desarrollo compartido Comunidad Europea-Región Andina, 2010.

5.2 Tipo de repercusiones que trae la decisión migratoria

En términos generales, tanto en el ámbito familiar como en el laboral las repercusiones que ha traído la emigración para estos profesionales han sido positivas. Así mismo, el tipo de valoración que compañeros de trabajo y familiares han dado a la decisión de emigrar, coincide con esa tendencia: las valoraciones positivas superan ampliamente a las negativas. Esta percepción positiva sobre todo está ligada con un importante reconocimiento social de los emigrados, ya sea por el esfuerzo que implica salir de los países de origen, por el hecho

de haber adquirido mayores capacidades profesionales o por haber vivido en un país europeo.

► *Ámbito familiar*

Entre las repercusiones positivas que la emigración de estos profesionales dejó en el ámbito familiar se encuentran (en orden de preferencia): 1- vínculos familiares más estrechados y diálogo familiar más profundo y recurrente para hacer frente a la separación [razones dadas por una enfermera ecuatoriana, una médica y médico peruanos, y un médico chileno]; 2- mayor reconocimiento y consideración al interior de la familia [razón dada por un médico chileno]; 3- posibilidad de consolidar una relación de pareja, matrimonio con un italiano para ser exactos, [razón dada por una enfermera colombiana]; y 4- consolidación de un divorcio [razón dada por un enfermero colombiano]. Las pocas repercusiones negativas estaban relacionadas con los efectos que la emigración genera al interior de la familia: separación con hijos [razón dada por dos médicos ecuatorianos], y lazos familiares deteriorados [razón dada por enfermera ecuatoriana].

Por otra parte, los altos porcentajes de valoración positiva frente a la emigración se relacionan con una razón en particular: el reconocimiento al interior de la familia del esfuerzo que implica haber emigrado y de las consecuencias positivas (personales y/o laborales) que supone haber vivido en Europa. Esta razón fue dada por una enfermera y un enfermero colombianos; por un médico y una enfermera ecuatorianos; por dos médicos y una enfermera peruanos; y por un médico chileno y otro boliviano. De hecho, tal y como afirmó el enfermero colombiano encuestado: “fue tan valorado [el proceso emigratorio] que dos personas de mi familia, que son enfermeras, actualmente se encuentran en España y han llevado a sus esposos” (Enfermero colombiano de 47 años retornado de España. Encuesta tomada en Colombia, julio 2010). Sólo para dos emigrantes retornados, un médico y una enfermera ecuatorianos, la emigración a España no tuvo efecto alguno al interior de sus familias.

► *Ámbito laboral*

Entre las razones que explicarían el porqué de esas repercusiones positivas que la emigración ha traído a estos doce profesionales figuran (en orden de preferencia), un mayor reconocimiento por la experiencia laboral adquirida en el extranjero [razón señalada por una enfermera colombiana, y un médico y una enfermera ecuatorianos]. Vale la pena mencionar, que en referencia a esta primera razón, uno de los encuestados alertó que este mayor reconocimiento laboral en origen, no se revierte necesariamente en términos salariales, es decir, se trataría más de un reconocimiento netamente social. Otra razón, es la posibilidad de configurar redes transnacionales de intercambio profesional con los nuevos colegas en los países de destino –el así llamado “*brain exchange*”– [razón que fue dada por una médica y una enfermera peruanas, y por dos médicos chilenos]. Una última razón, que fue señalada por un médico peruano, es el mayor desarrollo y la seguridad profesional.

Sólo en uno de los dos casos que dijeron que la emigración ha producido repercusiones laborales negativas, se señala la causa: perder pacientes en consulta privada. Esta razón la dio una médica ecuatoriana. Y, en el segundo caso, el encuestado (un enfermero colombiano) sólo dijo que la emigración trajo repercusiones negativas al interior del ámbito laboral.

Así mismo, y tal como mencionábamos anteriormente, en términos generales el tipo de valoración que los colegas de trabajo han tenido frente a la decisión migratoria de estos doce profesionales encuestados, en su gran mayoría, ha sido positiva. Entre las razones que explicarían esta tendencia constan: 1- el hecho de haber vivido en un país europeo [razón señalada por dos enfermeros colombianos y un médico ecuatoriano]; 2- haber adquirido mayores y nuevas destrezas laborales [razón dada por un médico ecuatoriano y dos médicos chilenos]; 3- haber tenido mayor acceso a tecnología y fuentes educativas [razón dada por un médico peruano]. Estas razones convertirían a los emigrados en profesionales más competitivos y por lo tanto más valorados dentro del sistema de salud de sus países de origen.

La única razón que se dio para explicar porqué los colegas de trabajo valoraron de manera negativa a la decisión migratoria de estos profesionales de la salud encuestados, es la que señaló una enfermera ecuatoriana. Ella dijo que sus colegas insistían en que las repercusiones familiares siempre son mucho mayores que cualquier posible beneficio laboral, y que por lo tanto, en términos generales, no sería posible calificar de manera positiva a la emigración. Sin embargo, tal y como hemos visto la tendencia es a una valoración y repercusión positiva tanto en el ámbito familiar como en el laboral.

6- Lo que deja el país de destino

6.1 Ventajas que la emigración a países europeos ha traído a profesionales de la salud

Identificar, a partir de las experiencias migratorias particulares de estos doce profesionales retornados, las posibles ventajas –en términos profesionales y personales – que existen en los países europeos, es un ejercicio sumamente importante. Esta importancia radica en que, por oposición, podemos señalar las necesidades o carencias presentes en los países andinos, y a la vez, sugerir posibles áreas de intervención pública para mejorar las condiciones de los países de origen y así, eventualmente, apuntar a una disminución de la tendencia contemporánea a la migración calificada, o en su defecto, a incrementar el proceso de retorno de profesionales emigrados.

► Ventajas profesionales

Para la mayoría de los emigrantes retornados encuestados, el mayor acceso a tecnología y bibliografía actualizada, es una de las mayores ventajas de los países europeos. Salvo por el enfermero colombiano retornado desde España, todos los encuestados apuntaron a ésta como principal ventaja. Vinculada a este primer beneficio, los encuestados también identifican a la posibilidad de establecer contactos con académicos y/o especialistas de primer nivel como una segunda ventaja. Ésta nos remite a una de las repercusiones positivas que la emigración habría dejado en esos profesionales y que fue señalada en la sección previa: la posibilidad de configurar redes transnacionales de colegas. Dos de los doce encuestados (un médico chileno y otro médico ecuatoriano) ambos retornados desde España, señalaron este aspecto. Así, ambas ventajas existentes en los países de destino, tienen relación, por contraste, con la limitada infraestructura universitaria [programas de posgrado, laboratorios, recursos bibliotecarios, entre otros], así como en el menor fomento a la investigación presente en los países de origen. Limitaciones bien podrían ser superadas con políticas de mayor inversión en educación superior en los países andinos.

Una tercera ventaja profesional se vincula con el acceso a un mejor sistema salarial, de salud y de seguridad social, que a no dudarlo tiene impactos positivos no sólo en términos profesionales, sino también vitales. Un médico ecuatoriano, y un enfermero colombiano, ambos retornados desde España, apuntaron esta ventaja. Asegurar mejores condiciones laborales y vitales, y a la par crear nuevas oportunidades para estos profesionales, son, a no dudarlo, apremiantes desafíos para los Estados y sociedades andinas.

Dos últimos beneficios se relacionan, el primero con el acceso a otra cultura. Este fue señalado por un médico chileno. Y, la segunda ventaja es el reconocimiento profesional que en los países europeos existiría del buen desempeño laboral de los recursos humanos en salud provenientes de países andinos. Ventaja, señalada por un enfermero colombiano, y que se relaciona con aquello que señalamos en el Apartado II, de cómo la falta de reconocimiento profesional en los países de origen puede ser un causal para que recursos humanos calificados emprendan proyectos migratorios.

► *Personales*

Acceder a un mejor sistema salarial y a mejores condiciones de vida, aparece como una de las ventajas existentes en los países europeos. En términos personales, esta ventaja fue la más señalada por los profesionales retornados. Así, siete de los once encuestados (dos médicos chilenos, una enfermera y un médico peruano, dos enfermeras ecuatorianas y una colombiana) la identificaron. Otro de los beneficios que existirían en los países europeos (al igual que en cualquier otro destino migratorio) es la posibilidad de conocer a otra gente y de inmiscuirse en una nueva cultura. Para cinco profesionales retornados desde España y sólo de Francia (un enfermero colombiano, un médico y una enfermera ecuatorianos, una médica peruana y un médico chileno) este aspecto representa una ventaja personal. El acceso permanente a eventos educativos, culturales y a espectáculos también fue señalado como un

beneficio presente en los países europeos. Así lo dijeron cuatro profesionales retornados, uno de Francia (un médico chileno), y los otros tres desde España (médico chileno, una médica peruana y un médico ecuatoriano). Sólo un emigrante retornado, un médico chileno, dijo que la emigración a España fue una ventaja para mejorar su currículum; mientras que el médico boliviano sólo mencionó como “pocas” las ventajas personales que se derivan de emigrar.

6.2 Expectativas cumplidas

El emprendimiento de un proyecto migratorio, supone a la vez la emergencia de expectativas de diversa índole en el migrante. Unas, referidas al contexto de destino, donde los imaginarios sociales construidos en torno a esos países receptores juegan un rol preponderante. Otras, se relacionan con la inserción laboral; con las formas de adaptación; con los logros que se alcancen; con las relaciones sociales que se tejan; con el reconocimiento en origen; en definitiva, podríamos argumentar que el cumplimiento de las expectativas migratorias es, quizá, uno de los mayores motivadores para emprender y continuar con proyectos migratorios, a pesar de los costos económicos y sobre todo sociales que pueden tener. De hecho, cumplir o no con las expectativas previstas puede incidir en un retorno intempestivo o en una extensión del período migratorio. Al igual que en el caso de las ventajas migratorias, analizadas en la sección previa, identificar las expectativas que estos emigrantes profesionales cumplieron durante su proceso migratorio, nos da más pistas para interpretar su experiencia migratoria.

El método de análisis que hemos utilizado fue distinguir entre expectativas personales y familiares; laborales; profesionales; y referidas al contexto del país de destino y pedir a los doce encuestados que en un escala del 1 al 5 valoren el cumplimiento o no de esos tipos de expectativas, donde 1 significa que éstas no fueron nada cumplidas; 2, poco cumplidas; 3 se cumplieron de la forma en la que lo esperaron; 4, se cumplieron mucho; y, 5, se cumplieron muy por encima de lo esperado. En términos generales, tal y como lo esperaban los migrantes profesionales retornados, los cuatro tipos de expectativas fueron cubiertas, e incluso en algunos casos muy por encima de lo que esperaban. Es decir, su período migratorio en España, Italia y Francia cumplió sus expectativas, e incluso las superó. Siendo así, podríamos suponer que hechos como estos (expectativas en destino cumplidas) son elementos claves que incentivan a futuras migraciones, pues recordemos que el conocimiento, estrategias y experiencias migratorias se pasan entre amigos, colegas y de generación en generación configurando una suerte de *continuum migratorio*.

7- Segunda migración

A los doce profesionales retornados se les preguntó si acaso estarían dispuestos a emigrar nuevamente a otro país, distinto al que habían emigrado. Siete de ellos (una enfermera colombiana, dos médicos y una enfermera ecuatoriana, dos médicos peruanos y un médico chileno) dijeron que no volverían a emigrar. Por su parte, los cinco que sí volverían a emprender un proyecto migratorio, señalaron a esos posibles lugares de destino: 1- el médico boliviano iría a Estados Unidos, debido a la tecnología de avanzada que hay en ese país; 2- un médico chileno iría a Alemania, porque le “encantaría aprender esa lengua”; 3- la enfermera peruana, sin dar mayores explicaciones, sólo dijo que emigraría a Canadá; 4- Inglaterra sería el destino elegido por una de las dos enfermeras ecuatorianas, debido a la tecnología y al sistema de salud. Esta misma encuestada dijo que otro destino podría ser Noruega. Y, 5- el enfermero colombiano apuntó a Francia como destino migratorio, debido a las condiciones laborales presentes en ese país y al reconocimiento que existe de los profesionales franceses. Como vemos, todos emigrarían a países centrales y nuevamente el acceso a mayor tecnología funge como un motivador clave.

A pesar de que la mayoría de los profesionales retornados no emprenderían un segundo proceso migratorio; les preguntamos cuál (es) factor (es) les hubiera motivado para quedarse en España, Italia o Francia y no retornar a sus países de origen. Siete dijeron que sólo hubieran permanecido en los países de destino, si hubiesen mejorado sus condiciones laborales. Es decir, mejor remuneración y obtención de un contrato laboral fijo. Entre ellos figuran: una enfermera colombiana inmigrante; un médico ecuatoriano inmigrante; una enfermera y un médico peruano, dos médicos chilenos y el médico boliviano. Tres afirmaron que sólo si hubieran podido reunir a sus familias en destino, su decisión de retornar hubiese sido otra. Esto lo dijo un médico peruano y un médico y una enfermera ecuatoriana. Por su parte, un médico ecuatoriano dijo que si hubiese regulado su situación migratoria en España, hubiera permanecido ahí e incluso hubiese iniciado un proceso de reunificación familiar. Finalmente, el enfermero colombiano dijo que si hubiese resuelto los conflictos de convivencia cotidiana, hubiese permanecido en España. Estas razones confirman el peso que tienen las familias, así como las condiciones de vida y oportunidades profesionales para que tomar decisiones migratorias, sea para partir o para decidir retornar.

La Tabla No 7 muestra estas posibles razones distinguiendo a los profesionales retornados, su lugar de origen y de destino.

Tabla No 7: razones para no retornar				
No	Género- lugar de origen	Profesión	Lugar de destino	Razones para permanecer en país de destino
1	Colombiana	Enfermera con especialidad en gerencia de calidad de salud	Italia	"Que mi esposo hubiera podido continuar son u nivel laboral".
2	Colombiano	Enfermero sin especialidad	España	"Si hubiera tenido un mejor grupo para convivir"
3	Ecuatoriano	Médico con especialidad en cirugía pediátrica	España	"Tener una excelente oferta laboral. Tener la certeza que en 5 o 10 años hubiese podido escalar en el sistema seguridad social"
4	Ecuatoriano	Médico con especialidad en ginecología	España	"Si se regulaba mi situación hubiese reunificado a toda mi familia"
5	Ecuatoriana	Enfermera sin especialidad	España	"Si mi hija hubiera querido"
6	Ecuatoriana	Enfermera con especialidad en salud pública	España	"Después del fallecimiento de familiar, nada"
7	Peruana	Médica con especialidad en oftalmología	España	"Tener un trabajo estable en una institución de primer nivel, excelentes condiciones económicas y derechos a capacitación y asenso"
8	Peruano	Médico con especialidad en pediatría	España	"Mejor remuneración y felicidad de mi familia"
9	Peruana	Enfermera con especialidad en oncología médica	Italia	"Por la cultura"
10	Chileno	Médico con especialidad en salud pública	España	"Trabajar en atención primaria como clínico o como académico"
11	Chileno	Médico con especialidad en anestesiología	Francia	"Si hubiera tenido acceso a la seguridad que otorga el sistema de protección social, a educación para mis hijos y a atractivos culturales"
12	Boliviano	Médico con especialidad en cirugía mayor	España	"Sólo por la tecnología de más avanzada y por razones económicas"

Fuente: UE,OMS-OPS,EASP-OSE, Proyecto Migraciones de profesionales oportunidades para el desarrollo compartido Comunidad Europea-Región Andina, 2010.

Tercera Parte UNA FOTOGRAFÍA DE LA INMIGRACIÓN CONTEMPORÁNEA EN LA UE

Retomando aquello que señalamos en el Apartado I, la globalización de las migraciones es uno de los rasgos que signa a la época contemporánea. Esto implica que cada vez más países están siendo afectados por procesos migratorios convirtiéndose, incluso al mismo tiempo, en países emisores, receptores, o de tránsito. Los Estados miembros de la Unión Europea (UE) no son ajenos a este escenario global. De hecho, la gran mayoría de los 27 países que conforman esta comunidad política reciben permanentemente flujos de migrantes inter y extra comunitarios, y en menor medida, desde esos países, así mismo, salen emigrantes.² Esto se explica por dos razones: 1- desde finales de la década de 1970, y muy acorde con los cambios globales económicos, políticos y sociales suscitados por el nuevo modelo de acumulación capitalista flexible (analizados previamente), los países europeos, sobre todo los centrales, dejaron de ser expulsores de emigrantes para convertirse en los principales destinos migratorios a nivel mundial, y 2- la integración europea ha impulsado la libre movilidad para sus ciudadanos-as. Siendo así, en la actualidad los países comunitarios reciben flujos de migración intercomunitaria laboral sean profesionales o no profesionales; además de flujos de migrantes laborales y profesionales extra comunitarios (documentados y/o indocumentados); de migración en tránsito; de migración forzada (incluyendo a refugiados, desplazados y/o víctimas de redes de trata y/o tráfico de personas); y de migrantes que llegan a través de procesos de reunificación familiar. Estos diversos flujos provienen sobre todo de países pobres de América Latina, Asia y África (Castles y Miller, 2004; Novick, 2005; Pedone, 2010). Esta actual tendencia en las inmigraciones a Europa empata con una de las señas particulares que, como ya lo mencionamos así mismo en el Apartado I, define a los procesos migratorios latinoamericanos contemporáneos: la incorporación de los países de la UE como nuevos destinos migratorios. Entre ellos, España se ha posicionado como el segundo destino migratorio de latinoamericanos después del tradicional e histórico Estados Unidos.

Si bien el objetivo de este apartado es adentrarnos precisamente en el proceso de inmigración de profesionales de la salud provenientes de la Región Andina en España, creemos que es muy pertinente hacer un repaso sucinto de lo que ocurre en Europa y en particular en el país ibérico en torno a la recepción de flujos migratorios latinoamericanos. Así, en una primera sección haremos ese breve repaso, que incluirá un análisis sobre la

² Los 27 países que actualmente conforman la UE son: Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Polonia, Portugal, Gran Bretaña, República Checa, Rumanía, Suecia. Adicionalmente, existen 4 países candidatos para formar parte de la UE: Turquía, Croacia, Macedonia e Islandia (Eurostat, 2010).

situación de los profesionales de la salud inmigrados en España enfatizando en sus condiciones laborales. Este primer mapeo nos permitirá pasar a la segunda parte en la cual haremos una interpretación de los hallazgos obtenidos de la investigación de campo realizada en Barcelona, España en la que se entrevistaron a 24 inmigrantes, médicos-as y enfermeros-as provenientes de Venezuela, Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia y Chile.

I. Una fotografía de la inmigración contemporánea en la Unión Europea

Según datos del BM (2008) de los diez principales destinos migratorios a nivel mundial, seis son países europeos. En orden descendente en relación a la cantidad de inmigrantes receptados hasta 2008 constan: Estados Unidos (38.4 millones); Rusia (12.1 millones); Alemania (10.1 millones); Ucrania (6.8 millones); Francia (6.5 millones); Arabia Saudita (6.4 millones); Canadá (6.1 millones); India (5.7 millones); Reino Unido (5.4 millones) y España (5.3 millones) (Banco Mundial, 2008). Por su parte, la Oficina Europea de Estadística, Eurostat (Statistical Office of the European Communities) informó que para ese mismo año en los 27 países miembros de la UE vivían 30.8 millones de ciudadanos-as extranjeros. De ese total, 19.5 millones correspondía a ciudadanos-as pertenecientes a algún Estado extra comunitario: 6 millones eran originarios de países europeos no comunitarios; 4.7 millones de países africanos; 3.7 millones de países asiáticos y 3.2 millones de países del continente americano. De este modo, y en conjunto, estas cifras señalan que el 6.2% del total de la población en la UE para 2008 eran extranjeros (Eurostat, 2009).

Al desagregar esos datos por país, la Eurostat (2009) identifica que para 2008 más del 75% de los ciudadanos-as extranjeros residentes en la UE se concentraba en sólo cinco de los 27 países comunitarios. En orden descendente, y de acuerdo a la importancia como país receptor, figuran: Alemania, que consta como el principal país de destino europeo; España; Reino Unido; Francia e Italia. En estos cinco países los tres grupos más numerosos de ciudadanos extranjeros provenían de Turquía (2'419.00 de ciudadanos turcos o el 7.9% del total de extranjeros); Marruecos (1'727.000 de ciudadanos marroquíes o el 5.6%) y Rumania (1'677.000 de ciudadanos rumanos o el 5.4%). Y sólo en el caso de España, además de esas dos últimas nacionalidades, se añade una nacionalidad latinoamericana. Así, para 2008 en el país ibérico, entre los principales inmigrantes extranjeros constan, en ese orden: rumanos (734.800 o el 14.0% del total de extranjeros); marroquíes (649.800 o el 12.3%) y ecuatorianos-as (423.500 o el 8.0%) (Eurostat, 2009).

Por otra parte, el investigador Fabio Sartori (2010) en el estudio "Acquisitions of citizenship slightly declining in the EU", realizado para la Eurostat, arroja evidencias sobre el número de personas extranjeras que han adquirido la nacionalidad europea. Estos datos son claves para configurar esa fotografía europea en torno a las inmigraciones contemporáneas ya que dan cuenta de emigrantes latinoamericanos que al entrar en la categoría de ciudadanos-as europeos, pasan desapercibidos. Así, Sartori (2010), en base a series estadísticas de los 27 países comunitarios, señala que desde el 2000 el número de extranjeros que se nacionalizó como europeo ha ido en aumento. Sin embargo, esa tendencia, en términos generales, desde 2007 ha presentado un pequeño declive. Esto quizá se deba al endurecimiento de las

políticas migratorias europeas y al “cierre” selectivo de fronteras. A pesar de ese hecho, en los principales destinos migratorios de la UE las nacionalizaciones todavía persisten. Algunos datos dan cuenta de ello. Por ejemplo, para 2008, en España se dio un incremento del 17% en el número de nacionalizaciones; en Italia del 18% y en Francia del 4%. Este investigador para la Eurostat, desagrega esta información sobre las nacionalizaciones, por grupo étnico y por país de origen, demostrando que, por un lado, en promedio los nuevos ciudadanos europeos tienen entre 30 y 40 años. Información sumamente relevante ya que da cuenta de una pérdida neta para los países de origen de ciudadanos-as en edad altamente productiva. Por otro lado, se señala que entre los países de origen de los que provienen esos inmigrantes, ahora nacionalizados como europeos-as, figuran, en orden de importancia Marruecos (63.800); Turquía (49.500); Ecuador (27.300); Argelia (23.000) e Iraq (20.400) (Sartori, 2010).

Para propósitos de esta investigación, nos interesa resaltar los datos que maneja Sartori y que muestran cuáles son los principales países latinoamericanos cuyos ciudadanos-as emigrantes han adquirido la ciudadanía europea en 2008. En orden de importancia constan:

- Ecuador con 27.300 nacionalizados: 93.5% en España; 2.6% en Italia; 2.1% en el Reino Unido; 0.3% en Suecia y 1.5% en otros países de la UE.
- Colombia con 19.000 nacionalizados: 81.1% en España; 6.4% en Italia; 5.9% en Reino Unido; 1.8% en Francia y 4.7% en otros países de la UE.
- Perú con 10.500 nacionalizados: 78.5% en España; 10.2% en Italia; 2.6% en Alemania; 2.4% en Suecia y el 6.6% en otros países de la UE.
- Brasil con 10.000 nacionalizados: 41% en Portugal; 19.4% en Italia; 10.5% en España; 9.7% en Alemania y 19.4% en algún país de la UE.
- Argentina con 7.600; 68.3% en España; 23% en Italia; 2.3% en Alemania; 2.1% en Francia y 4.3 en otros países de la UE.

Como vemos tres de los siete países andinos, Ecuador, Colombia y Perú, figuran entre los principales países latinoamericanos cuyos ciudadanos-as emigrados obtuvieron la ciudadanía europea en 2008. Además, estos datos dan cuenta de que España es el país comunitario donde más latinoamericanos se han nacionalizados: 25.536 ecuatorianos; 15.408 colombianos; 8.206 peruanos y 5.189 argentinos (Sartori, 2010).

Ahora bien, para comprender el por qué de esa importante presencia de inmigrantes latinoamericanos en la UE vale la pena tener en cuenta que, parafraseando a Claudia Pedone (2010), “los flujos migratorios procedentes de los países pobres o empobrecidos no proliferan al azar [...] Existen conexiones bien establecidas, cuyas raíces se encuentran en el colonialismo, la guerra, la ocupación militar, el reclutamiento laboral y la penetración económica” (Pedone: 2010:2). Por lo tanto, es fundamental rastrear esos vínculos históricos que pudieran haber dado lugar a la configuración de redes migratorias transnacionales que han posibilitado esas migraciones extracomunitarias por generaciones (Pedone, 2010 y 2006). Si bien actualmente, la mayoría de las políticas y las leyes comunitarias tienen un carácter altamente restrictivo respecto a la entrada, permanencia y regularización de los

migrantes extracomunitarios; estas políticas migratorias no siempre fueron así. De hecho, siguiendo el atinado análisis que hacen Castles y Miller (2004) y Pedone (2010) se pueden distinguir cuatro etapas de las políticas de los Estados europeos que han influido directamente en los movimientos inmigratorios. Pasemos revista por cada una de ellas.

Primera, entre 1955 – 1973: durante el período post Segunda Guerra Mundial y debido a la apremiante necesidad de reconstruir los Estados europeos, estos últimos favorecieron a la inmigración sobre todo de mano de obra extranjera (calificada o no). Entre las medidas adoptadas consta: 1- la creación del Mercado Común Europeo; 2- la firma del Tratado de Roma de 1957 en el que se establece la libre circulación de personas entre los países miembros y 3- el establecimiento de políticas de reclutamiento de fuerza laboral (calificada o no) en colonias y ex - colonias europeas y en países pobres de Asia, África y América Latina. Recordemos el caso al que hicimos alusión en el Apartado II sobre los profesionales de la salud provenientes de países pobres reclutados en esos años. En esta primera etapa las políticas migratorias europeas eran inmediatistas (su objetivo mayor era resolver de forma inmediata la necesidad de mano de obra); de corto plazo y sin mayor planificación sobre las posibles residencias futuras de esos inmigrantes en los países europeos. Estos hechos condujeron a una clara división del mercado de trabajo en Europa, en base al origen y procedencia de los trabajadores, y con efectos directos en las condiciones laborales, de hecho la mayoría de los inmigrantes se empleaban en la construcción y en las industrias. Así mismo, estas primeras migraciones fungieron como semilla para la creación y proliferación de redes migratorias transnacionales que desde entonces “jalarían” a nuevos inmigrantes a lo largo de las décadas posteriores (Castles y Miller, 2004; Pedone, 2010).

Segunda, entre 1973 y 1985: estos años estuvieron marcados por la reestructuración de la economía mundial y el giro hacia la acumulación capitalista flexible. Esto implicó, entre otras cosas, que, por una parte, algunas ramas de producción se trasladaran de Europa occidental a otros países donde los salarios eran más bajos. Hecho que repercutió en disminuir la necesidad de reclutar mano de obra barata extranjera. Por otra parte, y debido a las innovaciones tecnológicas que proliferaron desde esa época, se privilegió el reclutamiento de migrantes profesionales en ciertas ramas, sobre todo las científicas. Además, si en la etapa previa los Estados europeos barajaban la posibilidad de que los primeros inmigrantes provenientes de países pobres eventualmente retornarían a sus países de origen, esta hipótesis fue refutada durante estos años. Desde mediados de la década de 1970, la inmigración no sólo había continuado sino que había incrementado. Este crecimiento se debía, además de las políticas de reclutamiento, a mecanismos de reunificación familiar y a la puesta en marcha de estrategias gestadas desde las primeras redes migratorias. Es así como durante esta etapa las así llamadas primeras minorías étnicas se fueron configurando y desde entonces estarían legal, económica y socialmente segregadas en los países europeos de residencia (Castles y Miller, 2004; Pedone, 2010).

Tercera, entre 1985 y 1990: como consecuencia de los años precedentes este período se caracteriza por un incremento en los flujos migratorios. En Europa tuvieron preeminencia

movimientos poblacionales vinculados a las repercusiones del final de la Guerra Fría, al colapso del bloque soviético, y de forma paralela, a las crisis políticas y económicas en los países pobres. En este contexto y como respuesta a la continua llegada de flujos migratorios, la legislación europea, dentro de la nueva forma de integración política, económica y social bajo la Unión Europea (1993) establecería un tratamiento diferencial entre los ciudadanos comunitarios y aquellos que no lo eran (Castles y Miller, 2004; Malgesini, 1994 en Pedone 2010). Tal y como lo afirma Claudia Pedone, “mientras se estipulaba la libre circulación para los primeros, los controles cada vez serán más rigurosos y restrictivos para los segundos” (Pedone, 2010:5).

Cuarta, a partir de los últimos años del siglo XX: entre estos años se marca la tendencia de las vigentes políticas migratorias. Los atentados contra las Torres Gemelas en septiembre 11 de 2001 y los acontecidos en la estación de Atocha en Madrid, el 11 de marzo de 2004, impactarán directamente en el incremento de controles fronterizos y migratorios, que desde entonces se orientan a restringir al máximo la entrada de inmigrantes extracomunitarios. De esta manera, se firman acuerdos a nivel comunitario que luego se traslucen en los preceptos que guían cada una de las leyes de extranjería nacionales. Esta etapa estaría marcada por ataques racistas y xenófobos hacia algunos colectivos. Por ejemplo: a turcos en Alemania, a magrebíes, subsaharianos y latinoamericanos en Francia y España. De forma paralela, y contraria, en los Estados y sociedades europeas emergerá un importante debate en torno a la necesidad de atraer flujos de migrantes extra - comunitarios como medida compensatoria frente a la drástica disminución de las tasas de natalidad y envejecimiento acelerado de la población económicamente activa europea. Así, en última instancia, si en los países europeos se pretende mantener el Estado de Bienestar que favorece a sus ciudadanos-as, la llegada de inmigrantes en edad productiva y que ocupen nichos laborales claves, entre esos médicos-as y enfermeras-os, es inminente. De ahí la necesidad de continuar implementado, a nivel comunitario, políticas de reclutamiento de migrantes calificados provenientes de países pobres (Pedone, 2010).

Esta rápida revisión por el contexto europeo de las últimas cinco décadas nos da mayores elementos para comprender el por qué de la persistencia de los flujos migratorios latinoamericanos en la UE y sobre todo nos muestra la importancia que históricamente ha tenido la presencia de inmigrantes para los procesos de reproducción productiva y social de las sociedades europeas. De hecho, recientes proyecciones demográficas realizadas por la Eurostat (2010) afirman que al finalizar este año la población total de la UE alcanzará los 501'259.840 habitantes, constituyéndose así en la tercera potencia demográfica del mundo, por detrás de China y la India. Así mismo, la esperanza de vida para la UE será una de las más altas del mundo: 78.1 años de vida. Sin embargo, estos posicionamientos a nivel mundial no serían posibles sin la presencia de ese 6.2% de inmigrantes extra – comunitarios. De hecho, durante las últimas seis décadas en la mayoría de los países centrales europeos se ha producido un significativo declive en los índices de nacimientos que sólo ha podido ser revertido por la presencia de extranjeros. Por ejemplo, para el 2000 el saldo migratorio en la UE alcanzó los 735.000 habitantes, mientras que el crecimiento natural de su población,

durante ese mismo año, sólo fue de 372.000 habitantes. De ahí que la inmigración sea responsable del crecimiento total del número de habitantes de la UE (Unión Europea, 2010; Pedone, 2010).

Así mismo, la llegada de ciudadanos no comunitarios a la UE ha modificado la tasa de natalidad y de envejecimiento de la población. Al respecto, el caso español resulta ser uno de los más ilustrativos. Entre 1960 y 1990, en ese país europeo, la natalidad se redujo en más de la mitad: de 21.7 a 10.2 nacimientos por mil habitantes respectivamente, datos que parecerían indicar que la sociedad española estaba destinada a un irremediable envejecimiento de su población. Sin embargo, la llegada de inmigrantes extra - comunitarios a partir de la década de 1990 revirtió esa compleja tendencia. Es más, para 2004, la edad media de la población extranjera residente en España era de 32.8 años, mientras que la de los españoles-as alcanzaba los 41 años en promedio (Pedone, 2010). Estas cifras sólo son una muestra más de la importancia que tiene la presencia de inmigrantes en territorio español en particular y en la UE en general. Siendo así, concentrémonos en la realidad española para entender con mayor detalle lo que ha sucedido con los flujos de inmigrantes latinoamericanos.

