

# ANDINA MIGRANTE

Boletín del Sistema de Información sobre Migraciones Andinas - FLACSO Sede Ecuador - N.º 14 - Noviembre 2012

## Introducción



www.elpais.com.uy

El tema de la decimocuarta edición del boletín *Andina Migrante* es la emigración de profesionales de la salud desde la Región Andina hacia España. En el *Dossier central*, Soledad Álvarez Velasco presenta una aproximación a los principales hallazgos del estudio inédito *Migraciones de profesionales: oportunidades para el desarrollo compartido en la Comunidad Europea*

y en la *Región Andina*, desarrollado en 2010 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Comunidad Europea (CE), la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) y la Fundación Observatorio Social del Ecuador (FOSE). El texto de Álvarez aborda tópicos relacionados con los sistemas de información local sobre migración de personal de salud, las características sociodemográficas y motivacionales de los médicos-as y enfermeras-as emigrantes y de los estudiantes con intención migratoria, el *modus operandi* de la migración de personal andino de salud a España y la experiencia subjetiva de médicos-as y enfermeros-as migrantes en destino.

En la sección *Migración y cultura*, María Isabel Moncayo comenta el documental *Mama Illegal* del director austriaco Ed Moschitz, el cual relata la historia de tres mujeres moldavas que deciden migrar a Austria e Italia, convirtiéndose en proveedoras. A través de las transformaciones físicas y emocionales de las protagonistas y sus seres queridos, que se reflejan en los pueblos de Moldavia, el documental pone en cuestión la identidad y el rol familiar de esas mujeres.

Belén Febres Cordero presenta la reseña del libro *Immigration Policymaking in the Global Era. In Pursuit of Global Talent*, de Natasha T. Duncan (2012). La obra explora las ventajas y desventajas de ciertas políticas implementadas por los países del norte para atraer migración calificada en el marco del contexto global actual.

En la sección *Coyuntura*, María Mercedes Eguiguren hace referencia a la XII Conferencia Sudamericana sobre Migraciones, que se realizó los días 5 y 6 de noviembre del presente en la ciudad de Santiago de Chile.

Finalmente, ponemos a consideración de los lectores bibliografía seleccionada sobre migración calificada, específicamente sobre migración de personal de salud.

### Sumario

#### Tema central

Emigración de médicos-as y enfermeros-as de la Región Andina hacia España: complejas consecuencias para el desarrollo local  
Soledad Álvarez Velasco  
Página 2

#### Migración y cultura

Mama Illegal  
María Isabel Moncayo  
Página 19

#### Reseña

Immigration Policymaking in the Global Era  
In Pursuit of Global Talent  
Belén Febres Cordero  
Página 20

#### Coyuntura

XII Conferencia Sudamericana sobre Migraciones  
María Mercedes Eguiguren  
Página 22

#### Bibliografía seleccionada

Sobre migración calificada y migración de personal de salud  
Página 23



FLACSO  
ECUADOR

## DOSSIER CENTRAL

# Emigración de médicos-as y enfermeros-as de la Región Andina hacia España: complejas consecuencias para el desarrollo local

Soledad Álvarez Velasco

“[...] La pérdida de recursos humanos debido a la migración del personal sanitario profesional a países desarrollados da lugar generalmente a una pérdida de capacidad de los sistemas de salud de los países en desarrollo para proporcionar una atención sanitaria equitativa [...] promoviendo un ahondamiento en las inequidades en salud”  
(Organización Mundial de la Salud, 2004, en OPS-OMS, 2006).

La emigración de personal calificado en salud detona complejos impactos en los países de origen. La salida de médicos-as y enfermeros-as inexorablemente provoca limitaciones en el funcionamiento de los sistemas de salud que derivan en el consecuente e inevitable deterioro de la salud de la población. Este hecho a su vez supone que a mediano y largo plazo el desarrollo de esos países se ponga en entredicho. Las afectaciones son mayores cuando se trata de países de origen de renta media o baja, pues perder un médico-a o enfermero-a en localidades pobres implica, en muchos casos, que poblaciones enteras queden sin ser atendidas, que su salud se vea afectada y que el círculo de la pobreza se perpetúe. Esta nada fácil concatenación de problemáticas derivada de la emigración de personal calificado en salud ha sido muy poco investigada en los países de origen, y la falta de información crítica al respecto de este tipo de migración ha impedido, a su vez, que los Estados involucrados tomen medidas apropiadas para paliar de algún modo las consecuencias provocadas por la pérdida de profesionales de la salud.

En el 2010 la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Comunidad Europea (CE), la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) y la Fundación Observatorio Social del Ecuador (FOSE) desarrollaron en conjunto la investigación *Migraciones de profesionales: oportunidades para el desarrollo compartido en la Comunidad Europea y en la Re-*

*gión Andina*<sup>1</sup>, con el propósito de dar cuenta, precisamente, de cuál era el estado de la situación en términos de la emigración de personal calificado en salud en seis países andinos: Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela. Para ello se llevó a cabo una investigación pionera en la que veinticinco investigadores especialistas en migración y en salud de cada uno de esos países trabajaron en red bajo la coordinación de la FOSE. Se trató así de un estudio multicéntrico sobre la dinámica, causas y consecuencias de la migración calificada en salud desde la Región Andina hacia España, uno de los mayores receptores de este tipo de migración. El estudio combinó métodos investigativos cuantitativos y cualitativos que permitieron analizar las siguientes dimensiones de ese proceso migratorio: 1) los sistemas de información local sobre migración de personal de salud; 2) las características sociodemográficas y motivacionales de los médicos-as y enfermeras-as emigrantes y de los estudiantes con intención migratoria; 3) el *modus operandi* de la migración de personal andino de salud a España; 4) los procesos de homologación de títulos del personal de salud entre esos países andinos y España como vía de fomento a ese tipo de migración; 5) la planificación de recursos humanos y la dotación de profesionales médicos-as y enfermeras-as, así como la pertinencia de los planes de estudio en medicina y enfermería en cada uno de esos seis países; 6) el proceso de retorno de profesionales de la salud emigrados desde España a sus lugares de origen en la Región Andina; y 7) las respuestas estatales adoptadas, tanto en los países de origen como de destino, frente a ese tipo de migración.

Siendo esta una investigación inédita y de suma importancia para la comprensión de la diná-

1 Aun cuando se trata de un estudio inédito, la referencia completa del mismo es: OPS, OMS, Unión Europea, Escuela Andaluza de Salud Pública, Fundación Observatorio Social del Ecuador (2011). *Estudio multicéntrico de la migración calificada en salud en la subregión Andina – España*, 2011.

mica de la migración de profesionales de la salud en la Región Andina hacia España, el propósito de este *dossier* es presentar un primer avance de ese trabajo pionero. Dada la extensión y amplitud del estudio, no es posible abordar todas las dimensiones del mismo. No obstante, en este contexto se puede hacer una aproximación a algunas de ellas. Así, en la primera sección de este *dossier* se hará referencia, de manera sucinta, al marco teórico y a la metodología de investigación que iluminaron ese estudio multicéntrico, pues resultan interesantes aportes para la comprensión y análisis de la migración calificada en general. En una segunda sección se presentarán los principales hallazgos investigativos con respecto a cuatro de las siete dimensiones que fueron parte del estudio: 1) sistemas de información local sobre migración de personal de salud; 2) características sociodemográficas y motivacionales de los médicos-as y enfermeras-as emigrantes y de los estudiantes con intención migratoria; 3) *modus operandi* de la migración de personal andino de salud a España; y 4) experiencia subjetiva de médicos-as y enfermeros-as migrantes. Finalmente, y a modo de cierre, se hará referencia a las principales recomendaciones en materia de política pública en torno a este tipo de migración, sugeridas por el estudio, y que bien podrían ser discutidas a nivel estatal en esos países andinos.

### Aproximaciones teóricas y metodológicas

La emigración de profesionales de la salud desde países de la Región Andina hacia España no puede comprenderse como un proceso aislado del contexto capitalista contemporáneo ni de la dinámica de los flujos migratorios internacionales actuales. En términos cuantitativos, solo en la última década el número total de migrantes internacionales a nivel mundial incrementó de 150 millones en el 2000 a 214 millones en el 2009 (OIM, 2010). Esa gran cantidad de migrantes –documentados o indocumentados, calificados o no– contribuye directamente en el proceso de acumulación y expansión de la economía capitalista global. De ahí que el contexto en el que se multiplica la movilidad humana está signado por la profundización de la desigualdad entre países ricos y pobres, por la flexibilización laboral y por la acelerada interconexión global (Sassen, 2001; Pellegrino y Martínez Pizarro, 2001).

Ese complejo contexto ha sido sin duda una de las principales causas para que los flujos migratorios incrementen, entre ellos los de migrantes calificados. De hecho, una de las preocupaciones recientes para los Estados de origen es la pérdida de recursos humanos calificados. Parafraseando a Adela Pellegrino y a José Martínez Pizarro (2001): “en la época contemporánea, la disponibilidad de recursos humanos calificados es una condición

insoslayable para enfrentar el cambio tecnológico, favorecer la innovación, ampliar la generación de conocimiento y de procesamiento de la información, estimular la investigación científica y desarrollar cuotas mínimas de competitividad” (Pellegrino y Martínez Pizarro, 2001:12). Así, la pérdida de profesionales y de futuros profesionales (estudiantes universitarios y de posgrado, por ejemplo) de los países de origen ahonda todavía más las brechas ya existentes entre países ricos y pobres, y confirma cómo ese escenario global merma las oportunidades de vida e influye en una ‘inevitable’ salida de miles de hombres y mujeres latinoamericanos de sus lugares de nacimiento (Pellegrino y Martínez Pizarro, 2001).

