

Serie

RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

55

NOTAS PRELIMINARES
SOBRE MIGRACIÓN Y
ESCASEZ DE ENFERMERAS
EN AMÉRICA LATINA



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Proyecto de Recursos Humanos para el Desarrollo de la Salud (DH)
Área de Sistemas y Servicios de Salud (HSS)

Serie

55

NOTAS PRELIMINARES SOBRE MIGRACIÓN Y ESCASEZ DE ENFERMERAS EN AMÉRICA LATINA



Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud – Área de Sistemas y Servicios de Salud

“Notas Preliminares sobre Migración y Escasez de Enfermeras en América Latina”

Washington, D.C.: © 2008.

Serie Proyecto de Recursos Humanos para el Desarrollo de la Salud N° 55.

ISBN 978 92 75 32922 1

I. Title II. Serie

1. PERSONAL DE ENFERMERÍA
2. MIGRACIÓN
3. SERVICIOS DE ENFERMERÍA – recursos humanos
4. ENFERMERAS – provisión y distribución
5. PERSONAL DE ENFERMERÍA – utilización
6. AMÉRICA LATINA

NLM WY29 DA15

© Organización Panamericana de la Salud, 2008

El presente documento no es una publicación oficial de la Organización Panamericana de la Salud; no obstante, la Organización se reserva todos los derechos. El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido, reproducido o traducido totalmente o en parte, sin autorización previa, a condición de que se especifique la fuente y de que no se use para fines comerciales.

Diseño y diagramación: Matilde E. Molina

Organizadoras

Silvina Malvárez

Asesora Regional OPS/OMS
Washington, D.C., Estados Unidos

Cristianne Famer Rocha

Profesora de la Universidad Luterana del Brasil
Porto Alegre, Brasil

María Cristina Cometo

Profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba
Córdoba, Argentina

Patricia Fabiana Gómez

Directora del Instituto Universitario de Ciencias de los Sistemas Humanos
Córdoba, Argentina

Colaboradores

Gloria Montenegro

Profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Misiones
Misiones, Argentina

Pilar Reyes Navarrete

Directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad Mayor de San Andrés
La Paz, Bolivia

María de Lourdes Souza

Directora del REPENSUL
Santa Catarina, Brasil

Marta Lenise do Prado

Directora Doctorado en Enfermagen
Santa Catarina, Brasil

Wendy Mc Bride

Directora Ejecutiva de la Asociación Canadiense de Enfermeras
Canadá

Alicia Reyes

Presidenta de la Asociación Chilena de Educación en Enfermería
Santiago de Chile, Chile

Luz Angélica Muñoz

Vicedecana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andrés Bello
Chile

María Nubia Romero Ballen

Directora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
Tunja, Colombia

Carmen Falconi Morales

Profesora de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Quito
Quito, Ecuador

Dinorah Molina de Salazar

Directora de Recursos Humanos del Ministerio de Salud de El Salvador
San Salvador, El Salvador

Nena Peragallo

Decana de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Miami
Florida, Estados Unidos

Rutilia Herrera

Directora de la Escuela Nacional de Enfermería de la Universidad de San Carlos
Guatemala, Guatemala

Reina Lidylia Grogan Nuñez

Profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras
Tegucigalpa, Honduras

Severino Rubio Domínguez

Director Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
UNAM, México

Elena de la Motte

Profesora de la Facultad de Enfermería
Universidad de Panamá, Panamá

Nélida Chávez de Lock

Decana del Colegio de Enfermeras del Perú
Lima, Perú

Sonia Velázquez

Decana de la ASPEFEEN
Lima, Perú

Dulce Emilia Medina de Pérez

Directora Escuela de Enfermería de la Universidad Autónoma de Santo Domingo
Santo Domingo, República Dominicana

Silvia Meliá

Profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República
Montevideo, Uruguay

Roberto Rodríguez

Profesor de la Escuela de Enfermería de la Universidad de los Andes
Caracas, Venezuela

Gladys León

Profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de los Andes
Caracas, Venezuela

Mary Lou de León Siantz

Decana Asociada de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Georgetown
Washington, D.C., Estados Unidos

Emily Herzberg

Estudiante de Maestría de la Universidad de Georgetown
Washington, D.C., Estados Unidos

Índice

Introducción	vii
Argentina	1
Bolivia	5
Brasil	7
Canadá	13
Chile	15
Colombia	19
Ecuador	29
El Salvador	35
Estados Unidos	41
Guatemala	49
Honduras	51
México	55
Panamá	59
Perú (primera parte)	67
Perú (segunda parte)	79
República Dominicana	83
Uruguay	89
Venezuela	97
Primeras conclusiones	99
Anexo: Guía preliminar de información y discusión	107

Introducción

El presente informe sistematiza la producción realizada en el II Simposio Panamericano de Investigación en Recursos Humanos de Enfermería desarrollado en Lima, Perú, en noviembre de 2004, en el marco del IX Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. El mismo tuvo como base los Lineamientos de Cooperación Técnica para el Desarrollo de Recursos Humanos de Enfermería de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y se encuadró en los avances logrados por la línea de trabajo sobre Información, Conocimiento y Teoría para el Desarrollo de Recursos Humanos de Enfermería, ámbito de análisis y discusión de tendencias en la investigación.

Los últimos diez años han representado para la enfermería de la Región una época histórica de cambios, caracterizados por diversos desarrollos en el marco de la globalización y la reforma del sector salud. El campo de los recursos humanos de enfermería, ha sido particularmente influido por esas tendencias con procesos simultáneos de transformación positiva en algunos aspectos y negativa en otros.

En ese contexto, la investigación en enfermería aplicada al análisis de los recursos humanos, está produciendo conocimientos que trascienden y son necesarios para la reorganización de los servicios de salud. Sin embargo, estos avances no son lo bastante conocidos, ni compartidos y aparecen dispersos; a menudo pierden potencialidad.

La OPS/OMS viene acompañando estos desarrollos y entiende que las mencionadas razones definen la necesidad de actualizar el proceso de estudio, de reflexión, análisis y sinergia en materia de investigación en recursos humanos de enfermería, que permitan repensar el campo, apoyar progresos y contribuir a orientar rumbos.

En orden a tal propósito, se realizó una primera jornada en México en el 2002. Este Simposio constituyó la segunda parte de una serie de reuniones sobre el tema y en esta oportunidad con una orientación especial hacia la escasez y migración de enfermeras.

El tema de la migración en el contexto de la enfermería ha sido poco estudiado en América Latina, ya sea en lo que concierne a los conceptos, los métodos de investigación, los impactos en la asistencia y sobre

la categoría profesional. Esta realidad llevó a la OPS/OMS a movilizar a enfermeras de las Américas para promover una aproximación al tema.

El término migración está asociado con la idea de viaje, cambio de lugar, de trabajo, de vida; al pasaje de un país a otro, de una región a otra, o sea, significa una mudanza. Por lo tanto, la migración es una movilidad espacial que envuelve la transferencia de la residencia de un determinado lugar para otro. Sin embargo, según la definición de la Organización de Naciones Unidas (ONU), sólo se trata de un cambio permanente de residencia, siendo de este modo excluido el movimiento de los visitantes, turistas y las personas que se trasladan de un lugar para otro de manera rutinaria.