► *España: principal destino europeo de la migración andina*

Desde finales del siglo XX, España se ha posicionado, después de Estados Unidos, como el principal país europeo receptor de inmigrantes latinoamericanos. Si bien la poco alentadora realidad de la región latinoamericana (crisis económica y política, incremento de la inequidad y pobreza, y limitadas oportunidades laborales y vitales) explicarían en parte el por qué de ese continuo flujo inmigratorio, ciertas transformaciones del contexto español también se añadirían como posibles causales. Siguiendo el análisis que Sandra Gil Araujo (2006) y Claudia Pedone (2010) hacen al respecto, en España, a partir de la década de 1980, habrían coincidido dos procesos determinantes: 1- la consolidación democrática, y 2- la integración en 1986 a la UE y con ello el alineamiento español con los países capitalistas europeos más avanzados. Ambos procesos alentaron a que durante las dos últimas décadas del siglo XX, capital extranjero penetre y dinamice la economía española y que a la par continuas innovaciones tecnológicas se vayan incorporando en los mercados laborales. Como resultado una nueva re-organización de la producción y del trabajo emergió que se evidenció, entre otras cosas, en un acelerado crecimiento de los centros urbanos españoles y en su posicionamiento como nodos claves de los circuitos financieros y económicos globales. Estos hechos supusieron la emergencia de nuevos nichos laborales. Por una parte, de trabajos profesionales y técnicos de altos ingresos y, por otra, de empleos de bajo salario asociados con la también emergente y cada vez más amplia economía informal. En este contexto de expansión económica española, pero de manera contraria, tal y como lo anunciamos en la sección previa, el envejecimiento de la población también se puso en evidencia. Así, la conjunción de todos estos factores resultaron en la demanda de fuerza laboral, sea profesional o no, que cubra tanto los nuevos nichos laborales como la urgente necesidad de revertir esa tendencia al envejecimiento de la población española (Gil Araujo 2006 en Pedone,

2010). Estas señas particulares del contexto español, sumado a la compleja realidad latinoamericana y a la histórica cercanía cultural entre ambas regiones fueron determinantes para que partir de la década de 1980, tal como lo afirma Pedone (2010): “España deje de ser un lugar de tránsito de [magrebíes y] latinoamericanos hacia otros países europeos y se convierta en un lugar de destino” (Pedone, 2010:8).

En este contexto la inmigración laboral (calificada o no) se ha ido insertando en diferentes segmentos del mercado de trabajo español. Los sectores laborales que cooptan mayor número de inmigrantes extra – comunitarios, entre ellos inmigrantes latinoamericanos, son los que ofertan trabajos en condiciones precarias, inestables, estacionales y con débiles pautas de contratación. Así, los inmigrantes no calificados se emplean sobre todo en actividades agrícolas, en la construcción y en el así llamado sector de servicios de proximidad como el trabajo doméstico, el cuidado de ancianos y niños-as, la hostelería y el trabajo sexual. En menor medida, migrantes profesionales también se emplean en segmentos de ingresos medios y altos, como es el caso de profesionales de la salud (Pedone, 2010).

Un rasgo notable de la inmigración latinoamericana en España es la elevada proporción de mujeres. La demanda de mano de obra femenina en las grandes ciudades españolas ha sido un factor que explica por qué las mujeres latinoamericanas, a diferencia de lo que ocurre en la dinámica de otros flujos migratorios destinados a otros países, han sido el primer eslabón de la cadena migratoria (Pedone, 2006). Entre los nichos laborales reservados para las mujeres inmigrantes extra - comunitarias, destacan: el servicio doméstico y el cuidado de personas, sobre todo de personas mayores y de niños-as. Así, las mujeres inmigrantes cumplen una labor fundamental en el cuidado de la población española, la cual experimenta un veloz envejecimiento demográfico. La participación económica de las mujeres inmigrantes, a no dudarlo, contribuye al financiamiento del sistema de seguridad social y también a la reproducción social de la sociedad española. Esta feminización de la migración en este país europeo ha permitido visibilizar a las mujeres dentro del grupo doméstico como actores decisivos en el juego de las relaciones de poder y en el emprendimiento de proyectos migratorios. Y a su vez ha posibilitado el análisis de la familia como espacio de conflicto y negociación clave dentro de los procesos migratorios, y por ende, también ha permitido resaltar la importancia de los procesos de reunificación familiar que ocurren tanto en los países de origen como en España (Villa, 2004; Pedone, 2006; Herrera, 2006).

Estas reflexiones en torno a los flujos migratorios, nos llevan a confirmar que España se ha convertido en el principal destino de la migración latinoamericana. Pasemos revista algunos datos estadísticos sobre los flujos migratorios latinoamericanos y en particular de aquellos provenientes desde la Región Andina. Las cifras que se muestran a continuación corresponden al Anuario Estadístico español de 2009, proporcionados por la Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración de España.

Así tenemos que entre 1999 y 2009, los inmigrantes latinoamericanos en España pasaron de 149.571 residentes en 1999, a 1'458.442 para finales de 2009. Es decir, que en una década el número de inmigrantes latinoamericanos incrementó en 10 veces. Si desagregamos esa

misma cifra sólo para inmigrantes andinos, observamos que para esos países el incremento fue todavía mayor: en 1999, en España residían 68.356 inmigrantes provenientes de los cinco países andinos, mientras que para finales del 2009, esa cantidad incrementó a 1.059.673. Esto implica que en diez años, el número de inmigrantes andinos en España incrementó en 15 veces.

Entre los ciudadanos andinos que han llegado a España entre 1999 y 2009, los ecuatorianos-as son los más numerosos: 440.304 residen en territorio español. A esta nacionalidad le siguen (en orden de importancia): 287.205 colombianos-as residentes; 144.620 peruanos-as; 117.106 bolivianos-as; 40.370 venezolanos-as; y 30.068 chilenos-as. A lo largo de esta última década el incremento de ciudadanos-as andinos ha sido constante, siendo la migración ecuatoriana aquella que más rápido ha incrementado año tras año. En términos del incremento total de inmigrantes andinos, el caso que llama más la atención es el boliviano. En 1999, sólo 1.283 bolivianos-as residían en España, cifra que para 2009 alcanzó los 117.106 residentes. Esto implica que el número de bolivianos-as en España incrementó en 91 veces. A este país, le sigue Ecuador. Para 1999, 12.933 ecuatorianos-as residían en el país ibérico. Cifra que para 2009 incrementó en 34 veces alcanzando los 440.304 ecuatorianos-as. Colombia ocupa el tercer lugar. En 1999, residían 13.627 colombianos-as, que para 2009 habían incrementado a 287.205. Es decir, que una década el número de colombianos-as había incrementado en 21 veces. Por su parte, Chile, Perú y Venezuela muestran un incremento, que si bien es mucho menor en relación a los otros países andinos, no implica que no haya sido constante. De hecho el número de ciudadanos-as originarios de estos tres países andinos, en promedio incrementó en 5 veces en la última década. La tabla No 8 da cuenta de la evolución de estas cifras por país de origen.

Perú	27,263	27,888	33,758	39,013	57,593	71,245	82,533	90,906	116,202	130,900	144,620
Tabla No 8											
Venezuela	7,323	7,986	9,067	10,634	13,162	16,622	25,372	28,188	33,262	36,616	40,370
Evolución de extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor a 31 de diciembre según Nacionalidad											
Fuente: Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración Estadístico, 2009.											
1999 – 2009											
Región Andina											
Año	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

La feminización de la inmigración en España, a la que nos referimos previamente, se evidencia en cifras estadísticas. En la última década, 669.117 hombres latinoamericanos inmigraron, mientras que el número de mujeres inmigrantes llegó a 789,021. Es decir, que las 119.904 más mujeres que hombres latinoamericanos residen en España. Esta tendencia se repite a la hora de analizar los datos para la Región Andina: 66.993 más mujeres que hombres andinos inmigraron. Al desagregar por país, persiste la misma diferencia, salvo por el caso de Chile, que es el único país andino del que han emigrado más hombres que mujeres a España: 1.468 más hombres chilenos que chilenas residen en España en la última década. Hemos de resaltar los casos de Bolivia y Colombia, donde las mujeres inmigrantes superan a los hombres en 67.000 y 33.606 respectivamente. Por su parte, 6.552 más mujeres que hombres ecuatorianos han inmigrado a España entre 1999 y 2009. En el caso de Perú la diferencia es de 2.357 más mujeres que hombres peruanos; y para Venezuela, de 6.567 más venezolanas que venezolanos. Las tablas No 9 y 10 dan cuenta de la evolución de inmigrantes residentes en España según sexo y país de origen.

Tabla No 9

**Evolución de extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor a 31 de diciembre según sexo y nacionalidad
1999 – 2009**

Región Andina -Hombres

Iberoamérica	51,248	68,735	119,560	158,006	233,955	294,797	450,219	487,193	563,368	617,071	669,117
Región Andina	23,705	38,230	83,077	112,946	174,007	220,450	341,820	368,577	420,787	460,006	496,278
Bolivia	462	676	1,500	2,282	3,283	5,333	21,930	23,234	31,243	37,056	48,863
Chile	2,498	2,782	3,271	4,116	5,715	7,720	9,792	10,795	13,352	14,328	15,757
Colombia	3,755	7,409	18,667	28,359	44,216	56,363	86,294	95,935	110,600	120,670	126,781
Ecuador	4,495	13,670	42,562	57,748	89,268	111,243	174,208	183,245	194,301	207,152	216,871
Perú	9,570	10,602	13,555	16,366	26,305	33,270	39,380	43,945	57,628	65,611	71,114
Venezuela	2,925	3,091	3,522	4,075	5,220	6,521	10,216	11,423	13,663	15,189	16,892

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

Tabla No 10

**Evolución de extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor a 31 de diciembre según sexo y nacionalidad
1999 - 2009
Región Andina - Mujeres**

Ibero América	95,175	114,443	162,978	205,849	280,163	354,134	535,882	577,688	651,955	716,501	789,021
Región Andina	43,373	60,408	102,846	136,175	196,267	252,204	396,955	425,223	472,723	516,071	563,271
Bolivia	802	1,060	1,833	2,704	3,765	6,129	28,808	29,353	37,866	48,370	68,242
Chile	3,264	3,253	3,561	4,094	5,130	6,746	8,950	9,599	11,486	12,557	14,289
Colombia	9,619	17,114	29,893	42,800	63,202	80,981	118,046	129,565	143,697	154,119	160,387
Ecuador	8,350	17,144	42,060	57,530	85,007	110,301	182,856	192,988	201,507	214,365	223,423
Perú	17,119	17,050	20,022	22,528	31,243	37,958	43,143	46,955	58,570	65,253	73,471
Venezuela	4,219	4,787	5,477	6,519	7,920	10,089	15,152	16,763	19,597	21,407	23,459

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

Teniendo en cuenta los causales que explicarían el por qué de la permanente y creciente inmigración latinoamericana y en particular desde la Región Andina a España, exploremos rápidamente la situación de los profesionales de la salud en este país europeo.

► *Médicos-as y enfermeras-os latinoamericanos en España*

El análisis que hemos venido desarrollando a lo largo de los Apartados I, II, III y en las primeras secciones del Apartado V, nos ha dado algunos elementos histórico-estructurales para interpretar los procesos migratorios latinoamericanos contemporáneos, y en específico el de la migración calificada. Siendo así, y teniendo en cuenta esos elementos, quisiéramos conjeturar que la migración de profesionales de la salud latinoamericanos hacia España podría explicarse en el marco de una relación de aparente "complementariedad" entre los países de origen y el de destino. Así, a primera vista, parecería que ciertas limitaciones, referidas al ejercicio de la medicina y enfermería y a oportunidades laborales y vitales, existentes en los países de origen serían suplidas en España. Sin embargo, hemos de insistir que por detrás de esa aparente "complementariedad" se esconde una perversa relación histórica, producto del complejo modus operandi de la desigual integración capitalista contemporánea. Así, la migración calificada, tal como lo hemos visto a lo largo de los apartados previos, termina beneficiando ampliamente a los países receptores, en este caso España, y afectando de manera negativa a los países de origen que pierden ciudadanos-as,

la inversión hecha en sus procesos formativos y sobre todo la posibilidad de que esos profesionales incidan en procesos de desarrollo local en sus países de origen.

Esa relación, aparentemente complementaria, que explicaría en parte el proceso de inmigración de profesionales de la salud a España, operaría de la siguiente manera:

Países latinoamericanos de origen	España: país 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.

Así, las limitaciones existentes en los países de origen estarían cubiertas en el país receptor. Hecho que supondría que de manera “irremediable” un continuo, y cada vez más numeroso, flujo de profesionales de la salud emigraría. 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 de la salud.

A través del mapeo, que realizamos en el Apartado II, en torno a la realidad latinoamericana, hemos identificado y analizado los principales factores histórico-estructurales que se vinculan con la salida de profesionales de la salud desde esa región a países centrales. Concentrándonos únicamente en el contexto español, además de los elementos señalados en la sección precedente, que explican, en términos generales, por qué España de ser un país emisor se convirtió en uno de los principales receptores de inmigrantes a nivel mundial, quisiéramos ahondar en dos factores adicionales que se relacionan con la situación particular de los profesionales de la salud españoles; situación que de manera directa incide en la recepción de flujos de inmigrantes latinoamericanos. A saber:

- 1- El envejecimiento de los recursos humanos en salud. Del mismo modo que ocurre en otros países de la UE, y en la población europea en general, en España existe una

tendencia al envejecimiento de los profesionales de la salud. En el país ibérico actualmente ejercen 165.170 médicos-as, de los cuales el 31% tiene entre 50 y 60 años, y cuatro de cada diez de estos especialistas se jubilarán en los próximos 15 años (Ramírez de Castro, 2010).

- 2- La emigración de profesionales de la salud españoles a otros países de la UE. Según el Observatorio Sanitario de Atención Primaria de España, en este país se registran los salarios más bajos de médicos dentro de la UE. De ahí que alrededor de 2.000 médicos-as, según estimaciones hechas por el Ministerio de Sanidad, hayan emigrado en los últimos años sobre todo al Reino Unido, a Francia, a Portugal y a Suecia debido a las mejores condiciones laborales para ejercer su profesión (Observatorio Sanitario de Atención Primaria en OPS/OMS, 2006; Ramírez de Castro, 2010).

Como podemos suponer ambos factores impactan directamente en incrementar esa carencia de profesionales de la salud. Si bien esta necesidad de médicos-as en España no es tan dramática como lo que se vive en otros países de la UE como el Reino Unido o Francia, actualmente ya se registran importantes carencias de especialistas en ciertas áreas de la salud y también en algunas localidades españolas. Por ejemplo, se requieren cada vez más anesthesiólogos; pediatras; cirujanos infantiles, de traumatología y de plástica; radiólogos; urólogos y sobre todo, geriatras y oncólogos y enfermeras-os para atender a la creciente población envejecida y con mayor riesgo de cáncer. Así mismo, en Castilla de La Mancha, Extremadura y Cataluña cada vez es más difícil cubrir todas las vacantes. Es más, en 2008 la escasez de especialistas de la salud en el territorio español alcanzó los 3.200 profesionales y en seis años podría llegar a 9.000. De mantenerse esta tendencia, según lo proyectó en 2009 el Ministerio de Sanidad, para 2025 serán necesarios 25.000 médicos adicionales para atender a la población española (Ramírez de Castro, 2010).

Quizá el mayor problema que enfrentan los españoles ante esta apremiante necesidad de contar con profesionales de la salud, es que el sistema educativo no tiene la capacidad de suplir por sí mismo esta carencia. De hecho, las Universidades españolas realizan esfuerzos continuos para engrosar las filas de médicos-as y enfermeras-os que anualmente se gradúan y sobre todo que más tarde se especializan en el programa de formación para profesionales de la salud, el MIR (Médico Interno Residente). Sin embargo, por lo menos desde 2005 existe un desequilibrio entre la oferta del MIR y el número de estudiantes que termina la carrera y accede efectivamente a ese espacio de especialización en el ámbito de la salud. Para ilustrar este hecho, basta citar un ejemplo reciente, en 2008 sólo hubo 4.000 estudiantes licenciados en medicina frente a las 7.000 plazas ofertadas por el MIR. Ese desperdicio de cupos se revierte directamente en un incremento de plazas vacantes en el sistema de salud español (Ramírez de Castro 2010).

Ante esta compleja y nada alentadora situación por la que atraviesa el sistema de salud, el Estado español ha tomado algunas medidas. Entre ellas figuran: 1- la implementación de políticas de recuperación de los profesionales españoles que están en el extranjero, ofertando mejores condiciones laborales, incentivos salariales y creando, en el Ministerio de

Sanidad, una oficina de retorno para estos profesionales; y 2- el reclutamiento y la contratación de profesionales extranjeros (OPS/OMS, 2006; Ramírez de Castro, 2010). Como vemos, España vive entre la paradoja de “importar” especialistas extranjeros, en la medida en que pierde a sus propios profesionales de la salud. Generándose así un efecto dominó: emigran profesionales españoles y esos nichos laborales son ocupados por migrantes calificados de la salud provenientes de países pobres, entre ellos de América Latina.

Si bien no es posible conocer con exactitud ni el número de médicos que han emigrado, ni la cifra que corresponde a los profesionales extranjeros que han inmigrado en España, existen algunas estimaciones al respecto. Para el primer caso, tal como lo mencionamos previamente, el Ministerio de Sanidad ha calculado que entre 1.000 y 2.000 galenos podrían estar ejerciendo su profesión fuera de España. Mientras que para los migrantes calificados inmigrados, un dato fiable es el número de homologaciones de títulos de extranjeros. Así, se sabe que en los últimos cuatro años se han homologado 3.653 títulos de médicos-as extranjeros anualmente. Cifra que da cuenta del alto número de médicos-as inmigrantes y que a su vez empata con una de las acciones previstas por el Ministerio de Sanidad para revertir la escasez de personal de la salud: “reclutar a 3.600 especialistas extranjeros cada año” (Ramírez de Castro, 2010). De mantenerse esta tendencia, que deriva de la implementación de deliberadas políticas de reclutamiento, necesariamente se generará un impacto ampliamente negativo en los países emisores, entre ellos los latinoamericanos y en particular los de la Región Andina.

Una de las vías que desde el Estado español se ha puesto en marcha para conseguir efectivamente ese reclutamiento de personal de la salud, ha sido a través de la oferta de programas de estudio de posgrado. Según Imre Loeffler (2001), investigador sobre procesos migratorios de médicos, una de las razones fundamentales por las que los profesionales de la salud, particularmente los galenos, emigran se relacionan con las posibilidades que el país de destino les brinda para mejorar su desempeño profesional. En términos generales, si estos últimos pueden acceder a espacios de formación y de experiencia laboral y revertir un posible estancamiento profesional, entonces suelen emprender proyectos emigratorios (Loeffler, 2001). El caso de la migración latinoamericana a España a través del MIR es un buen ejemplo de esto que describe Loeffler y que a su vez calza con las políticas de reclutamiento implementadas desde el Estado español.

Retomando aquello que enunciamos anteriormente, en España la formación de especialistas se realiza a través del MIR. En este proceso pueden participar ciudadanos-as de la UE, ciudadanos-as de países con los que existe libre circulación de profesionales, tratados celebrados por UE y ratificados por España, y también ciudadanos-as de países que, aunque no sean miembros de la UE, tengan convenios vigentes de cooperación cultural con España, entre los que figuran los países latinoamericanos y en particular los países andinos. Así, por medio del MIR, en el país ibérico anualmente se ofertan más plazas para formar en hospitales a especialistas de la salud que en la mayoría de los países latinoamericanos y que en muchos países europeos. Entre las ventajas que tiene el MIR, además del alto nivel académico, consta: 1- el número de años de formación, que es menor en comparación con la

formación de especialistas en otros países; 2- la obtención de un título reconocido en toda la UE sin necesidad de homologación, elemento que se suma al prestigio de haberse formado en Europa; y, 3- la posibilidad de una vez terminado el proceso de formación acceder a nichos laborales (OMS/OPS, 2006).

Entre los requisitos que los profesionales de la salud latinoamericanos deben cumplir para acceder al MIR están:

- Cumplir con requisitos impuestos por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España para participar en las pruebas selectivas del MIR
- Homologar título de licenciado o equivalente o de doctorado y certificado académico ante el Ministerio de Educación y Cultura de España
- Aprobar el examen del MIR, para ello muchos postulantes se inscriben en una academia de preparación en España o en otra equivalente en sus países de origen

Hasta hace años recientes el proceso de admisión en un hospital a través del MIR era sumamente difícil. Esto se debía al elevado número de postulantes frente al reducido número de plazas vacantes. Sin embargo, en los últimos 6 años este escenario se ha invertido. Por ejemplo, en 2006 el número de plazas del MIR incrementó a 6.253, pero el número de egresados de las universidades españolas se mantuvo en 4.300, por lo tanto quedaron plazas vacantes. Esta inversión a beneficiado sobre todo a los profesionales de la salud extranjeros que aplican al MIR. De hecho, producto de este cambio ha sido un cambio en el perfil de procedencia de los postulantes. En 2001, 56 médicos que provenían de la UE iniciaron su proceso de formación; mientras que en 2005 esa cifra incrementó a 178. Así mismo, para 2001 el número de postulantes no comunitarios fueron de 337 y para 2005, llegó a 1.066. Se sabe que dentro de este último grupo la presencia de profesionales latinoamericanos fue mayoritaria (OMS/OPS, 2006).

II. INMIGRANTES ANDINOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN BARCELONA

Análisis de 24 casos de inmigrantes provenientes de Venezuela, Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia y Chile residentes en España

1- Nota metodológica

De los 4'791.232 de inmigrantes que viven con certificado o tarjeta de residencia vigente en España, 1'061.079 lo hace en Cataluña. Esta Comunidad Autónoma figura entre los mayores receptores de inmigrantes en el país ibérico; y esto se debe, a que salvo por Madrid, Barcelona y Valencia, principales destinos migratorios de latinoamericanos, africanos, asiáticos y europeos, se localizan en Cataluña. De hecho, Barcelona es la segunda ciudad que en España acoge a más inmigrantes. Mientras que en Madrid, principal destino migratorio español, residen 880.613 extranjeros, en la ciudad puerto catalana viven

714.604. De ese total, 157.399 son europeos originarios de países comunitarios; 16.408 pertenecen a países europeos no comunitarios; 181.035 son africanos; 95.698 son asiáticos; 341 provienen de países de Oceanía; 3.379 de algún país de América del Norte; y 256.890 son inmigrantes latinoamericanos (Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración, Anuario Estadístico, 2009). Estas recientes cifras son una clara evidencia del cosmopolitismo contemporáneo que se vive en Barcelona, producto de la inmigración internacional, y además, revelan que el grupo de extranjeros más numeroso, residente en esta urbe catalana, proviene de América Latina. Entre ellos, se destacan los países de la Región Andina, particularmente Ecuador, Colombia, Perú y Bolivia. La siguiente tabla da cuenta del número de inmigrantes andinos, por país de origen, que reside en esta metrópoli.

Tabla No 11: extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia provenientes de la Región Andina en Barcelona 2009	
Venezuela	5.149
Colombia	32.118
Ecuador	77.308
Perú	36.002
Bolivia	25.487
Chile	8.176
<i>Fuente: Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración, Anuario Estadístico, 2009. Elaboración: equipo de investigación.</i>	

Esta importante presencia de ciudadanos-as andinos fue una de las razones para que Barcelona haya sido seleccionada como un espacio propicio para indagar en la experiencia migratoria, laboral y vital que médicos-as y enfermeras-os, de los seis países andinos, han tenido y tienen en esta ciudad. Adicionalmente, la posibilidad de conformar un equipo de investigación barcelonés, fue otro de los motivadores para llevar a cabo esta pesquisa en este destino migratorio europeo. Sin duda, el hecho de que el investigador principal en Barcelona sea a su vez un inmigrante profesional ecuatoriano, facilitó mucho la identificación de casos, el acercamiento con los informantes claves y sobre todo generó un ambiente de confianza mutua para que a la hora de tomar las encuestas, los-as inmigrantes profesionales compartan complejas y dolorosas experiencias migratorias y vitales que sobrepasaron las preguntas contempladas en el instrumento de investigación previsto. Este investigador es profesor de la Universidad Autónoma de Barcelona y, a su vez, es miembro de un colectivo de migrantes ecuatorianos. Ambos hechos, junto con su experiencia migratoria de más de

cuatro años, le han permitido conocer desde dentro las múltiples dimensiones de los procesos inmigratorios en Barcelona. Todos estos elementos, sin duda, han enriquecido mucho al estudio realizado en destino.

Entre las principales preguntas que guiaron a esta parte de la investigación figuran:

¿Cuál ha sido la experiencia vital y migratoria de esos profesionales de la salud inmigrados en España? ¿Cómo y por qué tomaron la decisión de salir de sus países de origen? ¿Cómo fue su proceso de internación en el sistema de salud español? ¿Han sido discriminados? ¿Cómo es para ellos-as vivir lejos de sus países? ¿Cuáles son las principales distinciones entre el sistema de salud español y aquél de sus países de origen? ¿Qué implica ser médicos-as y enfermeros-as a la distancia? ¿Es fácil ser padres o madres y/o hijos-as desde lejos? ¿Qué beneficios les ha dejado la inmigración? ¿Retornarían a sus países de origen, o emigrarían a un segundo país?

Para sugerir algunas respuestas frente a estos amplios y complejos interrogantes en torno a la experiencia migratoria en destino, hemos implementados dos técnicas de investigación. A saber:

1- *Encuestas a inmigrantes andinos profesionales de la salud en destino*

Entre los meses de abril y julio de 2010 el equipo de investigación en Barcelona identificó y encuestó a 24 profesionales de la salud: 12 médicos-as y 12 enfermeras-os. Si bien, inicialmente se intentó, para cada uno de los seis países andinos, mantener una paridad de género y profesión, de tal modo que sea posible distinguir ciertas particularidades que afectan a médicos, médicas y enfermeros, enfermeras, en ninguno de los casos se pudo mantener esa paridad. Esto se debió a que sólo se identificaron a mujeres enfermeras, pero a ningún enfermero. En relación a los profesionales de la medicina, aún cuando se pudo mantener esa distinción, se encuestaron a 6 médicos y a 6 médicas, no se logró identificar a hombres y mujeres médicos-as originarios de cada uno de los países andinos. Siendo así, estos fueron los casos identificados y encuestados: Bolivia: 2 médicos y 2 enfermeras; Chile: 1 médico, 1 médica y 2 enfermeras; Colombia: 1 médico, 1 médica y 2 enfermeras; Ecuador: 2 médicas y 2 enfermeras; Perú: 2 médicos y 2 enfermeras; y Venezuela: 2 médicas y 2 enfermeras.³ A lo largo de 104 preguntas, que conformaban las encuestas aplicadas, se analizaron diversos aspectos de la experiencia vital, migratoria y laboral de los profesionales de la salud inmigrantes en Barcelona. Entre ellos figuran: datos de identificación personal; proceso de formación profesional; condición migratoria; situación laboral [tipo de contrato y beneficios sociales]; filiación gremial o a asociaciones de profesionales en origen y en destino; razones para emigrar; expectativas cubiertas; inserción

³ Uno de los dos médicos peruanos, tenía nacionalidad estadounidense, lo cual facilitó al cien por ciento su ingreso a España e inserción en el medio laboral.

en el sistema de salud español [distinciones con sistema de salud en origen]; formas de exclusión laboral y/o social; redes migratorias; contacto con origen [comunicación con familia o ámbito laboral, envío de remesas económicas y/o sociales]; ser padre o madre a la distancia; ser hijo/a a la distancia; rutas y estrategias migratorias; ventajas/desventajas del proceso migratorio; segunda migración; posible retorno a origen; y recomendaciones de acciones estatales y sociales a ser emprendidas en origen. Toda esta información que arrojan las encuestas ha sido sistematizada en una base de datos y a partir de la misma se han elaborado 22 tablas analíticas que facilitan la interpretación de los principales hallazgos. Algunas de estas tablas serán expuestas a lo largo de la siguiente sección y otras son parte de los Anexos donde constan el conjunto total de tablas elaboradas.

2- *Entrevista al investigador principal del equipo barcelonés*

Debido a los beneficios ya mencionados que implicó contar con un inmigrante profesional dentro del equipo de investigación local, sólo para esta etapa del proyecto investigativo [inmigración en destino] al finalizar las encuestas, se aplicó una entrevista semi-estructurada al investigador principal. Esto se realizó con el objetivo de que él, libremente, reflexione en torno al diálogo y encuentro mantenido con los inmigrantes, médicos-as y enfermeros-as encuestados-as. Ningún instrumento analítico es capaz de captar con precisión la complejidad social. De hecho, existen muchos elementos que se escapan y quedan por fuera de las sistematizaciones derivadas de una encuesta. No obstante, quienes aplican un instrumento analítico determinado (en este caso una encuesta) pueden percibir, de diversas maneras, otros elementos importantes que aportan directamente en un proceso investigativo. De este modo, y partir de una guía de preguntas abiertas, se planteó al investigador central que a partir de sus propias percepciones, analice la experiencia migratoria de esos 24 profesionales de la salud enfatizando en dos dimensiones. Por un lado, en torno a la dimensión pública, es decir, haciendo referencia a las dificultades y/o oportunidades que tienen los profesionales inmigrantes andinos a la hora de insertarse en el sistema de salud español. Con ello se pretendía que el investigador dé cuenta de si acaso existen fronteras sociales (de clase, étnicas, culturales, etáreas, de género) en el ámbito laboral, y también, aunque en menor medida, en la vida cotidiana comunitaria, y que los mismos encuestados dejan pasar por alto o se han ido acostumbrando a ellas. Por otro lado, nos interesaba que el investigador resalte ciertos aspectos de la dimensión privada de la experiencia migratoria. Específicamente el posible sufrimiento que cargan o no estos hombres y mujeres por ser inmigrantes y las formas que tienen de demostrarlo. Esta reflexión, claramente subjetiva, nos ha revelado una serie de elementos claves relacionados, sobre todo, con el dolor de ser inmigrante. Éstas serán recogidas en el Apartado final como parte de las conclusiones generales de esta investigación y sobre todo sentarán las bases para las recomendaciones que se plantean para las acciones que los Estados y sociedades de origen y destino pueden tomar para hacer frente a ese dolor que cargan los emigrantes

profesionales de la salud. En los Anexos se muestra dicha reflexión en su totalidad que derivó de la aplicación de esta segunda técnica de investigación.

3- Interpretación de datos

► Perfil migratorio y profesional

De los 24 profesionales de la salud encuestados, 6 eran hombres y 18 mujeres. De ese total, doce eran enfermeras y doce médicos-as (6 hombres y 6 mujeres). Entre las enfermeras, tres contaban con estudios de especialización: una enfermera peruana era especialista en quirófano; otra, también de Perú, era especialista en emergencia y la tercera, una enfermera colombiana, tenía estudios de posgrado en auditoría de la salud y gerencia de calidad. De los doce médicos-as, cinco tenían estudios de posgrado. Una médica venezolana era especialista en estética y otra en hematología; una médica ecuatoriana en farmacología y otra en hematología y medicina interna; y una médica colombiana en ginecología. Tres médicos (un boliviano y dos chilenos) al momento de ser encuestados estaban cursando sus estudios de posgrado. La edad en promedio que estos profesionales de la salud tenían cuando decidieron emigrar alcanzaba los 29 años, y la edad actual en promedio los 36 años. Siete de los 24 encuestados, tenía un contrato laboral fijo en sus países de destino a la hora de tomar la decisión migratoria: una médica chilena, una enfermera colombiana, una médica y una enfermera ecuatorianas, dos enfermeras peruanas y una médica venezolana. La mayoría, 14 de los 24 encuestados, tenía una contratación laboral inestable al momento de emigrar, hecho que quizá haya disparado su salida: los 4 profesionales bolivianos; una enfermera chilena; una médica y una enfermera colombianas; una médica y una enfermera ecuatorianas; dos médicos peruanos; y dos enfermeras y una médica venezolana. Un médico chileno se encontraba en paro, una enfermera chilena buscaba trabajo y un médico colombiano mencionó "otra" como situación laboral a la hora de emigrar sin dar más especificaciones.

► Vínculos familiares

Catorce de los 24 encuestados, es decir, la mayoría, eran solteros-as; mientras que 9 eran casados, y sólo una enfermera ecuatoriana estaba separada. Así mismo, catorce de los 24 encuestados (tres casados y once solteros-as) no tenían hijos, y quince de los 24 encuestados no tenían dependientes en origen. Entre los solteros, 6 eran médicas, 4 médicos y 4 enfermeras. De estos 14 profesionales, sólo tres tenían hijos – en promedio 1 hijo – cuyas edades fluctuaban entre los 7 y 14 años. Únicamente cinco de los 14 solteros tenían familiares dependientes en sus países de origen, entre los que figuraban: madres, padres, hermanos-as, hijo [sólo en un caso] y sobrina. Entre los casados-as, tres de los nueve no tenían hijos-as. Aquellos que sí lo hacían, tenían en promedio dos hijos-as, y sus edades fluctuaban entre los 3 y 9 años. Seis de los nueve casados no tenían dependientes en sus países de origen. Y los dos que sí tenían, eran, en un caso, su hijo, esposa y padres, y en el otro, sólo su madre. La única enfermera separada tenía, además de su madre, a tres

hijos dependientes en origen cuyas edades en promedio alcanzaban los 22 años. Ver Tabla No 2 de Anexos.