En el anterior Boletín AndinaMigrante No.13 también se analizó la migración calificada. De hecho, la reflexión propuesta por Soledad Coloma (2012), autora del *dossier* central, funge como marco reflexivo para la discusión prevista en torno a la migración de personal de la salud de la Región Andina a España. En dicho *dossier*, Coloma (2012) hace una revisión general de los principales criterios que se utilizan para definir la migración calificada, de las tendencias globales y latinoamericanas de este flujo, y repasa, además, las acciones y políticas emprendidas por los Estados latinoamericanos, en particular los de la Región Andina, para captar o restablecer vínculos con sus profesionales emigrados. Coloma (2012) retoma los planteamientos de Lozano y Gandini (2009) y Martínez Pizarro (2008) e insiste en que definir este tipo de migración no es tarea fácil, pues existen diversos criterios que cada país utiliza para determinar quién es un migrante calificado o no. Si bien en este contexto no cabe retomar toda la reflexión propuesta por Coloma (2012), bastará señalar que esos criterios definitorios varían desde





[http://www.sanatorio-otamendi.com.ar/uploads/ContenidoArchivo/archivo/273\\_laboratorio.jpg](http://www.sanatorio-otamendi.com.ar/uploads/ContenidoArchivo/archivo/273_laboratorio.jpg)

la obtención de títulos técnicos o universitarios, como requisitos únicos para determinar quién es o no un migrante calificado, hasta la obtención de especialidades de tercer y cuarto nivel o la ocupación de cargos de alto rango. A esa diversidad de criterios se suma el hecho de que las estadísticas específicas sobre este tipo de migración son escasas. Esto se debe a que a la hora de medir el *stock* migratorio de un país, generalmente a través de los censos nacionales, no siempre se indaga en ciertas especificidades, tales como la ocupación desempeñada por el/la e/inmigrante y, todavía menos, el nivel de estudios alcanzado (Coloma, 2012). En todo caso, tal como lo afirma Martínez Pizarro (2008), existen ciertos acuerdos generales que distinguen a este tipo de migración como una “fuerza de trabajo con habilidades y talentos clave para el desarrollo, la innovación, la investigación y la tecnología” (MartínezPizarro, 2008: 274).

Ahora bien, ¿cómo comprender la migración de médicos-as y enfermeros-as dentro de la dinámica del capitalismo contemporáneo? Ya se mencionó que una apremiante condición actual para asegurar la reproducción y expansión capitalista es contar con recursos humanos calificados, como los profesionales de la salud. Siendo así, una vía para satisfacer esta necesidad es la ‘importación’ de personas altamente calificadas, lo que supone la demanda de especialistas en diversas áreas, quienes se forman en otros países y cuya absorción puede fomentarse deliberadamente. Desde mediados del siglo XX los países ricos –sobre todo Estados Unidos, Canadá, países de la Unión Europea, Japón y Australia– han reclutado profesionales de diversas ramas, ofertándoles condiciones de trabajo y oportunidades de vida ampliamente mejores que las de sus países de origen, usualmente aquellos pobres de América Latina, Asia o África (Pellegrino y Martínez Pizarro, 2001; Pellegrino, 2001 y 2008).

Este reclutamiento de profesionales ha producido enormes beneficios para los países ricos. Por ejemplo, Stephen Bach (2003), haciendo referencia al estudio clásico *Physician and Nurse Migration: Analysis and Policy Implications* (escrito por Mejía, Pizurki y Royston y publicado por la OMS en 1979), señala que la reconstrucción post Segunda Guerra Mundial y la expansión de los Estados benefactores en los países centrales fueron posibles, entre otras razones, gracias al reclutamiento de trabajadores de la salud extranjeros, médicos-as y enfermeras-os, provenientes de cuarenta naciones diferentes, entre los que constan países latinoamericanos, asiáticos o africanos. Así mismo, remitiéndose al estudio previamente citado, este autor afirma que para 1972 el total de médicos en el mundo era de 140 000. De ese número, 8 400 médicos (el 6%) trabajaban en países distintos a sus lugares de nacimiento y el 86% de todos esos galenos migrantes es decir, 7 224 trabajaban en solo cinco países: Australia, Canadá, República Federal de Alemania, Reino Unido y Estados Unidos (Mejía *et al.*, 1979: 399-400 en Bach, 2003: 3). Estos datos permiten hacer la siguiente conjetura: la construcción de los Estados benefactores en los países centrales se dio gracias a la inmigración y al aporte laboral y social de profesionales de la salud originarios de países pobres.

En el análisis hecho por Coloma (2012) se señala que una tendencia global desde la década de 1990 ha sido el incremento sin precedentes del número de migrantes calificados, en particular de aquellos relacionados con el campo de la informática, la comunicación y la tecnología (OCDE, 2002 en Coloma, 2012). Dicho incremento no ha sido ajeno a los países latinoamericanos y caribeños. Analizando cifras de la OCDE, Coloma (2012) confirma que entre 1990 y 2008 el porcentaje de migrantes calificados originarios de esos países y residentes en algún país de la OCDE se incrementó en un 164% (Coloma, 2012). Ese aumento del número de profesionales emigrados es una de las tendencias que caracterizan a este tipo de migración. Adicionalmente, la autora identifica otras tres tendencias: la importante presencia de mujeres profesionales; la concentración de recursos humanos con altos niveles de educación en países desarrollados; y la relación inversa entre el tamaño de la población de los países y las tasas de emigración de profesionales (Coloma, 2012). Si bien Coloma (2012) analiza a profundidad estas tendencias, no se detiene en indagar las posibles causas que explicarían esa multiplicación de migrantes calificados, entre ellos de profesionales de la salud, reflexión que, en cambio, está presente en el estudio *Migraciones de profesionales: oportunidades para el desarrollo compartido en la Comunidad Europea y en la Región Andina*, el cual se retoma para este *dossier*.

En dicho estudio se hace alusión a los planteamientos que Adela Pellegrino y José Martínez

Pizarro (2001) realizan en torno a las principales causas que explican esa tendencia al incremento de migrantes calificados, y que bien pueden ampliarse al caso de profesionales de la salud. Pellegrino y Martínez (2001) concluyen que además de las desiguales condiciones globales generadas por la interdependencia capitalista, entre los principales condicionantes de esta tendencia figuran: a) el contexto de los países de destino; b) el contexto de los países de origen; c) el protagonismo de las empresas multinacionales y organismos internacionales; d) el desarrollo tecnológico y la globalización de los medios de comunicación y transporte; y e) la configuración de históricas redes migratorias transnacionales (Pellegrino y Martínez Pizarro, 2001).

Con respecto al contexto en los países de destino, además de las ampliamente mejores condiciones laborales y vitales que existen en esos países, las condiciones demográficas también pueden determinar el incremento de la migración calificada. En los países de la OCDE, en particular en los europeos, existe una tendencia al envejecimiento de sus poblaciones, que se ubica por debajo del nivel de reemplazo, y a la consiguiente reducción de jóvenes que ingresan anualmente al mercado de trabajo. Como consecuencia de esas tendencias emergen demandas de ciertos profesionales para el mercado interno, como las derecursos humanos capacitados para atender a esa población envejecida, particularmente enfermeras-os y médicos-as, y también mujeres migrantes (calificadas o no) quienes son contratadas para el cuidado de dicha población. Así, en los países de destino se requiere de una "migración de reemplazo", es decir, de cuadros profesionales, demográficamente más jóvenes, para ocupar determinados nichos laborales. La demanda en los países centrales sigue una tendencia polarizada: requiere de personal técnico altamente calificado y, a la par, de mano de obra barata para actividades no especializadas (Mc Donald y Klippen, 2001 en Pellegrino y Martínez Pizarro, 2001). Frente a esas necesidades, desde mediados del siglo XX en los países de la OCDE se han puesto en marcha políticas de reclutamiento de personal calificado de países pobres. Otra estrategia ha sido el otorgamiento de becas para estudiantes extranjeros, sobre todo de posgrado. Los estudios de cuarto nivel suelen ser el vínculo inicial que une el espacio de investigación y de desarrollo de las universidades de países ricos con los países de origen de los estudiantes, y en muchos casos desencadenan un proceso migratorio temporal o definitivo. Tal como se verá más adelante, este proceso está presente en la migración de recursos humanos de salud (Pellegrino y Martínez Pizarro, 2001).