El asunto sobre la migración ha sido abordado por diferentes teóricos, y específicamente, en el campo de la sociología se destacan Malthus, Marx y Weber, quienes resaltan que la movilidad de las personas está asociada a cuestiones económicas, aunque cada uno de ellos presente una concepción distinta. Particularmente, nos llama la atención que Durkheim, reconocía como otro de los problemas asociados a la migración, la desintegración social. Sin embargo, a pesar de comprender la migración como un fenómeno de orden económico y social, también es necesario reconocer y reflexionar sobre la importancia de la enfermería en esta perspectiva, en cuanto a lo que representa su movilidad para la economía de la salud.

La introducción de este tema de la migración en el contexto de la enfermería, representa una convocatoria para la existencia de un programa de trabajo permanente, que la OPS/OMS se compromete a desarrollar, para el análisis, el monitoreo y la definición de las directrices que contribuyan a armonizar la movilidad de las enfermeras.

Los objetivos centrales del Simposio versaron sobre la socialización y discusión de las tendencias en investigación en recursos humanos de enfermería y la exploración conjunta del problema de la migración y escasez de enfermeras en las Américas e intentar sentar las bases para un estudio regional.

La metodología utilizada fue reunir la información preliminar por país participante y confeccionar conclusiones preliminares que fueron presentadas en las actividades del Simposio y compartidas con todos los colegas de las diferentes regiones de las Américas.

En este Informe se presentan los problemas planteados por los diferentes países en relación a la escasez y migración de las enfermeras, esperando que el mismo les permita avanzar en el análisis de la situación de enfermería, avizorar perspectivas y acordar lineamientos para el futuro.

Argentina

GLORIA MONTENEGRO

Sobre migración de enfermeras

En la zona de triple frontera (Argentina, Brasil y Paraguay), se observa que las personas de Brasil asisten a la universidad en Argentina a estudiar enfermería o bien a finalizar su licenciatura; pasa lo mismo en Paraguay, con Bolivia y Perú. En la Universidad Nacional de Misiones (UNAM), ingresan entre dos y diez estudiantes extranjeros de enfermería por año, mientras que de los residentes en el país, específicamente de la provincia de Misiones, asiste un porcentaje bajo.

Los datos de otras provincias –como Córdoba, Buenos Aires y La Patagonia– muestran que las enfermeras de origen chileno, peruano, boliviano y uruguayo se encuentran en mayor porcentaje. Las enfermeras argentinas también emigran a otros países como ser Brasil, Paraguay, Estados Unidos, España, Italia y Canadá, por razones económicas fundamentalmente. En general, los sueldos son mejores en esos países y se busca además buenas condiciones laborales y por ende, superar las condiciones de vida y sobre todo mayores expectativas para sus hijos.

En relación a la legalidad y las condiciones de trabajo y vida de las enfermeras, inmigrantes y emigrantes, en la región del Mercado Común del Sur (Mercosur), se está trabajando en leyes acordes a la realidad de todas las profesiones. Las condiciones de trabajo en los países desarrollados son a partir de mejores salarios; pero las condiciones de vida marcan a las personas por el desarraigo y la separación de su cultura y de sus familias.

El tema de la migración de enfermeras es importante, porque en el libre mercado se dan situaciones difíciles, como son, el llenado de contratos previos con condiciones restrictivas, los costos de las agencias encargadas del traslado y ubicación del personal de enfermería, los altos aranceles de vivienda y seguridad social, y los altos costos de capacitación continua en los países desarrollados; todo lo cual hace muy compleja la permanencia de enfermeras en el extranjero. No obstante, quien apruebe las equivalencias, la acreditación de titulación, es muy difícil que regrese

al país, porque al tener un contrato laboral, su permanencia es más factible y puede renovar su visa sin mayores contratiempos.

Las enfermeras para trabajar en Argentina en los servicios públicos y privados de atención de pacientes deben registrarse en el Colegio de Profesionales de Enfermería. En el Ministerio de Salud Pública de la Nación existe una dirección de registro profesional.

No se conoce una política explícita de migraciones en Argentina con relación a las enfermeras. En el área de formación universitaria, al contar con ingreso irrestricto y con acuerdos internacionales en el ámbito educativo que patrocina hasta un 10% de estudiantes extranjeros, todo el mundo puede acceder a la carrera de enfermería. Por otro lado, es destacable que en el propio Preámbulo de la Constitución Argentina dice...Y para todos los hombres del mundo que quieran habitar el suelo Argentino..., es decir, la inmigración tiene un respaldo de derecho constitucional.

Por estos motivos, sería interesante observar las causas de la migración y los beneficios obtenidos en el ámbito personal, profesional, familiar, y económico. Así también, los costos emocionales, afectivos, familiares, sociales, del mencionado desarraigo personal y profesional. Sin dejar de tener en cuenta que si bien el mundo globalizado nos lleva a ser ciudadanos del mundo, la complejidad en la que se inserta el fenómeno de la migración amerita ser objeto de estudio de las enfermeras.

Sobre la escasez de enfermeras

El tema *escasez de enfermeras* es recurrente en Argentina y se suma el de la fuerza de trabajo en enfermería, que está relacionado a los bajos salarios; la falta de reconocimiento del sector salud (ministros, médicos, otros profesionales) hacia el personal profesional de enfermería; las situaciones de enfermedad que produce el ejercicio profesional a través de los años; la no asignación de recursos presupuestarios para el recambio profesional en los servicios (sector efector) y en las instituciones educativas (sector formador). Esto ocurre desde el inicio del proceso de reforma del Estado (desde la década de los noventa) y demuestra que el tema es recurrente, porque las enfermeras tienen una baja inserción política, es decir, en los niveles de decisión política no hay grupos de enfermeras que se dediquen a dicha actividad, ni en los gremios o sindicatos.

Actualmente hay escasez en Argentina, según los informes de los expertos y de la diferencia abismal entre índices de médicos y de enfermeras por 10.000 habitantes. También en el alto número de graduados de facultades de medicina, psicología y otras, en comparación con el poco número de graduados de escuelas de enfermería. Los procesos se enmarcan en la dificultad de construir el cuerpo y el campo de conocimiento

propio así como definir las funciones indelegables, que se vería afianzado por la construcción de un nomenclador de enfermería o algo similar, dado que ese es el código utilizado en el sistema de atención.

El problema más acuciante de la composición y dinámica de la fuerza de trabajo en enfermería en el país, es el déficit cualicuantitativo, es decir, pocas enfermeras profesionales y pocas especialistas por área de trabajo; además de los deficientes salarios y bajo reconocimiento social. Los currículos de las escuelas tienen poco que ver con las demandas sociales, porque no se forman enfermeras en salud comunitaria, en salud mental, con enfoque de familia y enfoque de riesgo. Existe una *auxiliarización* del cuidado de enfermería, dado que es más fácil crear cursos de auxiliares de enfermería que cursos o carreras de posgrado y especialización en enfermería. Por otro lado, los bajos salarios hacen que los servicios contraten a auxiliares de enfermería porque consideran al profesional como un *recurso humano caro*. A ello se suma que recién comienza el control de calidad de los servicios de atención, tanto público como privado. Existen pocos servicios, todos ellos ubicados en la capital del país, que fueron objeto de evaluación de la calidad de atención, según las normas ISO-9001-9002. En el resto, aún no comenzaron con el proceso de acreditación.