► Formación

Salvo por dos de los 24 encuestados, todos habían estudiado su licenciatura (enfermería o medicina) en sus países de origen. Uno de los dos casos, correspondía a una médica chilena que estudió en Chile y en Argentina; y el otro, a una enfermera, también chilena, que cursó su licenciatura en su país de origen y también en España. Entre los ocho profesionales que contaban con estudios de posgrados al momento de ser encuestados, sólo un médico boliviano hizo referencia al lugar donde estudió: México. Este mismo inmigrante, al momento de la encuesta, además se encontraba realizando otra especialidad en medicina interna. Como él, un médico y una médica chilena, también en ese momento eran estudiantes de posgrado, en oftalmología y pediatría respectivamente. Entre las especialidades, obtenidas y que estudiaban esos once profesionales, figuran: medicina interna (médico boliviano, en curso); oftalmología (médico chileno, en curso); pediatría (médica chilena, en curso); auditoría en salud y gerencia de calidad (enfermera colombiana); hematología y medicina interna (médica ecuatoriana); farmacología clínica (médica ecuatoriana); quirófano (enfermera peruana); emergencias (enfermera peruana); estética (médica venezolana); y hematología (médica venezolana). Sólo dos de los doce médicos encuestados no contaban con especialidades, mientras que nueve de las doce enfermeras tampoco contaban con estudios de posgrado. En promedio estos 24 profesionales de la salud emigrados tenían 5 años de experiencia laboral antes de salir de sus países de origen. Las enfermeras contaban con casi el triple de años de experiencia previa que los médicos encuestados. Así, las enfermeras dijeron haber trabajado, en promedio, 7 años antes de emigrar, frente a los 2.5 años, en promedio, de los-as médicos-as. Recordemos que esta tendencia también apareció entre los encuestados que habían retornado a sus países de origen, y en este caso también podríamos conjeturar, que los médicos salen antes con el fin de cursar estudios de posgrado. Este dato, así mismo, nos confirma que en la migración de enfermeras hay una pérdida para los países de origen, de profesionales con amplia experiencia laboral. La Tabla No 3 de los Anexos da cuenta de esta información.

► Ejercicio profesional en destino

La gran mayoría, 23 de los 24 encuestados, dijeron ejercer en Barcelona la profesión que estudiaron. Aquél que no, era un médico peruano, que si bien respondió de manera negativa ante esta pregunta, afirmó que en su trabajo actual se dedica a la asistencia e investigación en medicina. Por lo tanto, no nos queda del todo claro si en efecto no ejerce la profesión que estudió. En todo caso, el hecho de que prácticamente todos los inmigrantes ejerzan la profesión que estudiaron en sus países de origen tiene algunas implicaciones que vale la pena señalar. Por un lado, esto significa que no habría un “desperdicio” o sub-utilización de esa mano de obra altamente calificada. Es decir, que el efecto también conocido como “*brain waist*”, al que hicimos referencia en el Apartado II, y que suele acompañar a la migración

calificada de países pobres a los centrales, no se aplica en estos casos analizados. Por otro lado, este hecho también confirmaría que las universidades en los países andinos están formando profesionales de la salud que son igual de competentes para ejercer la medicina o enfermería que los profesionales europeos. Este último hecho, asimismo, es sólo una evidencia más de la existencia de ese “subsidio perverso” que termina siendo la migración de profesionales y la gran pérdida de recursos humanos que implica para los países andinos.

Regresando a la interpretación de datos, hemos de señalar que 22 de los 24 encuestados ejercen su profesión en zonas urbanas. Sólo un médico boliviano y uno colombiano trabajaban en zonas rurales de Cataluña. Tan sólo uno de los 24 encuestados no contaba con contrato laboral. Se trataba de un médico boliviano quién “cobraba en negro”, es decir, laboraba bajo contrato verbal. Entre los 23 inmigrantes calificados restantes todos contaban con diversos tipos de contrato. Entre ellos, dos enfermeras (una venezolana y una chilena) y un médico chileno eran funcionarios con contrato de plaza fija. Dos enfermeras (una boliviana y una ecuatoriana) y un médico peruano dijeron tener contratos como funcionarios provisionales; mientras que una médica venezolana, al contar con dos empleos, tenía a la vez, dos tipos de contratos: plaza fija y provisional. Los dos tipos de contratos más populares era: cuenta ajena y laboral eventual; y cuenta ajena y laboral fijo. Para el primer caso, seis encuestados (un médico boliviano, uno peruano; una médica chilena y otra ecuatoriana; y una enfermera colombiana y otra venezolana) trabajaban bajo esa forma de contratación. En el segundo caso, nueve inmigrantes trabajaban bajo cuenta ajena y laboral fijo. Entre ellos figuran: cinco enfermeras (de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y Perú), tres médicas (de Colombia, Ecuador y Venezuela) y un médico venezolano. La persona encuestada restante era una enfermera peruana que al tener dos empleos, trabajaba con un contrato de cuenta ajena y otro laboral propio de reemplazo.

Como vemos la gran mayoría de los encuestados contaba con contrato de trabajo. Sin embargo, este requisito laboral no se revierte necesariamente en beneficios sociales para todos. Cinco de los 24 encuestados dijeron no tener ningún tipo de beneficio social derivado del trabajo que realiza. Entre ellos constan dos enfermeras (una venezolana y una boliviana) y tres médicos (un boliviano, un peruano y un ecuatoriano). En cambio, entre los 19 restantes que dijeron sí tener beneficios sociales, diez eran enfermeras y nueve médicos-as (5 médicas y 4 médicos). Entre las enfermeras, todas dijeron tener seguro de salud, y ocho contar adicionalmente con otros beneficios como seguro de desempleo, jubilación, vacaciones y ciertos pagos adicionales. Por su parte, entre los médicos, sólo uno dijo que el único beneficio era la jubilación; mientras que los ocho restantes, al igual que las enfermeras, afirmaron que el seguro de salud, de desempleo y jubilación figuraban entre los beneficios sociales derivados de su empleo.

En la mayoría de los casos (15 de 24), los inmigrantes encuestados estaban empleados únicamente en trabajos de tipo asistencial: 8 de las 12 enfermeras (dos bolivianas; dos colombianas; una ecuatoriana; dos peruanas y una venezolana) y 7 de los 12 médicos-as encuestados (un médico boliviano, una médica y un médico chilenos; una médica y un

médico colombianos; un médica ecuatoriana; y un médico peruano). Y, sólo en el caso de una enfermera chilena, laboraba en la planificación y gestión de la salud. Los 8 restantes estaban empleados en trabajos combinados. A saber: a) asistencial, planificación y gestión: tres enfermeras (una chilena, una ecuatoriana y una venezolana); b) asistencial e investigación: dos médicos (un peruano y una venezolana); c) asistencial, docencia e investigación: un médico boliviano; y, d) asistencial, docencia, planificación y gestión: una médica ecuatoriana. Como vemos, en los ámbitos de investigación, docencia y planificación de la salud son en donde menos se emplean los profesionales de la salud inmigrantes. En cambio en el área asistencial se inserta una mayoría.

Entre los 24 profesionales encuestados, el tiempo que llevan trabajando en el sistema de salud español, en promedio, alcanza los 5 años. Entre las enfermeras, el tiempo de trabajo en España, nuevamente supera al de los médicos. Estas profesionales andinas, llevan laborando en este destino migratorio, en promedio, 6 años, mientras que los médicos-as, en promedio, alcanzan los 4 años. Para profundizar en esta información ver la Tabla No 4 de los Anexos.

► Asociaciones/gremios

Aún cuando en la encuesta que se tomó en Barcelona, 8 preguntas se relacionan directamente con la pertenencia y las ventajas que trae o ha traído para los inmigrantes calificados ser parte de gremios o asociaciones de profesionales de la salud, ya sea en sus países de origen y/o en el de destino, a lo largo de esta sección nos interesa resaltar sólo lo que ocurre en Barcelona. Es decir, cuántos de los inmigrantes encuestados son parte de alguna asociación o gremio; el tipo de asociación de la que son parte y si este hecho les ha supuesto algún tipo de repercusión positiva ya sea en el ámbito laboral o social. Esta selección no es fortuita. Se debe a que creemos que es clave indagar en las estrategias de integración social que los inmigrantes pueden poner en marcha para insertarse en los contextos de acogida y de algún modo mejorar su condición social y vital.

La mayoría de los inmigrantes calificados encuestados, 19 de los 24, dijo ser miembro de alguna asociación o gremio. Entre los cinco profesionales sin pertenencia alguna, prácticamente hay un empate entre enfermeras y médicos-as: 3 enfermeras (dos venezolanas y una ecuatoriana), frente a 2 médicos-as (una médica ecuatoriana y un médico chileno). A pesar de que estos cinco profesionales no eran miembros de ninguna asociación o gremio, tres de ellos reconocieron que entre las mayores ventajas que supone una membresía, figura la posibilidad de pertenecer a redes de profesionales e incrementar así su desarrollo profesional y el cumplimiento de sus derechos laborales y sociales.

Concentrándonos únicamente en aquellos que sí eran miembros de alguna asociación o gremio, también, existe, prácticamente, un empate entre las profesiones: 9 enfermeras (dos bolivianas; dos chilenas; dos colombianas; una ecuatoriana; y dos peruanas), frente a 10 médicos-as (dos bolivianos; una chilena; un médico y una médica colombiana; una médica

ecuatoriana; dos médicos peruanos; y una venezolana). Todas las enfermeras pertenecían a colegios de su profesión. Ocho de ellas, al Colegio de Enfermería de Barcelona y sólo una formaba parte del Colegio de Enfermería de Cataluña. Sólo una enfermera contaba con una doble membresía a las Comisiones Obreras y también al Colegio de Enfermería de Barcelona. Para seis de estas enfermeras andinas esa membresía no les había significado ningún tipo de ventaja laboral o social. Una de las razones más recurrentes que dieron es que ser miembro de un Colegio de profesionales es obligación. Así, salvo por la posibilidad de ejercer efectivamente a la enfermería, esta pertenencia colegiada no trae ninguna ventaja adicional. Por el contrario, las tres enfermeras restantes, dijeron que entre las ventajas que esa pertenencia les ha dejado, figuran: mayor desarrollo profesional; protección legal en casos de mala práctica médica; y cumplimiento con derechos laborales y sociales.

A diferencia de las enfermeras, entre los médicos, además de la pertenencia a los Colegios de Profesionales, figuraban otras asociaciones y gremios a las que también pertenecían. En nueve casos eran miembros del Colegio de Médicos de Cataluña o del Colegio de Médicos de Barcelona. Entre los miembros del primer Colegio, tres médicos, uno peruano, uno colombiano y una chilena, tenía esa exclusiva membresía. Un cuarto médico, un boliviano, además, pertenecía a la Fundación Prauh y al SSIM (Servei Solidari i Misionero)⁴; otro médico boliviano también era parte de la Sociedad de Medicina Interna Española; una médica venezolana sumaba una membresía a la Asociación Española de Hematología y al Grupo Español de Trasplante Hematopoyético; y finalmente, una médica ecuatoriana también era parte del Sindicato de Médicos de Cataluña. Entre los miembros del Colegio de médicos de Barcelona, figuraban un médico peruano y una médica venezolana. Y, sólo en un caso, una médica colombiana, si bien no contaba con una membresía colegiada, sí era parte de la Asociación Española de Estudio de la Menopausia y de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

Para cinco de los diez médicos, ser miembro de una asociación o gremio no trae ventaja alguna. Del mismo modo que entre las enfermeras, estos profesionales de la medicina señalaron que la obligatoriedad de ser parte de los Colegios profesionales no repercute necesariamente en ventajas laborales o sociales. Por su parte, los cinco médicos restantes, señalaron a las siguientes ventajas derivadas de la membresía: ser parte de redes de profesionales; incorporarse a espacios de investigación; contar con representación y respaldo jurídico; e incrementar el desarrollo profesional. Podemos concluir que existiría una tendencia similar entre enfermeras y médicos-as: ser parte de los colegios de profesionales e

⁴ La Fundación Prauh, es una fundación privada que opera en Barcelona con el objetivo de ayudar “a todos aquellos proyectos y programas de tipo social espiritual o humanístico”. Para más información ver: <http://www.fundacioprauh.org/>. Por su parte la SSIM (Servei Solidari i Misionero) es una entidad sin ánimo de lucro y cuyo objetivo también es ayudar a poblaciones vulnerables a superar las adversidades que impiden su desarrollo humano integral. Para más información ver: <http://www.ssim.org/ssimindex/>.

identificar a las mismas ventajas y desventajas que supone la filiación en Barcelona. Sin embargo, en términos generales y retomando aquello que los propios inmigrantes señalaron, ser parte de una asociación o gremio profesional no necesariamente trae ventajas en términos sociales o laborales. A lo largo de la Tabla No 5 de los Anexos, se puede revisar esta información y además los resultados para los siguientes aspectos: membrecía y tipo de asociación o gremio; y ventaja o desventaja que representó este hecho sólo para el país de en origen.

► Condición migratoria

La mayoría de los encuestados, precisamente la mitad, ya habían adquirido la nacionalidad española a la hora de la encuesta: dos médicas y una enfermera venezolanas; un enfermera peruana; las dos médicas y las dos enfermeras ecuatorianas; una médica colombiana y dos enfermeras y una médica chilenas. Por su parte en ocho de los 24 casos, los inmigrantes profesionales ya eran residentes. Entre ellos figuran: dos enfermeras y un médico boliviano; un médico chileno; una enfermera colombiana y un médico colombiano; una enfermera y un médico peruano y una enfermera venezolana. Sólo el médico boliviano también se encontraba tramitando la nacionalidad española al momento de la encuesta. Un médico boliviano se encontraba realizando el trámite de residencia; un médico peruano tenía permiso migratorio para realizar una estancia; y una enfermera colombiana contaba con permiso de trabajo. Como vemos ser español o ser un residente legal figuran entre las condiciones migratorias más populares de estos inmigrantes calificados. En promedio la vigencia de la condición migratoria de los 24 casos era de 4 años. Sin embargo, cuando apenas llegaron a España su condición migratoria era otra.

Once ingresaron a España como turistas (una enfermera y un médico boliviano; dos enfermeras chilenas; dos enfermeras ecuatorianas; una enfermera y un médico peruano; y una médica y una enfermera venezolana). Cinco ingresaron como estudiantes (un médico peruano; dos médicas ecuatorianas; una médica colombiana; y un médico chileno). Cinco se internaron con un permiso de trabajador otorgado antes de su partida (una enfermera peruana; un médico y dos enfermeras colombianas; y una enfermera boliviana). Sólo en dos casos ya tenían nacionalidad española no por nacimiento, sino por herencia. En el caso de una médica chilena, su abuelo era español, y en el caso de una médica venezolana sus padres eran españoles. Y sólo una enfermera venezolana ingresó al país con su esposo como acompañante.

Esta información da cuenta de las posibles estrategias migratorias que los profesionales de la salud usan (las cuales pueden ser extensibles a otros tipos de inmigrantes) para internarse en un destino migratorio y luego quedarse de manera permanente: ingresar como turista, estudiante, trabajador, con nacionalidad heredada o como acompañante. Si hacemos la diferenciación por profesión obtenemos la siguiente información: siete enfermeras ingresaron como turistas; cuatro como trabajadoras y una como acompañante. Entre los médicos, en cambio, cuatro ingresaron como turistas, uno como trabajador, cinco

como estudiantes y dos como españoles. Con estos datos confirmamos entonces que esa la tendencia a que más médicos que enfermeras emigren como estudiantes es certera.

En nueve casos les resultó difícil obtener la actual condición migratoria, mientras que para la gran mayoría, 15 restantes, el trámite no resultó complejo. De hecho, la tardanza para obtener su actual condición migratoria fue, en promedio, de 1 año y medio. Quisiéramos enfatizar en que estas facilidades se deben posiblemente a que en el momento cuando se internaron estos inmigrantes, en promedio hace 5 años, las políticas migratorias no eran así de restrictivas como lo son ahora. La Tabla No 6 de los Anexos además de esta información, contiene una descripción del proceso de obtención de la condición migratoria vigente.

► Proceso migratorio

Entre las preguntas que contiene la encuesta, cuatro se relacionan directamente con el proceso migratorio. Es decir, existencia o no de una emigración previa; el momento de salida; la ruta migratoria tomada; y, la inserción en destino. Sin duda, cada una de estas etapas merece un análisis particular debido a la complejidad que entraña. Sin embargo, en esta sección queremos dar cuenta de ciertos elementos para cada una de esas 4 etapas. Esto nos servirá como introducción para, a partir de la siguiente sección, indagar en la multidimensionalidad del proceso migratorio de profesionales de la salud andinos a España.

Etapa 1, emigración previa: sólo cinco de los 24 encuestados contaba con un proceso migratorio anterior. Entre ellos todos eran médicos-as. Un médico peruano había emigrado a Estados Unidos por 2 años, y otro de esa misma nacionalidad, vivió en Bolivia por 3 años; una médica venezolana se había ido a Canadá donde residió un año y otra, vivió en Italia por un mes antes de llegar a España; y finalmente, un médico boliviano estudió y vivió en México por 3 años. Ninguna de las doce enfermeras encuestadas había tenido una experiencia migratoria previa.

Etapa 2, el momento de la salida: los 24 encuestados identificaron a ciertas personas como influyentes directas en su decisión. A saber: familiares cercanos, amigos, pareja y compañeros de trabajo. En términos generales, entre las enfermeras encuestadas, las personas que más influyeron en su decisión migratoria fueron sus familiares. De hecho, en 8 de los 12 casos, hermanos-as, tías, madres, padres y primas fueron influyentes. Sólo en dos casos el esposo tuvo injerencia directa y en dos casos adicionales, dos amigas cercanas. Por su parte, entre los médicos figuran sus parejas como las personas más influyentes (en 4 casos); los compañeros de trabajo (en 3 casos); algún familiar [madre o tío] (en 3 casos); y en 2 casos dijeron que nadie los influyó pues fue una decisión individual.

Etapa 3, la ruta migratoria: como no podía ser de otro modo, en todos los casos la vía aérea fue la privilegiada para llegar a España. Los bolivianos encuestados salieron desde Cochabamba a Santa Cruz para ahí tomar el vuelo (1 caso); directamente desde Santa Cruz



(1 caso); desde Ciudad de México (1 caso) y desde La Paz (1 caso). Entre los chilenos, su puerto de partida en los 4 casos fue Santiago de Chile. Bogotá, fue el punto de embarque en 2 casos, y Pereira en los 2 casos restantes. Dos ecuatorianos volaron desde Guayaquil y dos desde Quito. Todos los peruanos viajaron desde Lima y en el caso de los venezolanos, salvo por uno que viajó desde Palermo, Italia, los otros tres lo hicieron desde Caracas.

Etapa 4, la inserción: desde que llegaron a España, en promedio, estos 24 profesionales llevan viviendo en este país por 7 años. Las enfermeras superan a los médicos en tiempo de estancia: 8 años frente a 5 años respectivamente. La Tabla No 7 de los Anexos arroja los detalles de estas cuatro etapas.

► Razones para emigrar

Para comprender las razones que motivaron a estos profesionales de la salud a salir de sus países de origen, el método utilizado fue el siguiente. Los encuestados hubieron de responder a seis preguntas siguiendo una escala de valor que iba entre 1 y 7, donde el 4 expresaba un efecto neutro, el 7, el efecto máximo como motivador para la emigrar, y 1, el valor máximo como motivador para no emigrar. Así, se calificaron a cuatro tipos de razones: profesionales, personales/familiares, laborales, y aquellas relacionadas con el contexto del país de origen y de destino. A su vez, y siguiendo esa misma escala, también se exploraron y calificaron a causales más específicas vinculadas a cada uno de esos cuatro tipos de razones.

En términos generales las razones profesionales fueron designadas, por estos 24 encuestados, como los mayores motivadores para emigrar. Le sigue, con igual importancia, las personales/familiares, y las laborales. Por su parte, las razones vinculadas con los contextos del país de origen y de destino, sin dejar de figurar como motivadores, se ubicaron en el último lugar. Al desagregar esta información por profesión, podemos distinguir que entre las enfermeras las razones personales/familiares figuran como principales motivadores, mientras que para los médicos las razones profesionales, y en menor medida las labores, fungen como mayores causales para haber salido de sus países de origen. Exploremos las tendencias generales para cada uno de estos cuatro motivadores manteniendo esta distinción entre profesiones.

Razones profesionales: en general, para los médicos-as encuestados-as las posibilidades de adquirir experiencia profesional en otro contexto; de cursar estudios superiores (especializaciones y doctorados) y obtener un título de especialista; y, de acceder a espacios de investigación donde aprendan nuevas técnicas médicas son los mayores causales para emigrar (la calificación que estos elementos recibieron oscilaron entre 6 y 7 en la escala propuesta). Por su parte, para las enfermeras estas mismas posibilidades vinculadas con las razones profesionales no han sido calificadas como máximos motivadores. Entre ellas, la posibilidad de adquirir experiencia profesional en otro contexto obtiene calificaciones que en

promedio fluctúan entre el 5 y 6, lo que implica que ellas si bien consideran a esa posibilidad como un motivador para emigrar, no lo consideran como el mayor.

Razones personales/familiares: entre las enfermeras encuestadas las posibilidades de reagrupamiento familiar; de ofrecer nuevas oportunidades a su familia; y, de conocer otros contextos fueron calificadas como máximos motivadores dentro de las razones personales/familiares. Para estas profesionales de la salud las posibilidades de una mejoría económica que repercuta a la familia; de conocer otras culturas; y de encontrarse con otra persona no figuran como mayores motivadores. Entre los médicos-as, las calificaciones que dieron a cada una de estas posibilidades son mucho más heterogéneas, van de 1, 3, 5 a 7. De ahí que en términos generales este conjunto de razones personales/familiares no figure como uno de los mayores motivadores entre estos profesionales de la medicina.

Razones laborales: tanto para las enfermeras como para los médicos-as encuestados la posibilidad de acceder a un mejor salario y a una formación continua en el espacio de trabajo representa un mayor motivador para emigrar. Para las enfermeras, a diferencia de los médicos-as, la posibilidad de conciliar la vida personal y laboral también figura como un máximo motivador. Si bien la opción de insertarse en otro modelo de sistema de salud y de acceder a recursos básicos para el ejercicio profesional aparecen como motivadores, ni para enfermeras ni para médico-as esto figuran como mayores motivadores para salir de sus países de origen.

Razones vinculadas al contexto del país de origen y de destino: uno de los mayores motivadores que tanto médicos-as como enfermeras identificaron de manera pareja es la posibilidad que los países de destino, en este caso España, les brinda para mejorar las condiciones de vida. Aún cuando la cercanía cultural figura como un motivador para ambos tipos de profesionales, ésta no recibe calificaciones tan altas como para ser considerado un máximo motivador. No así, la situación política y económica en el país de origen, que para enfermeras y médicos-as es un motivador principal para emprender un proceso migratorio. La posibilidad de acceder a otras oportunidades para educar a sus hijos, en promedio, alcanza la calificación de 4. Es decir, es una causal más bien neutra para estos inmigrantes calificados. Recordemos que 14 de los 24 encuestados no eran padres ni madres. Hecho que quizá explique por qué ésta causal recibe esa calificación. Las Tablas No 8, No 8.1, No 8.2, No 8.3 y No 8.4 muestran las razones migratorias y las calificaciones que cada una de ellas han recibido por parte de los profesionales encuestados.

► Aspectos positivos y negativos de la experiencia laboral en España

En términos generales, los 24 encuestados han identificado los siguientes aspectos positivos de la experiencia laboral en España: 1) acceso a mejor infraestructura y tecnología de avanzada en el sistema de salud español; 2) acceso permanente a estudios de especialidad de alto nivel; 3) estabilidad y buenas condiciones laborales: trabajo fijo, salario bien remunerado, 8 horas trabajo diarias, beneficios sociales; y, 4) mejoría de su capacidad

adquisitiva. Entre los médicos-as, además de estos aspectos, se mencionaron el acceso a mayores oportunidades profesionales y de superación laboral al conocer nuevos protocolos de salud; la posibilidad de vivir en un país desarrollado; ejercer la profesión sin la injerencia de partidos políticos (este argumento lo dio un médico boliviano); revalorizar al país de origen; y, el hecho de aportar con su experiencia médica en el sistema de salud español. A decir del encuestado: "aportar con mi 'colombianidad' al ejercicio de la medicina" (Médica colombiana, 43 años. Encuesta tomada en Barcelona, junio 2010).

Por su parte entre las enfermeras, se señalaron a los siguientes elementos adicionales: tener autonomía en el ejercicio de la enfermería, en sus palabras: "en Chile el médico ordena a la enfermera, en España colaboran" (Enfermera chilena, 54 años. Encuesta tomada en Barcelona, mayo 2010); y, aprender sobre los derechos y beneficios que una profesional de la salud debe tener. Además, y a diferencia de los médicos-as encuestados, entre las enfermeras se resaltaron varios elementos familiares y personales positivos que han derivaron de la inmigración en España. Entre ellos, la posibilidad de mejorar la relación de pareja; de haber conformado una familia y, de ser feliz.

La mayoría de los encuestados (21 de 24) resaltaron algunos elementos negativos que la experiencia laboral en Barcelona les ha dejado. Sólo en tres casos, dos enfermeras ecuatorianas y un médico peruano, no señalaron ningún elemento negativo. La discriminación en el entorno laboral, la separación con la familia, el trato distinto hacia los pacientes y el idioma catalán figuran entre los aspectos negativos que médicos-as y enfermeras resaltaron. Las enfermeras fueron las que más señalaron tratos excluyentes y hostiles en su entorno laboral. De las nueve que identificaron elementos negativos, seis hicieron alusión a la discriminación. Entre los testimonios más relevantes constan: "Antes me vigilaban como si fuese tonta" (Enfermera colombiana, 43 años. Encuesta tomada en Barcelona, junio 2010); "Recibí un trato hostil por ser sudaca" (Enfermera peruana, 52 años. Encuesta tomada en Barcelona, mayo 2010); "Te tratan como si no supieras nada [...] Tengo poca y pobre relación con las compañeras de trabajo" (Enfermera peruana, 37 años. Encuesta tomada en Barcelona, mayo 2010); "Me han hecho sentir mal y he tenido que adaptarme a un trato hostil" (Enfermera colombiana, 43 años. Encuesta tomada en Barcelona, junio 2010); "No me siento a gusto con mis compañeros de trabajo, hay un trato hostil" (Enfermera venezolana, 27 años. Encuesta tomada en Barcelona, mayo 2010). Por su parte, tres de los once médicos que señalaron aspectos negativos, también resaltaron elementos vinculados con la discriminación en el ámbito laboral. Entre sus voces se destaca: "Los inmigrantes somos vistos como menos preparados" (Médico boliviano, 34 años. Encuesta tomada en Barcelona, mayo 2010); "Hay muchos celos profesionales y la mentalidad catalana es muy cerrada ante nosotros" (Médico colombiano, 27 años. Encuesta tomada en Barcelona, mayo 2010); "Es difícil insertarse por ser extranjero" (Médica ecuatoriana, 43 años. Encuesta tomada en Barcelona, mayo de 2010). Estos testimonios nos dan pie para inferir que entre las enfermeras hay una mayor percepción de discriminación en el ámbito laboral que entre los médicos-as.

La separación con la familia y los amigos figura como otro aspecto negativo relevante. En este caso, más médicos-as que enfermeras así lo señalan; cuatro médicos-as frente a dos enfermeras afirman que estar lejos de la familia los hace sufrir. Para un médico chileno y una médica venezolana las diferencias en el trato con los pacientes fue señalado como un elemento negativo. Ellos dijeron que en el sistema de salud español el trato es mucho más frío y distante [volveremos a esta temática más adelante]. Trabajar utilizando otro idioma, el catalán, también es un elemento negativo que fue señalado, específicamente por una enfermera peruana y una médica chilena [al igual que en el caso anterior, este aspecto lo retomaremos en otras secciones]. Sólo una enfermera colombiana señaló como aspecto negativo haber bajado su nivel laboral: de ser una especialista en Colombia a sólo ser asistente de enfermería en Cataluña. Asimismo, sólo en un caso, un médico boliviano, hizo referencia al proceso de regulación migratoria como aspecto negativo. Y finalmente, dos médicas venezolanas señalaron que la soledad, la distancia y el trabajo en Barcelona han incidido en que su autoestima disminuya. En Tabla No 9 de los Anexos se recogen algunos de los testimonios dados por los encuestados en torno a estos aspectos positivos y negativos del proceso migratorio.

► Expectativas cubiertas

El método que se utilizó para comprender si para los encuestados sus expectativas han sido o no cubiertas, ha sido el mismo que aplicamos para el caso de los migrantes andinos retornados a sus países de origen. Así, lo que se hizo fue distinguir entre expectativas personales y familiares; laborales; profesionales; y, aquellas referidas al contexto del país de destino. Se pidió a los 24 encuestados que en un escala del 1 al 5 valoren el cumplimiento o no de esos tipos de expectativas, donde 1 significa que éstas no fueron nada cumplidas; 2, poco cumplidas; 3, se cumplieron de la forma en la que lo esperaron; 4, se cumplieron mucho; y, 5, se cumplieron muy por encima de lo esperado.

En general tanto para los médicos-as como para las enfermeras, los cuatro tipos de expectativas se cumplieron de la forma en la que lo esperaron. En promedio, y tomando en cuenta la escala propuesta, esas 4 opciones recibieron calificaciones que oscilan entre el 3 y 3.5. Podríamos conjeturar que entre estos 4 tipos de expectativas, aquella que se refiere al ámbito laboral, incluso, se cumplieron mucho. Al hacer una diferenciación entre los tipos de expectativas y la profesión, obtenemos la siguiente información:

- Entre las enfermeras, las expectativas personales/familiares, laborales y profesionales se cumplieron de la forma en la que lo esperaron. En promedio la calificación respectiva para cada uno de estos tipos de expectativas fue de: 3.33; 3.08 y 3.5. Aquellas referidas al contexto del país de destino, en promedio, alcanzó una calificación de 2.4, lo que indica que en este caso, las expectativas fueron poco cumplidas. Tomando en cuenta las interpretaciones hechas en la sección previa, podríamos conjeturar que esto quizá esté relacionado con la discriminación que las enfermeras dijeron sentir en ámbito laboral.

- Entre los médicos-as los cuatro tipos de expectativas se han cumplido tal y como ellos-as suponían. Si matizamos un poco más las respuestas dadas, tomando en cuenta el promedio de las calificaciones obtenidas, podríamos conjeturar que tanto las expectativas laborales como las referidas al contexto español incluso se cumplieron mucho más de lo previsto. En promedio, alcanzan los 3.6 y 3.7 puntos respectivamente. Aquellas que se refieren a las expectativas profesionales y a las familiares/personales, en promedio, fueron calificadas así: 3 y 3.5 en cada caso. En la Tabla No 10 de Anexos se recogen estos datos.

► Proceso de inserción laboral en destino

A lo largo de esta sección haremos una interpretación de trece rasgos vinculados con el proceso de inserción laboral en destino haciendo una distinción entre profesiones. Dado que la información en torno a dicho proceso es bastante amplia, en su mayoría se trata de testimonios de los 24 encuestados, ésta se ha recogido en las Tablas No 11, No 11.1, No 11.2, y No 11.3 de los Anexos. Quisiéramos llamar la atención en el amplio y profundo conocimiento que los inmigrantes calificados encuestados tenían en torno al modus operandi de la migración calificada hacia España, en particular de la de profesionales de la salud. Tal y como veremos, sus reflexiones calzan perfectamente con el análisis teórico que hemos propuesto a lo largo de los Apartados I, II, III y V en torno a las causas que explicarían este tipo de migración y en particular hacia España.

- 1- Iniciativas españolas para acoger a inmigrantes profesionales de la salud: la mitad de los encuestados afirmó que existen pocas iniciativas. La mayoría de las enfermeras coincidió con esta argumentación, precisamente diez de las doce encuestadas. Ellas afirman, a partir de su experiencia, que en el sistema de salud español no existe un plan de acogida para los inmigrantes profesionales. En específico dicen que no existen mecanismos de aleccionamiento o de nivelación técnica para que ellas se adapten a las nuevas prácticas salud. Y sostienen que de existir dichos mecanismos, para ellas fuera mucho más fácil adaptarse a la nueva forma de hacer enfermería. Asimismo sugieren que en los hospitales nadie les informa acerca de sus derechos laborales. Seguramente si esto ocurriera, ellas pudieran, de algún modo, prevenir ciertos abusos laborales de las que suelen ser víctimas. Una de las dos enfermeras que dijeron que el proceso de inserción fue fácil, también afirmó que deberían extender mecanismos de formación para nivelar a las enfermeras que van llegando. Por su parte entre los médicos-as encuestados, ocho de los doce, también dijeron que las iniciativas en España para acoger a profesionales inmigrantes son pocas (3 casos) o nulas (5 casos). Entre las razones que argumentaron, al igual que las enfermeras, dijeron que la ausencia de seminarios u otro mecanismo de nivelación limita mucho su inserción laboral. A diferencia de las enfermeras, entre los médicos-as sí se registran opiniones que confirman un buen trato y formas de orientación

inicial que han hecho más fácil el proceso de incorporación al sistema de salud español.