En relación a las condiciones de los lugares de origen, durante las tres últimas décadas los países andinos, y en general latinoamericanos, han estado signados por una persistente desigualdad e in-

equidad social, por pobreza y violencia, así como por recurrentes crisis económicas y políticas. Ese contexto ha merchado las condiciones laborales, generando, tal como sugieren Pellegrino y Martínez Pizarro (2001), una suerte de "triada de motivaciones" (aplicable a cualquier rama científica o técnica): bajo salario, limitada infraestructura de trabajo y poca valoración social. Esta triada ha terminado estimulando la salida de recursos humanos calificados (Pellegrino y Martínez Pizarro, 2001: 29). A esas motivaciones se suman otras más vinculadas con las oportunidades educativas y de investigación. En América Latina –salvo por ciertas excepciones como México, Brasil, Argentina o Chile– las oportunidades de acceder a sistemas de educación de calidad de tercer y cuarto nivel y a instituciones dedicadas a la investigación científica y técnica son muy reducidas. Esto se debe, entre otros factores, a que como parte de los efectos de la aplicación de programas de ajuste macroeconómicos de corte neoliberal se ha reducido la inversión pública en la educación superior y en la investigación. Así, la salida de profesionales estaría directamente asociada con las condiciones educativas y de fomento o no a la investigación y, por ende, con la generación de oportunidades profesionales. No solo es necesario generar esas propicias condiciones educativas y de fomento a la investigación; en América Latina el desafío es abrir, simultáneamente, nichos laborales que absorban, en las mejores condiciones, a esos profesionales. De lo contrario, una 'sobre oferta' de profesionales y académicos, sin el debido reconocimiento social, provocaría un descenso de los salarios, aumentando la propensión emigratoria (Pellegrino y Martínez Pizarro, 2001: 28).

Las empresas multinacionales son, junto con los Estados de recepción, otro de los protagonistas claves en la generación de espacios de atracción para la migración calificada. Entre las posibles formas de contratación a migrantes profesionales figuran: contratación estacional, contratación definitiva o contratación de profesionales que, sin emigrar de su país, trabajan para empresas multinacionales. Por otra parte, las organizaciones internacionales también son un polo de atracción de profesionales latinoamericanos, ya que ofrecen salarios y beneficios competitivos a nivel internacional, además de carreras estables y continuas oportunidades de desarrollo profesional y vital. El hecho de que las sedes de los principales organismos internacionales se localicen sobre todo en las capitales de los países centrales también contribuye, de algún modo, a incrementar el flujo de inmigrantes calificados en esos destinos (Pellegrino y Martínez, 2001). Sea que esos profesionales hayan sido cooptados por empresas o por organismos multinacionales, esa permanente circulación termina configurando una forma de vida transnacional entre los países de origen y destino que tiene repercusiones a corto plazo en

las relaciones sociales y familiares, y a mediano y largo plazo en la vinculación de esos profesionales emigrados altamente calificados con los países de origen, quienes representan una pérdida definitiva para estos (Courgenau, 1980 en Pellegrino y Martínez Pizarro, 2001: 13).

Por otra parte, la globalización de los medios de comunicación de masas también ha permitido un mayor acceso a la información y, en cierta manera, ha implicado una “homogenización de aspiraciones” de vida, de valores, de expectativas y pautas de consumo según el modelo de países ricos. Esa “globalización de las aspiraciones” como la llama Adela Pellegrino (1995), incide directamente en la gestación de procesos migratorios de profesionales. Asimismo, el desarrollo tecnológico que ha permitido el despliegue de esos medios junto con la diversidad de medios de transporte existentes permite que la movilidad entre países de origen y destino sea mucho más factible. Al conjugar los factores previamente analizados con la existencia de múltiples medios de comunicación y transporte, se comprende cómo pueden incidir directamente en la decisión migratoria de los profesionales (Pellegrino y Martínez Pizarro, 2001).

Directamente relacionada con el condicionante previo está la configuración de redes migratorias históricas. La migración calificada no es un proceso nuevo. Por el contrario, esta se ha ido configurando por lo menos desde mediados del siglo XX; como consecuencia se ha gestado un *modus operandi* en torno a este tipo de migración que incluye conocimiento, estrategias y vías migratorias que los migrantes se pasan de generación en generación y ponen en práctica para lograr esos desplazamientos de manera efectiva. Esas redes, configuradas entre los lugares de origen y destino, haciendo uso de diversas tecnologías de la comunicación, permiten que los migrantes profesionales se internen en el país de destino, fungiendo como soporte económico y, sobre todo, emocional. Además, desde esas redes transnacionales también se han generado estrategias migratorias especificadas para habilitar la salida de profesionales (Glick Schiller, 2007; Pellegrino y Martínez Pizarro, 2001). El caso que mejor ejemplifica este hecho son las redes de médicos latinoamericanos quienes, a través de blogs electrónicos, se pasan tips migratorios<sup>2</sup>. Entre ellos figuran una diversidad de estrategias para aprobar los exámenes del Médico Interno Residente de España (MIR) y poder aplicar a la visa y posterior residencia en España.

Esta revisión de corte teórico arroja luces para comprender la complejidad y multidimensionalidad de la migración calificada, en general, y de la migración de profesionales de la salud, en particular, y abre la mirada frente a una diversidad de factores sociales, culturales, económicos y políti-

cos que han de ser tomados en cuenta a la hora de indagar en la dinámica, causas y consecuencias de esos flujos migratorios.

### Aportes metodológicos

Ya se mencionó que una clara limitación a la hora de estudiar la dinámica de la migración calificada, y específicamente de la migración de profesionales de la salud, es la ausencia de información cuantitativa y cualitativa específica que dé cuenta de este tipo de migración. Así, uno de los principales desafíos que supuso la investigación *Migraciones de profesionales: oportunidades para el desarrollo compartido en la Comunidad Europea y en la Región Andina* fue la adopción de una metodología específica que permita superar ese limitante.

El equipo investigativo liderado por la FOSE propuso un método combinado cualitativo y cuantitativo que le permitió alcanzar los siguientes objetivos investigativos: 1) analizar el proceso migratorio en los países andinos, tomando en cuenta sus causas internas –propias de los individuos– y externas –propias de los países de origen y de destino– así como las motivaciones sociales, económicas y culturales de la migración calificada en salud, diferenciando los colectivos de médicos-as y enfermeros-as; 2) indagar si la magnitud de este proceso social ha sido detectada por los Estados de los países andinos para diseñar e implementar sistemas de prevención frente a las consecuencias mediatas y de largo plazo de la salida de personal de salud calificado y sus impactos en los sistemas de salud; y 3) incidir en la agenda política de los países andinos, a través de la integración de los directores de Recursos Humanos en salud de los ministerios de la región en el proceso investigativo. Es decir que este estudio suponía una indagación tanto estructural como desde la agencia de los individuos migrantes, en este caso médicos-as y enfermeros-as. Para lograr un análisis de esa naturaleza, los seis equipos de investigación en los seis países andinos involucrados tuvieron la tarea de emprender indagaciones cuantitativas y cualitativas. Esto supuso, por una parte, levantar información estadística obtenida de fuentes censales, de registros de los Ministerios de Salud o del proceso de homologación de títulos, y aplicar encuestas en las facultades de enfermería y medicina para analizar una posible intención de emigración por parte de los estudiantes, todo esto con el propósito de hacer una aproximación en cifras frente a este flujo migratorio. Se encuestó a 110 estudiantes de las escuelas de medicina y enfermería de la Región Andina que pertenecían a las universidades estatales con mayor matrícula en cada uno de los países y que cursaban su último año de estudios. A la par, se llevó a cabo un análisis cualitativo con el objeto de obtener testimonios de los

<sup>2</sup> Ver, por ejemplo: <http://www.casimedicos.com/mir/2012/04/04/comienza-el-proceso-de-adjudicacion-de-plazas/>.

protagonistas de este tipo de migración y de otros actores. Así, se efectuaron 56 entrevistas a informantes claves de la Región Andina, 24 entrevistas a profundidad a médicos-as y enfermeros-as originarios de Venezuela, Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia y Chile residiendo en España y a 12 profesionales, de esos mismos países, que habían retornado a sus lugares de origen. Adicionalmente se realizó una revisión bibliográfica en cada país para alimentar la investigación con estudios previos sobre este tipo de migración.

Esta propuesta metodológica permitió la realización de una ambiciosa investigación multicéntrica con seis equipos de investigación simultáneos liderados por la FOSE que de algún modo llenaron un vacío de información constatado en todos los países. De esta manera se pudo dar cuenta de cuál es la dinámica de la migración de profesionales de la salud en términos estructurales pero también desde la experiencia de los actores. En vista de que el propósito final contempló la generación de una investigación sobre migración calificada en salud para posicionarla en la agenda política regional, la metodología utilizada también incluyó la participación de la OPS como motor clave para integrar una red de funcionarios de los Ministerios de Salud Pública con los que trabaja en cada país, de tal suerte que se asegure el conocimiento y uso de la información obtenida en la formulación de la política pública de salud. De hecho, uno de los resultados de este trabajo en red fue la presentación de sus resultados y recomendaciones en la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSA), realizada en 2011, y la inclusión de la temática entre las recomendaciones de la política integral de esos países para los próximos años. Esto supone un compromiso institucional para atender las causas y las consecuencias de este tipo de migración.

### Principales hallazgos

El déficit de recursos humanos en salud en los países ricos es quizá uno de los mayores determinantes para este tipo de migración. Si bien esa carencia es parte de la realidad contemporánea de dichos países, esta condición no es exclusiva de los mismos. Según el estudio *Care Trade: las comisiones de los contratistas internacionales de los profesionales de la salud*, realizado por Susan Maybud y Christiane Wisko (2006) para la Organización Internacional del Trabajo (OIT), alrededor de 100 millones de personas a nivel mundial trabajarían en profesiones relacionadas con el cuidado de la salud. Sin embargo, esa cantidad de profesionales no basta para cubrir las necesidades de la población, tanto en países ricos como en países pobres (Maybud y Wisko, 2006). De hecho, entre los países pobres—donde se encuentran países latinoamericanos y, por supuesto, de la Región An-

dina— permanentemente se deben tomar acciones públicas para intentar revertir los deficientes índices de recursos humanos de salud. En términos generales, se calcula que en los países pobres existe un médico por cada 5 000 habitantes, cifra que se duplica para el caso de países africanos a un médico por cada 10 000 habitantes (OPS-FESD, 2007: 29). De ahí que la puesta en marcha de políticas de reclutamiento de galenos y enfermeros-os, para revertir el déficit de esos profesionales en los países ricos, necesariamente implique un impacto negativo, y muchas veces irreversible, en los sistemas de salud y en el desarrollo en general de los países pobres (Bach, 2003: iii).

