

3. Marco General de la Migración de los Profesionales de Salud – Contexto en Centroamérica – Apuntes y Perspectivas

Con el llamado a la Acción de Toronto en el año 2005, se cimenta una movilización de alcance nacional e internacional en la región de las Américas, para fortalecer el personal de salud, teniendo como referente los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y buscando proporcionar acceso a servicios de salud con equidad, calidad y eficiencia. De esta manera, 28 países asumen el compromiso de enfrentar los 5 desafíos en los siguientes 10 años. En este grupo se encuentran los 7 países centroamericanos y República Dominicana.

Un trabajador migrante internacional es definido por la *Convención Internacional de las Naciones Unidas sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migrantes y de sus Familias*, de 1990 como toda “*persona que vaya a realizar, realice o haya realizado una actividad remunerada en un Estado del que no sea nacional*”. Esta definición algo amplia en su alcance, sería precisada en 1997 en los siguientes términos: “*toda persona que se traslada a un país que no sea su lugar de residencia habitual por un período de al menos un año (12 meses), de forma que el país de destino se convierte en su nuevo país de residencia habitual*”. Como complemento a estas definiciones es importante considerar que según su estructura, los movimientos migratorios pueden clasificarse en migración permanente (migración a largo plazo, de varios años de duración), migración temporal (de tres meses a un año de duración), o migración estacional (entre uno y tres meses de duración) (ILO, 2003).

El proceso migratorio ha sido analizado desde una perspectiva dinámica, en función de factores atrayentes y expulsivos. Entre los expulsivos, las condiciones de vida, los problemas políticos-sociales, y la situación económica, son los generalmente citados. Entre los atrayentes, la demanda de mano de obra (calificada y no calificada),

las oportunidades económicas y laborales, así como la estabilidad y libertad política han sido las principales.

Una disciplina que ha contribuido particularmente en el tema de la migración es la demografía. En este caso, una línea de análisis particular ha sido el de la transición demográfica que vincula la transición posible de las altas tasas de nacimiento y mortalidad a tasas inferiores, como parte del desarrollo económico de un país desde una economía preindustrial a industrial. El modelo que se construye con base en esta teoría “Modelo de Transición Demográfica (DTM por sus siglas en inglés)” es basado en la interpretación de Warren Thompson (Organización Panamericana de la Salud, 2006). Un caso que puede servir de ejemplo para el impacto que tienen las migraciones, desde una perspectiva demográfica, es el de Uruguay: anualmente, nacen 52.000 niños, mientras que mueren 32.000 personas, lo que daría un crecimiento de 20.000 por año. Sin embargo, en el 2002 y 2003 migraron entre 20 y 25.000 personas, con lo que el crecimiento fue prácticamente nulo (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

Latinoamérica, es una región históricamente vinculada a la migración. Inicialmente ampliamente receptora, cambiaría en la década de los 50s a ser proveedora de migrantes. Se ha estimado en 26 millones el número de migrantes latinoamericanos, representando el 13% del total global. Los principales países proveedores son México, países del Caribe, Colombia, Cuba y El Salvador. El destino principal es Estados Unidos de América y, en menor grado Europa.

Los programas de ajuste estructural que acontecieron en la región, vinculados a la crisis eco-

nómica de los 80s, se constituyeron en factores determinantes del incremento marcado en los flujos migratorios, al transformar los procesos productivos, reestructurar los mercados laborales y colocar amplias franjas de la población en la disyuntiva de sobrevivir en condiciones de extrema pobreza o procurar esperanzas en nuevos destinos. Es importante señalar que esta política tuvo su expresión en varias dimensiones:

- Apertura a la inversión extranjera, abandonando en general los granos básicos, transformando la producción en función de la agroindustria y la maquila.
- Reestructuración del Estado, que en la mayoría de los casos significó un abandono del rol rector, dejando la provisión de servicios públicos al mercado y la interacción no regulada de los actores.
- Cambios en los marcos laborales, asociados a políticas de flexibilización y precarización del empleo, así como disminución de la fuerza de trabajo.

Otro factor, que se asocia al incremento de la migración que especialmente acontece en la región, ha sido asociado a las catástrofes climáticas como la sucedida en la región centroamericana con el Huracán Mitch. Este último fenómeno es sumamente importante para efectos del análisis de la migración, ya que tiene al menos 2 impactos directos en los flujos: por un lado desarraigó a cientos de miles de habitantes hacia las grandes ciudades y el exterior y por otra parte es el factor que catalizó el surgimiento del Programa Internacional de Cooperación de la República de Cuba, que se extendería en los siguientes años a otros países de las Américas.