- 2- Motivos para la existencia de un nicho laboral para profesionales de la salud extranjeros en España: frente a este rasgo clave del proceso de inserción, los 24 encuestados de manera unánime dijeron que en España existe un desequilibrio entre la alta demanda de profesionales de la salud y la poca oferta de médicos-as y enfermeras-os españoles. Así, tanto las doce enfermeras como los doce médicos-as apuntaron a la forma en la que opera el propio sistema de salud español para explicar el por qué de ese nicho laboral. En algunos casos, incluso fueron más explícitos dando argumentos adicionales. Entre ellos: “la necesidad de profesionales de la salud es para atender a pacientes mayores y cubrir enfermedades de los españoles” (Enfermera boliviana, 28 años. Encuestada en Barcelona, mayo 2010); “nosotros hacemos los trabajos más duros como guardias o trabajos de fin de semana. Aquí se han vuelto cómodos” (Enfermera peruana, 37 años. Encuestada en Barcelona, junio 2010); “les hacen falta enfermeras, y las latinas son muy capaces” (Enfermera ecuatoriana, 40 años. Encuestada en Barcelona, junio 2010); “España es un país grande con falta de profesionales” (Enfermera venezolana, 48 años. Encuestada en Barcelona, mayo 2010); “Aquí hay poco personal local, las enfermeras españolas se van a Francia y Londres” (Enfermera ecuatoriana, 39 años. Encuestada en Barcelona, junio 2010); “Necesitan mano de obra barata y estamos preparados al menos los de Chile” (Médica chilena, 32 años. Encuestada en Barcelona, junio 2010); “Los salarios españoles son bajos para sus ciudadanos y esto hace que se vayan; nosotros entramos y tomamos su lugar” (Médica venezolana, 27 años. Encuestada en Barcelona, junio 2010).
- 3- Homologación de título de estudios: una minoría, sólo tres de los 24 casos, tuvo problemas a la hora de homologar sus títulos. Los tres casos fueron de médicos-as (una venezolana y otra ecuatoriana, y uno boliviano) a quienes el trámite les tomó más tiempo del previsto debido a la burocracia española.
- 4- Cambio de idioma en el trabajo: once de los 24 encuestados dijeron no haber tenido que cambiar de idioma para ejercer su profesión. De ellos, seis eran enfermeras y cinco médicos-as. Por su parte, los trece restantes han tenido que aprender catalán. Seis eran enfermeras y siete médicos-as.
- 5- Distinciones en la práctica profesional en el sistema de salud español: los 24 encuestados identificaron varias diferencias entre la práctica profesional del sistema de salud español y aquél en sus países de origen. En términos generales, tanto médicos-as y enfermeras afirmaron que el sistema español cuenta con mejor infraestructura, es más eficiente, más organizado, más exigente y mucho más técnico. Dijeron que existen más recursos para diagnósticos médicos y dado

que el sistema de salud es gratuito, el acceso a las medicinas no depende de la capacidad adquisitiva del paciente, sino que éstas las provee el Estado español. Un elemento que fue nombrado tanto por médicos-as como por enfermeras encuestadas es que en España, se respeta tanto el salario como las horas de trabajo fijadas. Además, afirman los encuestados-as, que las relaciones dentro del sistema de salud son más igualitarias, los médicos-as colaboran más con las enfermeras-os, lo que muestra que, de cierto modo, las jerarquías (muy presentes en los sistemas de salud de los países de origen) entre médicos-as y enfermeras-os no están presentes en el país ibérico. Si bien este rasgo, es considerado como una ventaja, llama la atención que en el caso de una enfermera peruana, ella distinga a esa característica como “algo malo”. En sus palabras: “el sistema de salud es más profesional y serio en Perú. En España no hay jerarquías y eso es malo, la gente te tutea por ejemplo” (Enfermera peruana, 52 años. Encuestada en Barcelona, junio 2010). Otro de los rasgos que distinguiría al sistema de salud español del de los países andinos, y que de manera recurrente lo nombraron tanto médicos-as como enfermeras, tiene que ver con el tipo de trato que los profesionales de la salud dan a los pacientes. En España, a decir de los entrevistados, es más frío, distante y hasta con rasgos de desprecio en algunos casos. También se mencionaron, como elementos distintivos, el hecho de que en los países de origen se estudia más que España. Por ejemplo, en Perú se cursan cinco años de enfermería y en España sólo tres. A continuación resaltamos los testimonios más relevantes en torno a las distinciones identificadas:

- “Muy diferente: en Ecuador hay un trabajo más personal con el paciente pero poquísimos recursos” (Enfermera ecuatoriana, 40 años. Encuestada en Barcelona, junio 2010).
- “En Ecuador enfermera y médico son enemigos; en España son colegas, un equipo de trabajo” (Médica ecuatoriana, 30 años. Encuestada en Barcelona, junio 2010).
- “Los médicos bolivianos somos más humanos que aquí [...] Aquí [en Barcelona] hay desprecio por las personas mayores” (Médico boliviano, 32 años. Encuestado en Barcelona, mayo 2010).

6- Distinciones en la relación paciente-médico-a/ paciente-enfermera: prácticamente la mitad de los encuestados, 11 de 24 (5 enfermeras y 6 médicos-as), afirmaron que la principal diferencia es la frialdad en el trato. Según los inmigrantes calificados que forman parte de este estudio, entre los profesionales de la salud en España y los pacientes existen barreras en el trato. Los médicos-as son menos “intimistas” y no “tocan” a los pacientes a la hora del diagnóstico, e incluso llegan a ser groseros. Desde su experiencia, esta frialdad es de lado y lado. Los encuestados dijeron que los pacientes suelen incomodarse con la amabilidad, suelen ser muy cortantes y agresivos. Otro de los rasgos que se destaca es el alto nivel de información con el que cuentan los pacientes, lo cual les permite reclamar

y exigir por sus derechos; rasgo que a decir de los encuestados prácticamente es inexistente en los países andinos. Esta distinción fue identificada por 7 encuestados, 4 enfermeras y 3 médicos-as.

- 7- Relación con otros migrantes en el espacio laboral: los 24 encuestados dijeron mantener buenas relaciones con otros migrantes. Al describir el tipo de relación que mantenían, en todos los casos se hizo alusión a los tópicos de conversación que se discuten, que en general se relaciona con algún aspecto del proceso migratorio. Entre ellos se destacan: motivos para emigrar; situación migratoria; consejos personales y profesionales; información diversa y cotidiana sobre la vida en Barcelona; y, formas de adaptación.

- 8- Recepción a profesionales de la salud extranjeros en comunidad española: la mitad de los encuestados dijo que ha sido buena la recepción que ellos y ellas han tenido dentro de la comunidad barcelonesa. Seis enfermeras coincidieron con esta percepción. Ellas argumentaron que en general son bienvenidas y que los españoles prefieren ser atendidos por latinos, en específico por argentinos. Los seis médicos-as que también dieron esta respuesta, asimismo, afirmaron que la acogida por parte de la comunidad es buena y que, en términos generales, los pacientes prefieren a los galenos latinos que a los musulmanes. Entre los latinos, también hicieron referencia a la especial preferencia por los-las médicos-as argentinos-as. Por su parte, los doce encuestados restantes dijeron, en cambio, que no son bien recibidos por los españoles. Las seis enfermeras que dieron esta respuesta, sostuvieron que en general la gente en España es racista y que prefieren ser atendida por europeos y no por extra-comunitarios. Tal y como lo sugiere una enfermera venezolana, “La recepción es mala. Da igual lo que hagas, siempre serás extranjero” (Enfermera venezolana, 27 años. Encuestada en Barcelona, junio 2010). Entre los seis médicos-as restantes que también dieron esta respuesta negativa, las argumentaciones dadas también apuntan a que, en general, los españoles prefieren a médicos europeos y si acaso, a argentinos o uruguayos, pero no a galenos andinos. El siguiente testimonio refleja, de algún modo, esas percepciones: “La acogida es más o menos buena, siento que empieza a existir una clara molestia con los médicos extranjeros” (Médica ecuatoriana, 30 años. Encuestada en Barcelona, junio 2010).

- 9- Preferencia por profesionales de la salud españoles: sólo en cuatro casos, una enfermera boliviana, una médica y un médico chilenos, y una enfermera chilena, dijeron que los españoles no prefieren necesariamente ser atendidos por profesionales de la salud de su misma nacionalidad. En los 21 casos restantes la respuesta unánime fue: “sí, los españoles prefieren ser atendidos por españoles y no por extranjeros”.

- 10- Preferencia por profesionales de la salud inmigrantes: diecisiete encuestados (siete enfermeras y diez médicos-as) afirmaron que, en general, los españoles no prefieren ser atendidos por inmigrantes. Entre las argumentaciones que dieron figura que existe una desconfianza hacia la atención que un extranjero les pueda brindar. Por su parte los siete profesionales restantes (5 enfermeras y dos médicos-as), dijeron que los españoles sí prefieren ser atendidos por extranjeros. Entre los argumentos dados para explicar esa preferencia está, que entre los profesionales extranjeros que pueden atender a los españoles, éstos prefieren a los latinoamericanos, que a los marroquíes. Según los encuestados esto se debe a que existe una cercanía cultural. Sólo una enfermera venezolana dijo que esa preferencia se debe a que los médicos-as y enfermeras-as latinos son más “cariñosos en el trato” (Enfermera venezolana, 45 años. Encuestada en Barcelona, mayo 2010).
- 11- Distinciones entre profesionales inmigrantes y nacionales dentro del sistema de salud español: diecisiete respuestas apuntaron a que en el sistema de salud en España no se hacen distinciones entre los profesionales extranjeros y los nacionales. Esa respuesta fue dada por diez enfermeras y por siete médicos-as. Los siete encuestados (dos enfermeras y cinco médicos-as) que dijeron lo contrario, argumentaron que entre las mayores distinciones está el hecho de que todo sea en catalán a sabiendas de que normalmente un inmigrante no lo habla; o que los extranjeros no pueden acceder fácilmente a concursos de oposición; y que el acceso a cargos mayores está limitado para españoles, por ejemplo, los jefes de piso o de área casi siempre son catalanes o españoles.
- 12- Diferencia en el trato a profesionales de la salud en país de origen y en España: en términos generales, la percepción de las enfermeras es que el trato que ellas reciben en sus países de origen y en España es bueno. Sin embargo, en algunos casos se enfatizaron hicieron ciertos matices: trato más igualitario y menos jerárquico en España [argumento que para diversas preguntas, en reiteradas ocasiones, ha sido dado]; y trato más profesional, aunque más distante, en España. Entre los galenos, las respuestas dadas, en general, apuntaban a que el trato es mejor en ciertas cosas en destino y peor en otras. Por ejemplo: se dijo que en los países andinos hay más respeto y más confianza con los médicos-as, pero que en España el trato es mucho más profesional, igualitario y que las condiciones de trabajo son mucho mejores. Al igual que las enfermeras, los médicos-as también insistieron en que en el contexto español el trato hacia los médicos-as es muy distante.
- 13- Dificultades para insertarse en sistema de salud español: entre las dificultades que tanto médicos-as y enfermeras identificaron figuran el idioma; aprender a usar tecnología de punta, nueva terminología y nuevas prácticas y procesos médicos y de enfermería; adaptarse a la frialdad en el trato al paciente; acoplarse

a otro ritmo de trabajo y de vida en Barcelona; y vencer la barrera de ser inmigrante. Entre los galenos se insistió que el proceso del MIR al ser tan competitivo, resulta sumamente difícil aprobarlo y como consecuencia también obtener una plaza en algún hospital español.

► Formas de exclusión

Nueve de 24 encuestados (tres enfermeras y seis médicos-as) dijeron no haber percibido formas de exclusión ya sea en el ámbito laboral o social en el país de destino. Entre los que afirmaron lo contrario, una gran parte, constan: seis médicos-as y nueve enfermeras. Es decir, que más enfermeras que galenos han percibido formas de exclusión. Entre ellas, tres sostienen que la exclusión es poco frecuente; cinco que es frecuente; y, una que es muy frecuente. Las nueve dijeron que el ámbito laboral es el lugar donde son más excluidas, sobre todo por parte de sus compañeras-os de trabajo. Según ellas, esto se debe a que: “existe racismo entre los españoles por el color de la piel y los rasgos” (Enfermera ecuatoriana, 39 años. Encuestada en Barcelona, junio 2010); “creen que los de fuera les quitan el trabajo” (Enfermera colombiana, 31 años. Encuestada en Barcelona, mayo 2010); “tienen desconfianza y miedo a los de afuera” (Enfermera venezolana, 27 años. Encuestada en Barcelona, mayo 2010). Por su parte cuatro de los seis médicos-as que dieron una respuesta afirmativa frente a esta pregunta, dijeron que si bien existen formas de exclusión, estas son poco frecuentes. En un caso, se dijo que son frecuentes y en otro más que son muy frecuentes. Al igual que las enfermeras, apuntaron a que el espacio laboral es el lugar donde ocurren esas formas de exclusión. Y entre los galenos, también se identificaron otros espacios públicos donde se perciben formas de exclusión, como el autobús o la calle. Entre las razones que dieron, figuran: “los españoles están hartos de los inmigrantes” (Médico chileno, 30 años. Encuestado en Barcelona, junio 2010); “tienen miedo de los extranjeros y los españoles son ignorantes frente a quienes somos” (Médica colombiana, 45 años. Encuestada en Barcelona, mayo 2010). Estas percepciones nos alertan de que a pesar de que este tipo de migración es requerida para el funcionamiento del sistema de salud español y para la cobertura frente a la demanda de los pacientes, estos profesionales son discriminados sólo por ser extranjeros. La Tabla No 12 de Anexos da cuenta de las formas de exclusión.

► Diferencias en el nivel educativo

La mitad de los encuestados afirmó que no existen diferencias entre su nivel educativo y aquél de los profesionales españoles. Salvo por cierta terminología o procedimientos técnicos, dijeron que en general ellos y ellas están igual de preparados. Respuestas que empatan con el análisis hecho previamente de que la mayoría de estos inmigrantes ejercen la profesión que han estudiado. Al desagregar esta respuesta por profesión confirmamos que esta percepción, sobre todo está presente en las enfermeras: 8 de ellas dijeron que no existen diferencias con el nivel educativo; mientras que sólo 4 médicos-as dieron la misma respuesta. Por el contrario, más médicos-as (8) que enfermeras (4) sí identifican

distinciones en el nivel de formación. Entre las principales distinciones figuran: mayor teorización en España y menor práctica [entre los galenos fue recurrente esta distinción de que en los países de origen hay mayor experiencia de trato directo con los pacientes]; mayor tecnología de avanzada y permanente investigación en España; más usos de genéricos que en los países andinos; necesidad de actualizarse y estudiar permanentemente en el entorno español. La Tabla No 13 recoge estas distinciones.

► Redes migratorias [ámbito familiar y laboral

Tal y como lo hemos analizado en el Apartado I y II, la conformación de redes sociales, sean en el ámbito familiar o laboral, es clave para detonar procesos migratorios. A lo largo de esta sección exploraremos cómo ha operado la configuración de redes migratorias entre los profesionales de la salud encuestados.

Ámbito familiar

Diecinueve de los 24 encuestados tenía un contacto previo en España antes de emigrar. De ellos, más enfermeras que médicos: 12 profesionales de la enfermería frente a siete galenos. Entre las enfermeras, cinco contaban con algún familiar que había emigrado a España (3 hermanos y 2 primos); dos tenían a una amiga; cuatro a su novio o esposo; y, sólo en un caso a un empleador. En las familias de ocho de las doce enfermeras encuestadas, es decir, en más de la mitad de los casos, se había registrado una experiencia migratoria previa. Entre los parientes que habían emigrado algún lugar fuera de sus países de origen figuran: tías, primas, esposos, cuñadas y hermanos. En cinco casos los familiares en origen apoyaron a estas enfermeras a la hora de emprender el proceso migratorio. En todos los casos el apoyo por parte de padres, madres, tíos y hermanas/os fue económico y sólo en uno, la madre quedó a cargo del hijo de una enfermera. Únicamente en tres casos, la minoría, las encuestadas no habían ayudado algún familiar a que también inmigre a España. En los seis casos restantes, dijeron que la ayuda prestada, en términos generales, fue: dinero para pasajes aéreos, hospedaje y contactos para que familiares inmigrados consigan trabajo en Barcelona.

Por su parte entre los siete médicos, el tipo de contacto que tenían en España antes de su salida eran amigos (3 casos); tíos y primos (1 caso); toda la familia (2 casos); y, en un caso la pareja. Los doce médicos encuestados recibieron apoyo de sus familiares en origen para poder emigrar. El apoyo que sobre todo padres, madres y hermanos dieron fue económico. A diferencia de las enfermeras, más galenos (6 de 12) no habían ayudado a ningún familiar para que inmigre en España. Aquéllos que sí lo habían hecho, dieron apoyo económico, hospedaje y contactos para que consigan trabajo en Barcelona. La Tabla No 14 da cuenta de las redes familiares de estos encuestados.

Ámbito laboral

A diferencia de lo que sucedía en el ámbito familiar, en el laboral la mitad de los encuestados contaba con algún compañero de trabajo que había emigrado previamente. Sólo cuatro de las doce enfermeras identificó a otro profesional: dos médicos que habían emigrado hace 2 años y medio, en promedio, y dos enfermeras que habían emigrado hace 3 años y medio, en promedio. Por el contrario, la mayoría de los médicos contaba con algún compañero de trabajo que había emigrado. En todos los casos eran también médicos-as. El tiempo de salida fluctuaba entre 17 años y 1 mes la persona que había emigrado más recientemente. Sólo dos enfermeras recibieron el apoyo de sus compañeras de trabajo a la hora de emprender el proceso migratorio. El tipo de apoyo fue: contactos con otras enfermeras inmigrantes para conseguir trabajo en Barcelona y apoyo emocional. Del mismo modo, sólo tres de los médicos-as tuvieron algún tipo de soporte en el ámbito laboral, que consistió en un crédito corto en un caso, contactos profesionales para insertarse en España y apoyo emocional en el último caso. Cinco de las doce enfermeras encuestadas, han ayudado alguna compañera de trabajo para que inmigre en España. Entre la ayuda dada consta: apoyo económico, hospedaje y contactos en Barcelona. Entre los médicos-as, seis han facilitado algún tipo de ayuda para que algún compañero-a connacional también inmigre. El tipo de ayuda también ha sido hospedaje e información para conseguir trabajo y/o para iniciar estudios en Barcelona. Este último tipo de ayuda es específico para los médicos, lo cual nos confirma nuevamente que en general los médicos inmigran más que las enfermeras con el propósito de estudiar.

Como vemos la configuración de redes migratorias también está presente entre los inmigrantes que son parte de estudio, particularmente, las redes familiares que sostienen la salida de los emigrantes profesionales y que se multiplican, para “jalar” a otros familiares en el nuevo destino, permitiendo la multiplicación del proceso migratorio.

► Ser padres y madres a la distancia

Sólo cinco de los 24 encuestados eran padres o madres a la distancia. De ellos dos eran médicos bolivianos y tres eran enfermeras provenientes de Perú, Ecuador y Colombia. Todos describen al hecho de ser padres o madres a la distancia como un proceso sumamente duro; doloroso; que les llena de tristeza y de culpa continuamente; e incluso, que simplemente es inexplicable con consecuencias psicológicas profundas. Para paliar, de algún modo, ese irremediable dolor que cargan, estos inmigrantes se comunican todos los días por teléfono con sus hijos/as en destino. A pesar de este contacto diario ellos se sienten distantes del crecimiento de sus hijos y en todos los casos afirman que estos últimos no valoran de manera positiva el hecho de que estos profesionales hayan emigrado. Esa distancia con sus hijos-as ha influido en su ejercicio profesional en España. Los cinco inmigrantes encuestados dijeron que se deprimían mucho, que no tenían ganas de hacer nada y que vivían ansiosos. Estos síntomas, sobre todo los identifican en el período inicial de la migración. Luego bajan en intensidad, pero siempre están presentes.

Familiares de estos cinco profesionales de la salud se han quedado a cargo de esos hijos/as. En tres casos las abuelas/os figuran como nuevos cuidadoras, y en dos más, el padre junto con una hermana o una sobrina. Todos estos padres y madres a la distancia envían mensualmente remesas económicas para la manutención de sus hijos-as. Los giros los suelen hacer por banco (3 casos); o por agencia (2 casos). Además, envían remesas sociales. Es decir, regalos de diferente tipo: ropa, juguetes, comida, libros. Estos envíos los hacen por carga marítima o a través de algún conocido que viaje a sus países de origen.

Recordemos que diez de los 24 migrantes encuestados tenían hijos-as. De ellos sólo cuatro han logrado reunificar a sus familias: un médico boliviano, una enfermera colombiana, otra ecuatoriana y una más peruana. Estos cuatro profesionales inmigrantes afirmaron que una vez que ellos regularon su condición migratoria en España y estaban en la capacidad de cumplir con los requisitos estipulados en la ley para reunificación familiar (tener trabajo fijo y vivienda), pudieron traer a sus hijos-as. De ahí que la dificultad mayor radica en regular la condición migratoria y cumplir con esos requisitos, algo que puede tardar años y tener costos emocionales incommensurables. Para este médico y tres enfermeras, el hecho de que sus hijos-as vivan en Barcelona tiene ventajas y desventajas. Entre las ventajas que ellos señalan, figuran: vivir juntos; acceder a mejor educación y salud; y, tener oportunidades escolares y vitales mucho mayores que en los países de destino. Las desventajas que vivir en Barcelona puede traer a sus hijos-as, son: vivir lejos de la familia y del país de origen; crecer en un ambiente de violencia y en una sociedad que discrimina; e incluso acceder a sistemas de educación que en primaria, secundaria o universidad no garantiza necesariamente la excelencia.

► Ser hijos-as a la distancia

En términos generales, para los 24 encuestados ser hijos-as a la distancia les resulta muy duro, triste y angustiante. La gran mayoría dijo que el vacío de estar lejos de la familia no puede paliarse con nada y que en muchos casos estos profesionales suelen vivir preocupados por la salud y el buen vivir de sus padres y madres. Tal y como lo describimos en el apartado previo, los inmigrantes profesionales que forman parte de este estudio cargan un dolor debido a la distancia con sus padres y madres. El contacto frecuente es una de las formas para aminorar ese dolor. Así, entre las enfermeras, la gran mayoría se comunica semanalmente vía telefónica o vía skype. Sólo una enfermera dijo no estar cercana a su familia, el resto, dijo sentirse muy cerca debido a la constante comunicación. Entre las enfermeras, sólo una peruana y otra venezolana, no envían remesas económicas a sus padres y/o madres. Entre las diez restantes que sí lo hacen, el sistema preferido es a través de giros por banco o por agencia. El envío de remesas sociales no es tan popular como el envío de dinero. Ocho de las doce enfermeras encuestadas, no envían nada adicional a sus padres y/o madres. Las cuatro restantes, dijeron enviar regalos de cumpleaños, a veces medicinas, o “lo que padres y/o madres pidan”. Este tipo de remesas las envían por correo, agencia o con alguien que viaje a sus países de origen.

Siete de las doce enfermeras encuestadas, más de la mitad, dijeron que el hecho de ser hijos-as a la distancia sí ha influido en su desempeño profesional. Las cinco restantes, sin dar mayores explicaciones, afirmaron que no hay ningún tipo de influencia. Aquellas que sí se sienten afectadas, dijeron que esa distancia afecta mucho su desempeño, sobre todo cuando atienden a pacientes mayores que les remiten a sus propios padres o madres. Ellas también dijeron que si sus padres/madres estuvieran en Barcelona, seguramente su rendimiento laboral fuera mucho mejor. Los padres y madres de estas enfermeras andinas inmigrantes en Barcelona valoran de manera positiva el hecho de que sus hijas hayan emigrado. Muchas dijeron que sus padres/madres las respetan y valoran más; y están orgullosos de su capacidad y valentía.

Entre los médicos-as encuestados la comunicación con sus padres/madres también es semanal (entre dos o tres veces por semana), vía telefónica o por skype. Esta permanente comunicación es el motivo para que once de los doce galenos encuestados se sientan cercanos a sus familiares a pesar de la distancia. A diferencia de las enfermeras, sólo cinco de los doce envía remesas económicas a sus padres o madres, y lo hacen a través de giros bancarios o por agencia. Asimismo, sólo cuatro de los doce envían remesas sociales: regalos para el cumpleaños de padres o madres; medicinas; o alguna necesidad puntual; y cuando lo hacen, utilizan, del mismo modo que las enfermeras, el correo, una agencia de envío o a través de alguien que viaje a sus países de origen. Cuatro de los doce médicos-as inmigrantes encuestados dijeron que ser hijos-as a la distancia no influye en su desempeño laboral. Los ocho restantes afirmaron tener cambios de estado de ánimo; caer en depresión y vivir con una permanente angustia por la salud de sus padres/madres. La valoración de los padres y madres frente a sus hijos-as médicos-as inmigrantes en España es positiva. Los galenos encuestados dijeron que los admiran y respetan mucho.

- ▶ Ventajas profesionales que deja la migración y reconocimiento por ser inmigrantes en el ámbito laboral

Todos los encuestados dijeron que el hecho de tener mayor acceso a tecnología; a bibliografía especializada; a mejores condiciones económicas que les garantice un mejor futuro; vivir con más seguridad y tener mayores oportunidades laborales y vitales como viajar a otros países figuran entre las mayores ventajas que la inmigración a España les ha dejado. Sin dar mayores explicaciones, sólo en el caso de tres enfermeras, dos chilenas y una ecuatoriana, dijeron que sus compañeros de trabajo en origen no valoraron su decisión de emigrar. Siendo así, en general la decisión de emigrar ha sido bien valorada entre los compañeros de trabajo en el país de origen de estos inmigrantes calificados encuestados. Los argumentos que han dado frente a esa valoración positiva son: hay admiración por la valentía de vivir en un país diferente al de nacimiento; salir del país es siempre bien visto por todo lo que se aprende en el extranjero; las repercusiones laborales y monetarias que deja a los emigrantes son muy apreciadas; y porque a pesar del sacrificio, la emigración posibilita muchas cosas. A pesar de estas argumentaciones, llama la atención que a la hora de preguntar a los profesionales de la salud emigrados si creen que la emigración traería

reconocimiento en el espacio laboral en el país de origen, en términos de acceder a mejores puestos, once de los 24 encuestados dijeron que no. Es decir, que prácticamente la mitad de los encuestados considera que el reconocimiento se da más bien en términos personales que laborales.

► Repercusiones por ser inmigrante en el ámbito familiar

Tanto enfermeras como médicos-as encuestados identificaron a ciertas repercusiones positivas y negativas que la emigración a España les ha dejado en el entorno familiar. Entre las repercusiones familiares negativas identificadas por las enfermeras constan: la lejanía con la familia; la soledad; la pérdida de cariño familiar y de momentos familiares importantes; y, cargar con una culpa constante por estar lejos. Una de las entrevistadas afirmó que esa culpabilidad incluso la lleva a preguntarse si acaso, “hice lo correcto” (Enfermera boliviana, 28 años. Entrevistada en Barcelona, junio 2010). Entre las repercusiones positivas al interior de la familia figuran: a pesar de la distancia, las relaciones familiares se han fortalecido; y, mayor valoración, respeto y admiración de parte de familiares. Por su parte, entre los médicos-as encuestados sólo en dos casos (un médico ecuatoriano y otro peruano) se identificaron repercusiones negativas en el entorno familiar. En ambos casos se menciona a la permanente tristeza por la lejanía. En los diez casos restantes se señalaron repercusiones positivas relacionadas, al igual que en el caso de las enfermeras, con mayor reconocimiento familiar, más orgullo, mayor aprecio y valoración

► Posible ventaja en espacio laboral español por ser inmigrante

Catorce de los 24 encuestados no creen que el hecho de ser inmigrantes les signifique alguna ventaja dentro del sistema de salud español. Los diez restantes que afirmaron lo contrario señalaron que ellos, como inmigrantes calificados, pueden aportar con una nueva perspectiva a la práctica médica y de enfermería.

► Posible retorno

Para que un emigrado que cuenta con un trabajo en el país de destino, se plantee retornar al país de origen, es clave que él o ella mantenga contacto directo, ya sea con sus familiares o con posibles compañeros-as de trabajo. Trece de los inmigrantes encuestados (seis médicos-as y siete enfermeras) dijeron mantener contacto con profesionales de la salud en sus países de origen. Cinco lo hacían por lo menos una vez al año; cuatro una vez por trimestre; otros cuatro, más de una vez al mes; y, en un caso, al menos una vez por mes. Nueve de los 24 encuestados dijeron no tener ningún tipo de contacto (cinco enfermeras y cuatro médicos-as). Entre las enfermeras encuestadas, la mitad de ellas dijeron que sólo alguna motivación familiar les haría retornar a sus países de origen. Tres afirmaron que las razones económicas serían los mayores motivadores para volver. Y tres enfermeras más dijeron que ningún motivo las haría regresar. Vale la pena señalar que en dos casos se mencionaron, además de las motivaciones personales, causas relacionadas con una posible

crisis política en el país de destino que las motivaría a volver. A diferencia de las enfermeras, entre siete de los doce médicos-as encuestados, una gran parte de ellos, las motivaciones laborales figuran como principales motivadores para retornar. Sólo en dos casos se nombraron a las razones familiares y en un caso se dijo que las razones políticas serían causales para regresar al país de origen.

Por otra parte, también nos interesó mucho que los encuestados nos digan cuales son, desde su experiencia, los mayores motivadores para no volver a sus países de origen. Tanto enfermeras como médicos identificaron los siguientes factores: las mejores condiciones y oportunidades laborales y vitales que existen en España para ellos y para sus familias; la posibilidad de estudiar y de acceder continuamente a procesos de formación de avanza; trabajar en un sistema de salud que les paga bien, que no es jerárquico ni corrupto; y, viajar y conocer a otra gente. A no dudarlo estos factores deberían ser tomados en cuenta por los Estados de los países andinos para identificar los ámbitos de incidencia para disminuir y, eventualmente, evitar la salida de profesionales de salud

► Segunda migración

Trece de los 24 encuestados (7 enfermeras y 6 médicos-as) no volvería a emigrar a otro país aún cuando ya tenga la ciudadanía europea. Entre los once que dijeron que sí lo harían, Estados Unidos figura como el principal destino. De hecho, seis de esos once (tres médicos y cuatro enfermeras) inmigrarían al primer destino migratorio del mundo. Inglaterra también podría ser otro destino migratorio (tres casos); o sino, Australia, Canadá o Italia (dos casos más).

► Propuestas de acciones estatales y recomendaciones

En esta última sección quisiéramos sintetizar las propuestas de acción estatal y social que estos 24 encuestados sugieren como formas de paliar la emigración de profesionales de la salud de países andinos.

Asegurar una mejoría en las condiciones económicas y políticas y garantizar oportunidades escolares, laborales y vitales para los ciudadanos-as andinos.

- Tomar medidas para que los sistemas de salud dejen de ser tan jerárquicos y que las relaciones entre médicos-as y enfermeras-os sean más horizontales.
- Evitar la subutilización del personal de la salud dentro de los procedimientos internos, re-organizar el modus operandi de los hospitales de tal modo que se optimicen los recursos humanos.
- Generar mecanismos que garanticen el cumplimiento de horarios y turnos de trabajo; seguros laborales; mejorías salariales; y, jubilación.

- Invertir en infraestructura médica, innovar tecnológicamente los procesos médicos y, sin dejar de ser cercanos en trato a los pacientes, apuntar a prácticas médicas que incorporen tecnología de avanzada.
- Crear nuevos y continuos nichos laborales para los profesionales de la salud recién graduados.
- Fomentar la multiplicación de programas de especialización de alto nivel para médicos-as y enfermeros-as; mejorar la infraestructura académica: renovar las bibliotecas médicas con literatura especializada; contar con nuevos laboratorios y tecnología de avanzada para la enseñanza de la medicina y enfermería.
- Regular el número de médicos-as y enfermeros-as que se forman y gradúan en las universidades andinas, equilibrando con el número de plazas existentes.
- Fomentar la inserción de profesionales de la salud en las zonas rurales de los países andinos.
-

Adicionalmente, hemos querido dar cuenta de las recomendaciones que esos inmigrantes calificados hacen a los equipos de investigación que hicieron posible el presente estudio. A grosso modo, los 24 encuestados sugieren:

- Si bien la encuesta es muy completa, sería deseable recortarla pues se vuelve repetitiva.
- Les gustaría que los resultados de la investigación sean publicados y difundidos.
- Es una investigación muy social, es poco personal y eso es algo que gusta.
- No creen que tenga impacto en los países de origen, por tanto es clave que desde el equipo de investigación central se generen mecanismos de incidencia directa en sus países de origen.
- "Espero que sirva en lo real para mejorar las condiciones de nuestros países" (Enfermera peruana, 37 años. Encuestada en Barcelona, mayo 2010).
- Es un trabajo muy interesante que ha removido en el pasado a los emigrantes profesionales.
- "Nadie tiene que migrar. No es sano. Nunca se rompe el duelo" (Enfermera chilena, 54 años. Encuestada en Barcelona, junio 2010).