Resulta alarmante constatar cómo médicos-as y enfermeros-as provenientes precisamente de las regiones más pobres, y a su vez más necesitadas de esos profesionales, están efectivamente empleados en los sistemas de salud del primer mundo. Stephen Bach (2003), en su trabajo *International Migration of Health Workers: Labour and Social Issues*, revela que en 2002 más de 200 000 médicos ejercían su profesión en países de la UE y, de esa cifra, más de la mitad provenían o se habían formado en el extranjero (Bach, 2003: 6). Asimismo, aproximaciones hechas por la OPS para 2005 dan cuenta de que, para ese año, entre el 25% y el 28% de los médicos ejerciendo su profesión en Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, Australia y Nueva Zelanda se habían graduado fuera de esos países; y que entre el 40% y 75% de ellos provenía de países pobres (OPS-OMS, 2006). Finalmente, el Banco Mundial también registró que para 2006, el 2.4% de los médicos-as formados en América Latina (es decir, alrededor de 21 208 profesionales) había emigrado de la región (Banco Mundial, 2008). Es innegable que la salida de esos profesionales de la salud repercute de manera positiva a nivel micro-social en origen, pues el envío de remesas econó-



<http://gmtelevision.tv/noticias/2010/11/09/confianza-ofrecen-laboratorios-clinicos-del-sector-salud/>

micas puede dinamizar la economía de las familias de esos emigrantes en sus países. No obstante, a nivel macrosocial el impacto en los sistemas de salud por la pérdida de esos profesionales es negativo; es más, la emigración de personal calificado de la salud termina siendo un “subsidio perverso”, como atinadamente ha calificado la propia OPS-OMS a esta compleja situación (2006: 41). Es decir 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 para su formación. Dicha pérdida, por un lado, se debe a las limitadas condiciones socioeconómicas locales y, por otro, repercute directamente en el engrosamiento de los nada alentadores índices de deficiencia de esos recursos humanos y, por ende, en el empeoramiento de los sistemas de salud de los países de origen.

Esta situación se complejiza aún más porque existen pocas evidencias de que esa carencia de personal de la salud se vaya a revertir en el corto o mediano plazo en los países ricos. Maybud y Wisko (2006), en el estudio previamente citado, demuestran que para el 2020 se prevé que en Estados Unidos existirá un déficit del 20% en personal de enfermería. Así mismo, estas autoras evidencian que en los países de la UE las avanzadas edades promedio de médicos-as y enfermeros-as implicará que en la siguiente década muchos de esos profesionales se jubilen, incrementado así los nichos laborales y la demanda de cuadros de profesionales de la salud (Maybud y Wisko, 2006 en OPS-FESD, 2007: 42). Si a su vez en los países de origen persisten esas limitaciones socioeconómicas que se traducen en pocos estímulos salariales, en el limitado acceso a infraestructura y tecnología de la salud, en inestabilidad y falta de oportunidades laborales y vitales, la migración de profesionales de la salud no solo continuará sino que aumentará (Bach, 2003).

Esta complejidad que entraña la migración de personal calificado de la salud ha sido la mayor motivación para que desde hace una década este tipo de flujo migratorio se haya convertido en una preocupación para diversos organismos internacionales, entre ellos la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la OPS-OMS, además de ciertos Estados nacionales, sobre todo de los países pobres. De hecho, desde 2006, la OMS escogió como tema central de análisis y de incidencia pública el déficit general de personal de salud en el mundo y la relación que este tiene con los procesos migratorios. Así, este organismo internacional –sin dejar de reconocer que la migración puede traer beneficios individuales a los médicos-as y enfermeros-as que emigran, y eventualmente también al país emisor, sobre todo si recibe remesas que pueden enviar esos migrantes– insiste de manera tajante en los efec-

tos negativos que este tipo de movilidad calificada trae para los países de origen (OMS, 2004, en OPS-OMS, 2006: 43).

La OMS alerta sobre la necesidad de tomar acciones estatales y sociales apremiantes en los países de origen y destino para revertir ese “ahondamiento en las inequidades en salud” que significa la salida de personal calificado a los países ricos. Uno de los puntos en los que enfatiza este organismo internacional es en la necesidad de generar información cuantitativa y cualitativa en torno a la migración de personal de salud (OMS, 2004, en OPS-OMS, 2006: 43). A pesar de la importancia que tiene este tipo de flujo migratorio, la información con la que se cuenta al respecto es reducida y no aborda las múltiples dimensiones que tiene este proceso social. De este modo, contar con más datos de diverso tipo sobre la migración calificada y, en particular, la de médicos-as y enfermeros-as es clave, pues facilitaría a mediano plazo la toma de decisiones públicas que permitan contrarrestar de algún modo los negativos impactos que deja ese tipo de movilidad humana. Además, a largo plazo aportaría a revertir esa pérdida de recursos humanos calificados. Sin embargo, entre lo que se conoce de la migración de personal de salud calificado se distinguen ciertas particularidades, como las siguientes:

- La migración de profesionales de la salud desde países periféricos a países centrales tiene un registro histórico de por lo menos seis décadas. Retomando lo analizado en la sección previa, durante el período posterior a la Segunda Guerra Mundial, precisamente entre 1950-1960, muchos países centrales iniciaron un proceso de reconstrucción y de consolidación de sus Estados benefactores al que acompañaron con el reclutamiento de trabajadores extranjeros de salud. Para la década siguiente, en 1972, alrededor del 86% de los médicos en todo el mundo –que en ese momento alcanzaban los 140 000–trabajaban en 5 países: Australia, Canadá, República Federal de Alemania, Reino Unido y Estados Unidos (Mejía et al, 1979: 399-400 en Bach, 2003: 3). Desde entonces, estos países centrales se han convertido en los principales destinos migratorios para médicos-as y enfermeros-as provenientes de América Latina, Asia o África. De hecho, los vínculos históricos entre países europeos y sus ex-colonias también han jugado un rol clave en la definición de los destinos migratorios (Bach, 2003: 4).
- A diferencia de lo que acontece con otros tipos de migración, entre los médicos-as y enfermeros-os los marcos estatales regulatorios que fomentan la aplicación de políticas de reclutamiento juegan un rol determinante al potenciar y disparar este tipo de migración (Bach, 2003: 4). Estas políticas de algún modo expresan el deseo, por lo menos estatal, de

la llegada de estos emigrantes calificados. Hecho que, sin duda, determina la experiencia migratoria (rutas, redes migratorias y formas de inserción), laboral y de vida en destino.

- De manera generalizada, estos migrantes suelen contar con una importante experiencia en la práctica médica o de enfermería antes de emigrar, sobre todo los médicos que cuentan con estudios de especializaciones. Así, se trataría de una migración altamente calificada que cuenta con amplia experiencia laboral. La pérdida de estos cuadros termina debilitando los sistemas de salud y volviendo más vulnerable a la población de los países de origen debido a la ausencia de especialistas (OPS-OMS, 2006: 42).
- Estos migrantes, si bien pueden ser excluidos y discriminados en los países de destino, en términos generales son mucho más reconocidos socialmente y acceden a mayores ventajas a la hora de insertarse en los países de destino que otros tipos de migrantes. Sin embargo, la subutilización de estos profesionales de salud, o el “*brainwaist*”, también puede estar presente en su experiencia laboral en los países receptores (Bach, 2003; Mensah *et al.*, 2005).

¿Qué ocurre específicamente en España con la migración de médicos-as y enfermeros-as provenientes de la Región Andina? ¿Cómo opera este tipo de migración? Desde finales del siglo XX, España se ha posicionado 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) explicaría en parte el porqué de ese continuo flujo migratorio, ciertas transformaciones del contexto español también se añadirían como posibles causales. La migración de profesionales latinoamericanos de la salud hacia España podría explicarse en el marco de una relación de aparente ‘complementariedad’ entre los países de origen y de destino. 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, por detrás de esa aparente ‘complementariedad’ se esconde una compleja relación histórica, producto del *modus operandi* de la desigual integración capitalista contemporánea. Así, la migración calificada termina beneficiando ampliamente a España y afectando de manera negativa a los países de la Región Andina que pierden ciudadanos-as, así como también 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 migración de profesionales de la salud a España, operaría de la siguiente manera:

Países de origen de la Región Andina	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 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

Elaboración: propia

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 emigre. 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 en los países de origen de cara a la salida de estos profesionales de la salud.

Sin embargo, se debe tener en cuenta que en el contexto español existen dos condiciones adicionales que se relacionan con aquellas analizadas en la sección previa que provocan la emigración de personal calificado de salud proveniente de países latinoamericanos, en particular de países andinos:

- *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. Actualmente, en el país ibérico ejercen 165 170 médicos-as, de los cuales el 31% tiene entre 50 y 60 años; adicionalmente, cuatro de cada diez de estos especialistas se jubilarán en los próximos 15 años (Ramírez de Castro, 2010).
- *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). Esta situación posiblemente se haya agravado aun más en los últimos años, debido a la recesión económica que enfrenta el país ibérico.