Bolivia

PILAR REYES NAVARRETE

Existen cerca de medio centenar de enfermeras inmigrantes de América del Sur procedentes del Ecuador, Perú, Argentina, México, Brasil y del Caribe. Por otra parte, en respuesta a ofertas internacionales de Europa, Canadá y Estados Unidos, varias enfermeras bolivianas se suscribieron y también emigraron a países vecinos como Chile, Argentina y Perú. En general, van en búsqueda de mejores condiciones socioeconómicas, en razón de que el salario de una profesional recién graduada no satisface ni cubre sus requerimientos personales y profesionales. También emigran para lograr y consolidar un desarrollo personal y profesional.

En relación a la legalidad, condiciones de trabajo y vida de las enfermeras inmigrantes y emigrantes, encontramos que:

- Las enfermeras emigrantes deben estar registradas en la Unidad de Recursos Humanos y Acreditación Profesional del Ministerio de Salud y Deportes; tener carné profesional, su registro en el Colegio de Enfermeras de Bolivia (CEB) y filiales; poseer el carné de colegiada registrado y haber llenado el documento del país en el que va a residir;
- Las enfermeras inmigrantes necesitan tener registro en la institución gremial, evaluación y convalidación de diplomas académicos.

En el caso de enfermeras que vienen a través de organizaciones no gubernamentales o por proyectos específicos, ellas tienen trato especial. Sin embargo, las extranjeras disfrutan de condiciones de empleo iguales a las enfermeras del país con las mismas competencias; lo que implica deberes y responsabilidades. Son profesionales que ocupan cargos definidos con remuneración establecida de acuerdo a la ley o a los convenios internacionales y que establecen residencia permanente gracias a la consolidación de un núcleo familiar.

Solo algunas que han deseado emigrar consiguieron trabajo con facilidad; las que han salido del país por estudios de posgrado han retornado.

En función a parámetros internacionales, se constata un déficit de profesionales en enfermería. Si se hace un cálculo, tomando la población total de Bolivia que alcanza a más de ocho millones de personas y el número de enfermeras que no sobrepasa los seis mil, vemos que las profesionales de enfermería apenas significan el 0,05% de la población nacional. Es un recurso humano insuficiente para cubrir la atención en los centros de salud; por otro lado, no se conoce una política de inmigración y emigración de las enfermeras; aunque en Bolivia se necesiten más profesionales.

Los temas importantes relacionados a la migración de enfermeras y que deberían ser mejor estudiados, son: las condiciones laborales, el estatus profesional y la imagen e identidad profesional.

Sobre escasez de enfermeras

El tema laboral es una gran preocupación para las enfermeras del país; más de 360 están desempleadas, en razón del poco reconocimiento salarial y la subutilización de que son objeto, motivos que las llevan a abandonar el ejercicio profesional, dedicándose a actividades afines o a las que dan más rédito económico. El estado boliviano invierte en la formación académica de enfermeras, sin embargo, no capta ni recupera en la misma dimensión.

Por el contrario, la formación de auxiliares de enfermería se ha incrementado por las instituciones privadas; la proporción es de 28% y 72% de enfermeros y de auxiliares respectivamente, este panorama nos demuestra que la proporción de los cuidados de enfermería dados por profesionales, son en mínimo porcentaje. Así mismo, las instituciones privadas de salud prefieren contratar mano de obra barata, auxiliares de enfermería, en desmedro del profesional calificado. Además, hay escasez de enfermeras en Bolivia en el Primer Nivel de Atención de Salud; existe solo una enfermera jefe, lo que implica que los centros de salud son atendidos por el personal auxiliar de enfermería. En el segundo nivel de atención, solo hay enfermeras para el turno de la mañana; y en el tercer nivel, una enfermera debe atender 30 pacientes como promedio.

El problema más acuciante de la composición y dinámica de la fuerza de trabajo en enfermería en Bolivia es que existe una desvinculación entre Estado, universidad y gremio.

Brasil

MARIA DE LOURDES DE SOUZA
MARTA LENISE DO PRADO

La movilidad de las personas, en distintas épocas históricas, está asociada a un conjunto de factores (Rodríguez, 2002 y 2004).

En este trabajo, la migración es enfocada en la movilidad de los enfermeros para el mercado brasileño y para el contexto internacional, no obstante se reconozca que dicho fenómeno es complejo y no se limita a una cuestión de fronteras.

Brasil, está caracterizado como un polo de atracción para los emigrantes de diferentes partes del mundo, independientemente del tipo de trabajo que realizan, debido a su dimensión continental, densidad demográfica, cultura de hospitalidad y la convivencia pacífica multirracial, determinado todo esto por la propia historia de construcción social de este país. Por lo tanto, la migración no es un asunto social reciente y desde el pasado los inmigrantes europeos y los asiáticos hacen parte de esa realidad brasileña; así como los latinos, donde en la mayoría de las fronteras conviven como hermanos. En tanto, el flujo de brasileños para el exterior, es más actual, requiere estudios que permitan una mayor aclaración de la situación de los emigrantes en el contexto global, principalmente sobre la migración de los enfermeros. Según datos del Departamento del Ministerio de Justicia (año 1997), los países con mayor concentración de emigrantes brasileños son:

TABLA 1: PAÍSES CON MAYOR CONCENTRACIÓN DE EMIGRANTES BRASILEROS

País	Número	Porcentaje
Estados Unidos	598.526	38,36%
Paraguay	460.846	29,54%
Japón	201.139	12,89%
Italia	40.118	2,57%
Alemania	36.092	2,31%
Portugal	32.068	2,06%
Uruguay	19.986	1,28%
Inglaterra	19.510	1,25%
España	10.361	0,66%
Otros países	141.149	9,08%
Total	1.559.795	100%

En el contexto de la bibliografía consultada el tema es incipiente, se trata como si el escenario económico y político todavía no hubiese despertado para la inclusión de los enfermeros en la agenda del análisis acerca de la migración.

Resaltamos que, cuando se habla de migración, es necesario pensar en las condiciones de expulsión y/o en los motivos para salir, o sea, la incapacidad de retener al trabajador y del otro lado, quien recibe y moviliza las condiciones para esto, representado por la capacidad de atracción y de retención. Las condiciones objetivas para el poder de retención de manera general, están asociadas con el mercado de trabajo formal, y este a su vez todavía no tomó conciencia sobre la importancia del valor de la enfermería, particularmente, en lo que respecta a la oferta de los servicios en el sector de la salud.