ANEXOS - CONDICIONES DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD EN ESPAÑA

En esta última parte se registran los datos levantados por la investigadora Helena Sanabria, en España, en la antigua Oficina Pública de Empleo español, actualmente llamada Servicio Público de Empleo (SEPE). Este tipo de fuente proporciona la mayor fiabilidad de los datos, especialmente en el caso de este estudio, ya que el tamaño de la población objetivo es pequeño en comparación con la población total.

Los contratos registrados de médicos, odontólogos y enfermeros representan menos del 1% de los contratos registrados de toda la población proveniente de los seis países andinos residente en España. En el caso de Perú y Colombia se alcanza a superar en 2009 el umbral del 1%, pero en los otros países el porcentaje no alcanza ni 0,3%.

Con respecto a la modalidad del contrato, entre el 80 y el 95% de los contratos tanto de médicos y odontólogos, como de enfermeros de los seis países andinos que se firman anualmente, son de carácter temporal. La tendencia hasta 2007 era descendente, pero en los últimos años el porcentaje de contratos temporales ha aumentado nuevamente (tablas 1 y 2)⁵.

Para identificar tendencias en cuanto al tipo de jornada, es importante no solo analizar la evolución en el tiempo, sino también desagregar por modalidad del contrato, ya que se observa una diferencia entre los contratos de tipo temporal y aquellos de carácter indefinido. En el caso de los contratos de médicos y odontólogos nacionales de los seis países andinos, la tendencia en los dos últimos años para estas dos modalidades de contrato es opuesta: aumenta la jornada parcial en los contratos indefinidos y baja en los contratos temporales. Dado que los contratos temporales son más, proporcionalmente, para el total de contratos hay una tendencia en los dos últimos años de disminución de la jornada parcial. La única excepción es el caso boliviano (tabla 3).

En el caso de contratos a enfermeros, es prácticamente imposible establecer tendencias. La cantidad de contratos es mucho menor y ni siquiera mirando cada país por separado hay una directriz en la evolución histórica o entre contratos temporales e indefinidos (tabla 4).

⁵ Contrato temporal: Obra o servicio: Contrato concertado para la realización de obras o servicios determinados. Eventual por circunstancias de la producción: Para atender las exigencias circunstanciales del mercado.



Con respecto a los diferentes tipos de contratos temporales de médicos y odontólogos, destacan especialmente aquellos clasificados como “eventuales por circunstancias de la producción” y los de “obra o servicio”. En tercera instancia aparecen los contratos de “interinidad” (tabla 5). La primera clasificación es una forma muy usada de evadir las cargas sociales de un contrato indefinido. Los contratos por “obra o servicio” en el caso de médicos y odontólogos, se puede referir a intervenciones específicas.

En el caso de enfermeros, alrededor del 50% de los contratos son contratos de “interinidad” y en segundo lugar están aquellos por “eventuales motivos de la producción”. Los contratos por “obra o servicio” entre los enfermeros son un porcentaje reducido (tabla 6).

Tanto para médicos y odontólogos, como para enfermeros, los contratos de formación constituyen un porcentaje mínimo.

La información por países, sobre modalidad de contrato y tipo de jornada, tanto para médicos y odontólogos, como para enfermeros, se presenta a continuación de las tablas.

La información presentada en este informe se limita al carácter oficial de los contratos de trabajo. Sin duda que la realidad de las condiciones laborales de médicos, odontólogos y enfermeros es mucho más compleja y que detrás de estas cifras hay aun mucho por investigar.



ANEXO

Tablas con condiciones de trabajo del personal de salud en ESPAÑA

Tabla 1. Contratos registrados de médicos y odontólogos de los seis países andinos según tipo de contrato 2005 – 2009

	BOLIVIA				
	2005	2006	2007	2008	2009
INDEFINIDO	3	16	36	47	62
TEMPORAL	45	119	238	388	440
TOTAL	48	135	274	435	502
% CONTRATOS TEMPORALES	94%	88%	87%	89%	88%

	CHILE				
	2005	2006	2007	2008	2009
INDEFINIDO	3	8	10	10	6
TEMPORAL	20	20	26	49	134
TOTAL	23	28	36	59	140
% CONTRATOS TEMPORALES	87%	71%	72%	83%	96%

	COLOMBIA				
	2005	2006	2007	2008	2009
INDEFINIDO	75	127	208	350	275
TEMPORAL	370	576	810	1.464	1.903
TOTAL	445	703	1.018	1.814	2.178
% CONTRATOS TEMPORALES	83%	82%	80%	81%	87%

	ECUADOR				
	2005	2006	2007	2008	2009
INDEFINIDO	37	46	44	45	36
TEMPORAL	188	226	166	194	390
TOTAL	225	272	210	239	426
% CONTRATOS TEMPORALES	84%	83%	79%	81%	92%

	PERÚ				
	2005	2006	2007	2008	2009
INDEFINIDO	39	62	108	165	130
TEMPORAL	352	408	768	1.082	1.434
TOTAL	391	470	876	1.247	1.564
% CONTRATOS TEMPORALES	90%	87%	88%	87%	92%

	VENEZUELA				
	2005	2006	2007	2008	2009
INDEFINIDO	16	53	73	90	87

TEMPORAL	183	202	215	327	494
TOTAL	199	255	288	417	581
% CONTRATOS TEMPORALES	92%	79%	75%	78%	85%

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

Tabla 2. Contratos registrados de enfermeros de los seis países andinos según tipo de contrato 2005 – 2009

BOLIVIA					
	2005	2006	2007	2008	2009
INDEFINIDO	2	6	24	24	16
TEMPORAL	25	55	71	121	159
TOTAL	27	61	95	145	175
% CONTRATOS TEMPORALES	93%	90%	75%	83%	91%

CHILE					
	2005	2006	2007	2008	2009
INDEFINIDO	2	7	22	19	7
TEMPORAL	30	55	55	60	121
TOTAL	32	62	77	79	128
% CONTRATOS TEMPORALES	94%	89%	71%	76%	95%

COLOMBIA					
	2005	2006	2007	2008	2009
INDEFINIDO	23	41	141	275	216
TEMPORAL	262	339	604	1.023	1.695
TOTAL	285	380	745	1.298	1.911
% CONTRATOS TEMPORALES	92%	89%	81%	79%	89%

ECUADOR					
	2005	2006	2007	2008	2009
INDEFINIDO	27	41	78	56	37
TEMPORAL	258	504	612	739	579
TOTAL	285	545	690	795	616
% CONTRATOS TEMPORALES	91%	92%	89%	93%	94%

PERÚ					
	2005	2006	2007	2008	2009
INDEFINIDO	54	87	151	196	120
TEMPORAL	550	910	902	1.181	1.360

TOTAL	604	997	1.053	1.377	1.480
% CONTRATOS TEMPORALES	91%	91%	86%	86%	92%

VENEZUELA					
	2005	2006	2007	2008	2009
INDEFINIDO	7	7	11	15	9
TEMPORAL	31	47	63	89	58
TOTAL	38	54	74	104	67
% CONTRATOS TEMPORALES	82%	87%	85%	86%	87%

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

Tabla 3. Contratos registrados de médicos y odontólogos de los seis países andinos según tipo de contrato y jornada de trabajo 2005 – 2009

		BOLIVIA				
		2005	2006	2007	2008	2009
INDEFINIDO	COMPLETA	3	9	20	22	27
	PARCIAL	0	7	15	25	32
	TOTAL	3	16	35	47	59
	% JORNADA PARCIAL	0,0%	43,8%	42,9%	53,2%	54,2%
TEMPORAL	COMPLETA	25	72	130	215	235
	PARCIAL	14	39	102	158	176
	TOTAL	39	111	232	373	411
	% JORNADA PARCIAL	35,9%	35,1%	44,0%	42,4%	42,8%
TOTAL	COMPLETA	28	81	150	237	262
	PARCIAL	14	46	117	183	208
	TOTAL	42	127	267	420	470
	% JORNADA PARCIAL	33,3%	36,2%	43,8%	43,6%	44,3%

		CHILE				
		2005	2006	2007	2008	2009
INDEFINIDO	COMPLETA	3	4	5	7	2
	PARCIAL	0	4	5	3	3
	TOTAL	3	8	10	10	5
	% JORNADA PARCIAL	0,0%	50,0%	50,0%	30,0%	60,0%
TEMPORAL	COMPLETA	12	11	15	34	117
	PARCIAL	7	6	9	6	9
	TOTAL	19	17	24	40	126
	% JORNADA PARCIAL	36,8%	35,3%	37,5%	15,0%	7,1%

	PARCIAL					
TOTAL	COMPLETA	15	15	20	41	119
	PARCIAL	7	10	14	9	12
	TOTAL	22	25	34	50	131
	% JORNADA PARCIAL	31,8%	40,0%	41,2%	18,0%	9,2%

		COLOMBIA				
		2005	2006	2007	2008	2009
INDEFINIDO	COMPLETA	41	76	128	246	160
	PARCIAL	34	49	80	103	113
	TOTAL	75	125	208	349	273
	% JORNADA PARCIAL	45,3%	39,2%	38,5%	29,5%	41,4%
TEMPORAL	COMPLETA	224	378	511	965	1258
	PARCIAL	130	185	274	455	509
	TOTAL	354	563	785	1420	1767
	% JORNADA PARCIAL	36,7%	32,9%	34,9%	32,0%	28,8%
TOTAL	COMPLETA	265	454	639	1211	1418
	PARCIAL	164	234	354	558	622
	TOTAL	429	688	993	1769	2040
	% JORNADA PARCIAL	38,2%	34,0%	35,6%	31,5%	30,5%

		ECUADOR				
		2005	2006	2007	2008	2009
INDEFINIDO	COMPLETA	14	28	29	27	20
	PARCIAL	23	16	14	18	14
	TOTAL	37	44	43	45	34
	% JORNADA PARCIAL	62,2%	36,4%	32,6%	40,0%	41,2%
TEMPORAL	COMPLETA	110	102	68	122	269
	PARCIAL	75	108	85	58	81
	TOTAL	185	210	153	180	350
	% JORNADA PARCIAL	40,5%	51,4%	55,6%	32,2%	23,1%
TOTAL	COMPLETA	124	130	97	149	289
	PARCIAL	98	124	99	76	95
	TOTAL	222	254	196	225	384
	% JORNADA PARCIAL	44,1%	48,8%	50,5%	33,8%	24,7%

		PERÚ				
		2005	2006	2007	2008	2009
INDEFINIDO	COMPLETA	24	38	69	92	72
	PARCIAL	15	22	36	72	52
	TOTAL	39	60	105	164	124

	% JORNADA PARCIAL	38,5%	36,7%	34,3%	43,9%	41,9%
TEMPORAL	COMPLETA	211	236	427	643	999
	PARCIAL	127	154	280	334	280
	TOTAL	338	390	707	977	1279
	% JORNADA PARCIAL	37,6%	39,5%	39,6%	34,2%	21,9%
TOTAL	COMPLETA	235	274	496	735	1071
	PARCIAL	142	176	316	406	332
	TOTAL	377	450	812	1141	1403
	% JORNADA PARCIAL	37,7%	39,1%	38,9%	35,6%	23,7%

		VENEZUELA				
		2005	2006	2007	2008	2009
INDEFINIDO	COMPLETA	8	35	50	58	49
	PARCIAL	8	18	23	32	38
	TOTAL	16	53	73	90	87
	% JORNADA PARCIAL	50,0%	34,0%	31,5%	35,6%	43,7%
TEMPORAL	COMPLETA	100	112	86	174	320
	PARCIAL	77	71	109	125	113
	TOTAL	177	183	195	299	433
	% JORNADA PARCIAL	43,5%	38,8%	55,9%	41,8%	26,1%
TOTAL	COMPLETA	108	147	136	232	369
	PARCIAL	85	89	132	157	151
	TOTAL	193	236	268	389	520
	% JORNADA PARCIAL	44,0%	37,7%	49,3%	40,4%	29,0%

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

Tabla 4. Contratos registrados de enfermeros de los seis países andinos según tipo de contrato y jornada de trabajo 2005 – 2009

		BOLIVIA				
		2005	2006	2007	2008	2009
INDEFINIDO	COMPLETA	2	5	19	16	9
	PARCIAL	0	1	7	9	7
	TOTAL	2	6	26	25	16
	% JORNADA PARCIAL	0,0%	16,7%	26,9%	36,0%	43,8%
TEMPORAL	COMPLETA	13	40	47	76	89
	PARCIAL	12	15	24	45	70
	TOTAL	25	55	71	121	159

	% JORNADA PARCIAL	48,0%	27,3%	33,8%	37,2%	44,0%
TOTAL	COMPLETA	15	45	66	92	98
	PARCIAL	12	16	31	54	77
	TOTAL	27	61	97	146	175
	% JORNADA PARCIAL	44,4%	26,2%	32,0%	37,0%	44,0%

		CHILE				
		2005	2006	2007	2008	2009
INDEFINIDO	COMPLETA	2	6	22	14	7
	PARCIAL	0	1	2	7	0
	TOTAL	2	7	24	21	7
	% JORNADA PARCIAL	0,0%	14,3%	8,3%	33,3%	0,0%
TEMPORAL	COMPLETA	18	43	30	51	96
	PARCIAL	12	12	25	9	25
	TOTAL	30	55	55	60	121
	% JORNADA PARCIAL	40,0%	21,8%	45,5%	15,0%	20,7%
TOTAL	COMPLETA	20	49	52	65	103
	PARCIAL	12	13	27	16	25
	TOTAL	32	62	79	81	128
	% JORNADA PARCIAL	37,5%	21,0%	34,2%	19,8%	19,5%

		COLOMBIA				
		2005	2006	2007	2008	2009
INDEFINIDO	COMPLETA	19	33	120	238	176
	PARCIAL	4	8	33	44	41
	TOTAL	23	41	153	282	217
	% JORNADA PARCIAL	17,4%	19,5%	21,6%	15,6%	18,9%
TEMPORAL	COMPLETA	174	265	419	663	1211
	PARCIAL	88	74	185	359	484
	TOTAL	262	339	604	1022	1695
	% JORNADA PARCIAL	33,6%	21,8%	30,6%	35,1%	28,6%
TOTAL	COMPLETA	193	298	539	901	1387
	PARCIAL	92	82	218	403	525
	TOTAL	285	380	757	1304	1912
	% JORNADA PARCIAL	32,3%	21,6%	28,8%	30,9%	27,5%

		ECUADOR				
		2005	2006	2007	2008	2009
INDEFINIDO	COMPLETA	21	36	60	46	23
	PARCIAL	6	5	20	10	13

	TOTAL	27	41	80	56	36
	% JORNADA PARCIAL					
		22,2%	12,2%	25,0%	17,9%	36,1%
TEMPORAL	COMPLETA	211	382	454	536	392
	PARCIAL	47	122	158	203	187
	TOTAL	258	504	612	739	579
	% JORNADA PARCIAL					
		18,2%	24,2%	25,8%	27,5%	32,3%
TOTAL	COMPLETA	232	418	514	582	415
	PARCIAL	53	127	178	213	200
	TOTAL	285	545	692	795	615
	% JORNADA PARCIAL					
		18,6%	23,3%	25,7%	26,8%	32,5%

		PERÚ				
		2005	2006	2007	2008	2009
INDEFINIDO	COMPLETA	37	71	111	150	94
	PARCIAL	17	16	47	52	31
	TOTAL	54	87	158	202	125
	% JORNADA PARCIAL					
		31,5%	18,4%	29,7%	25,7%	24,8%
TEMPORAL	COMPLETA	423	675	602	780	941
	PARCIAL	127	235	300	401	416
	TOTAL	550	910	902	1181	1357
	% JORNADA PARCIAL					
		23,1%	25,8%	33,3%	34,0%	30,7%
TOTAL	COMPLETA	460	746	713	930	1035
	PARCIAL	144	251	347	453	447
	TOTAL	604	997	1060	1383	1482
	% JORNADA PARCIAL					
		23,8%	25,2%	32,7%	32,8%	30,2%

		VENEZUELA				
		2005	2006	2007	2008	2009
INDEFINIDO	COMPLETA	6	3	10	10	12
	PARCIAL	1	4	2	4	0
	TOTAL	7	7	12	14	12
	% JORNADA PARCIAL					
		14,3%	57,1%	16,7%	28,6%	0,0%
TEMPORAL	COMPLETA	25	36	45	76	42
	PARCIAL	6	11	18	13	16
	TOTAL	31	47	63	89	58
	% JORNADA PARCIAL					
		19,4%	23,4%	28,6%	14,6%	27,6%
TOTAL	COMPLETA	31	39	55	86	54
	PARCIAL	7	15	20	17	16
	TOTAL	38	54	75	103	70

	% JORNADA PARCIAL	18,4%	27,8%	26,7%	16,5%	22,9%
--	----------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------

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

Tabla 5. Contratos registrados de carácter temporal, de médicos y odontólogos de los seis países andinos según tipología de clasificación 2005 – 2009

CONTRATOS TEMPORALES TIPOLOGÍA CLASIFICACIÓN	BOLIVIA				
	2005	2006	2007	2008	2009
OBRA O SERVICIO	7	11	48	70	108
EVENTUAL CIRCUNSTANCIAS DE LA PRODUCCION	24	64	79	209	159
INTERINIDAD	8	32	102	89	138
TEMPORAL INSERCIÓN					
SUSTITUCION JUBILACION ANTICIPADA				1	
RELEVO					1
PRACTICAS		4	3	4	5
FORMACION					
OTROS	6	8	6	15	29
TOTAL	45	119	238	388	440
% OBRA O SERVICIO	15,6%	9,2%	20,2%	18,0%	24,5%
% EVENTUAL CIRCUNSATANCIA DE LA PRODUCCION	53,3%	53,8%	33,2%	53,9%	36,1%
% INTERINIDAD	17,8%	26,9%	42,9%	22,9%	31,4%
	CHILE				
	2005	2006	2007	2008	2009
OBRA O SERVICIO	6	6	6	7	58
EVENTUAL CIRCUNSTANCIAS DE LA PRODUCCION	12	6	15	8	11
INTERINIDAD	1	3	3	22	55
TEMPORAL INSERCIÓN					
SUSTITUCION JUBILACION ANTICIPADA					
RELEVO					
PRACTICAS		1		3	2
FORMACION		1			
OTROS	1	3	2	9	8
TOTAL	20	20	26	49	134
% OBRA O SERVICIO	30,0%	30,0%	23,1%	14,3%	43,3%
% EVENTUAL CIRCUNSATANCIA DE LA PRODUCCION	60,0%	30,0%	57,7%	16,3%	8,2%
% INTERINIDAD	5,0%	15,0%	11,5%	44,9%	41,0%

	COLOMBIA				
	2005	2006	2007	2008	2009
OBRA O SERVICIO	65	86	120	378	365
EVENTUAL CIRCUNSTANCIAS DE LA PRODUCCION	192	293	420	770	951
INTERINIDAD	89	178	232	257	433
TEMPORAL INSERCIÓN					
SUSTITUCIÓN JUBILACIÓN ANTICIPADA					
RELEVO					
PRACTICAS FORMACIÓN	8	5	13	15	18
OTROS	16	13	25	44	136
TOTAL	370	576	810	1.464	1.903
% OBRA O SERVICIO	17,6%	14,9%	14,8%	25,8%	19,2%
% EVENTUAL CIRCUNSTANCIA DE LA PRODUCCIÓN	51,9%	50,9%	51,9%	52,6%	50,0%
% INTERINIDAD	24,1%	30,9%	28,6%	17,6%	22,8%
	ECUADOR				
	2005	2006	2007	2008	2009
OBRA O SERVICIO	30	36	31	50	39
EVENTUAL CIRCUNSTANCIAS DE LA PRODUCCION	102	112	72	94	141
INTERINIDAD	51	61	46	33	170
TEMPORAL INSERCIÓN	1				
SUSTITUCIÓN JUBILACIÓN ANTICIPADA					
RELEVO					
PRACTICAS FORMACIÓN	1	1	4	3	
OTROS	3	16	13	14	40
TOTAL	188	226	166	194	390
% OBRA O SERVICIO	16,0%	15,9%	18,7%	25,8%	10,0%
% EVENTUAL CIRCUNSTANCIA DE LA PRODUCCIÓN	54,3%	49,6%	43,4%	48,5%	36,2%
% INTERINIDAD	27,1%	27,0%	27,7%	17,0%	43,6%
	PERÚ				
	2005	2006	2007	2008	2009
OBRA O SERVICIO	50	74	102	207	220
EVENTUAL CIRCUNSTANCIAS DE LA PRODUCCION	153	214	454	615	771
INTERINIDAD	130	96	140	138	262
TEMPORAL INSERCIÓN					
SUSTITUCIÓN JUBILACIÓN ANTICIPADA					
RELEVO					1

PRACTICAS FORMACION	5	6	11	17	25
OTROS	14	18	61	105	155
TOTAL	352	408	768	1.082	1.434
% OBRA O SERVICIO	14,2%	18,1%	13,3%	19,1%	15,3%
% EVENTUAL CIRCUNSATANCIA DE LA PRODUCCION	43,5%	52,5%	59,1%	56,8%	53,8%
% INTERINIDAD	36,9%	23,5%	18,2%	12,8%	18,3%
	VENEZUELA				
	2005	2006	2007	2008	2009
OBRA O SERVICIO	49	26	30	88	128
EVENTUAL CIRCUNSTANCIAS DE LA PRODUCCION	73	110	115	154	219
INTERINIDAD	51	41	49	52	71
TEMPORAL INSERCIÓN					
SUSTITUCION JUBILACION ANTICIPADA					
RELEVO					2
PRACTICAS FORMACION	4	6	1	5	13
OTROS	6	19	20	28	61
TOTAL	183	202	215	327	494
% OBRA O SERVICIO	26,8%	12,9%	14,0%	26,9%	25,9%
% EVENTUAL CIRCUNSATANCIA DE LA PRODUCCION	39,9%	54,5%	53,5%	47,1%	44,3%
% INTERINIDAD	27,9%	20,3%	22,8%	15,9%	14,4%

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

Tabla 6. Contratos registrados de carácter temporal, de médicos y odontólogos de los seis países andinos según tipología de clasificación 2005 – 2009

	BOLIVIA				
TIPOLOGÍA CLASSIFICACIÓN	2005	2006	2007	2008	2009
OBRA O SERVICIO	6	2	6	6	16
EVENTUAL CIRCUNSTANCIAS DE LA PRODUCCION	10	32	34	47	53
INTERINIDAD	9	20	31	65	88
TEMPORAL INSERCIÓN					
SUSTITUCION JUBILACION ANTICIPADA					
RELEVO				1	
PRACTICAS FORMACION		1		2	2
OTROS					
TOTAL	25	55	71	121	159
% OBRA O SERVICIO	24,0%	3,6%	8,5%	5,0%	10,1%

% EVENTUAL CIRCUNSATANCIA DE LA PRODUCCION	40,0%	58,2%	47,9%	38,8%	33,3%
% INTERINIDAD	36,0%	36,4%	43,7%	53,7%	55,3%
	CHILE				
	2005	2006	2007	2008	2009
OBRA O SERVICIO	2	13	9	3	4
EVENTUAL CIRCUNSTANCIAS DE LA PRODUCCION	20	20	27	25	21
INTERINIDAD	8	20	19	29	91
TEMPORAL INSERCCION					
SUSTITUCION JUBILACION ANTICIPADA					
RELEVO					
PRACTICAS		2		3	5
FORMACION					
OTROS					
TOTAL	30	55	55	60	121
% OBRA O SERVICIO	6,7%	23,6%	16,4%	5,0%	3,3%
% EVENTUAL CIRCUNSATANCIA DE LA PRODUCCION	66,7%	36,4%	49,1%	41,7%	17,4%
% INTERINIDAD	26,7%	36,4%	34,5%	48,3%	75,2%
	COLOMBIA				
	2005	2006	2007	2008	2009
OBRA O SERVICIO	32	21	68	102	144
EVENTUAL CIRCUNSTANCIAS DE LA PRODUCCION	124	211	367	496	766
INTERINIDAD	100	104	162	402	762
TEMPORAL INSERCCION	1				
SUSTITUCION JUBILACION ANTICIPADA			1	1	
RELEVO				1	
PRACTICAS	3	3	6	16	18
FORMACION	2			5	5
OTROS					
TOTAL	262	339	604	1.023	1.695
% OBRA O SERVICIO	12,2%	6,2%	11,3%	10,0%	8,5%
% EVENTUAL CIRCUNSATANCIA DE LA PRODUCCION	47,3%	62,2%	60,8%	48,5%	45,2%
% INTERINIDAD	38,2%	30,7%	26,8%	39,3%	45,0%
	ECUADOR				
	2005	2006	2007	2008	2009
OBRA O SERVICIO	47	35	61	58	34
EVENTUAL CIRCUNSTANCIAS DE LA PRODUCCION	113	195	200	187	174
INTERINIDAD	95	266	347	488	364
TEMPORAL INSERCCION					

SUSTITUCION JUBILACION ANTICIPADA					
RELEVO					
PRACTICAS FORMACION	3	8	4	2	
OTROS				4	7
TOTAL	258	504	612	739	579
% OBRA O SERVICIO	18,2%	6,9%	10,0%	7,8%	5,9%
% EVENTUAL CIRCUNSATANCIA DE LA PRODUCCION	43,8%	38,7%	32,7%	25,3%	30,1%
% INTERINIDAD	36,8%	52,8%	56,7%	66,0%	62,9%
	PERÚ				
	2005	2006	2007	2008	2009
OBRA O SERVICIO	43	60	81	121	151
EVENTUAL CIRCUNSTANCIAS DE LA PRODUCCION	207	365	376	451	467
INTERINIDAD	294	476	433	588	730
TEMPORAL INSERCCION					
SUSTITUCION JUBILACION ANTICIPADA					
RELEVO			1	1	3
PRACTICAS	5	7	10	19	9
FORMACION	1	2	1	1	
OTROS					
TOTAL	550	910	902	1.181	1.360
% OBRA O SERVICIO	7,8%	6,6%	9,0%	10,2%	11,1%
% EVENTUAL CIRCUNSATANCIA DE LA PRODUCCION	37,6%	40,1%	41,7%	38,2%	34,3%
% INTERINIDAD	53,5%	52,3%	48,0%	49,8%	53,7%
	VENEZUELA				
	2005	2006	2007	2008	2009
OBRA O SERVICIO	4		5	6	3
EVENTUAL CIRCUNSTANCIAS DE LA PRODUCCION	12	22	20	45	23
INTERINIDAD	14	20	33	23	31
TEMPORAL INSERCCION					
SUSTITUCION JUBILACION ANTICIPADA					
RELEVO					
PRACTICAS	1	1	1	4	1
FORMACION		4	4	11	
OTROS					
TOTAL	31	47	63	89	58
% OBRA O SERVICIO	12,9%	0,0%	7,9%	6,7%	5,2%
% EVENTUAL CIRCUNSATANCIA DE LA PRODUCCION	38,7%	46,8%	31,7%	50,6%	39,7%

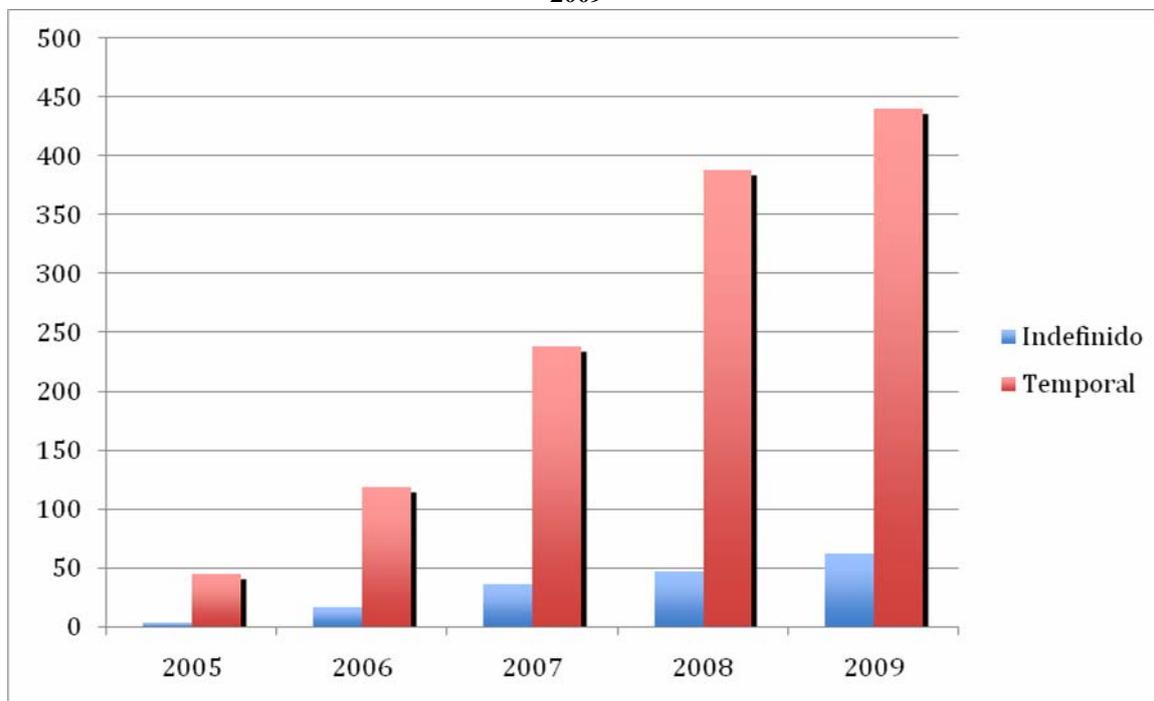


% INTERINIDAD	45,2%	42,6%	52,4%	25,8%	53,4%
----------------------	-------	-------	-------	-------	-------

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

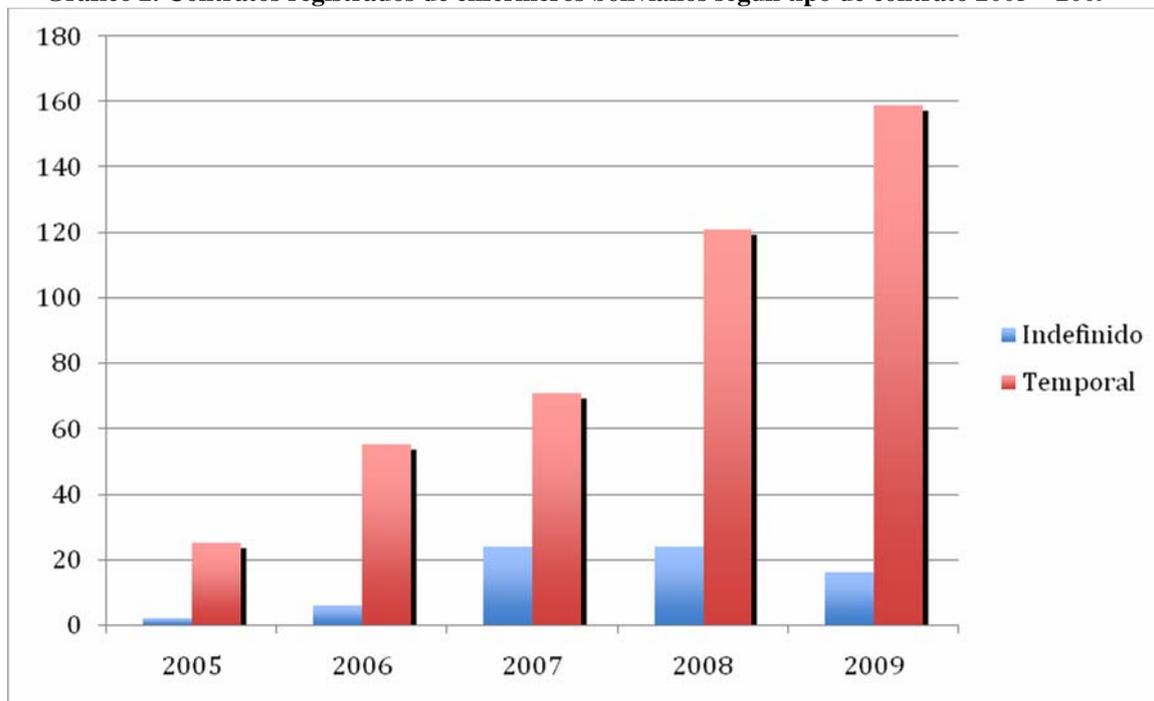
Bolivia

Gráfico 1. Contratos registrados de médicos y odontólogos bolivianos según tipo de contrato 2005 – 2009



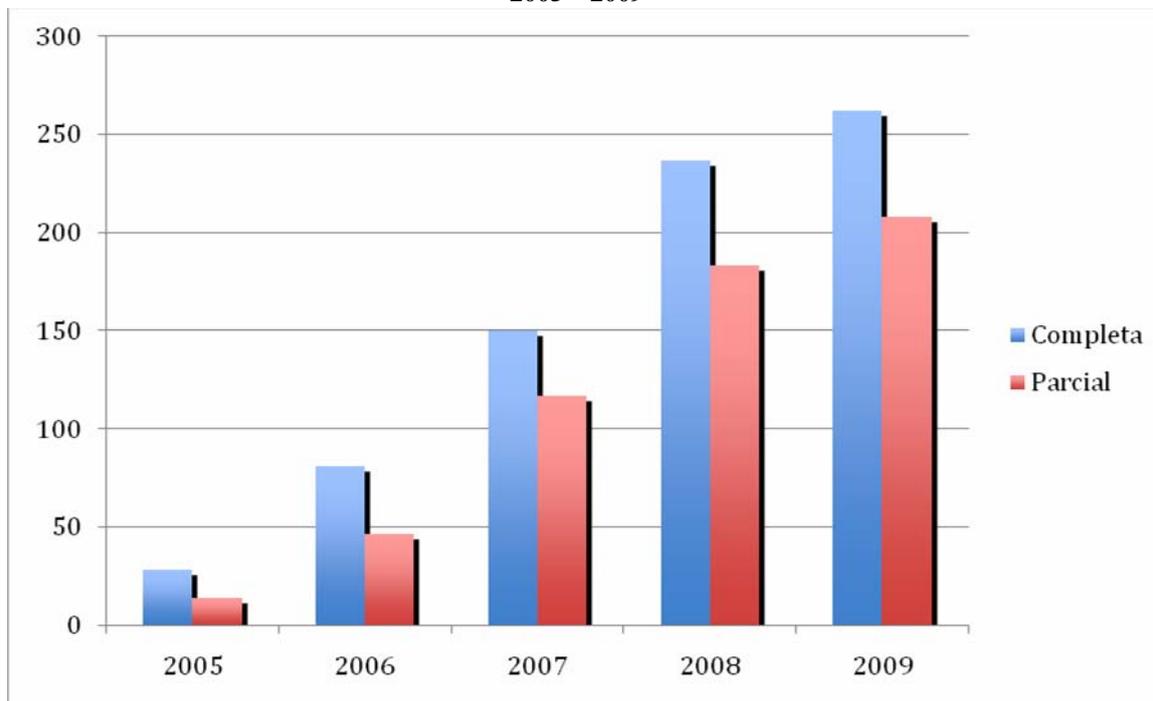
Fuente: Servicio Público de Empleo Estatal. Ministerio de Trabajo en Inmigración de España. Registro de contratos 2005 – 2009. Ficheros entregados a medida. Elaboración propia.