<http://www.comercioyjusticia.com.ar/wp-content/uploads/2010/11/M%C3%A9dicos.jpg>

Como se puede suponer, ambos factores impactan directamente en la carencia de profesionales de la salud en España. Si bien esta necesidad de médicos-as en el país ibérico no es tan dramática como 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 en algunas localidades españolas. Por ejemplo, se requieren cada vez más anesestesiólogos, pediatras, cirujanos infantiles, traumatólogos, cirujanos plásticos, radiólogos, urólogos y, sobre todo, geriatras y oncólogos y enfermeros para atender a la creciente población envejecida y con mayor riesgo de cáncer. Así mismo, en Castilla 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 español, para 2025 serán necesarios 25 000 médicos adicionales para atender a la población del país (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 enfermeros-as que anualmente se gradúan y sobre todo que más tarde se especializan en el programa de formación para profesionales de la salud, denominado Médico Interno Residente (MIR). Sin embargo, por lo menos desde el 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 ejem-

plo reciente: en 2008 solo 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 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 el reclutamiento y la contratación de profesionales extranjeros (OPS-OMS, 2006; Ramírez de Castro, 2010). Así, España vive entre la paradoja de 'importar' especialistas extranjeros a la vez que pierde a sus propios profesionales de la salud, lo cual genera un efecto dominó: emigran profesionales españoles y esos nichos laborales son ocupados por migrantes calificados de la salud provenientes de países periféricos, entre ellos los de América Latina.

Si bien no es posible conocer con exactitud ni el número de médicos que han emigrado del país ibérico ni la cifra que corresponde a los profesionales extranjeros que han inmigrado a España, existen algunas estimaciones al respecto. Para el primer caso, el Ministerio de Sanidad ha calculado que entre 1 000 y 2 000 galenos españoles 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 en España. Esta cifra da cuenta del alto número de médicos-as inmigrantes y 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 negativo en los sistemas de salud de los países emisores, entre ellos posiblemente los de la Región Andina, de donde ha emigrado un importante número de ciudadanos.

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 la oferta de programas de estudio de posgrado. Según Imre Loeffler (2001), quien investiga sobre procesos migratorios de médicos, una de las razones fundamentales por las que los profesionales de la salud emigran –particularmente los galenos– se relaciona 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 (Loefler, 2001). El caso de la migración latinoamericana a España a través del MIR es un buen ejemplo de esto que describe Loefler y que a su vez calza con las políticas de reclutamiento implementadas desde el Estado español.

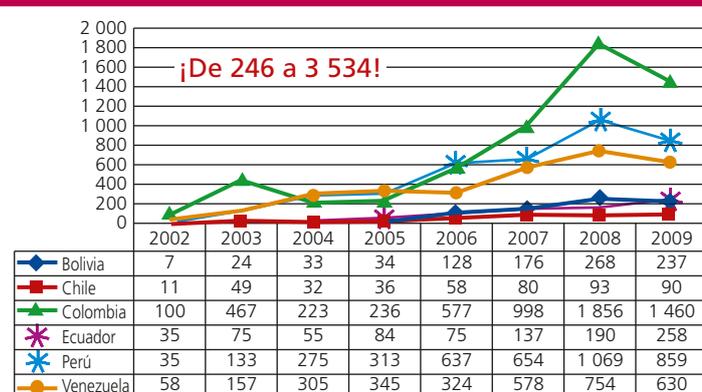
Por otro lado, el MIR también se encarga de la formación de especialistas. En este proceso pueden participar ciudadanos-as de la UE, ciudadanos-as de países con los que existe libre circulación de profesionales, tratados celebrados por UE y ratificados por España, y también ciudadanos-as de países que, aunque no sean miembros de la UE, tengan convenios vigentes de cooperación cultural con España, entre los que figuran los países latinoamericanos, 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, constan: 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 acceder a nichos laborales una vez terminado el proceso de formación (OPS-OMS, 2006).

Hasta hace pocos años 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 seis años este escenario se ha invertido. Por ejemplo, en 2006 el número de plazas del MIR se 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 ha beneficiado sobre todo a los profesionales de la salud extranjeros que aplican al MIR. De hecho, como producto de este cambio, el perfil de procedencia de los postulantes ha variado. En el 2001, 56 médicos que provenían de la UE iniciaron su proceso de formación, mientras que en el 2005 esa cifra incrementó a 178. Así mismo, para el 2001 el número de postulantes no comunitarios fue de 337, y para 2005 llegó a 1066. Se sabe que dentro de este último grupo la presencia de profesionales latinoamericanos fue mayoritaria (OPS-OMS, 2006).

### Flujo y magnitud de la migración de profesionales de la salud

Aun cuando el estudio citado aplicó una metodología investigativa combinada, no fue posible definir la magnitud de la migración de profesionales, médicos-as y enfermeros-as, por ausencia

**Gráfico No. 1**  
Homologaciones del título de medicina en España, de nacionalidades de los seis países andinos 2002-2009



Fuente: Subdirección General de Títulos y Reconocimiento de Cualificaciones, Ministerio de Educación de España

Elaboración: Equipo investigador

**Gráfico No. 2**  
Homologaciones del título de enfermería en España, de nacionalidades de los seis países andinos 2002-2009



Fuente: Subdirección General de Títulos y Reconocimiento de Cualificaciones, Ministerio de Educación de España

Elaboración: Equipo Ecuador

de datos sistemáticos recogidos en los países de origen. La única cifra indirecta conseguida fue la encontrada en el Ministerio de Educación de España, donde se registran los títulos profesionales andinos homologados en los últimos siete años. Con ellos se pudo construir una serie histórica que evidencia que el volumen de médicos-as provenientes de los países andinos con títulos reconocidos –paso previo para el ejercicio profesional– incrementó de 246, en el 2002, a 3 534, en el 2009. Esto da cuenta de un incremento de 14 veces en el número de profesionales trabajando en España. Con respecto al número de enfermeros-as andinos con títulos homologados, este pasó de 89 a 538 para ese mismo período; es decir, se incrementó siete veces más, cifra que demuestra que la vasta mayoría de profesionales andinos de la salud que han emigrado a España son médicos-as. Los gráficos No.1 y No. 2 ilustran estos datos.

Por tanto, uno de los principales hallazgos que arroja este estudio es que en ninguno de los seis países andinos existen sistemas de información que monitoreen la dinámica y registren la magnitud de este tipo de migración. La poca información estadística está desparramada en varias organizaciones: gremios, universidades, Ministerio de Salud, Ministerio de Relaciones Exteriores, Dirección o Policía de Migración, Servicio de Rentas Internas, el Registro Civil, entre otras instancias similares presentes en los países andinos. Esta información tan dispersa no permite conocer el volumen de este tipo de migración y tampoco hacer caracterizaciones más específicas según género, edad, profesión, años de estudio, especialización, características sociodemográficas en general, condición socioeconómica, composición de su familia y edades de sus hijos, motivos de migración o de retorno, etc.

Los informantes claves entrevistados en los seis países andinos sugirieron que las fuentes de información deberían concentrarse en una sola institución; por ejemplo, en los lugares donde se registran los títulos o las pertenencias gremiales, o en los propios consulados nacionales en los países de destino. Además, deberían figurar como parte de las estadísticas censales producidas por esos Estados andinos. Sin embargo, la poca visibilidad pública de esta realidad migratoria posiblemente ha impedido incorporar preguntas más específicas dentro de los censos nacionales o en las encuestas de hogares que permitan obtener información puntual sobre el tipo de formación de los migrantes en general, perdiéndose la oportunidad de detectar la magnitud del problema. Como consecuencia, no existe un proceso de sistematización ordenado de la información en los países andinos. Adicionalmente, la ausencia de definiciones claras y estandarizadas impide que se establezcan mediciones comparables entre los países de la región que permitan determinar qué sucede con el personal calificado de la salud que ha emigrado. Así, es imperativo promover una discusión regional para colocar en la agenda pública la problemática y debatir posibles indicadores que faciliten el monitoreo de la magnitud y la caracterización de manera sistemática de la migración de personal de salud.

La ausencia de información de calidad está directamente relacionada con la poca visibilidad de la migración profesional en los países andinos. Una explicación *a priori* puede ser que los embates de la salida de los recursos humanos sobre el sistema de salud aún no están siendo percibidos. Es probable que la relación producción, oferta y demanda del recurso humano todavía no haya llegado a niveles que provoquen desbalances entre la oferta y la demanda de profesionales de salud y que, por lo tanto, sus impactos sean evidentes sobre el sistema de salud. Sin embargo, con el retorno del Estado y su rol como eje de la protección social –situación que ocurre en por los menos tres de los países andinos: Bolivia, Ecuador y Venezue-

la– las reformas del sector salud y la necesidad de recursos humanos para dichos cambios comienzan a evidenciar la falta de personal calificado con las características que dichas reformas demandan. Además, sin este tipo de información difícilmente se pueden diseñar políticas públicas que vayan acorde a esta compleja realidad. De ahí que el análisis de fuentes de información sea uno de los pasos fundamentales para detectar los vacíos informativos y las necesidades que tienen los países con respecto a la problemática de la migración calificada de recursos humanos de salud. Si no hay estos datos recopilados y si el sistema estadístico nacional no lo capta sistemáticamente, es porque la problemática migratoria profesional en general y no solo la de salud –a diferencia de la migración de mano de obra no calificada– no es un tema de la agenda social de los países andinos.