Finalmente, un tercer factor a considerar, y no menos importante, es la situación de violencia que han vivido y viven, en mayor o menor medida todos los países centroamericanos, en déca-

das pasadas bajo la forma de violencia política y conflicto bélico y en décadas recientes asociada a la violencia social e inseguridad ciudadana.

En forma esquemática, existen tres razones por las que los médicos y enfermeros(as) migran: para aprender, buscando la satisfacción profesional junto con la oportunidad de tener una vida decente y la tercera es escapar la opresión política y el estancamiento profesional (Medical Migration, 2001).

Existe un severo déficit de personal de salud, estimado en 40 millones de profesionales por la Organización Mundial de la Salud, en el 2006, la migración internacional de profesionales en salud, que se ha extendido recientemente, refuerza este desbalance. Así, entre el 25% y el 28% de los médicos/as que ejercen en los países de la OCDE son graduados en el exterior y entre el 40% y el 75% de esos médicos/as, provienen de países pobres (Fitzhugh, 2005, citado en OPS, 2006). Más aún, en cuatro países (Estados Unidos, Reino Unido, Canadá y Australia) se desempeñan 1.589 médicos/as jamaquinos, que equivalen al 70% de los que lo hacen en su país; 1.067 haitianos, que equivalen al 55% de los médicos/as en Haití; 3.262 dominicanos, que representan el 21% de los que actúan en su país y cifras variables proporcionalmente altas de 4 a 5% de médicos/as peruanos, bolivianos, guatemaltecos, panameños, costarricenses y colombianos (OPS, 2006).

Sin embargo, la situación es particularmente más grave en África. Así en el año 2005, Gran Bretaña contaba con aproximadamente 12.000 médicos/as africanos y continúa siendo un receptor importante de médicos/as y enfermeras/os/as de Sudáfrica, Zimbabue, Nigeria y Ghana; más aún en Gran Bretaña el 31% de los médicos/as y el 13% de las enfermeras/os son extranjeros, y en Zambia, solamente quedaban 50 de los 600 médicos/as formados desde su independencia en 1964 (Trahtemberg, 2005).



Recopilar estos datos, con la precisión requerida, es un desafío adicional. Por ejemplo en el caso de España, de acuerdo a Helena Sanabria (Sanabria, 2010), la mejor información es aquella obtenida de la afiliación a la seguridad social y los contratos registrados en el Servicio Público de Empleo (SEPE)⁵. En este estudio se encuentra que los contratos en España de médicos, odontólogos y enfermeros, provenientes de los países andinos, tienen en su gran mayoría el carácter de temporal (80-95%), proceso que percibe la autora se incrementa en los años recientes del estudio. Asimismo, destaca en la tipología de este Estudio, aquellos de “interinidad, eventual circunstancias de la producción”, sugiriendo niveles encubiertos de precariedad.

En cuanto al número de médicos y enfermeros activos provenientes de otros países, nos sirve la aproximación que realiza Sanabria, que acude a través de las solicitudes de homologación y resoluciones positivas de homologación del título de medicina general y enfermería⁶. Se constata un incremento significativo entre los años 2002 y 2009⁷ con un 85% a 95% de solicitudes que culminaron con la homologación de los títulos de medicina.

Un proceso que requiere especial análisis en el tema de la migración, es el desfase que existe en la currícula de las facultades y escuelas de medicina y enfermería. El hecho de realizar una formación biomédica desvinculada del escenario y el contexto de ejercicio de la profesión, de la salud comunitaria, incorpora como derrotero natural el procurar un camino que afirme el modelo incorporado (hospitalario, de alta complejidad, urbano). La migración se constituye así en una consecuencia natural; y en contraposición, la formación de auxiliares y técnicos pue-

de constituirse en una respuesta más funcional del sistema formador a las demandas reales de las instituciones proveedoras de servicios de salud. Recogiendo el ejemplo señalado por Pilar Reyes, la formación de auxiliares de enfermería se ve entonces incrementada, especialmente por instituciones privadas, lo que va de la mano con una escasez de enfermeras en los 3 niveles de atención (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