De modo general, para el brasileño migrar significa mejorar las condiciones de vida, cambiar de nivel social, tener más poder adquisitivo, ir al encuentro de los parientes de origen y, buscar sus orígenes. La movilización, de cierta forma es libre para la salida de un brasileño, por otro lado, el ingreso de extranjeros está reglamentado por diversos dispositivos.

La migración

Aunque la migración de los enfermeros, no sea el tema de estudios económicos y demográficos, está demostrada en la historia de la enfermería, cuando se destaca la llegada de enfermeros de otros países, particularmente de los Estados Unidos de América y de Alemania, para la creación de los cursos de enfermería en la realidad brasileña y también, para fortalecer el cuadro de docentes de los programas de posgrado, según Borenstein (1995), Borenstein, Althoff e Souza (1999), Padilha (1998) Paixão (1978). Además, la Escuela de Enfermería Ana Néri, en Río de Janeiro, por más de treinta años se constituyó en el foco de polarización de la enseñanza de enfermería y, por consiguiente, en eje de migración interna, en términos de la enfermería. De esta manera, pensamos que el año 1923 se representa como un marco de movilidad de los enfermeros, o sea, los originarios de la migración profesional, ahora en desarrollo Sauthier (1996).

Dicha migración está determinada por razones de orden económico y social, como ocurre con la totalidad de los trabajadores. Según Sayad (2000), al referirse a los emigrantes de manera general, afirma que estos traen consigo un deseo de trabajar y mejorar de vida, debido a que les faltan oportunidades de empleo. Para el caso de los enfermeros, esto puede estar asociado también al hecho de que en la mayoría de los países, aun no se descubrió el valor real de la enfermería en cuanto a profesión, o sea

en el impacto que pueda tener para la salud y la asistencia, y por consiguiente en la economía de la salud.

Los enfermeros consultados manifestaron que la migración puede estar asociada con los bajos salarios; a los modos de inserción laboral como son la dominación, obediencia y la dedicación integral al trabajo. Con todo, agregaron que existe falta de incentivos y oportunidades para desarrollar competencias, compatibles con la innovación científica y tecnológica alcanzada por el área de la salud, la cual desencadena insatisfacción y la búsqueda de nuevas oportunidades de trabajo, dentro del contexto de enfermería o en otros sectores productivos.

Los procesos veloces y globalizados en la difusión de oportunidades, tales como, los canales de TV con cable mágico y los sitios de internet, movilizan a los enfermeros hacia el sueño del consumo, así como para la conquista de mejores condiciones de vida. Estos, sólo migran ante oportunidades, reales o imaginarias, para sí y para los hijos, en términos de mejores condiciones de vida, trabajo y educación, y frente a los desfavorables escenarios políticos e ideológicos.

Así, en Brasil, hay enfermeros oriundos de Cuba, Argentina, Perú, Bolivia, entre otros, en búsqueda del mercado brasileño, como aquel que ofrece mejores condiciones de vida y de trabajo, por la oportunidad de desarrollo profesional, debido a las facilidades de acceso a los cursos de posgrado y la falta de un control real del ejercicio profesional.¹ También los enfermeros brasileños migran para los Estados Unidos de América y Europa, particularmente Portugal e Italia; por los mismos motivos que los demás latinos migran para el Brasil.

Por otro lado, en la Comunidad Europea (CE) los requisitos educacionales de formación universitaria para los trabajadores de enfermería, y un insuficiente contingente profesional con esta preparación, hacen que, las organizaciones privadas en países como Italia, movilicen la migración de enfermeros latinos, entre los cuales se encuentran los brasileños, para el trabajo en las redes hospitalarias y en otros servicios. Diferentes son las atracciones para la migración, además de los salarios, hay también la promesa en la validación del diploma de enfermero para trabajar en cualquier país de la CE. Diversas ofertas de oportunidades de migración pueden ser encontradas en los sitios de Internet, como se puede ver en la tabla 2.

1. En Brasil el ejercicio profesional está reglamentado por Ley, debe tener el registro en el Consejo de Enfermería (www.cofen.org.br) y por lo tanto se necesita la validación del Diploma, en una institución de enseñanza pública, acreditada para este fin. En la práctica, el enfermero extranjero, con inscripción temporaria en el Coren, se inserta en el mercado de trabajo.

**TABLA 2: SITIOS DE INTERNET
CON DIFUSIÓN DE OPORTUNIDAD DE EMPLEOS Y MIGRACIÓN**

Sitio/empresa	Principal servicio prestado
www.workusa.com.br	Asesoramiento al enfermero con la finalidad de insertarse en el mercado laboral, norteamericano y portugués. San Pablo
www.oilondres.com/imigracao/novasregras2004.htm	Sitio informativo sobre lo estudiado y sus cambios principales
www.edunau.pt/bussola/Bussola.asp?page=prof_enfermeiro	Sitio conteniendo datos referentes al trabajo del enfermero en el escenario portugués.
www.mbrasil.com.br/pop_enfermeiras.htm	Asesoramiento a fin de colocar al enfermero en el mercado de trabajo norteamericano. San Pablo
www.ci.com.br/lar/iaeste.php	Agencia vinculada a la prueba-test IAESTE Práctica ofrecida a las diversas áreas de estudio. Florianópolis
magarr@wavesystem.com.br	Empresa Dimensión-Reclutamiento de enfermeras para actuar en Italia. Representación en Florianópolis. Sra. Margareth
www.diasmarques.adv.br	Oficina de Derecho con representación nacional e internacional, que proporciona servicio burocrático para la obtención de pasaporte.

Cabe resaltar que el trabajo de extranjeros, en los países europeos, a partir de las definiciones en el ámbito de la CE se está reglamentando, y en el caso de la enfermería, existe la necesidad de equivalencia del título y una autorización gubernamental para tal fin.

En Brasil, no hay una definición política explícita sobre la migración de los enfermeros y, por eso no se cuenta con un banco de datos específico sobre el asunto. En la práctica, se observa una aproximación de los organismos internacionales con las instituciones de clase, y de reclutamiento de los enfermeros a través de los boletines oficiales de dichas entidades; sin embargo, no se han encontrado registros específicos sobre datos cuantitativos de los enfermeros inmigrantes. Para el ingreso de los enfermeros en el mercado brasileño, se observa que el proceso de validación de diplomas –certificados de estudios, equivalen a un plazo de por lo menos un año para el trámite administrativo y, casi siempre termina con exigencias de complementariedad de los estudios, lo cual puede significar una posición contraria a la migración, inconsciente o quizás deliberada, por parte de los enfermeros docentes brasileños.