Aun cuando existen esas falencias con respecto a la visibilización de este tipo de migración en la región, vale la pena mencionar el Plan de Retorno para los Profesionales de la Salud “Ecuador Saludable, vuelvo por ti”, apenas puesto en marcha por el gobierno ecuatoriano en España e Italia. Desde mediados de octubre de 2012 el gobierno ecuatoriano, a través del Ministerio de Salud, inició el proceso de socialización de ese plan de retorno dirigido a los médicos-as y enfermeros-as que residen actualmente en el exterior, y a aquellos que hayan retornado al país máximo hace seis meses. El objetivo de este programa gubernamental es incorporar a esos profesionales de la salud en la Red Pública Nacional de Salud y llenar las más de 1 500 plazas para especialistas médicos en todas las ramas, y los más de 2 000 puestos en enfermería con título de tercer nivel. Entre los beneficios para los profesionales de la salud está el incremento salarial vigente y aquellos que brinda el plan “Bienvenid@s a Casa” de la Secretaría Nacional del Migrante, como el apoyo para el traslado del menaje de un país a otro. Este plan se ejecuta en coordinación interinstitucional con el Ministerio de Relaciones Exteriores, a través de las Embajadas en España e Italia, la Secretaría Nacional del Migrante y la Secretaría Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT) que agilizará los trámites para validar los títulos de esos profesionales emigrados (Aguirre, 2012).

Este Plan de Retorno para los Profesionales de la Salud evidencia el interés del gobierno ecuatoriano en este tipo de migración y, sin duda, puede ser un primer paso para visibilizar la realidad que entraña la migración de personal de salud, para continuar investigando el *modus operandi* de la misma y para que el Estado ecuatoriano genere políticas a favor de esos profesionales emigrados; iniciativa que bien podría ser retomada en los otros países de la región.

### Características de los profesionales andinos de la salud emigrados a España

Para este *dossier* se han priorizado los hallazgos obtenidos a través de las entrevistas a profundidad realizadas a profesionales andinos de la salud que han emigrado a Barcelona, España. Sin hacer distinciones de origen se presenta, de manera general, una caracterización de estos emigrantes originarios de los seis países andinos que fueron parte del estudio. De Bolivia se entrevistaron a dos enfermeras y dos médicos; de Chile, a dos enfermeras, un médico y una médica; de Colombia, a dos enfermeras y un médico y una médica; de Ecuador, a dos enfermeras y a dos médicas; de Perú, a dos enfermeras y dos médicos; y, de Venezuela, a dos enfermeras y a dos médicos. De esos veinticuatro profesionales seis eran hombres y dieciocho mujeres. De ese total, doce eran enfermeras y doce médicos-as (seis hombres y seis mujeres). Entre las enfermeras, tres contaban con estudios de especialización. De los doce médicos-as, cinco tenían estudios de posgrado. Tres médicos, 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 veinticuatro encuestados ya tenían un contrato laboral fijo en destino a la hora de tomar la decisión migratoria. Catorce de los veinticuatro encuestados tenían una contratación laboral inestable al momento de emigrar, hecho que quizá haya motivado su salida. Solo un encuestado se encontraba en paro. Según los profesionales de la salud entrevistados, entre las principales razones para emigrar se encuentran, en primer lugar, la búsqueda de excelencia académica, vinculada al prestigio social ganado cuando retornan a sus países de origen; en segundo lugar, la procura de mejores condiciones económicas, situación prioritaria para las enfermeras; y, en tercer lugar, huir del conflicto político y la inseguridad en sus países de origen.

Parecería que la universidad pública en la Región Andina, a diferencia de la privada, cumple un rol importante en la educación de tercer nivel formando a profesionales de la salud: veintitrés de los veinticuatro entrevistados habían estudiado su licenciatura en universidades públicas. Por otro lado, el papel que juegan las universidades en los países de destino es decisivo, pues aportan directamente en la formación de postgrado de los profesionales médicos, no así de enfermeras-as. 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 los profesionales médicos resultaría más fácil que para las-os enfermeras-os, de algún modo, encontrar los me-

dios para salir antes de sus países de origen a especializarse.

Por otro lado, entre las posibles razones que estos profesionales de la salud resaltaron para retornar a sus países de origen constan, en primer lugar, la nostalgia por la separación de la familia, y en particular de los hijos; en segundo lugar, razones relacionadas con cuestiones profesionales, como contar con un buen empleo en origen que les permita poner en práctica lo aprendido; en tercer lugar, los motivos económicos, en particular la crisis económica de 2008 y el encarecimiento de la vida en los países europeos; y, finalmente, el sentido de pertenencia a sus países, pues como lo afirma un entrevistado: “[...] uno nunca deja de ser extranjero, aunque esté bien recibido” (Médico boliviano, 34 años, Barcelona, mayo 2010).

En términos generales, tal y como lo esperaban los migrantes profesionales emigrados, sus expectativas personales/familiares, laborales/profesionales, relacionadas con el contexto del país de destino, fueron cubiertas, incluso muy por encima de lo que esperaban en algunos casos. Siendo así, se puede suponer que hechos como estos (expectativas en destino cumplidas) son elementos claves que incentivan a futuras migraciones, pues el conocimiento, las estrategias y las experiencias migratorias se pasan entre amigos, colegas y de generación en generación, configurando así una suerte de *continuum migratorio*. Entre las razones que explicarían el porqué de esas repercusiones positivas que la emigración ha traído a estos veinticuatro profesionales figuran (en orden de preferencia) un mayor reconocimiento por la experiencia laboral adquirida en el extranjero, la posibilidad de configurar redes transnacionales de intercambio profesional con los nuevos colegas en los países de destino y un mayor desarrollo y seguridad profesional. Solo en uno de los dos casos que dijeron que la emigración ha tenido repercusiones laborales negativas se señala la causa: perder pacientes en consulta privada. Así, a decir de los entrevistados, en términos generales la emigración habría tenido repercusiones laborales positivas, convirtiendo a los emigrados en profesionales más competitivos y, por tanto, más valorados dentro del sistema de salud de sus países de origen.

### Modus operandi de la migración de personal andino de salud a España

Una de las dimensiones analizadas en el estudio fue la dinámica del proceso migratorio de esos veinticuatro profesionales de la salud emigrados y entrevistados en España. Por ello, se exploró la existencia o no de una emigración previa, el momento de salida y la inserción en destino.

- Etapa 1, emigración previa: sólo cinco de los veinticuatro entrevistados contaba con un

proceso migratorio anterior; todos ellos eran médicos-as. Un médico peruano había emigrado a Estados Unidos por dos años, y otro de esa misma nacionalidad vivió en Bolivia por tres 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 tres años. Ninguna de las doce enfermeras entrevistadas había tenido una experiencia migratoria previa.

- Etapa 2, el momento de la salida: los veinticuatro entrevistados identificaron a ciertas personas como influyentes directas en su decisión: familiares cercanos, amigos, pareja y compañeros de trabajo. En términos generales, entre las enfermeras, las personas que más influyeron en su decisión migratoria fueron sus familiares. De hecho, en ocho de los doce 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 cuatro casos); los compañeros de trabajo (en tres casos); algún familiar (madre o tío, en tres casos); y en dos casos dijeron que nadie los influyó, pues fue una decisión individual.
- Etapa 3, la inserción: en esta fase la existencia de redes sociales, sean en el ámbito familiar o laboral, fue indetectada como un elemento fundamental. Así, diecinueve de los veinticuatro entrevistados tenía un contacto previo en España antes de emigrar, lo cual facilitó el proceso de emigración (desde Ecuador o desde otro lugar de origen por una emigración previa) y de inserción, pues se trataban de familiares directos, parientes o amigos que los recibirían en destino, facilitando la llegada y la adaptación social y cultural. Por el contrario, en el ámbito laboral, solo la mitad de los encuestados (doce de veinticuatro) contaba con algún compañero de trabajo que había emigrado previamente, lo que, a decir de los profesionales entrevistados, les significaría apoyo para conseguir trabajo dentro del sistema de salud, para adaptarse al mismo y también como apoyo emocional.

Resulta interesante constatar que en este tipo de migración también está presente la dinámica del proceso migratorio y la configuración de redes. Sin duda, el aprendizaje social que pasa de un migrante a otro y el apoyo emocional de las redes son elementos claves que permiten la ejecución de un proyecto migratorio, la inserción social y laboral y la eventual multiplicación de la salida esos profesionales de la salud.

### Experiencias subjetivas de los migrantes profesionales de la salud

Uno de los aportes más interesantes del estudio es la exploración de las experiencias subjetivas negativas de esos veinticuatro profesionales de la salud emigrados a España. La mayoría de los encuestados (veintiuno de veinticuatro) resaltaron algunos elementos negativos de su experiencia laboral. La discriminación en el entorno laboral, la separación de la familia, el trato distinto de los pacientes y el aprendizaje del 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, Barcelona, junio 2010); "Recibí un trato hostil por ser sudaca" (Enfermera peruana, 52 años, Barcelona, mayo 2010); "Te tratan como si no supieras nada [...] Tengo poca y pobre relación con las compañeras de trabajo" (Enfermera peruana, 37 años, Barcelona, mayo 2010); "Me han hecho sentir mal y he tenido que adaptarme a un trato hostil" (Enfermera colombiana, 43 años, Barcelona, junio 2010); "No me siento a gusto con mis compañeros de trabajo, hay un trato hostil" (Enfermera venezolana, 27 años, 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, Barcelona, mayo 2010); "Hay muchos celos profesionales y la mentalidad catalana es muy cerrada ante nosotros" (Médico colombiano, 27 años, Barcelona, mayo 2010); "Es difícil insertarse por ser extranjero" (Médica ecuatoriana, 43 años, 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 de 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. Trabajar utilizando otro idioma, el catalán, también es un elemento negativo que fue señalado, específicamente por una enfermera peruana y una médica chilena. 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.