Gráfico 2. Contratos registrados de enfermeros bolivianos según tipo de contrato 2005 – 2009



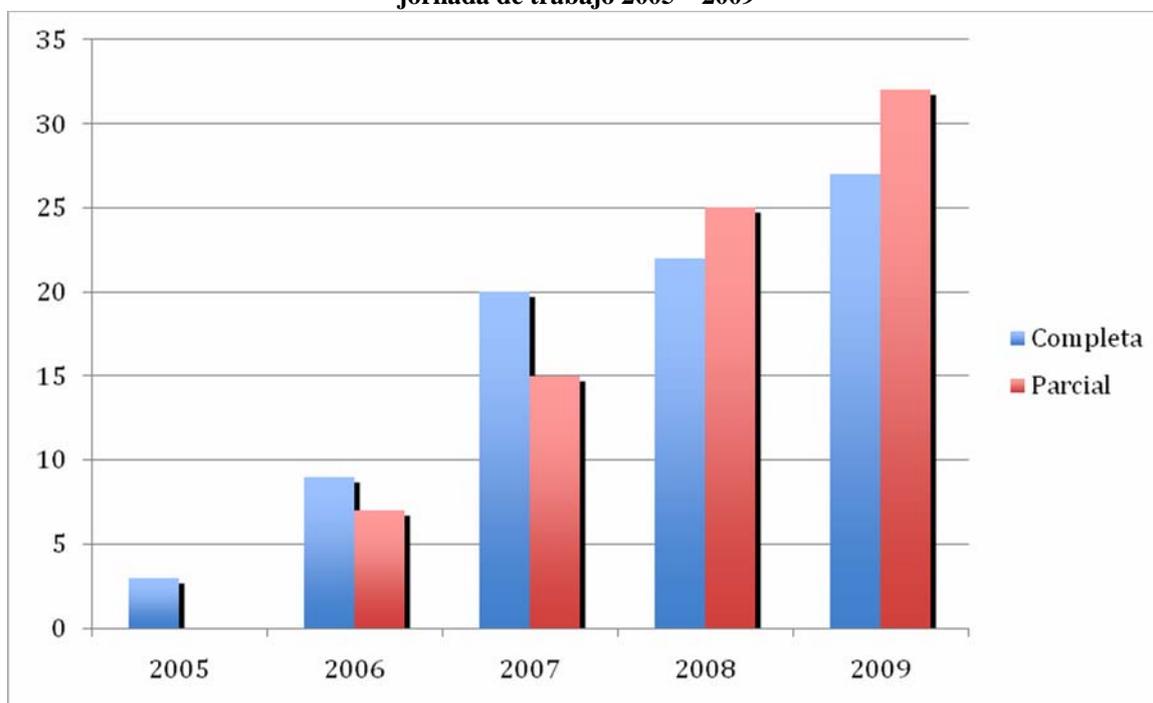
Fuente: Servicio Público de Empleo Estatal. Ministerio de Trabajo en Inmigración de España. Registro de contratos 2005 – 2009. Ficheros entregados a medida. Elaboración propia.

Gráfico 3. Contratos registrados de médicos y odontólogos bolivianos según jornada de trabajo 2005 – 2009



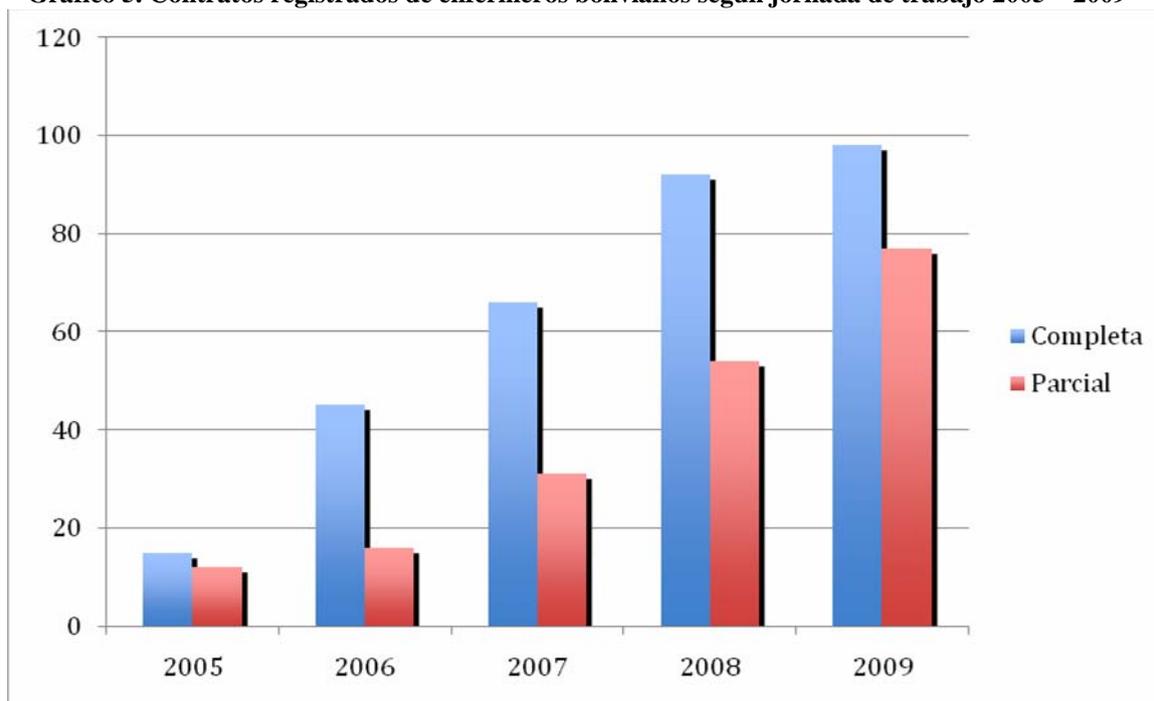
Fuente: Servicio Público de Empleo Estatal. Ministerio de Trabajo en Inmigración de España. Registro de contratos 2005 – 2009. Ficheros entregados a medida. Elaboración propia.

Gráfico 4. Contratos registrados de médicos y odontólogos bolivianos de carácter indefinido según jornada de trabajo 2005 – 2009



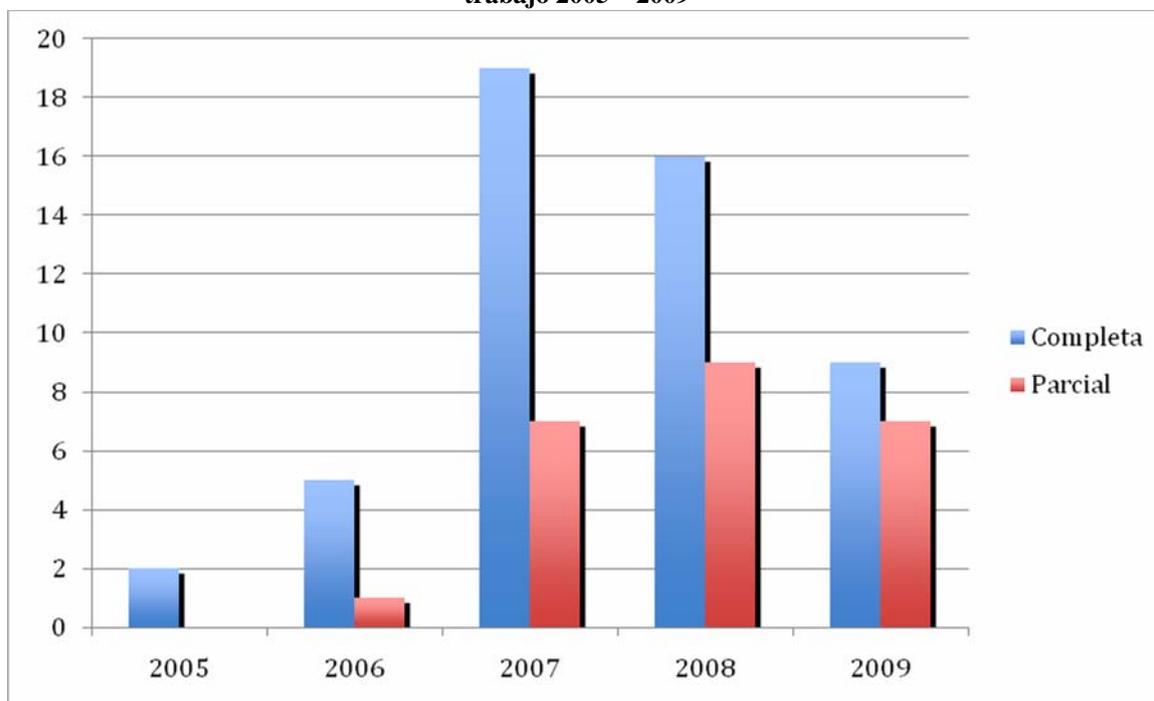
Fuente: Servicio Público de Empleo Estatal. Ministerio de Trabajo en Inmigración de España. Registro de contratos 2005 – 2009. Ficheros entregados a medida. Elaboración propia.

Gráfico 5. Contratos registrados de enfermeros bolivianos según jornada de trabajo 2005 – 2009



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

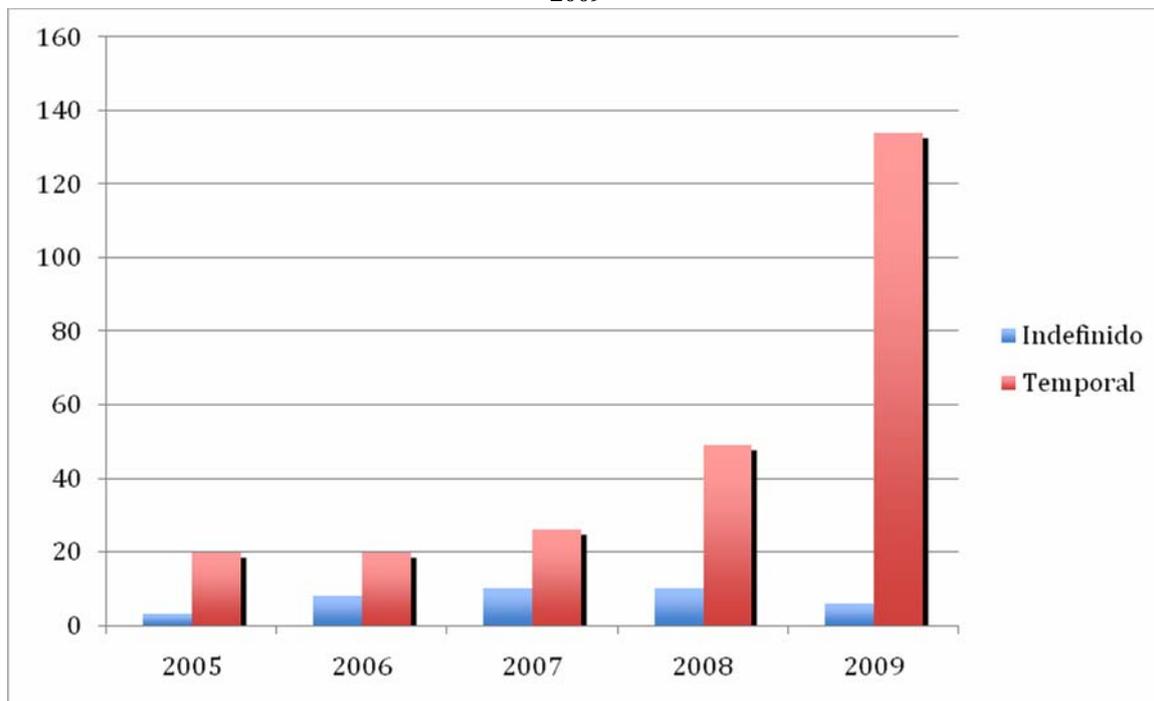
Gráfico 6. Contratos registrados de enfermeros bolivianos de carácter indefinido según jornada de trabajo 2005 – 2009



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

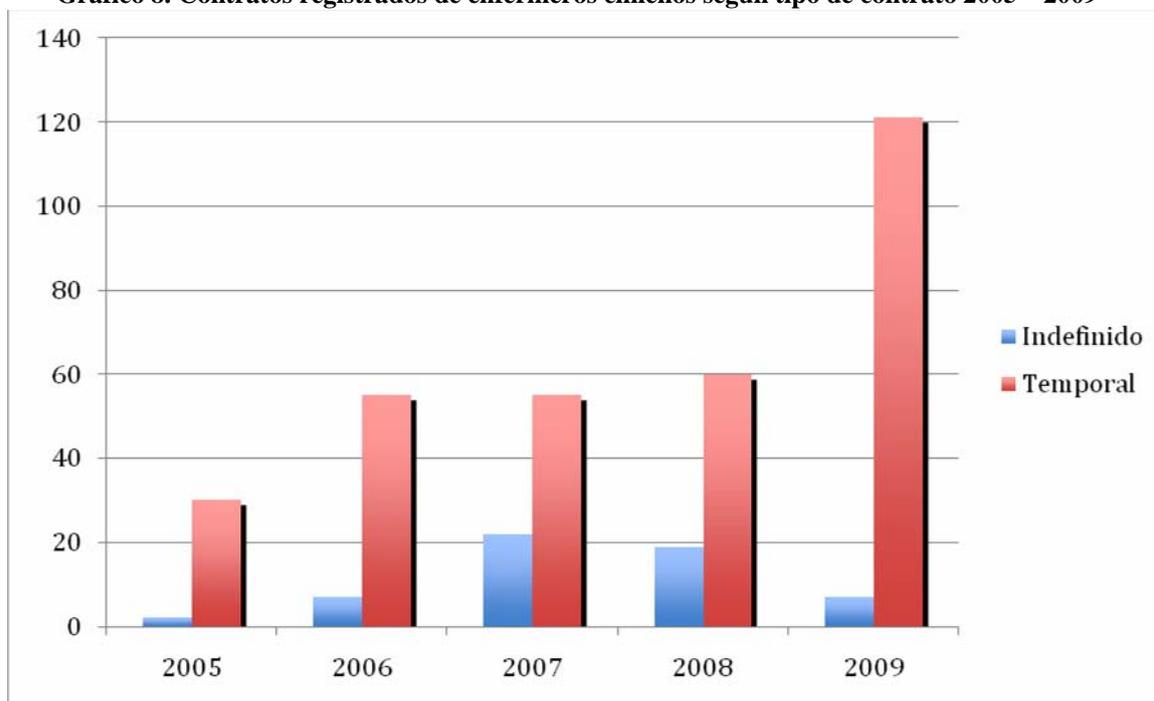
Chile

Gráfico 7. Contratos registrados de médicos y odontólogos chilenos según tipo de contrato 2005 – 2009



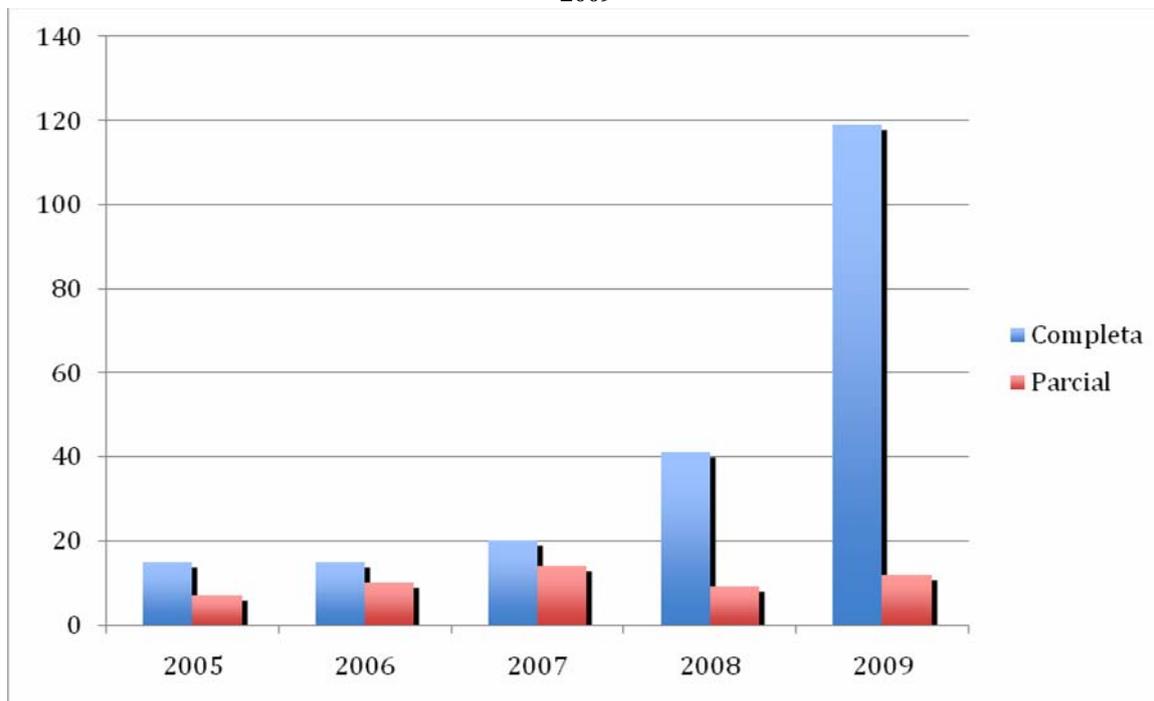
Fuente: Servicio Público de Empleo Estatal. Ministerio de Trabajo en Inmigración de España. Registro de contratos 2005 – 2009. Ficheros entregados a medida. Elaboración propia.

Gráfico 8. Contratos registrados de enfermeros chilenos según tipo de contrato 2005 – 2009



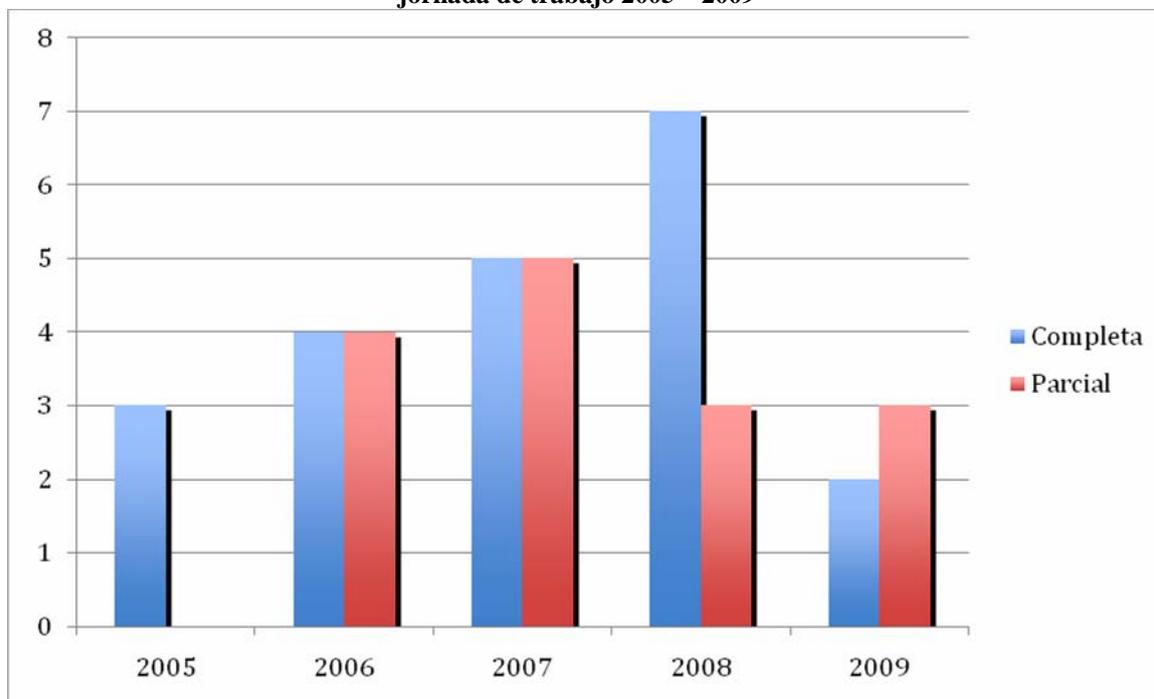
Fuente: Servicio Público de Empleo Estatal. Ministerio de Trabajo en Inmigración de España. Registro de contratos 2005 – 2009. Ficheros entregados a medida. Elaboración propia.

Gráfico 9. Contratos registrados de médicos y odontólogos chilenos según jornada de trabajo 2005 – 2009



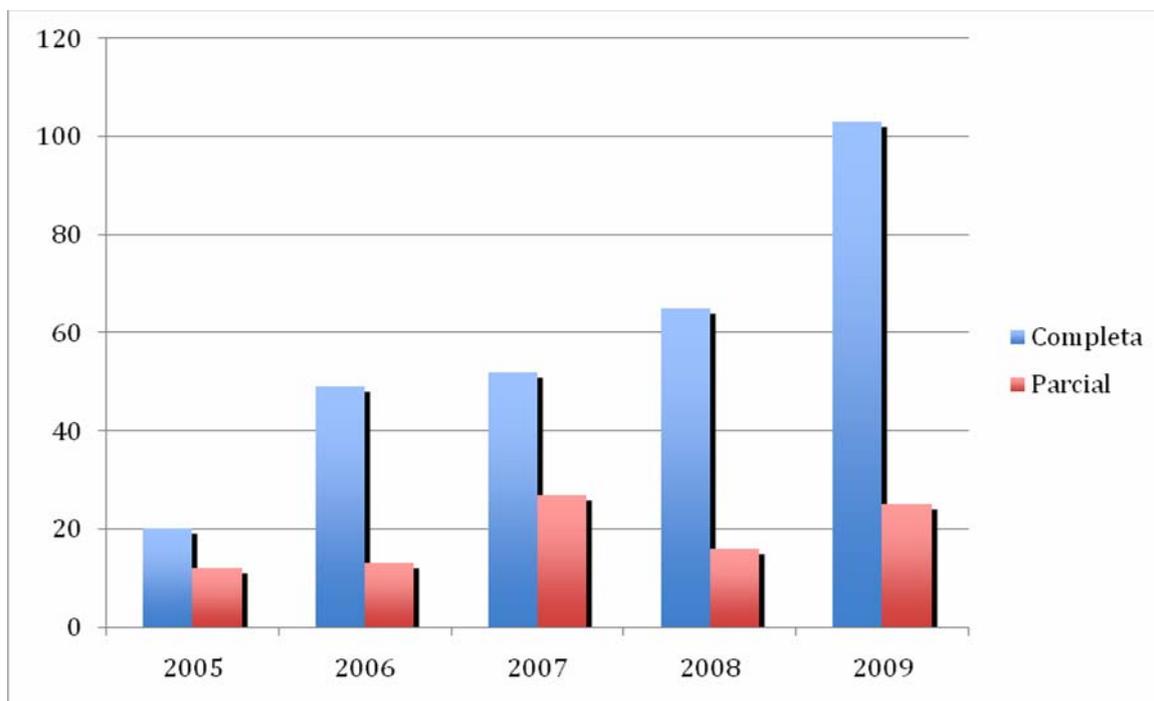
Fuente: Servicio Público de Empleo Estatal. Ministerio de Trabajo en Inmigración de España. Registro de contratos 2005 – 2009. Ficheros entregados a medida. Elaboración propia.

Gráfico 10. Contratos registrados de médicos y odontólogos chilenos de carácter indefinido según jornada de trabajo 2005 – 2009



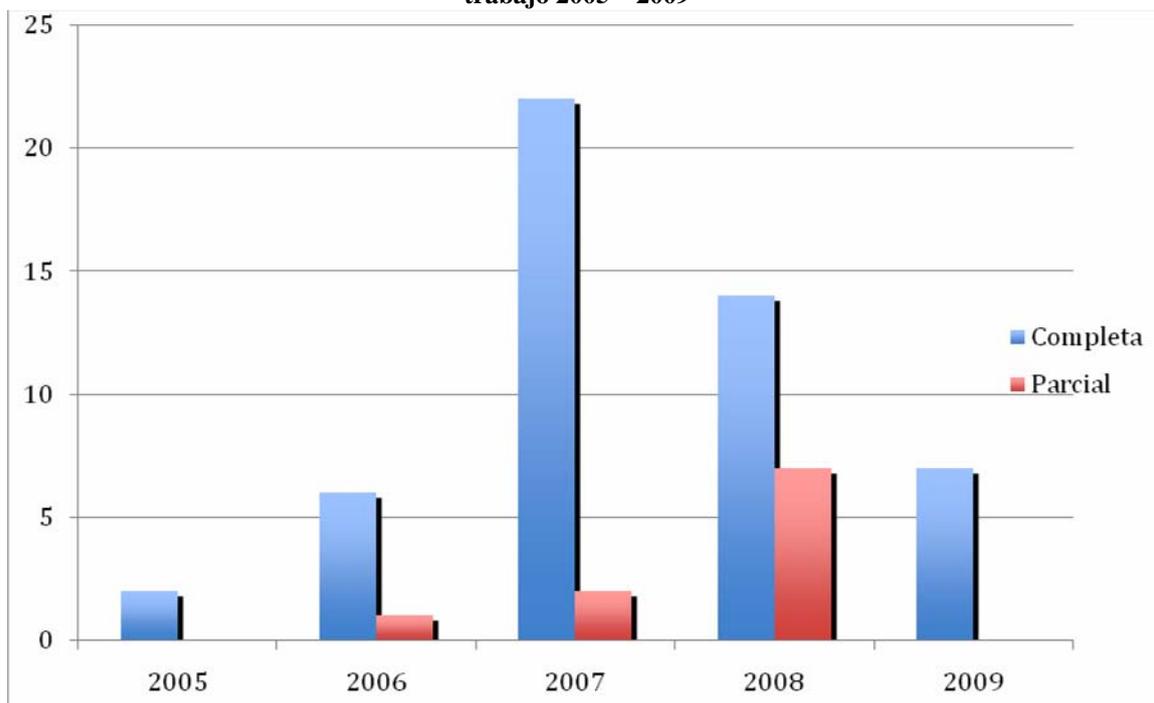
Fuente: Servicio Público de Empleo Estatal. Ministerio de Trabajo en Inmigración de España. Registro de contratos 2005 – 2009. Ficheros entregados a medida. Elaboración propia.