Comentarios finales

Entender la dinámica migratoria de los enfermeros, en el contexto brasileño y mundial, es un gran desafío. Debido a que el motivo para que el enfermero brasileño migre para los Estados Unidos y para la CE, representa los mismos argumentos del porqué otros latinos migran para el Brasil. Lo que nos parece indiscutible es que la movilidad de los enfermeros, se da por razones de mercado, y que tradicionalmente no se daban cuenta de la importancia de su trabajo, en el sector de los servicios, o sea en el área de la salud. Así, muchas veces, en el cotidiano se discute sobre: la valorización profesional; la necesidad de un plan político de desarrollo de la profesión donde se garantice un ejercicio profesional con dignidad y sin la interferencia de otros profesionales; la necesidad de una educación permanente; una aproximación entre las instituciones de enseñanza y del servicio, en la formación de liderazgo para la innovación científica y tecnológica de enfermería, con la respectiva aplicación en los servicios de salud; los programas de cooperación para la investigación con proyectos multicéntricos; la competencia de los enfermeros y de los demás trabajadores; y la necesidad del respeto de sí mismo y del otro, ciudadano y/o profesional, en el cuidado con la propia salud. Entre tanto, la migración y las cuestiones de orden social y económica que la determinan, no son discutidas y pasan por una concepción simplista, de que se trata de una necesidad personal y que no causa perjuicio a nadie. Esta falta de conciencia de lo que representa la migración, en términos de impacto económico sobre las sociedades y los enfermeros, puede incidir junto a otros motivos, a una mayor desvalorización de la profesión. También, puede significar una falta de preparación de los enfermeros para el ejercicio profesional en el contexto global.

Por lo tanto, es necesario conocer y comprender en qué edades y en que momento luego de la finalización del curso, es que se presenta un mayor movimiento migratorio; los motivos que determinan esta migración; los criterios para la validación de los cursos y el convenio entre los países; el sistema de certificación de la competencia; salarios y oportunidades de empleos; condiciones complementarias al salario, por ejemplo, residencia, escuela para los hijos, seguro de salud, oportunidades de estudios, entre otros. Además, nuestra responsabilidad social con la profesión y con los colegas enfermeros, es la de comprender la migración en el contexto global y evaluar las condiciones que llevan a que esto se presente, sin perder de vista las condiciones de trabajo y de vida, así como, el impacto que provoca para cada país, de forma de proponer sistemas de cooperación entre países a fin de evitar que aquellos en desarrollo se perjudiquen aun más en términos de pérdidas del capital humano.

Dada las características del trabajo de OPS/OMS y su actuación en el contexto mundial, se sugiere la creación de un Observatorio de Migración

de los Enfermeros, de manera que podamos contribuir al desarrollo social de las diferentes partes del mundo, promoviendo así, el reconocimiento profesional y el respeto en nuestra dignidad personal y profesional.

Referencias bibliográficas

- BOREINSTEIN, Miriam S. *Por que conhecer a história da Enfermagem. Texto & Contexto. Enfermagem, Florianópolis, v. 4, 1995, p. 14-18.*
- BOREINSTEIN, M. S., ALTHOFF, C. R., SOUZA, Maria de Lourdes de. *Recortes de caminhos construídos e memórias 1969-1999. Florianópolis: Insular, 1999.*
- MASSEY, D. *Economic Development and International Migration. Population and Development Review. December, 1994.*
- PADILHA, M. I. C. S. *A Mística do Silêncio A Enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no Século XIX. Pelotas: UFPel, 1998.*
- PAIXÃO, Waleska. *História da Enfermagem. Rio de Janeiro: JC Reis, 1979.*
- RODRÍGUEZ, Jorge. *Migración interna en América Latina y el Caribe: estudio regional del período 1980-2000. CEPAL, serie Población y Desarrollo, n. 50, 2004.*
- RODRÍGUEZ, Jorge. *Distribución espacial de la población de América Latina y el Caribe: tendencias, interpretaciones y desafíos para las políticas públicas. Santiago: CEPAL, Serie Población y Desarrollo, n. 32, 2002.*
- SAUTHIER, Jussara. *A missão de Enfermeiras Norte-Americanas na Capital da República 1921-1931. Rio de Janeiro: EEAN-UFRJ, 1996 (Tese de Doutorado).*
- SAYAD, Abdelmalek. *O retorno. Revista Travessia, jan. 2000.*

Canadá

WENDY McBRIDE

La Asociación Canadiense de Escuelas de Enfermería (CASN)² es una institución nacional, bilingüe (inglés y francés), que congrega actualmente 89 programas de licenciatura, 27 de maestría y 12 de doctorado; con 8.177 ingresos a programas de licenciatura, 2.835 egresos de programas de licenciatura y 9.655 profesores. En 1942 eran solo 8 escuelas de formación en enfermería en Canadá y en el 2004 pasaron a 91 escuelas.

La misión de la Asociación es llevar la educación y la ciencia de enfermería en el interés de que los canadienses sean más sanos. Para esto, actúa en diferentes programas y servicios: representación, apoyos, enlace y colaboración, bases de datos, acreditación de programas, intercambio de informaciones, y conferencias nacionales. Además, desarrolla actividades relacionadas a acuerdos con asociaciones profesionales, académicas, gremiales y de estudiantes; encuestas nacionales sobre el sistema de salud canadiense; elecciones federales y provinciales, y presentaciones e informes continuos a los gobiernos y a los medios.

Según datos de CNA (2002), la fuerza de trabajo en enfermería en Canadá estaba compuesta por 254.000 enfermeras profesionales para 31.000.000 canadienses —o sea 1:136 enfermera/o por persona—. De estos, 5,1% son varones, 44,2% de edad mediana, 72,7% diplomados, 25,4% licenciados, 1,9% con maestría y solo 0,1% con doctorado. Las enfermeras trabajan hasta los 55 años —de 2002 a 2006— 64.248 salieron del mercado de trabajo.

Las investigaciones sobre los recursos humanos en enfermería, son desarrolladas a partir de los siguientes temas: estudio nacional del sector de enfermería; iniciativas para atraer estudiantes (varones, inmigrantes, indígenas, adultos/os de 25-40 años); deserción del estudiante; selección de estudiantes; costos de formación de una enfermera; y apoyo para estudiantes no tradicionales.

Existen algunas innovaciones en los programas de formación: 3,5 años (estudios durante 12 meses/año); 2 años (después de licenciatura);

2. CASN: Canadian Association of Schools of Nursing.

a distancia; simulación de práctica; interdisciplinaria; y apoyos de idiomas y costumbres en Canadá.

Sobre las migraciones, en particular, están siendo desarrolladas algunas investigaciones acerca de las causas de la emigración de canadienses a los Estados Unidos –salarios, empleo a tiempo complejo, costos de educación de posgrado–; y de la inmigración de los extranjeros en Canadá –nivel de formación, calidad de programas y reconocimiento mutuo, sensibilidad de profesores y apoyos necesarios.

En cuanto a la retención, las investigaciones están siendo desarrolladas sobre los siguientes temas: salarios, idiomas y costumbres, condiciones de trabajo, acreditación de sitios de práctica, y formación/programas a distancia, en clínica, a tiempo parcial.

Chile

ALICIA REYES
LUZ ANGÉLICA MUÑOZ

Chile, nuevo polo de inmigrantes. Extranjería admite que el país dista aún de ser considerando un *paraíso de las migraciones*.

Hoy, según extranjería, hay más de 220 mil extranjeros viviendo en Chile, de los cuales unos 20 mil están en condición ilegal. Para algunos, el país se está convirtiendo en un verdadero paraíso de las inmigraciones, pero esta visión no es compartida por extranjería, a la luz del análisis de diversas variables demográficas.