Otro de los aspectos subjetivos resaltado fue el hecho de ser padre y/o madre a la distancia. Sólo cinco de los veinticuatro encuestados eran padres o madres a la distancia. Todos lo describen como un proceso sumamente duro, doloroso, que les llena de tristeza y de culpa continuamente e, incluso, deja 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 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 los identifican, sobre todo, en el período inicial de la migración. Luego bajan en intensidad, pero siempre están presentes.

### Estudiantes de enfermería y medicina con intención de emigrar

Los resultados de las 111 encuestas realizadas a estudiantes de los últimos cursos de Medicina y Enfermería en universidades públicas de los seis países describen un perfil de personas mayores de 20 años y menores de 30 (excepto en Venezuela, donde el 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, fueron más débiles que las expulsoras. España aparece como el destino migratorio mencionado con mayor frecuencia, seguido por Argentina, Chile, Brasil y México.

Las respuestas sobre el tema de la exclusión evidencian que uno de cada dos potenciales emigrantes 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 profesio-

nal. En la dimensión privada, la poca realista posibilidad de llevar consigo a sus hijos-as en el caso de tenerlos 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. Resulta interesante destacar que más del 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% corresponde 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 con 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 políticas también en este nivel.

### De salida: algunas recomendaciones

El análisis hecho a lo largo de este *dossier* permite comprender la complejidad que entraña la migración de profesionales de la salud de la Región Andina, sus causas, consecuencias y la dinámica de este tipo de migración. Sin embargo, varias dimensiones que fueron abordadas en el estudio original no han podido ser tratadas en este *dossier*, como el proceso mediante el cual opera el retorno de esos profesionales, la reinserción laboral en origen o la segunda migración a otros países de la Comunidad Europea. En definitiva, dada la amplitud y la importancia de esta temática, es necesaria la publicación de la totalidad del estudio ya que así se podría conocer a profundidad este tipo de migración, y las similitudes y diferencias existentes en los seis países andinos.

Tal como se sugirió desde la introducción de este *dossier*, uno de los mayores propósitos de esta investigación fue generar recomendaciones de política pública frente a la salida de médicos-as y enfermeros-as. Ya se ha mencionado la necesidad apremiante de contar con sistemas de información sobre los *stocks* y flujos de los trabajadores de la salud. Contar con este tipo de información es la base para identificar las condiciones y experiencias migratorias, laborales y vitales, y para que los Estados de origen y destino puedan diseñar y ejecutar mecanismos paliativos frente a la emigración de médicos-as y enfermeros-as. Además, como sugieren la OPS y la OMS, solo con información precisa es posible dar cuenta de acciones poco éticas en el reclutamiento de personal de la salud, y normar esas políticas de reclutamiento y los procedimientos de contratación. Ambos organismos internacionales enfatizan en



[http://fotos.mexico.lainformacion.com/salud/enfermedades/dia-de-la-enfermera\\_xmkbqEsezF1cfKBwhmWAt7/](http://fotos.mexico.lainformacion.com/salud/enfermedades/dia-de-la-enfermera_xmkbqEsezF1cfKBwhmWAt7/)

la necesidad de crear acuerdos bilaterales y multilaterales entre los países de origen y destino, que ante todo velen por la protección de los derechos de estos migrantes y busquen contrarrestar de algún modo los inevitables impactos negativos que deja la migración de recursos humanos del área de la salud (OPS-OMS, 2006). Recientemente se creó el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud. En mayo de 2010 durante la 63ª Asamblea Mundial de la Salud, los Estados miembros se comprometieron a llevar a la praxis este Código, cuyos objetivos son: 1) establecer y promover principios y prácticas voluntarias en relación con la contratación internacional ética de personal de salud, tomando en consideración los derechos, las obligaciones y las expectativas de los países de origen, los países de destino y el personal de salud que emigra; 2) servir de referencia para ayudar a los Estados miembros en el establecimiento o mejoramiento del marco jurídico e institucional necesario para la contratación internacional de personal de salud; 3) proporcionar orientación que pueda utilizarse según corresponda en la formulación y aplicación de acuerdos bilaterales y otros instrumentos jurídicos internacionales; y 4) facilitar y promover el debate internacional y fomentar la cooperación en los asuntos relacionados con la contratación internacional ética de personal de salud como parte del fortalecimiento de los sistemas de salud, centrándose en particular en la situación de los países en desarrollo. La efectiva puesta en marcha del nuevo Código, componente medular de las respuestas bilaterales, nacionales, regionales y mundiales a los problemas de la migración de personal sanitario y del fortalecimiento de los sistemas de salud, permitirá que los Estados miembros avancen en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio y otros objetivos de desarrollo acordados a nivel internacional y, sobre todo, en el fortalecimiento de los sistemas de salud (OMS, 2010).

Si bien hasta hace unos años la migración calificada de personal de salud era considerada como una válvula de escape, dadas las limitaciones de la oferta de trabajo de estos países, y más bien era incentivada, el problema comienza lentamente a cobrar una magnitud que parece inquietar a ciertas autoridades de la región. Sin embargo, llama la atención que en la mayor parte de los países andinos involucrados en el estudio aún no se visibilice en la agenda pública el proceso migratorio de profesionales de la salud y, por ende, no se hayan tomado medidas específicas para palear sus causas y consecuencias, sobre todo por el hecho de que la salida de estos profesionales supone una doble pérdida para esos Estados: pérdida de ciudadanos y pérdida de la inversión estatal hecha en su formación como médicos-as y enfermeros-as (OPS-OMS, 2006: 41).

De esta manera, siguiendo las propias recomendaciones que hace el estudio, lo más deseable sería que los países emisores tomen medidas para alentar a los médicos-as y enfermeros-as a permanecer en sus países. Entre estas recomendaciones constan: crear un sistema de planificación en recursos humanos en salud en cada uno de los seis países andinos, de tal suerte que, a la par, se regule el número de médicos que se forman en las universidades y se equilibre el número de médicos-as y enfermeros-as, y el número de plazas; e incentivar a las universidades a ofrecer cursos de especialización de alto nivel en las áreas requeridas para cubrir la demanda de la población de acuerdo a sus perfiles epidemiológicos, ya que este es uno de los motivos para migrar. Además, es fundamental que en los países de origen se creen nuevos y continuos nichos laborales para los profesionales de la salud recién graduados y se mejoren las condiciones de trabajo más allá del incremento de salarios, ofertando capacitación, tecnología, puestos de trabajo seguros y carrera sanitaria. Por otra parte, resulta clave desarrollar la capacidad de los países para lograr una gestión estratégica de sus recursos humanos en salud y así evitar la subutilización del personal de la salud dentro de los procedimientos internos. Se deben tomar medidas para impulsar y fortalecer los ámbitos de la gestión de la educación, integrando la formación y la educación en el trabajo para alcanzar las metas de los sistemas de salud y cubrir las necesidades de la población andina. Adicionalmente, se deberían implementar programas de cooperación con España para que se acuerden beneficios mutuos alrededor de los temas migratorios; es decir, diseñar una política sobre migración calificada con la participación de los países andinos y el país de destino, en este caso España, 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 en el desarrollo de la experiencia en el trabajo.

Uno de los elementos claves que emergen del análisis hecho es el desafío de revertir esa 'inevitabilidad' que al parecer entraña este tipo de migración. Una de las medidas apremiantes que se puede adoptar a corto plazo es el establecimiento de estrategias para fortalecer los sistemas educativos e investigativos y, sobre todo, para abrir nuevos nichos laborales y oportunidades vitales para evitar esa pérdida de profesionales. Así mismo, es inminente generar políticas de retorno para que esos profesionales, sobre todo aquellos que están siendo 'desperdiciados' en destino, puedan regresar e insertarse laboralmente. En el actual contexto de la acelerada integración global, es apremiante que se tomen medidas colectivas entre países para responder a esta pérdida de profesionales. En el caso latinoamericano, tanto el MERCOSUR como la recientemente constituida UNASUR deben dar prioridad en sus agendas públicas al proceso migratorio latinoamericano, y en particular al de la migración calificada. Generar sistemas de información regional es sin duda un primer paso que sienta las bases para tomar medidas conjuntas y, sobre todo, apelar a un trabajo colectivo entre regiones de origen y destino, para aminorar los efectos innegables que supone la pérdida de cuadros calificados para el desarrollo latinoamericano. Un desafío mayor que queda por delante es tomar medidas críticas y más radicales que cuestionen esa desigual interdependencia global que desde mediados del siglo XX ha justificado el reclutamiento de profesionales en países pobres beneficiando ampliamente a los países ricos. De lo contrario, la salida de migrantes profesionales de la salud solo seguirá en aumento como respuesta directa a esas amplias y profundas desigualdades generadas por el capitalismo contemporáneo.