Gráfico 11. Contratos registrados de enfermeros chilenos según jornada de trabajo 2005 – 2009



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

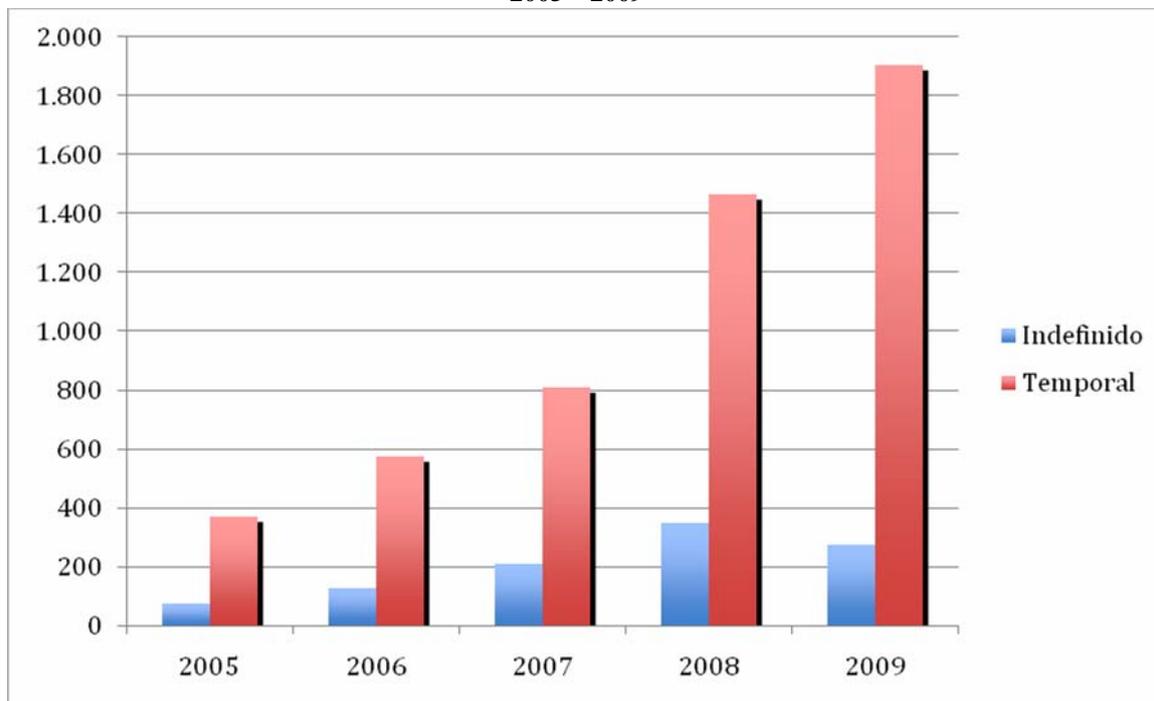
Gráfico 12. Contratos registrados de enfermeros chilenos de carácter indefinido según jornada de trabajo 2005 – 2009



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

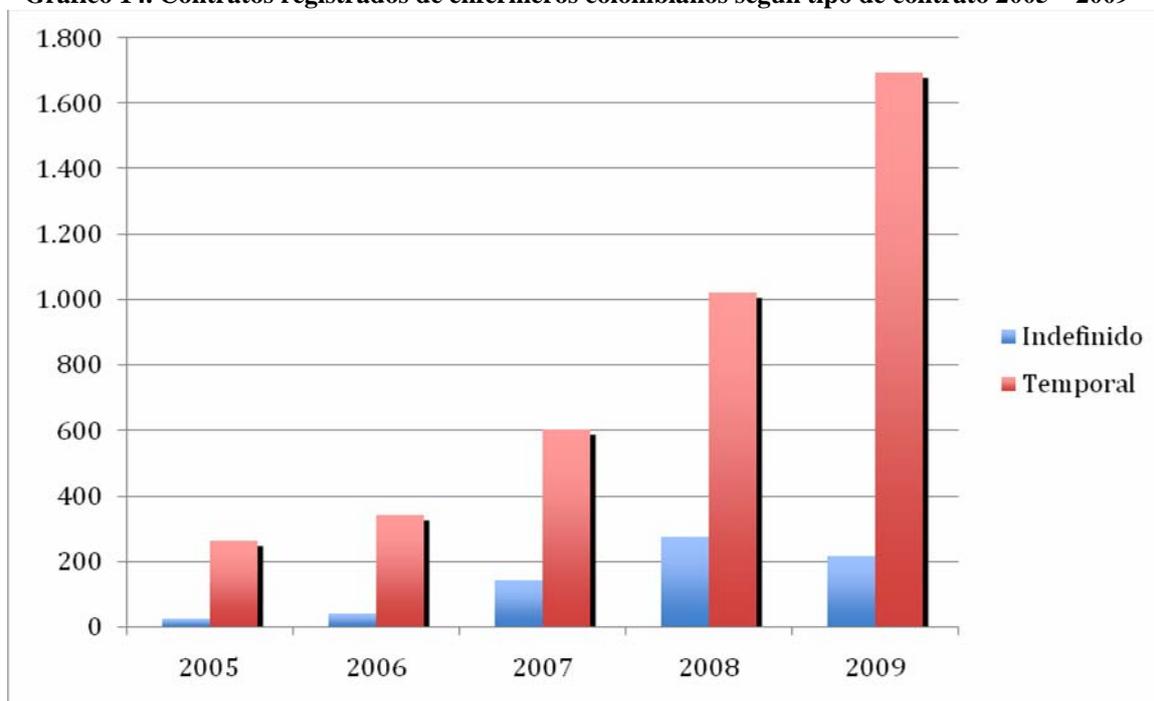
Colombia

Gráfico 13. Contratos registrados de médicos y odontólogos colombianos según tipo de contrato 2005 – 2009



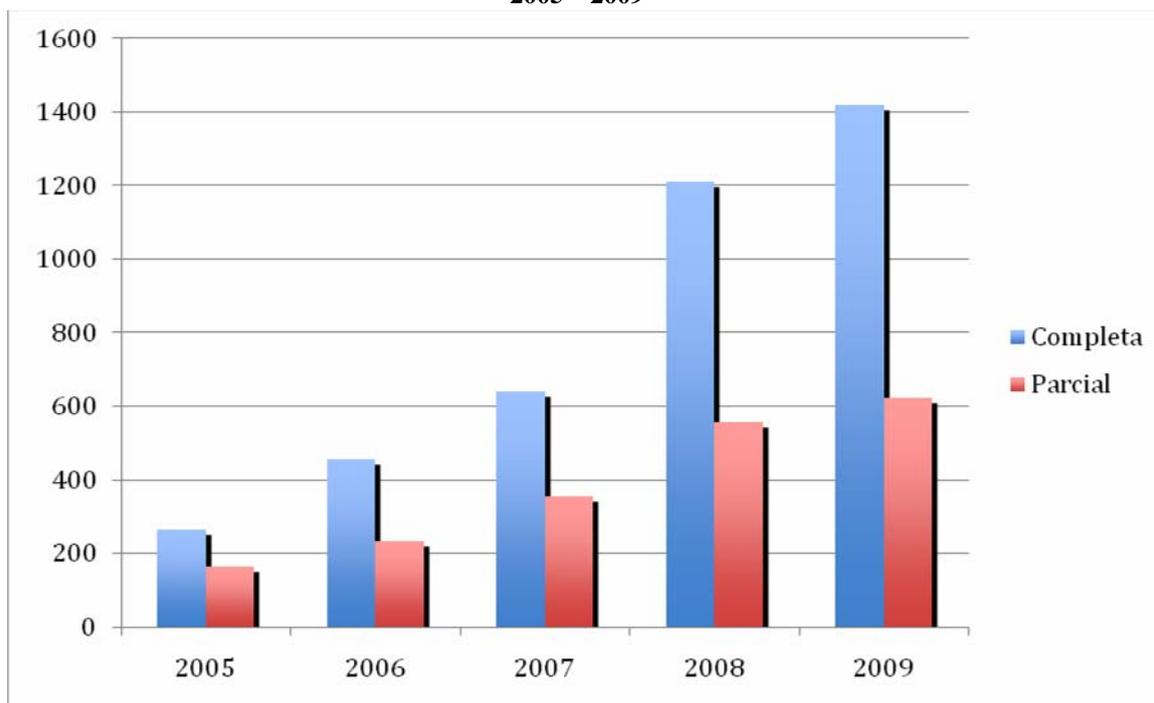
Fuente: Servicio Público de Empleo Estatal. Ministerio de Trabajo en Inmigración de España. Registro de contratos 2005 – 2009. Ficheros entregados a medida. Elaboración propia.

Gráfico 14. Contratos registrados de enfermeros colombianos según tipo de contrato 2005 – 2009



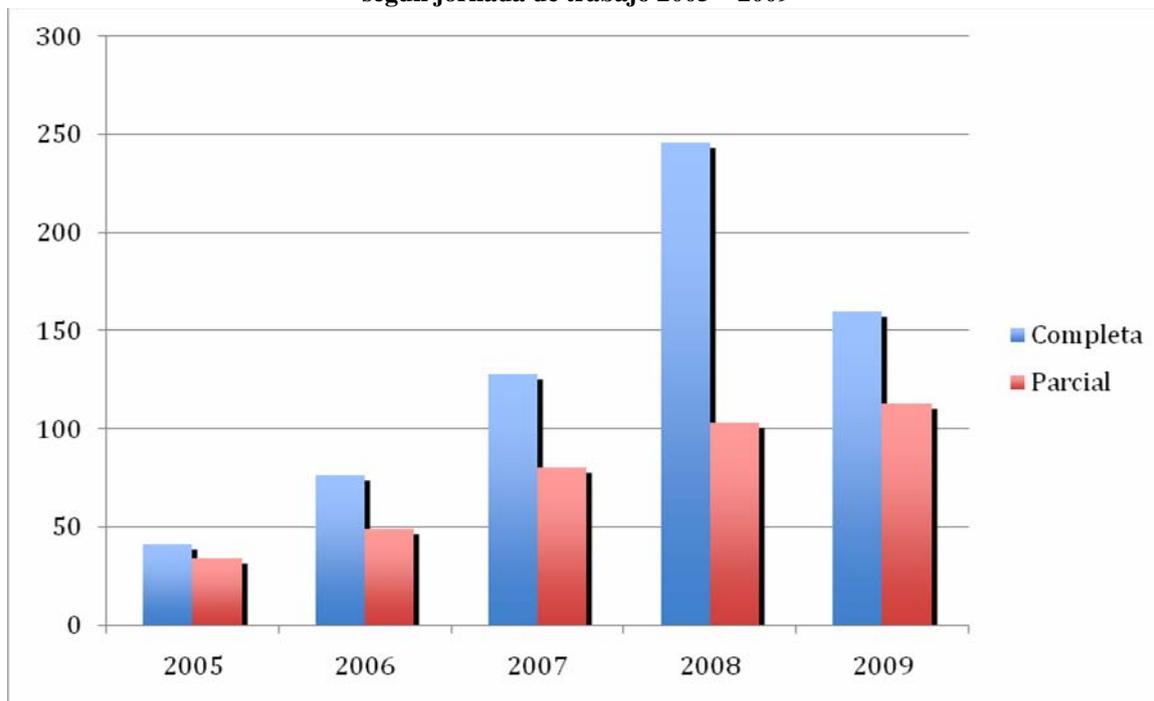
Fuente: Servicio Público de Empleo Estatal. Ministerio de Trabajo en Inmigración de España. Registro de contratos 2005 – 2009. Ficheros entregados a medida. Elaboración propia.

Gráfico 15. Contratos registrados de médicos y odontólogos colombianos según jornada de trabajo 2005 – 2009



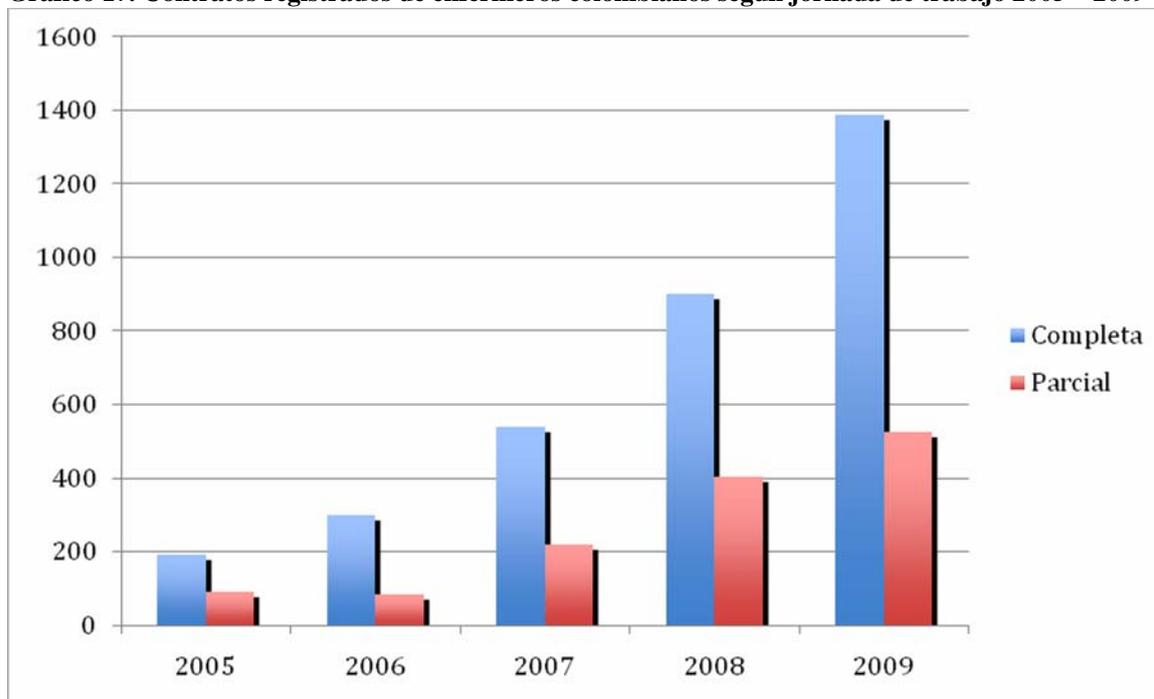
Fuente: Servicio Público de Empleo Estatal. Ministerio de Trabajo en Inmigración de España. Registro de contratos 2005 – 2009. Ficheros entregados a medida. Elaboración propia.

Gráfico 16. Contratos registrados de médicos y odontólogos colombianos de carácter indefinido según jornada de trabajo 2005 – 2009



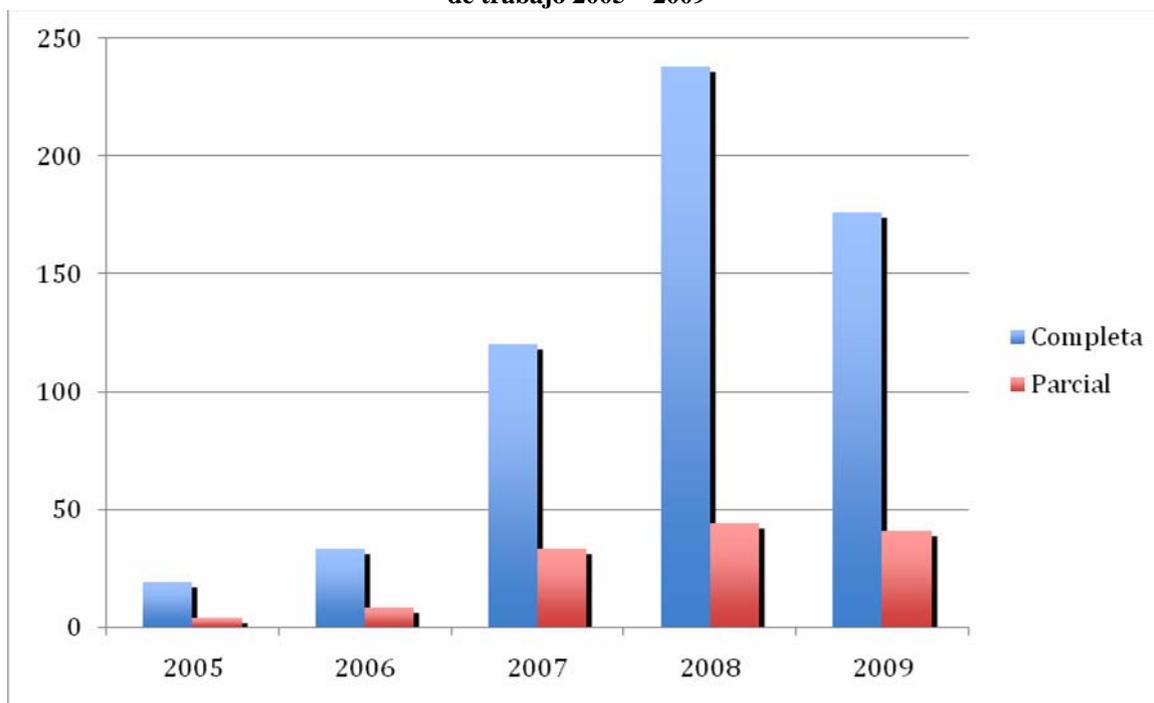
Fuente: Servicio Público de Empleo Estatal. Ministerio de Trabajo en Inmigración de España. Registro de contratos 2005 – 2009. Ficheros entregados a medida. Elaboración propia.

Gráfico 17. Contratos registrados de enfermeros colombianos según jornada de trabajo 2005 – 2009



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

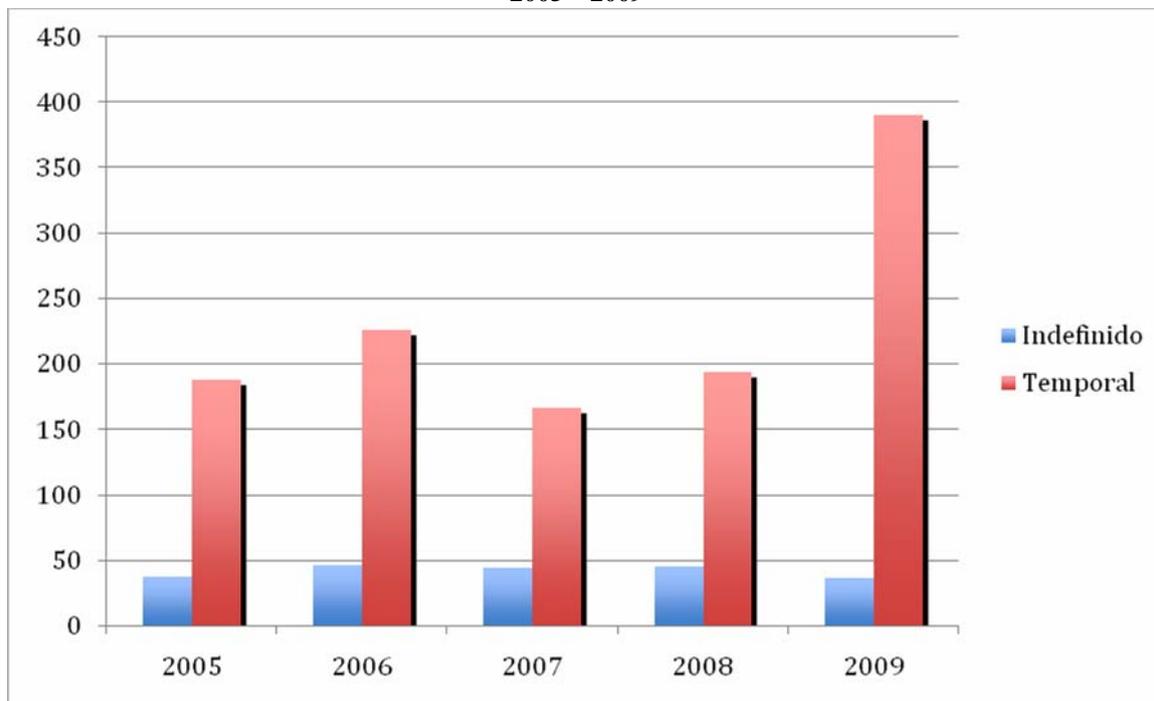
Gráfico 18. Contratos registrados de enfermeros colombianos de carácter indefinido según jornada de trabajo 2005 – 2009



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

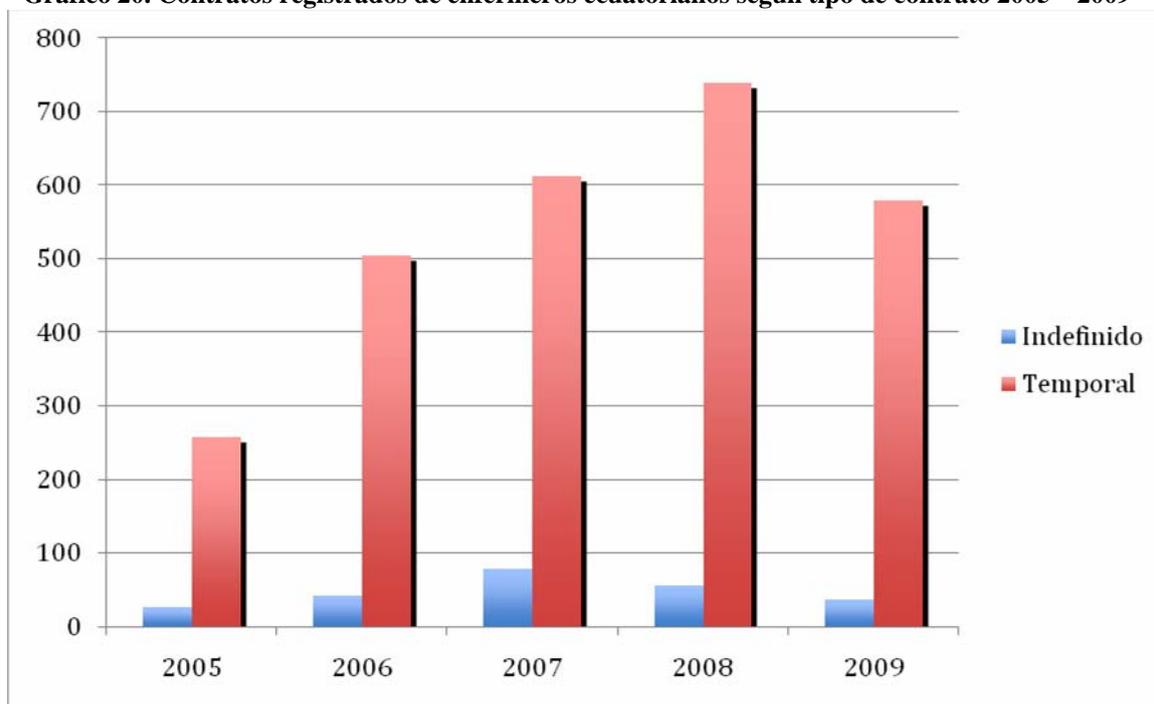
Ecuador

Gráfico 19. Contratos registrados de médicos y odontólogos ecuatorianos según tipo de contrato 2005 – 2009



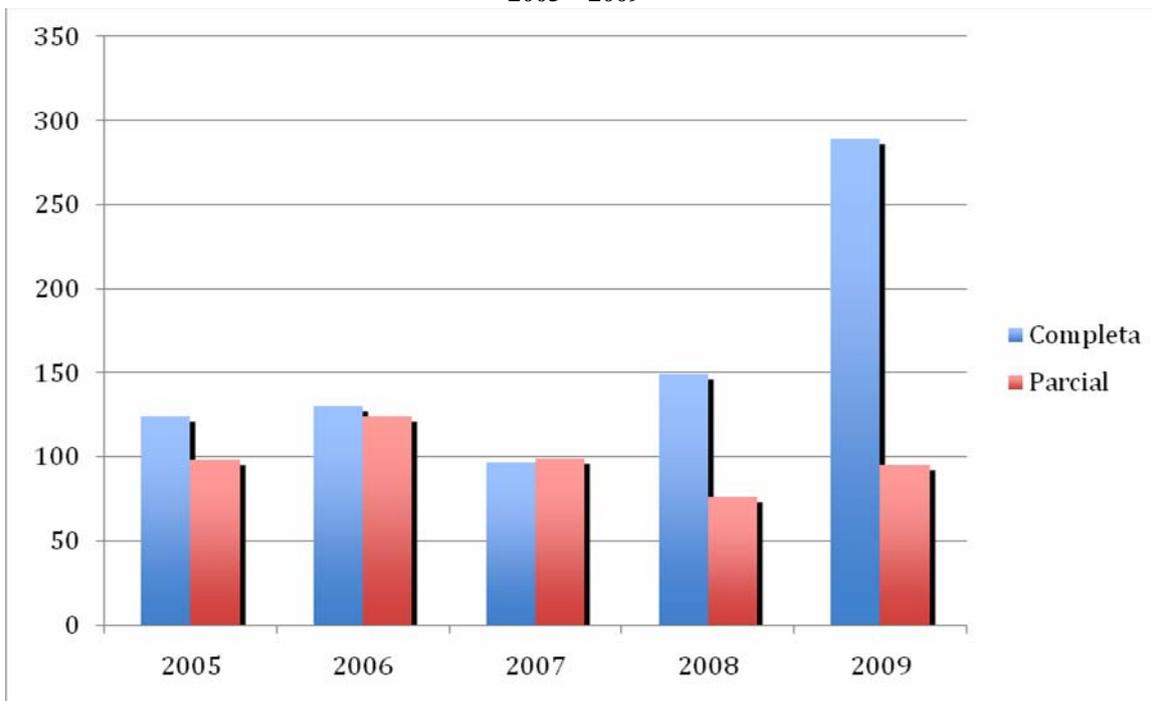
Fuente: Servicio Público de Empleo Estatal. Ministerio de Trabajo en Inmigración de España. Registro de contratos 2005 – 2009. Ficheros entregados a medida. Elaboración propia.

Gráfico 20. Contratos registrados de enfermeros ecuatorianos según tipo de contrato 2005 – 2009



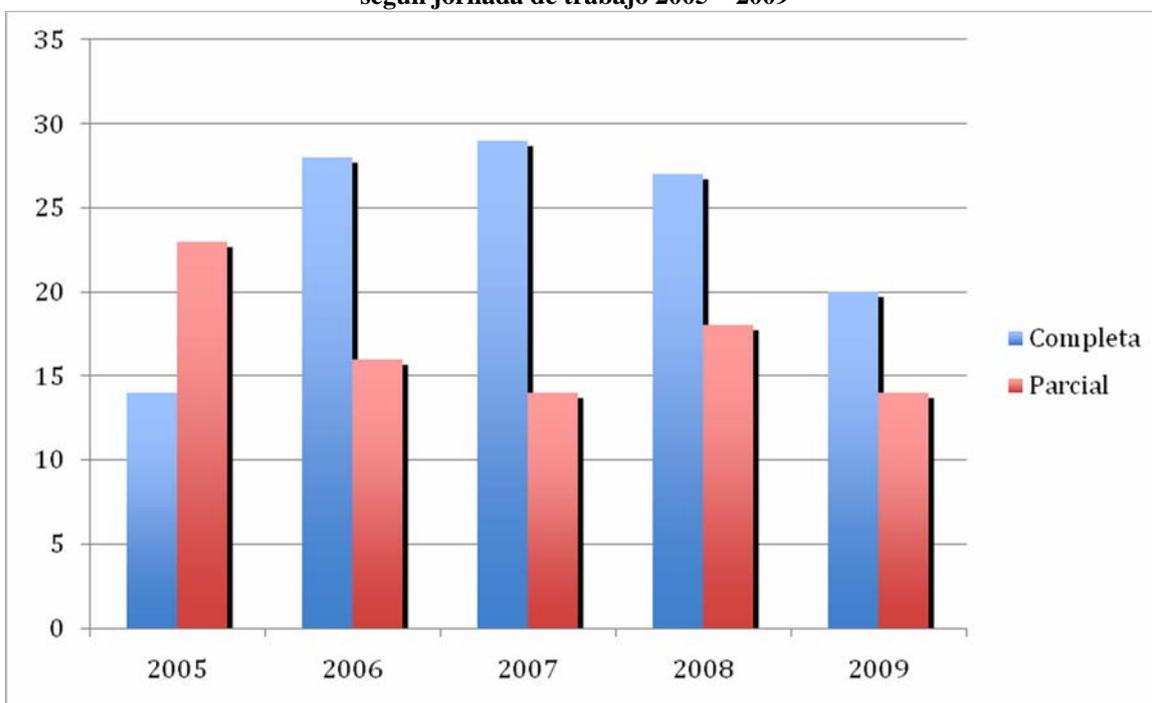
Fuente: Servicio Público de Empleo Estatal. Ministerio de Trabajo en Inmigración de España. Registro de contratos 2005 – 2009. Ficheros entregados a medida. Elaboración propia.

Gráfico 21. Contratos registrados de médicos y odontólogos ecuatorianos según jornada de trabajo 2005 – 2009



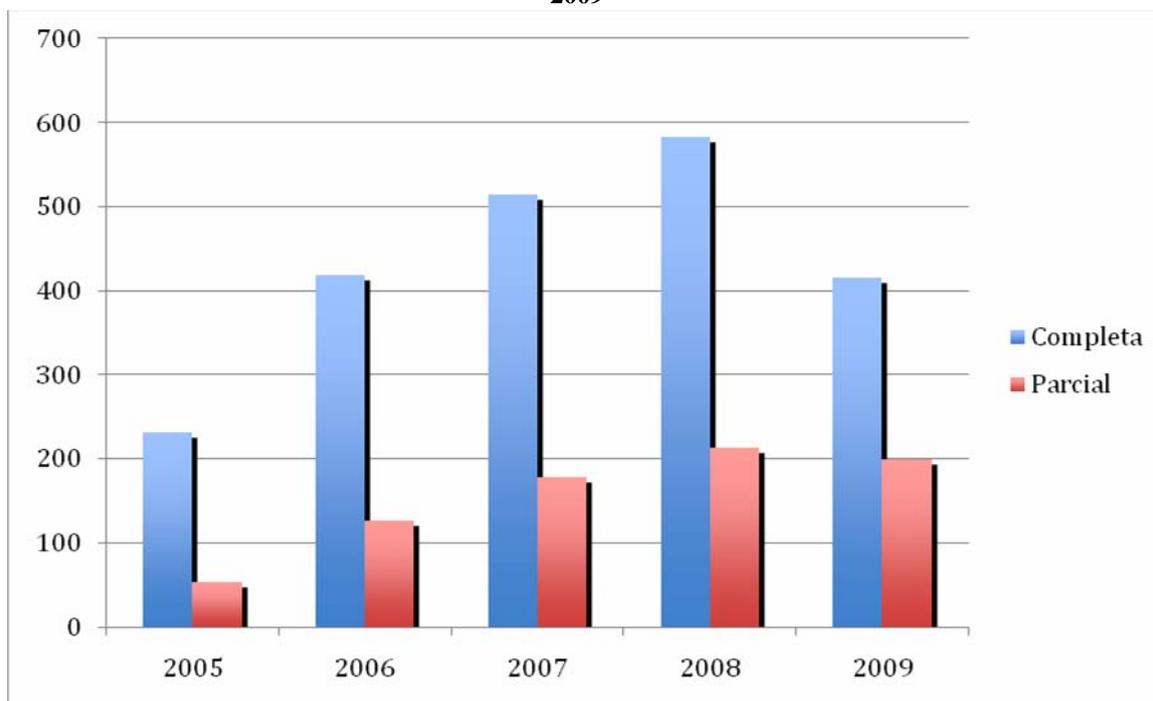
Fuente: Servicio Público de Empleo Estatal. Ministerio de Trabajo en Inmigración de España. Registro de contratos 2005 – 2009. Ficheros entregados a medida. Elaboración propia.

Gráfico 22. Contratos registrados de médicos y odontólogos ecuatorianos de carácter indefinido según jornada de trabajo 2005 – 2009



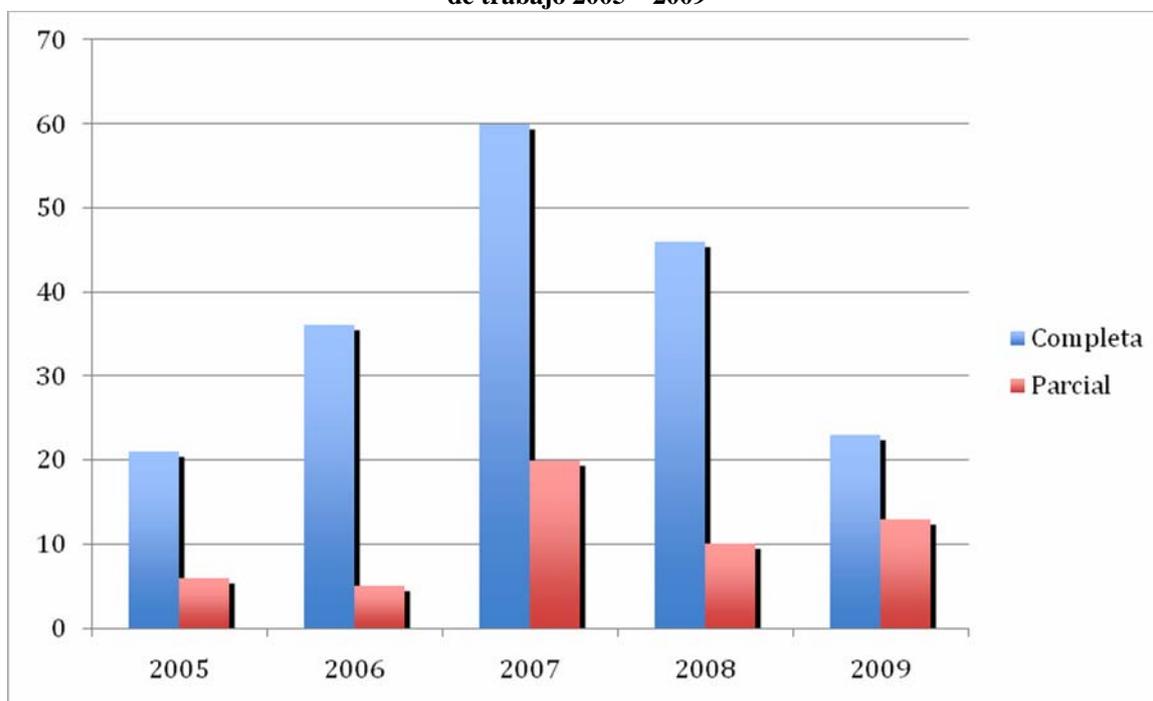
Fuente: Servicio Público de Empleo Estatal. Ministerio de Trabajo en Inmigración de España. Registro de contratos 2005 – 2009. Ficheros entregados a medida. Elaboración propia.