Según el censo 2002, el número de inmigrantes residentes ya bordeaba los 185 mil. De estos, más del 50% provenía de América del Sur, siendo los argentinos y peruanos quienes lideran las cifras en un 49,8% y los bolivianos y ecuatorianos aportan otro 11%.

Médicos y enfermeras –ecuatorianos y cubanos– están entrando en los diferentes círculos del sistema de salud. Los peruanos y ecuatorianos llegaron al país desde mediados de la década de los 90. En Chile, con relación a enfermería, la inmigración tiene cara de mujer, ya que está facilitada por el convenio existente, tanto bilateral como multilateral.

Los convenios vigentes para reválida de títulos de profesionales titulados en el extranjero son:

- Convenios bilaterales: con Brasil y Uruguay –se aplica a cualquier título–, con Colombia –título para colombianos en Chile y chilenos en Colombia–, con Ecuador –el reconocimiento se aplica a varios títulos, pero en el área de la salud, sólo a medicina–;
- Convenio multilateral –Convención de México– en el que los países firmantes son: Bolivia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Perú.

Según estudio realizado en el año 1995, se encuestó, manteniendo el anonimato, a 63 profesionales peruanos que ejercían en diferentes instituciones de salud de la Región Metropolitana, 98,2% mujeres y 1,8% varones. Todos coincidían que era muy difícil su inserción laboral, que existía discriminación de parte de las enfermeras chilenas, que se traducía en adjudicarles mayor cantidad de turnos, o cambios de turnos sin aviso;

también se sentían discriminados por la organización gremial –Colegio de Enfermeras– que prestaba ayuda en dar información que facilitaría la búsqueda de trabajo.

En lo positivo se mencionaba: el conocimiento, la autonomía en algunos aspectos, y el manejo que posee la enfermera chilena y que ellos han ido incorporando y que esperan aplicarlo en su país cuando regresen. Todos, después de 4 o 5 años de permanencia, desean regresar a su país; vienen a Chile por perspectivas económicas y posibilidades de desarrollo profesional.

Se entiende por *reconocimiento*, el acto mediante el cual la Universidad de Chile acepta y certifica que una persona posee un título profesional obtenido en el extranjero. El reconocimiento sólo procederá cuando el título correspondiente tenga la calidad de título profesional y no sea requisito indispensable para el ejercicio profesional en Chile. El reconocimiento acredita que los estudios realizados por esa persona, para la obtención del título profesional, corresponden a una formación otorgada por instituciones extranjeras de nivel universitario o superior.

La solicitud y el análisis de los antecedentes presentados se realizan ante una comisión especial en Protectoría de la Universidad.

La *revalidación* de un título obtenido en el extranjero procederá cuando se exija necesariamente el título profesional chileno para el ejercicio profesional en el país, que es el caso de los títulos del área de la salud.

Se entenderá por *revalidación* la certificación de equivalencia entre un título profesional obtenido en el extranjero, con el respectivo título profesional otorgado por la Universidad de Chile u otras instituciones nacionales de educación superior.

El proceso de *convalidación* está destinado a establecer la equivalencia entre un título profesional obtenido en el extranjero y su revalidación por el correspondiente título profesional que otorga esta corporación.

Las tablas que siguen muestran algunos de los números relativos a las solicitudes de revalidación en los países:

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE SOLICITUDES DE REVALIDACIÓN POR CONVENCIÓN DE MÉXICO, ENTRE LOS AÑOS 1990 Y 1999

País	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Perú	2	3	20	72	21	6	4	4	8	5
Bolivia									3	1
Total	2	3	20	72	21	6	4	4	11	6

Fuente: Ministerio de Relaciones Exteriores

TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE SOLICITUDES DE REVALIDACIÓN SEGÚN PAÍS

País	Número	Porcentaje
Perú	145	97,3%
Bolivia	4	2,7%
Total	149	100%

Fuente, Ministerio de Relaciones Exteriores

TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DE SOLICITUDES DE REVALIDACIÓN POR CONVENIO BILATERAL, ENTRE LOS AÑOS 2000 Y 2004, SEGÚN PAÍS DE ORIGEN

País	2000	2001	2002	2003	2004	Total
Brasil	3	1		2	1	7
Colombia	38	4	5	1	2	50
Ecuador	9	53	12	4	5	83
Uruguay		3		5		8
Total	50	61	17	12	8	148

TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE SOLICITUDES DE REVALIDACIÓN POR CONVENIO BILATERAL (TÍTULO OBTENIDO Y PAÍS)

País	Enfermera/o	Licenciada/o	Total
Brasil	7	0	7
Colombia	18	32	50
Ecuador	4	79	83
Uruguay	0	8	8
Total	29	119	148

TABLA 5: DISTRIBUCIÓN DE SOLICITUDES DE REVALIDACIÓN POR CONVENIO BILATERAL SEGÚN TÍTULO DE EGRESO

Título	Número	Porcentaje
Enfermera/o	29	19,59
Licenciada/o	119	80,41

TABLA 6: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE SOLICITUDES DE REVALIDACIÓN SEGÚN AÑO

Año	Número	Porcentaje
2000	50	33,78%
2001	61	41,22%
2002	17	11,49%
2003	12	8,108%
2004	8	5,405%
Total	148	100%

**TABLA 7: DISTRIBUCIÓN DE POSTULACIONES DE REVÁLIDA
SIN CONVENIO ENTRE LOS AÑOS 2000 AL 2004**

País	2000	2001	2002	2003	Total
Argentina	3	3	7		13
España	1				1
Cuba	3	2	3	1	9
Alemania	2				2
Suecia	1				1
Bélgica		1			1
Australia		1	1		2
Italia		1			1
Suiza			1		1
Ucrania			1		1
USA					0
Total	10	8	13	1	32

**TABLA 8: DISTRIBUCIÓN DE POSTULACIONES DE REVÁLIDA
SIN CONVENIO EN LOS AÑOS 2000 AL 2004**

País	N.	%
2000	10	31,3
2001	8	25
2002	13	40,6
2003	1	3,13
Total	32	100

Colombia

MARÍA NUBIA ROMERO BALLEEN

La migración en el mundo ha sido consustancial a la vida humana; de igual manera, la globalización que se desprende de esta actividad. Se migró por condición natural; nuestros antepasados fueron nómadas; el sedentarismo vino mucho tiempo después, pero no anuló el espíritu migratorio de los pueblos, y desde allí se inicia la regulación a los movimientos masivos o individuales de los seres y la globalización a restringirlos. Hoy, las condiciones históricas, sociales y económicas imponen nuevas reglas a la movilidad de las personas; los principios financieros predominan y la libre migración de los capitales se pone por encima de la migración de los trabajadores; la actual globalización está al servicio de las multinacionales y los países desarrollados, que reclaman *libertad* total para el flujo de sus mercancías y capitales e imponen cada vez mayores restricciones al flujo de mano de obra. Por ello, las características de este comportamiento humano, de ir y venir de un lado a otro, tiene hoy un sello eminentemente restrictivo, por el factor financiero, aunque también están presentes otros, como la xenofobia, el racismo, los miedos al llamado *terrorismo* y los odios que generan posturas extremas, entre muchos más.