Estados Unidos es el principal país de destino de los profesionales de salud de Centroamérica. Esto es en parte explicado, por la alta demanda y el déficit creciente que existe en el país del norte, y que como se observa en la siguiente figura, camina a tornarse crítico en los siguientes años. Se estima que el número actual requerido es de más de un millón de nuevas enfermeras (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

⁵Antes denominada Oficina Pública de Empleo. H. Sanabria hace notar de fuente proporciona la mayor fiabilidad de los datos, especialmente en el caso de este estudio, ya que el tamaño de la población objetivo es pequeño en comparación con la población total

⁶Como en cualquier país, el reconocimiento del título requiere un trámite que se constituye en requisito para acceder al mercado laboral y las oportunidades de desarrollo profesional, lamentablemente, sin embargo, la naturaleza de estos datos no permiten a la autora inferir si los profesionales residen en España.

⁷Destacando Colombia con 6,534 solicitudes entre los años 2002 y 2009, Perú con 4,239 y Venezuela con 3,584.

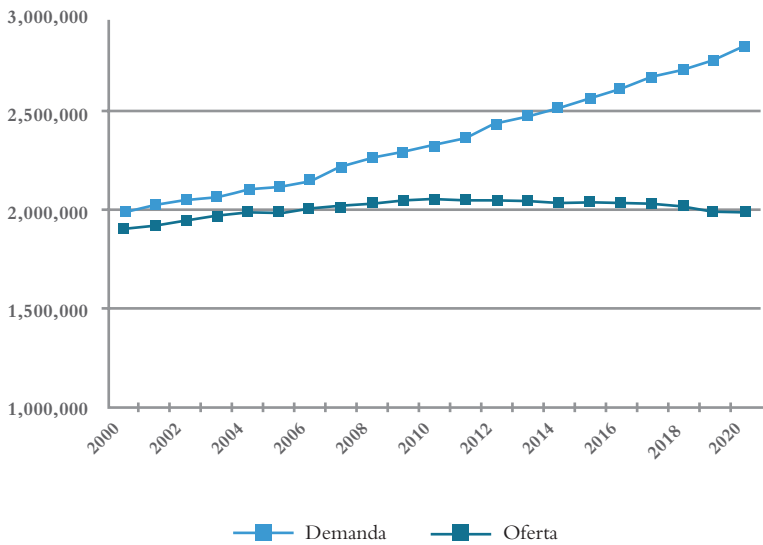


FIG. 1. Proyección de oferta y demanda de enfermeras. 2000 – 2020. Fuente: Bureau of Health Professions, RH Supply and Demand Projections, tomado de Organización Panamericana de la Salud - Área de Sistemas y Servicios de Salud, 2008.

Otro importante punto a considerar es la débil estructura formativa en varios países, que dificulta una expansión de la formación de profesionales, como la requerida, para afrontar el déficit existente. Esto se ve agravado en la medida en que algunas universidades, particularmente

privadas, comienzan a orientar su formación hacia un mercado internacional, lo que se expresa en formación bilingüe, acuerdos con agencias reclutadoras y contenidos de formación enfocados en escenarios distintos al nacional.

4. Migración calificada a destino específicos

Mediante el uso de fuentes de información secundarias sobre la migración de profesionales de medicina y enfermería, específicamente el Examen Médico Interno Residente (MIR) administrado el *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en España*, y el *National Council Licensure Examination for Registered Nurses (NCLE-RN)* administrado por el *National Council of State Board of Nursing (NCSBN) en EEUU de Norte America*, el presente estudio busca una aproximación al volumen de migración calificada de los países centroamericanos.

Es importante ser consciente de las limitaciones de esta aproximación, aun cuando son las únicas fuentes confiables que tuvimos a nuestra disposición, en la medida en que un importante número de profesionales pueden emigrar, sin emplear necesariamente los canales formales de validación del título y habilitación profesionales,

establecidos por estos países. Sin embargo como apreciaremos más adelante, los datos presentados nos permiten apreciar la tendencia que sigue la migración de profesionales desde los países motivo del presente estudio.

4.1 España: postulantes y admitidos al MIR España

En la Tabla No 1 se presentan los datos correspondientes a aquellos aspirantes al examen MIR provenientes de los países de Centroamérica y República Dominicana, entre los años 2001/2002 y 2010/2011.

Podemos observar un creciente número de postulantes para el conjunto de los países estudiados, con excepción de Belice, con diferente intensidad en la pendiente de incremento. En todos los casos, el incremento se hace significativo entre los años 2007 a 2009. Exceptuando el caso