Gráfico 23. Contratos registrados de enfermeros ecuatorianos según jornada de trabajo 2005 – 2009



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

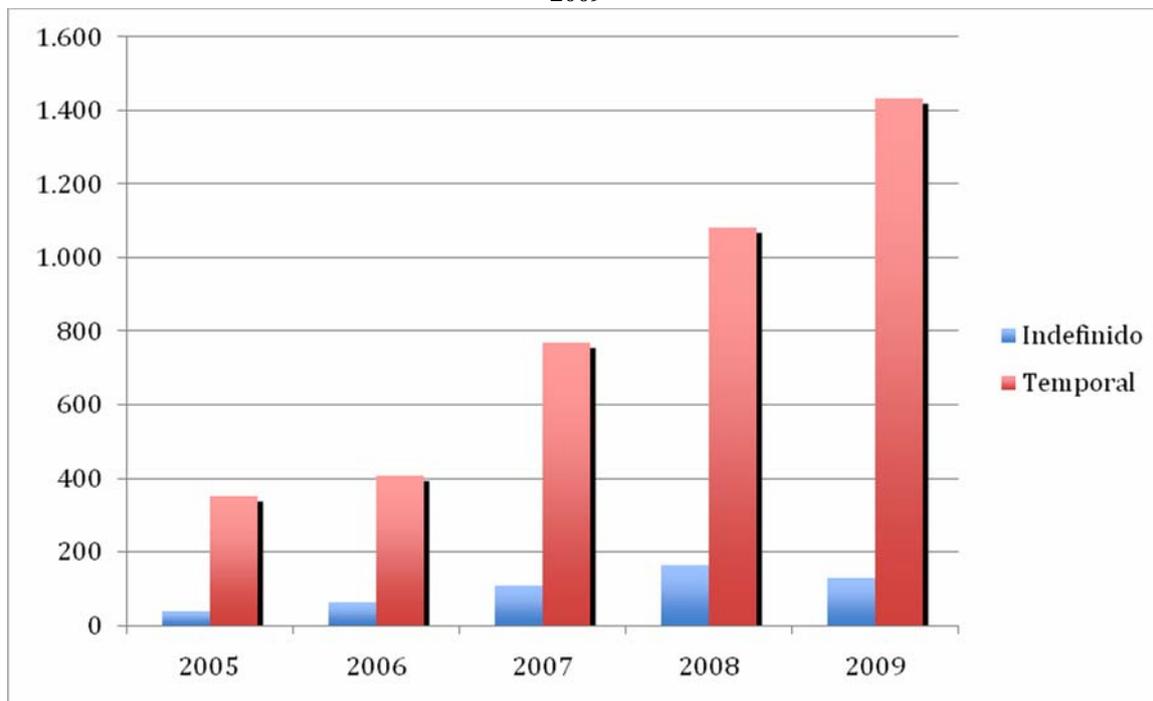
Gráfico 24. Contratos registrados de enfermeros ecuatorianos de carácter indefinido según jornada de trabajo 2005 – 2009



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

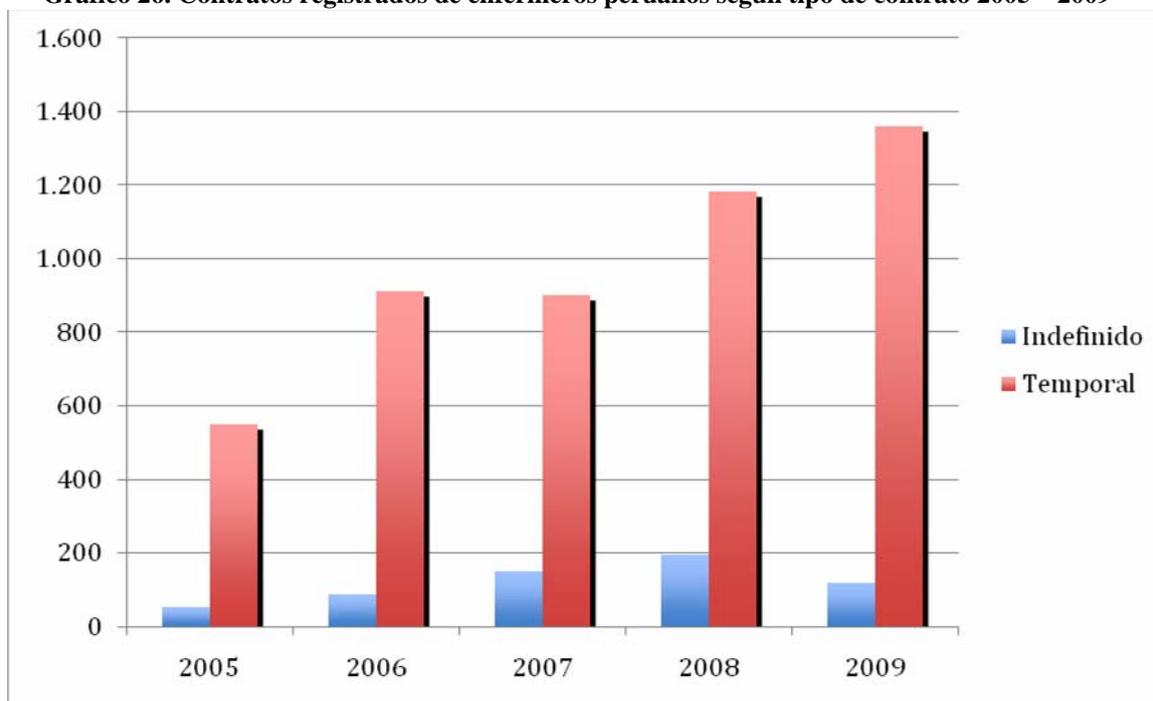
Perú

Gráfico 25. Contratos registrados de médicos y odontólogos peruanos según tipo de contrato 2005 – 2009



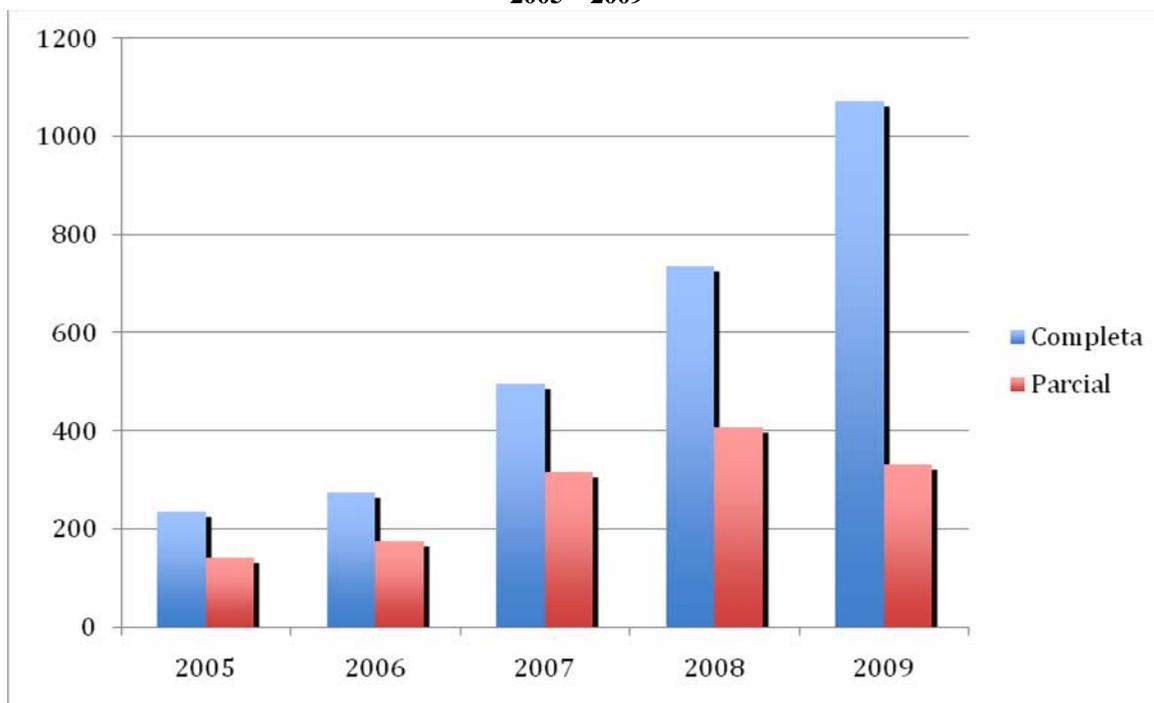
Fuente: Servicio Público de Empleo Estatal. Ministerio de Trabajo en Inmigración de España. Registro de contratos 2005 – 2009. Ficheros entregados a medida. Elaboración propia.

Gráfico 26. Contratos registrados de enfermeros peruanos según tipo de contrato 2005 – 2009



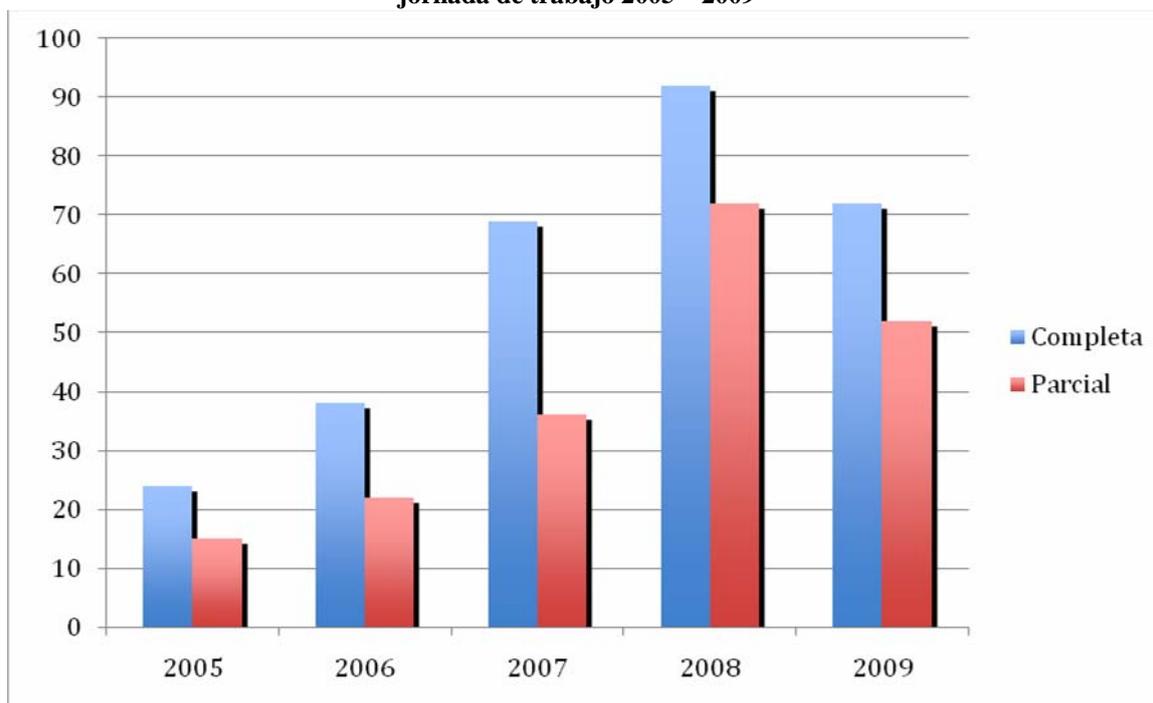
Fuente: Servicio Público de Empleo Estatal. Ministerio de Trabajo en Inmigración de España. Registro de contratos 2005 – 2009. Ficheros entregados a medida. Elaboración propia.

Gráfico 27. Contratos registrados de médicos y odontólogos peruanos según jornada de trabajo 2005 – 2009



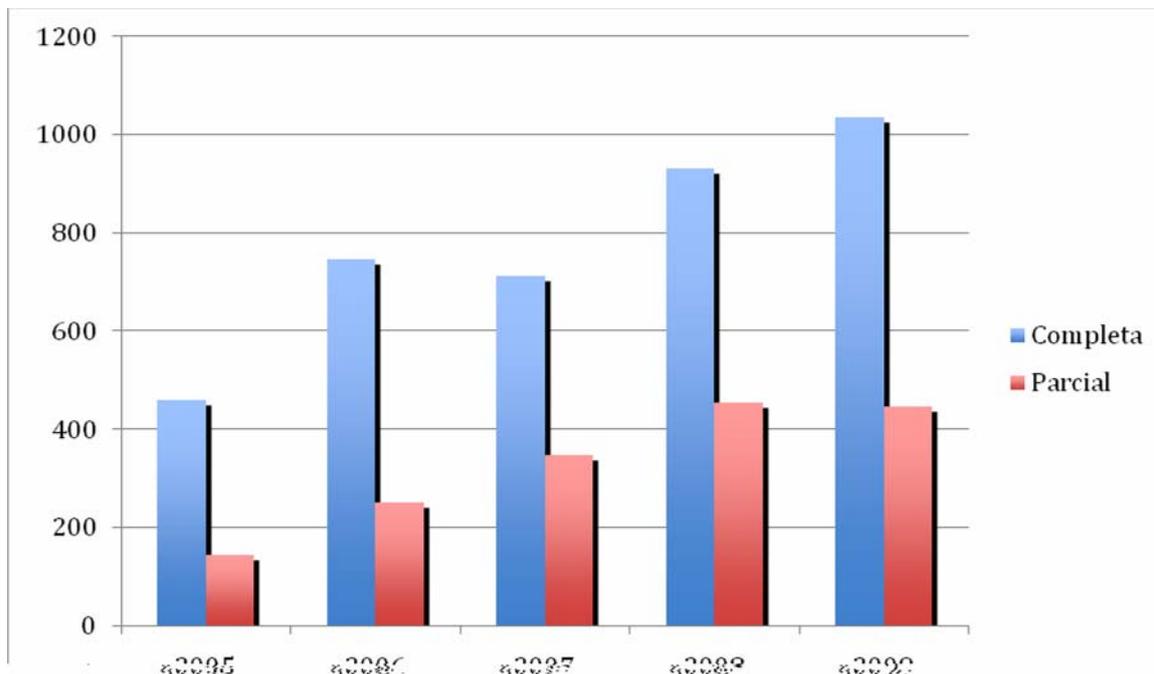
Fuente: Servicio Público de Empleo Estatal. Ministerio de Trabajo en Inmigración de España. Registro de contratos 2005 – 2009. Ficheros entregados a medida. Elaboración propia.

Gráfico 28. Contratos registrados de médicos y odontólogos peruanos de carácter indefinido según jornada de trabajo 2005 – 2009



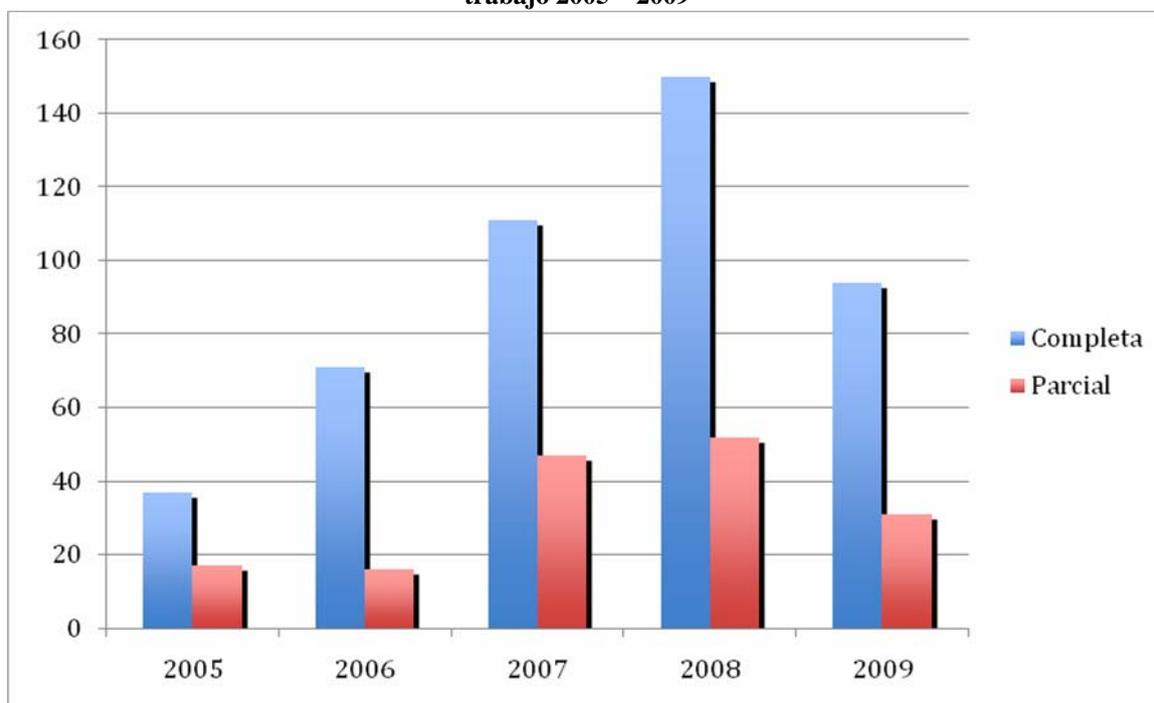
Fuente: Servicio Público de Empleo Estatal. Ministerio de Trabajo en Inmigración de España. Registro de contratos 2005 – 2009. Ficheros entregados a medida. Elaboración propia.

Gráfico 29. Contratos registrados de enfermeros peruanos según jornada de trabajo 2005 – 2009



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

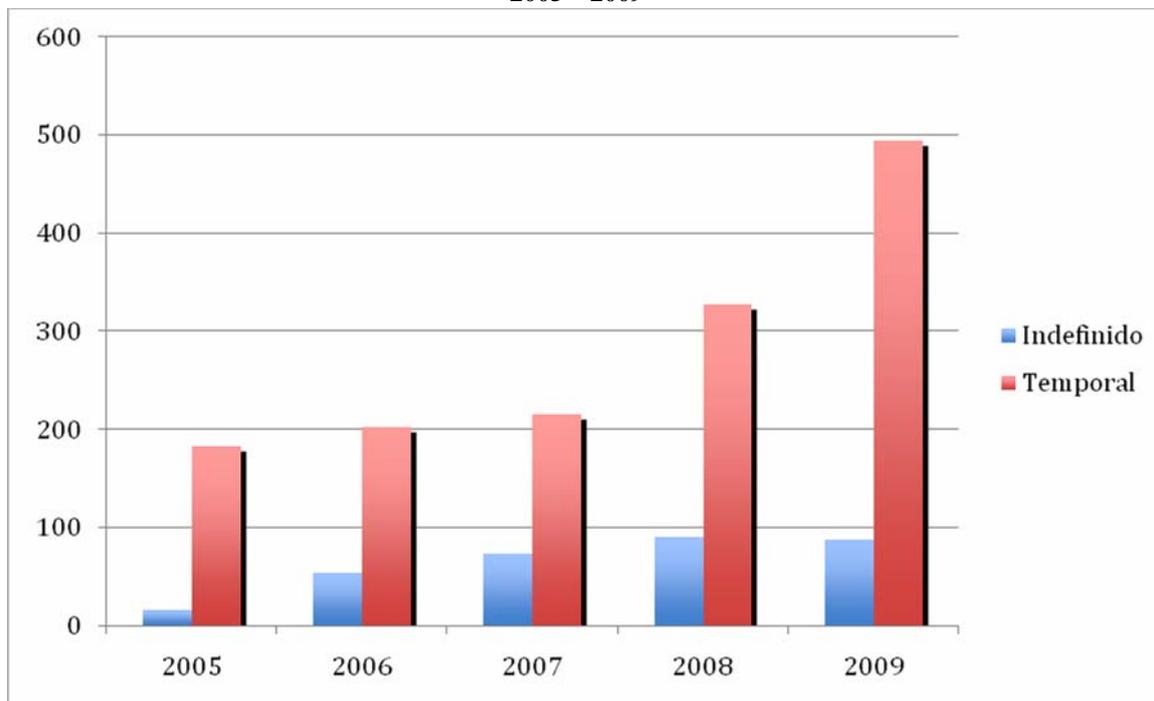
Gráfico 30. Contratos registrados de enfermeros peruanos de carácter indefinido según jornada de trabajo 2005 – 2009



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

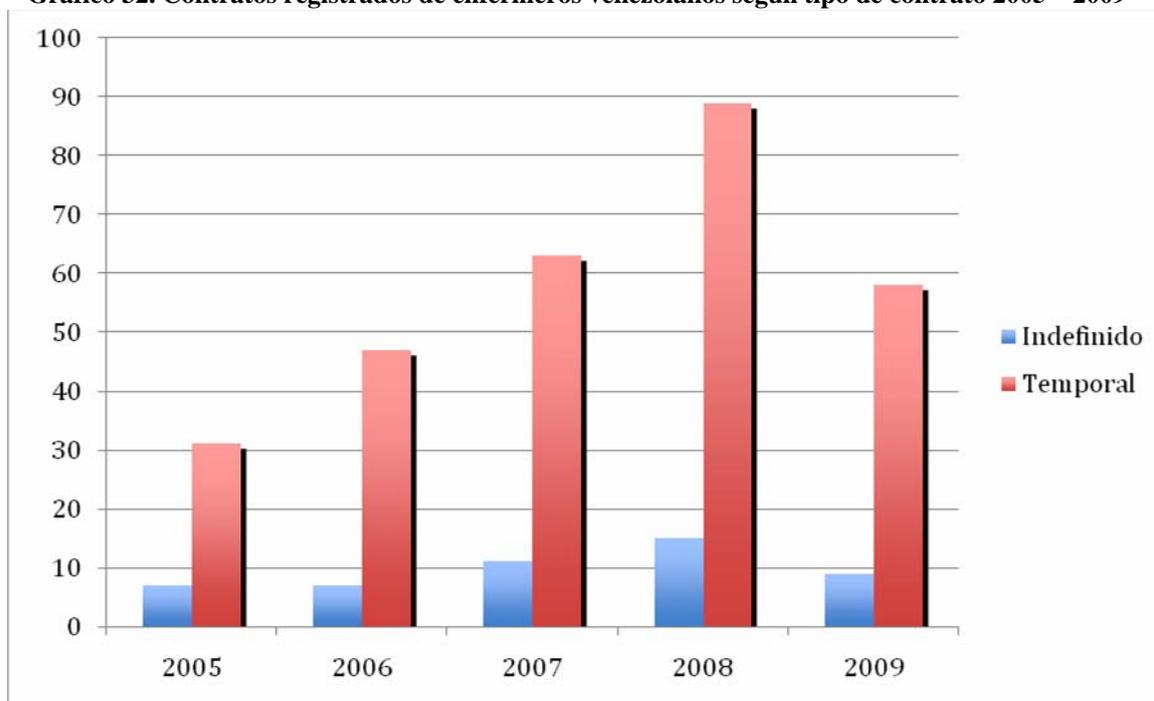
Venezuela

Gráfico 31. Contratos registrados de médicos y odontólogos venezolanos según tipo de contrato 2005 – 2009



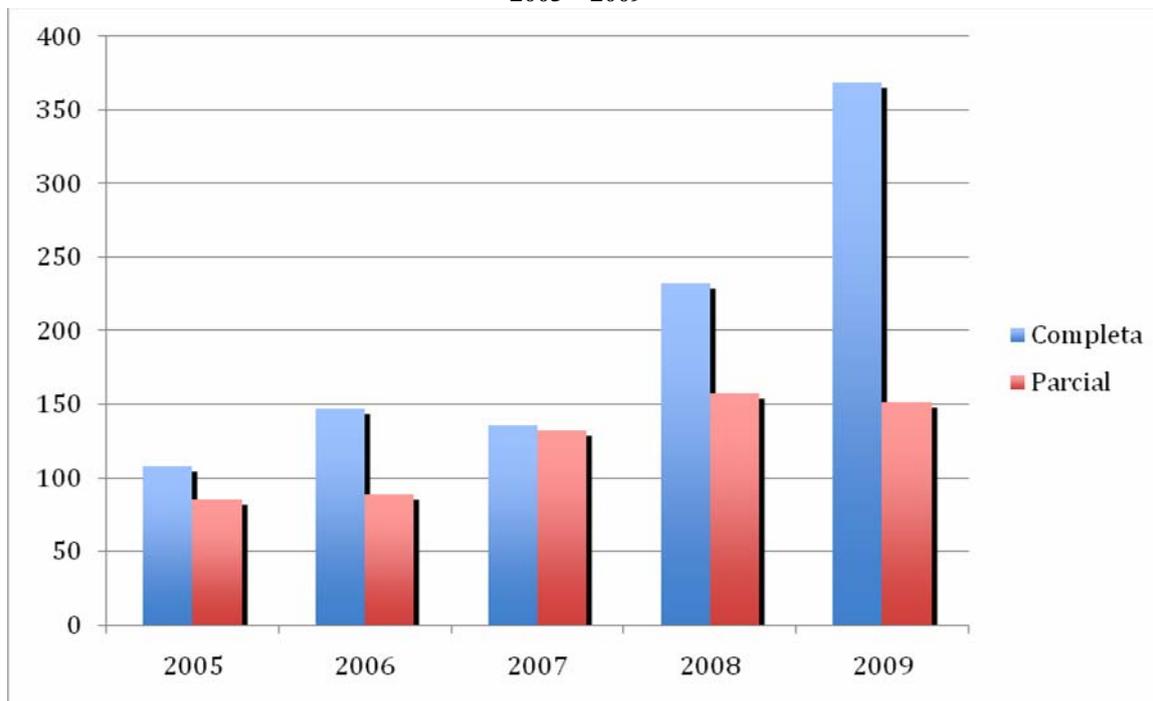
Fuente: Servicio Público de Empleo Estatal. Ministerio de Trabajo en Inmigración de España. Registro de contratos 2005 – 2009. Ficheros entregados a medida. Elaboración propia.

Gráfico 32. Contratos registrados de enfermeros venezolanos según tipo de contrato 2005 – 2009



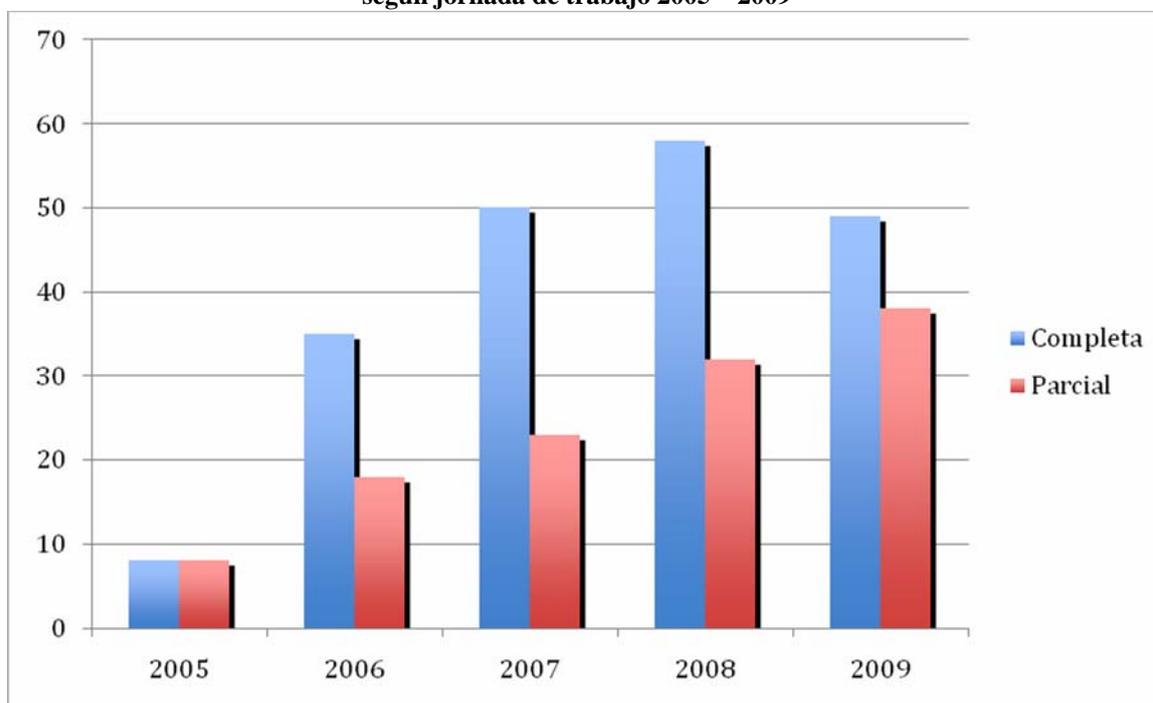
Fuente: Servicio Público de Empleo Estatal. Ministerio de Trabajo en Inmigración de España. Registro de contratos 2005 – 2009. Ficheros entregados a medida. Elaboración propia.

Gráfico 33. Contratos registrados de médicos y odontólogos venezolanos según jornada de trabajo 2005 – 2009



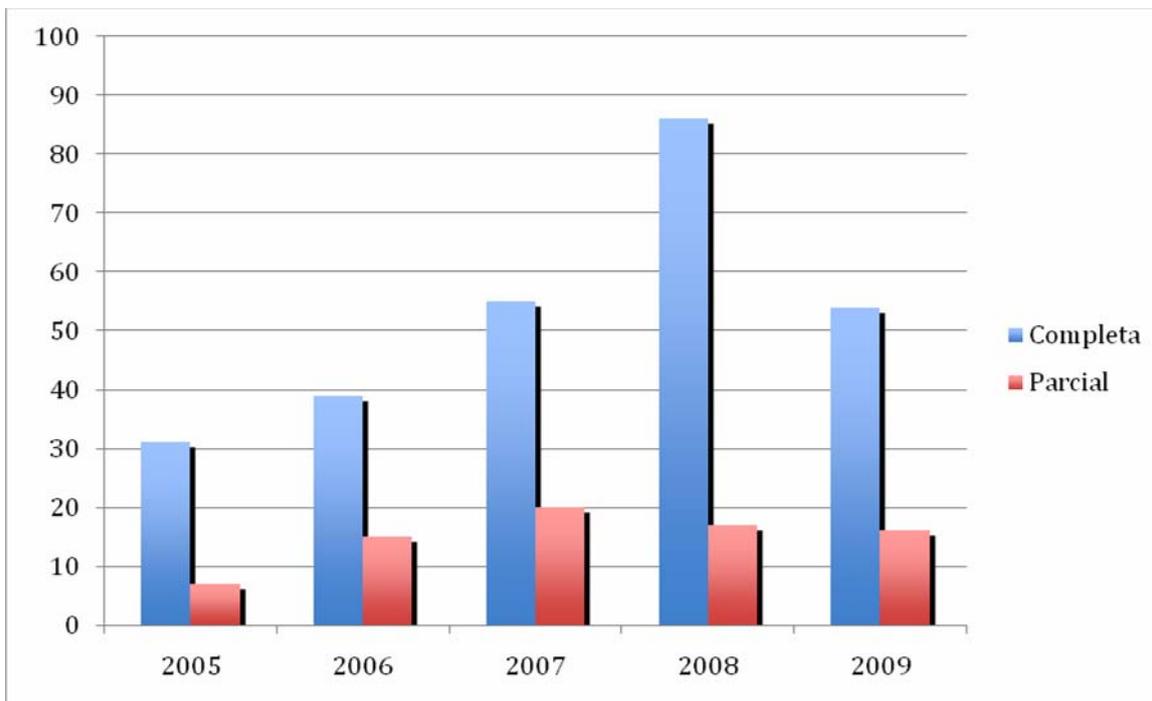
Fuente: Servicio Público de Empleo Estatal. Ministerio de Trabajo en Inmigración de España. Registro de contratos 2005 – 2009. Ficheros entregados a medida. Elaboración propia.

Gráfico 34. Contratos registrados de médicos y odontólogos venezolanos de carácter indefinido según jornada de trabajo 2005 – 2009



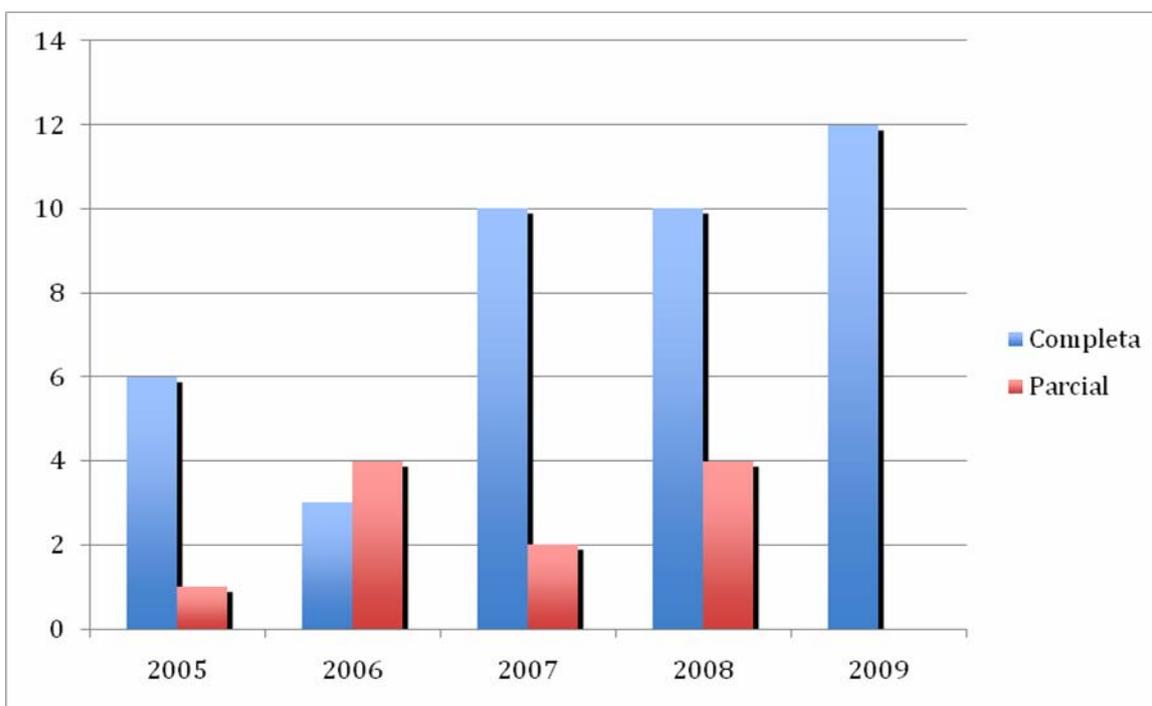
Fuente: Servicio Público de Empleo Estatal. Ministerio de Trabajo en Inmigración de España. Registro de contratos 2005 – 2009. Ficheros entregados a medida. Elaboración propia.

Gráfico 35. Contratos registrados de enfermeros venezolanos según jornada de trabajo 2005 – 2009



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

Gráfico 36. Contratos registrados de enfermeros venezolanos de carácter indefinido según jornada de trabajo 2005 – 2009



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