Pero las restricciones en ciertos casos ceden, especialmente cuando se trata de *importar* talentos humanos, como en el tema que nos ocupa, el de enfermería. Hoy, el tema de las migraciones de profesionales de enfermería, lo podemos entender como una respuesta al crecimiento del mercado del sector de los servicios de salud, con el propósito de favorecer la oferta de este potencial humano formado con alta calidad, y que les resulta muy barato a los países receptores, que casi siempre son los más desarrollados.

A pesar de las grandes restricciones que las y los colombianos tenemos para movilizarnos por el mundo, habida cuenta de aquella estigmatización que socialmente nos ha signado de ser *peligrosos*, *violentos* y *narcos*, la emigración de nuestras profesionales a otros países son evidentes. Aunque no existe un censo tamizado al día de hoy de cuántas han emigrado en esta última década, sí existen algunos datos reportados por la unidad de registro nacional de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC); según ellos, desde el año 2000 a septiembre de

2004, emigraron 133 enfermeras, procedentes de 13 departamentos de Colombia. Otro indicativo es la información que la Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional aportó, de que en el 2003 expidieron 100 certificados de estudio para trabajo en el extranjero. Los países receptores de este *capital* humano, según la ANEC, son: Estados Unidos con el 86,4%; Canadá con el 11,2% y Australia, Italia y Perú con el 2,4%. Es importante aclarar que no todas las enfermeras que emigran se registran en la base de datos de la ANEC, pues los países tienen exigencias diferentes; por ello no aparece ningún dato de emigración, por ejemplo, a España, país que actualmente está recibiendo un volumen importante de profesionales, como veremos más adelante.

La inmigración a Colombia es baja, la unidad de registro de la ANEC reporta que entre el 2000 y septiembre 2004 se han registrado 13 enfermeras procedentes de Ecuador, Perú, Cuba, Chile y México. Las enfermeras rusas y francesas no lograron la homologación de sus títulos.

En opinión general de las colegas y organizaciones de enfermería, se presentan varias circunstancias por las cuales migran las enfermeras colombianas:

1. Los procesos de reestructuración del sector salud promovidos desde la flexibilización laboral, que conllevan sobrecarga laboral, reducción de salarios y prestaciones sociales, ausencia de medidas de seguridad en el trabajo y riesgo a demandas por responsabilidad civil, penal y ética.
2. La elevada tasa de desempleo³ y subempleo profesional debida a la agonía de la Red Pública Hospitalaria, generada por las políticas implementadas por el Estado a partir de 1994 a favor de la mercantilización y privatización de la salud; agonía que ha llevado al cierre de seis importantes hospitales universitarios del país y a miles de trabajadores de la salud cesantes.
3. A las bolsas de empleo internacional, que han estado merodeando en las principales facultades de enfermería del país, tanto públicas como privadas, e incluso en las organizaciones como la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN) y ANEC para que respalden sus proyectos migratorios, a lo que de manera acertada, tanto organizaciones como algunas

3. Los analistas sociales afirman que la tasa de desempleo baja en este mes de octubre de 2004 (del 17.1% al 15%) no porque exista mas oferta de empleos sino porque hay una menor participación laboral, la gente ya no busca empleo, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en Colombia reportó este 5 de octubre que 271.000 personas desistieron de buscar puesto y por ello el número de desempleados bajó en Colombia. Esta falacia se debe a que a estas personas no se les considera desocupados, pero todas sabemos que la desocupación crónica o prolongada trae consigo una montaña rusa emocional que se ha descrito en 4 etapas: 1. shock, 2. optimismo, 3 pesimismo y 4 fatalismo. Quizá muchos de los que desistieron están en la tercera o cuarta etapa. También podemos considerar que algunos con ciertas capacidades económicas se encuentren en la segunda etapa luchando con su autoestima y por ello han migrado con éxito a otros países.

facultades, se han negado, pero que a escala individual están logrando el saqueo de este *capital* humano.

4. Otras causas son, la falta de reconocimiento social de la profesión; los bajos salarios, que no compensa en lo más mínimo la inversión familiar ni social, y la ausencia de reconocimiento laboral para las enfermeras con formación posgraduada, que ejercen en espacios diferentes a la docencia.

En general, los y las colombianas están migrando en gran cantidad, tanto que el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), ha considerado que las remesas que envían los colombianos emigrantes en diferentes países (3.500 millones de dólares al año, según el Banco de la República) se han convertido en la principal fuente de divisas, por encima de la exportación de café, petróleo, banano, flores. El BID afirma que *son la nueva fuente de riqueza para AL* y que serán una *mina de oro para la región*.⁴ Según el Banco de España, Colombia es hoy el principal destino de todos los giros y transferencias bancarias que salen del país, superando a Ecuador, que tiene la colonia latinoamericana más grande en España.

Al contrastar estas afirmaciones con las opiniones de algunas decanas de enfermería y colegas de la ANEC acerca de la política de migraciones en Colombia, se coincide en afirmar que no existe ninguna política de gobierno que la fomente o regule, y que, por el contrario, las enfermeras se ven obligadas a migrar por la falta de una política de empleo justa, que garantice dignidad laboral y que contribuya a mejorar la calidad de vida y de trabajo. Y aquello de que el ingreso de divisas por las remesas que llegan a Colombia son una *mina de oro*, puede ser solo un espejismo, porque nuestras enfermeras se han ido con la ilusión de sacar a su familia nuclear y extensa de la precariedad económica en que hoy viven –la solidaridad latina es manifiesta–, por ello, esas divisas que ingresan se utilizan para la subsistencia familiar, para el consumo básico, y es dudoso que generen una transformación significativa en su calidad de vida.

Lo cierto es que Colombia está perdiendo su *capital* humano, porque las condiciones del país expulsan a profesionales altamente calificados. Cada enfermera o enfermero que emigra representa una pérdida económica y social de gran importancia por la alta inversión que el país y las familias hicieron, y que hoy la ganancia la obtienen los países receptores que no invirtieron ningún recurso en su formación.

Entre este *capital* humano están las enfermeras que han migrado; escuchemos las opiniones de algunas que han ido a España y a Canadá. Una de ellas afirma que la migración *no es buena para el país porque con el tiempo va a haber escasez de profesionales de enfermería, lo que hace que la enfermería se vuelva de mala calidad ya que las enfermeras*

4. El Tiempo, 10 de octubre/04, sección Economía.

serán contratadas en más de un sitio a la vez, llevándolas al cansancio físico y mental. Otra colega afirma que el país tiene un gran potencial de profesionales de enfermería que está siendo desperdiciado, desvalorado y subutilizado... y continúa afirmando que la inestabilidad y el caos, producto de las reformas en salud la hizo buscar nuevos horizontes pues vivir en incertidumbre, la liquidación de los hospitales, el recorte de personal, el ver cómo la administración municipal que estuviere en ese momento en el poder hacía manejos dentro de los hospitales más políticos que beneficiosos para la salud de su comunidad; el ver cómo día tras día se va cambiando la visión de los hospitales, convirtiéndose todo en un manejo político y de negocios.