## Bibliografía

- Aguirre, D. (2012). "Plan Retorno para profesionales de la salud se socializará la próxima semana en España e Italia". Visita 5 noviembre 2012 en [http://asambleanacional.gov.ec/blogs/dora\\_aguirre/2012/10/05/plan-retorno-para-profesionales-de-la-salud-se-socializara-la-proxima-semana-en-espana-e-italia/](http://asambleanacional.gov.ec/blogs/dora_aguirre/2012/10/05/plan-retorno-para-profesionales-de-la-salud-se-socializara-la-proxima-semana-en-espana-e-italia/)
- Bach, S. (2003). "International Migration of Health Workers: Labour and Social Issues". *Working Paper 209 Sectorial Activities Programme*. Geneva: International Labour Office. Visita 12 noviembre 2010 en [http://www.medact.org/content/health/documents/brain\\_drain/Bach%20Health%20worker%20Migration%20WP%20209.pdf](http://www.medact.org/content/health/documents/brain_drain/Bach%20Health%20worker%20Migration%20WP%20209.pdf)
- Banco Mundial (2008). "Top Immigration Countries". *Migration and Remittances Factbook 2008*. Visita 16 septiembre de 2010 en <http://siteresources.worldbank.org/INTPROSPECTS/Resources/334934-1199807908806/Top10.pdf>
- Balacs, P. (1975). *La transferencia inversa de tecnología: dimensiones, efectos económicos y consecuencias de política*. Oxford: Secretaría de la UNCTAD.
- Barré R., V. Hernández, J. B. Meyer y D. Vinck (2004). "Scientific Diasporas: How Can Developing Countries Benefit from their Expatriate Scientists and Engineers?". *Institute de Recherche pour le Development*. France: IRD Edition.
- Castles, S. y M. Millar (2004). *La era de la migración*. México: Editorial Miguel Ángel Porrúa, Universidad Autónoma de Zacatecas, Secretaría de Gobernación.
- Campuzano, A. (2005). "Sociología y misión pública en el Ecuador. Una crónica sobre educación y modernidad en América Latina". *Espacio público y privatización del conocimiento. Estudios sobre políticas universitarias en América Latina*, Levy B. y P. Gentili. Buenos Aires: CLACSO.
- Carrington W. J y E. Detragiache (1998). "How Big is the Brain Drain?". *IMF Working Paper 98*. Washington, D.C.: International Monetary Fund.
- Coloma, S. (2012). "La migración calificada en América Latina: similitudes y contrastes (Dossier central)". *AndinaMigrante*, No. 13, julio: pp. 2-14. Quito: FLACSO Ecuador.
- Docquier F., O. Lohest y M. Abdelslam (2007). "Brain Drain in Developing Countries". *Discussion Paper 4 Département des Sciences Économiques de l'Université Catholique de Louvain*. Visita 11 octubre de 2010 en <http://sites-test.uclouvain.be/econ/DP/IRES/2007-4.pdf>
- Gil, S. (2006). "Periféricos a la conquista de la metrópolis. Panorámica sobre las (in)migraciones latinoamericanas en España". *Revista de Estudios Migratorios Latinoamericanos*, Vol.60, pp. 291-342.
- Glick-Schiller, N. (2007). "Transnationality". En David Nugent y Joan Vincent (eds.). *A Companion to the Anthropology of Politics*. London: Blackwell Publishing, pp. 448-467.
- Loeffler, I. (2001). "Medical Migration, Nairobi". *The Nairobi Hospital proceedings*. Visita 21 noviembre de 2010 en <http://www.cmj.hr/2001/42/5/11593497.pdf>
- Lozano, F. y L. Gandini (2009). *La emigración de recursos humanos calificados desde países de América Latina y el Caribe. Tendencias contemporáneas y perspectivas*. Caracas: SELA-OIM.
- Lowell B., A. Findlay y E. Stewart (2004). "Brain Strain. Optimizing Highly Skilled Migration from Developing Countries". *Asylum and Migration Working Paper 3*. Londres: Institute for Public Policy Research. Visita 12 octubre de 2010 en [www.ippr.org/members/download.asp?f=/ecomm/files/brainstrain.pdf](http://www.ippr.org/members/download.asp?f=/ecomm/files/brainstrain.pdf)
- Maldonado-Dennis, L. (1976). *Puerto Rico y Estados Unidos: Emigración y Colonialismo*. México: Siglo XX.

- Mármora, L. (2003). "Políticas migratorias consensuadas en América Latina". *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, Año 17, N° 50, abril: 111-142.
- Martínez Pizarro, J. (2008). *América Latina y el Caribe: migración internacional, derechos humanos y desarrollo*. Santiago de Chile: CEPAL
- Maybud, S. y C. Wisko (2006). "Care Trade: Las comisiones de las contratistas internacionales de los profesionales de la salud". *Merchants of Labour*, OIT. Ginebra: Instituto Internacional de Estudios Laborales.
- Mejía, A, H. Pizurk y E. Royston (1979). *Physician and Nurse Migration: Analysis and Policy Implications*. Geneva: World Health Organization.
- Mensah, K., M. Mackintosh y H. Leroi (2005). *The 'Skills Drain' of Health professionals from the Developing World: a Framework for Policy Formulation*. London: Med Act. Visita 13/10/2010 en [http://www.migrationdrc.org/research/typesofmigration/skilled\\_migration\\_key\\_readings.html](http://www.migrationdrc.org/research/typesofmigration/skilled_migration_key_readings.html)
- Meyer J. B. y M. Brown (1999). *Scientific Diasporas: A New Approach to the Brain Drain*. Discussion Paper No. 41. Geneva: UNESCO Management of Social Transformations (MOST). Visita 09/09/2012 en <http://www.unesco.org/most/meyer.htm>
- Neira, F. (2009). "Migración, remesas e indicadores económicos en la Comunidad Andina". *Latinoamérica* [online], No 49, México, julio-diciembre: 79-96. Visita 7 octubre de 2010 en [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-85742009000200004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-85742009000200004&lng=es&nrm=iso)
- Observatorio Sanitario en Atención Primaria (2006). Visita 10/11/2010 en <http://www.observatoriosanitario.org/>
- OCDE (2002). "International Mobility of the Highly Skilled". *OECD Policy Brief*. París. Visita 10 noviembre de 2010 en <http://www1.oecd.org/publications/e-book/9202011E.PDF>
- OMS (2010). "Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud". 63ª Asamblea Mundial de la Salud, Punto 11.5 del orden del día. Visita 12 noviembre de 2010 en [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA63/A63\\_R16-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-sp.pdf)
- OPS, OMS, Unión Europea, Escuela Andaluza de Salud Pública, Fundación Observatorio Social del Ecuador (2011). *Estudio multicéntrico de la migración calificada en salud en la subregión Andina – España*.
- OPS-OMS (2006). *Migración de recursos humanos en salud. Estudio Subregión Andina*. Lima: Organización Panamericana de la Salud, Red Andina de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina.
- OPS y Fundación Ecuatoriana para la Salud y el Desarrollo (2007). *Aproximaciones a la migración del talento humano en salud en Ecuador. Estudio de migración de médicos ecuatorianos a Chile, migración de médicos y enfermeras recién graduados en ciudades seleccionadas*. Quito: OPS, Fundación Ecuatoriana para la Salud y el Desarrollo y Consejo Nacional de Salud.
- Organización de Naciones Unidas (1998). "Recomendaciones sobre estadísticas de las migraciones internacionales". *Revisión informes estadísticos*. Serie M. No. 58, Rev. 1, Nueva York.
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2010). *Hechos y cifras*. Visita 16 septiembre de 2010 en <http://www.iom.int/jahia/Jahia/about-migration/facts-and-figures/lang/es>
- Pellegrino, A. (2008). "La migración calificada en América Latina". *Revista Foreign Affairs en español* [on line], abril-junio. Vista 7 octubre de 2010 en <http://imprasc.net:29572/ArticulosdelInteres/Documents/Foreign%20Affairs%20Latinoam%20C3%A9rica/03%20migracion%20calificada.pdf>
- \_\_\_\_\_ (2001). ¿Drenaje o éxodo? Reflexiones sobre la migración calificada. Visita 8 octubre de 2010 en [http://www.universidadur.edu.uy/bibliotecas/trabajos\\_rectorado/doc\\_tr12.pdf](http://www.universidadur.edu.uy/bibliotecas/trabajos_rectorado/doc_tr12.pdf)
- \_\_\_\_\_ (1995). "La migración internacional en América Latina". *Notas de Población*, N° 62: 177-210. Chile: CELADE.
- Pellegrino, A. y J. Martínez Pizarro (2001). "Una aproximación al diseño de políticas sobre la migración internacional calificada en América Latina". *Serie Población y Desarrollo* 23. Santiago de Chile: Proyecto Regional de Población CELADE-Fondo de Población de las Naciones Unidas y Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía CELADE-División de Población de la CEPAL.
- Ramírez de Castro, N. (2010). "Se buscan 25000 médicos en España, 3600 especialistas extranjeros cada año". *Periódico ABC*, Madrid, 30 de octubre 2010. Visita 20 noviembre de 2010 en <http://www.abc.es/20090305/nacional-sociedad/buscan-medicos-espana-especialistas-20090305.html>
- Sassen, S. (2001). *¿Perdiendo el control? La soberanía en la era de la globalización*. España: Ediciones Bellaterra.