



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
 Leopold 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.

RESUMEN EJECUTIVO

El estudio multicéntrico migración calificada en salud en la subregión andina es un ejemplo de investigación integral en la que confluyeron diversos esfuerzos. Por un lado, la de grupos de investigadores localizados en Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela. Por otro lado, varias instituciones como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Unión Europea (UE), la Escuela Andaluza de Salud Pública y la Fundación Observatorio Social del Ecuador (FOSE).

Esta investigación contó con el financiamiento, compartido por igual, de la OPS, sus fondos regionales, subregionales y los de cada país andino y los provenientes de la Unión Europea.

El estudio utilizó múltiples instrumentos de recolección de información validados en Ecuador para cumplir con los objetivos previamente definidos por la UE, los mismos que luego fueron analizados y probados en las realidades específicas de cada uno de los 5 países andinos restantes. Los resultados obtenidos fueron consignados en sendos y exhaustivos informes parciales y en un informe final de síntesis.

Cuatro fueron las temáticas abordadas: (1) magnitud y flujo de la información y el respectivo levantamiento de las fuentes locales de información.(2) Sistemas de información (3). Procesos de homologación de títulos de médicos y enfermeras en los países andinos y España (4). Planificación de recursos humanos y dotación de profesionales médicos y enfermeras por país, así como sus planes de estudio (5) Características socio demográficas y motivacionales de los médicos y enfermeras emigrantes y de los estudiantes con intención de migración. La FOSE, a la vez incluyó un apartado de revisión del estado del arte de la reflexión conceptual sobre migración calificada de personal de salud.

La dinámica metodológica permitió la integración de 25 investigadores que en 7 países- España y los 6 andinos- recopilaron información en torno a un núcleo central liderado por la FOSE que definió la estrategia metodológica y construyó el marco conceptual del trabajo. La experiencia previa de estos grupos para construir líneas de base de los Desafíos de Toronto sobre la política regional de Recursos Humanos en Salud, liderada por OPS, permitió que la red armada para este fin pudiera operar de manera integrada.

PRINCIPALES HALLAZGOS

1. La movilidad humana desde los países periféricos de América Latina tiene un registro histórico que data de finales de la década de 1950. Hasta hace unos años la migración calificada de personal de salud era considerada como una válvula de escape dada las limitaciones de la oferta de trabajo de estos países, y más bien era incentivada. Hoy el problema comienza lentamente a cobrar tal magnitud que parece inquietar a ciertas autoridades andinas. Esto sucede en países donde el Estado ha retornado a ocupar un papel reponderante como responsable de la protección social ya que a mediano plazo la ausencia de estos profesionales dificultará la prestación de los servicios de salud y la construcción de sistemas públicos de salud. Sin embargo, llama la atención que en la mitad de los países andinos involucrados en el estudio, no se visibiliza en la agenda pública aún el fenómeno migratorio de profesionales de la salud.

2. A diferencia de lo que acontece con otros tipos de migración entre los médicos-as y enfermeras-os, los marcos estatales regulatorios que fomentan la aplicación de políticas de reclutamiento juegan un rol determinante potenciando y disparando este tipo de migración (Bach, 2003:4). Estas políticas de algún modo expresan el deseo, por lo menos estatal en los países de destino, de la llegada de estos emigrantes calificados. Hecho que determina la experiencia migratoria: rutas, redes, migraciones y formas de inserción laboral y vital en destino.

3. La emigración de personal calificado de la salud termina siendo un “subsidio perverso”, como atinadamente lo ha calificado la propia OMS/OPS (OMS/OPS, 2006:41) debido a que por satisfacer la demanda de profesionales de la salud en los países ricos, los sistemas sanitarios en los países pobres pierden recursos humanos calificados en los que han invertido en su formación.

4. Para poder frenar de algún modo la creciente migración de personal de salud calificado la OMS formuló un Código de Ética (marzo, 2010) que abre un espacio para discutir la temática.

5. A pesar de la ausencia de datos sistemáticos que permitan medir la magnitud de la migración en todos los países andinos, a través del registro de títulos homologados en España en los últimos siete años, fue posible definir una cifra aproximada: el número de médicos que homologaron títulos para poder trabajar se incrementó 14 veces: de 246 en el 2002, a 3.534 en el 2009. En lo que a Enfermería respecta, el número de títulos homologados pasó de 89 a 538. Es decir un incremento de 7 veces más.

6. Se identifican tres destinos migratorios regionales: Unión Europea, sobretudo España donde llegan tanto médicos como enfermeras de todos los países andinos. En menor proporción el destino es Italia –sobretudo de enfermeras y pocos médicos- y en mínima

cantidad, Australia. Persiste la migración hacia Estados Unidos preponderantemente de médicos y se constata la movilidad hacia otros países dentro de la propia América del Sur y México.

7. Las características generales de los emigrantes son: migración altamente calificada -ya sea por médicos que en parte tenían especialización previa –sobre todo los que viajaron a la UE- o por la alta experiencia, como el caso de las enfermeras que contaban con un promedio de 6 años y más de experiencia antes de migrar. De este modo –como lo afirma la OPS- la pérdida de estos cuadros de profesionales termina debilitando los sistemas de salud y volviendo más vulnerable a la población de los países de destino debido a la ausencia de especialistas (OPS, 2006:42).

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

9. Tres razones se encuentran como las más poderosas para emigrar: entre los médicos, la búsqueda de excelencia académica vinculada al prestigio social al retorno a sus países de origen, en segundo lugar, la procura de mejores condiciones económicas, situación prioritaria para las enfermeras y la tercera, que se refiere a huir del conflicto político y la inseguridad en sus países de origen.

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

11. Ninguno de los emigrantes retornados tuvieron dificultades para volverse a insertar en los sistemas de salud y encontrar trabajo.

12. La migración trae consecuencias directas sobre la dotación de recursos humanos de los Estados andinos. Sin embargo, no existen políticas de retención en la región. Cuando se comparó la dotación de recursos humanos por población se encontró que ningún país andino- con excepción de Chile- cumple con la recomendación de OPS definida en las metas de los desafíos de Toronto de 25 médicos y enfermeras por 10 mil habitantes. En Chile, la relación es de 32.7 por 10.000 habitantes. En el caso de Bolivia la proporción encontrada fue de 8.9; en Ecuador de 17.4; en Perú de 19.5 y en Colombia, de el 23.8 médicos y enfermeras por 10 mil habitantes.

13. Se registró la ausencia de un sistema de planificación del personal profesional en todos los países andinos. La invisibilización del recurso humano se ve reflejada también en la falta de un sistema de información para el monitoreo de la migración en cuanto a magnitud, causas, rutas, trabajo digno, entre otras. Estas deficiencias alertan respecto a la precariedad del abordaje estratégico de la gestión de los recursos humanos en la región andina.

14. En general se observa bastante similitud en la concepción y en el diseño de los conjuntos normativos para la homologación de títulos en los países andinos, se constata la existencia de una infraestructura legal e institucional y una situación normativa de base, que son características favorables para avanzar en la formulación de propuestas concretas que puedan conducir, progresivamente, a la formalización de una real y efectiva Homologación de Títulos en Salud, por parte de los países de la subregión andina. No es esto necesariamente un certificado de trabajo para poder ejercer su profesión en cualquier lugar de la subregión, en América o en la UE. Sin embargo, es el primer paso para que legalmente ejerza la profesión en los países de destino.

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

16. Finalmente, transcribimos la pregunta que los testimonios de los emigrantes nos entregaron: ¿Qué hacen los emigrantes calificados con el desarraigo y exclusión que refieren sistemáticamente en las entrevistas a profundidad, que no es otra cosa que el dolor profundo por dejar su patria, sus afectos y sus raíces?

LAS RECOMENDACIONES DE ESTE ESTUDIO SON:

1. Regular la producción vs utilización del RHUS en los países de origen.
2. Cambiar las condiciones de trabajo más allá del incremento de salarios ofertando capacitación, tecnología, puestos de trabajo seguros y carrera sanitaria.
3. Desarrollar la capacidad de los países para lograr una gestión estratégica de sus recursos humanos en salud.
4. Impulsar y fortalecer los ámbitos de la gestión de la educación integrando la formación y la educación en el trabajo para el logro de las metas de los sistemas de salud y las necesidades de la población andina.
5. Modificar la relación de las enfermeras con los sistemas de salud e impulsar su autonomía de acuerdo a su calificación y experticia.
6. Avanzar en el logro de los cambios estructurales que permitan un mayor desarrollo de los países de origen no solo en términos de lucha contra la pobreza y la inequidad, sino en el mejoramiento de los sistemas de justicia, la estabilidad política y social y el cumplimiento de los derechos humanos.
7. Impulsar relaciones internacionales regionales para poder llegar a acuerdos sobre necesidades de fuerza de trabajo calificada y oportunidades de movilidad humana en los países de destino, asegurando a la par, condiciones óptimas para la atención en los países de origen a la población sin lesionar los sistemas de salud.
8. Diseñar una política sobre migración calificada con la participación de países receptores y de origen que preserve los derechos al trabajo digno, la libre movilidad y la no lesión de los países de origen por el alto costo invertido por ellos en la formación de pre y postgrado así como el desarrollo de la experiencia en el trabajo.