En relación a las condiciones legales, de trabajo y vida de las enfermeras inmigrantes y emigrantes se encuentra que para las inmigrantes basta la convalidación del título profesional y sus condiciones de trabajo no se diferencian de las nacionales; pero sí se refieren dificultades para las emigrantes, por los procesos dispendiosos de acreditación en otros países para obtener licencia laboral, llevando esta situación a que se ocupen de otros oficios conexos a la atención en salud, y no a su ejercicio profesional, mientras logran reunir todas las exigencias del país donde estén. Otra situación es la de profesionales que migran como indocumentadas a países en los que no existe una política de regulación de condiciones de trabajo, generando un lucro extra para empleadores *clandestinos* que se aprovechan de esta condición de la emigrante ilegal.

A pesar de existir instrumentos legales de la Organización Internacional del Trabajo, OIT y la ONU, que protegen la migración o éxodo y las condiciones de vida y de trabajo de las enfermeras, en Colombia no han sido ratificados por parte del Gobierno Nacional; como son los Convenios 97 sobre trabajadores emigrantes, 143 sobre disposiciones complementarias y el 149, la Recomendación 157 de OIT sobre condiciones de vida y trabajo para el personal de enfermería y la Resolución 2417 de la ONU sobre el éxodo de personal profesional y técnico capacitado.

Este tema del éxodo de profesionales de enfermería, se sugiere por parte de la Anec, analizarlo a luz de los Derechos Humanos y de legislaciones que protejan y favorezcan los intereses nacionales en materia de salud, con el fin de poder determinar el impacto que produce esta movilidad social en las condiciones de salud de los grupos humanos y los costos sociales que causan para el país. Es igualmente importante estudiar cuáles son las áreas de desempeño, motivaciones, calidad de vida, condiciones de trabajo y expectativas de retorno de las emigrantes.

Es necesario, con base en la experiencia investigativa de la OMS-CIE-RCN⁵ revisar no sólo las causas *impulsoras* o de *atracción* de la migración en Colombia sino las causas fundamentales que la originan. Según este estudio, realizado en países industrializados y en desarrollo, detrás de cualquier motivación o atracción de movilidad están las condiciones de *bajos salarios, cargas de trabajo excesivo y violencia en el lugar de trabajo*. Si esto se encuentra en países desarrollados ¿cómo serán entonces las condiciones en nuestra propia región?, esto amerita un estudio serio y sistemático para desentrañar la realidad de esta movilidad de profesionales de enfermería.

En una primera indagación cualitativa, no representativa, que se hizo con enfermeras emigrantes a España, Canadá y Estados Unidos, encontré las siguientes motivaciones para su movilidad, que organicé en dos categorías básicas: insatisfacción en la práctica profesional y crisis social y de salud. A partir de ello, ubiqué otras tres categorías que representan los sentimientos, las ventajas y las desventajas del proceso migratorio.

Insatisfacción en la práctica profesional

Esta categoría está constituida por las diversas manifestaciones encontradas al explorar las motivaciones que las han llevado a migrar legalmente. Los códigos más frecuentes fueron:

- Bajos salarios: las colegas afirman que *la profesión de enfermería no es bien pagada en Colombia*. Tienen razón, porque con las nuevas reformas laborales, los dominicales, las horas extra y festivos ya no cuentan como pagos extra; ahora el salario es mínimo e integral y la contratación se hace a través de intermediarios, mal llamadas *cooperativas*, que descargan en el trabajador los costos de seguridad social. No se esperan primas, extras, ni mucho menos estabilidad, así no se sostiene una familia ni se crea algún tipo de ahorro y riqueza social;
- Bajo aprecio social por la profesión: *En nuestro país no se reconoce el valor de la enfermera y no existen suficientes posibilidades de crecimiento a nivel profesional*. Esta opinión refleja la cruda realidad de la pérdida social que hemos tenido las enfermeras desde la implementación de la ley 100 de 1993; pérdida

5. Organización Mundial de Salud, Consejo Internacional de Enfermeras y el Royal College of Nursing, del Reino Unido, realizaron un estudio sobre Migración y movilidad internacional de las enfermeras en países y regiones industrializadas y en desarrollo, entre los cuales estuvieron: "Australia, el Caribe, Ghana, Irlanda, Noruega, Filipinas, Sudáfrica, Reino Unido y EE.UU." Informe presentado en Ginebra 28 de junio de 2003.

que conlleva riesgos para la autonomía y fortalecimiento de la identidad profesional, si no asumimos la defensa social de la profesión como un todo gremial, ofreciendo calidad en el cuidado y desarrollo disciplinar;

- Los desencuentros en la identidad representan el riesgo del que hablo, y una de las opiniones al respecto dice: *La jefe maneja una cantidad de aspectos dentro de los hospitales, es polifuncional, pero no se le reconoce su trabajo;*
- Estas insatisfacciones profesionales nutren la precariedad para el desarrollo profesional, como otra de las tantas manifestaciones impulsoras para migrar; la misma entrevistada afirma al respecto: *Uno termina inmerso en la rutina, donde ya sientes que no tienes más oportunidades de crecer profesionalmente.*

Crisis social y de la salud

Constituyen esta categoría aquellas expresiones y sentimientos que surgen de las contradicciones encontradas en la vida laboral y que impactan su misma calidad de vida, por ejemplo, la precariedad laboral sintetiza la frase de una de las emigrantes que dice: *La situación de los hospitales es crítica y desmotivante.* El sentir que la autoestima profesional y personal se afecta, junto a la necesidad de protección, se convierte en factor impulsor de la movilidad o migración. La desprotección familiar es otro código que caracteriza la crisis social expresada en el deseo de *garantizarle a nuestros hijos mejor futuro*, dicen ellas. La necesidad de sobrevivir se expresa en frases que hace comprensible su éxodo, tales como: *Buscando una mejor estabilidad económica, pero ante todo seguridad.*

Los sentimientos que genera la migración

Soledad, nostalgia, incertidumbre, lucha permanente, satisfacción personal y profesional, actitud retadora, entre otros. Las palabras de las emigrantes lo dicen todo: *soledad y extraño mucho al país...nostalgia por dejar atrás familia, amigos y tantas cosas significativas en nuestras vidas...incertidumbre, pero muchas ganas de empezar en un país extraño...ha sido una lucha permanente día tras día, ponerme retos día tras día y sentir la satisfacción de que poco a poco se van logrando...tener la seguridad de que fue una decisión difícil, pero sin duda la más acertada... a nivel personal para emprender nuevos retos.*

La esperanza está puesta allí... veamos las ventajas

Las emigrantes afloran sus mejores expresiones para justificar su éxodo, afirman que están allí para: *Aprender una nueva lengua y una nueva cultura... vivir en un país seguro... un país que brinda un sinnúmero de oportunidades... beneficios que ofrece un país desarrollado.* Buscan mejores condiciones laborales, mejores condiciones de vida, mejor contratación laboral, afirman que *migrar hace que las enfermeras se desarrollen y mejoren en la profesión... mejora la calidad del trabajo de enfermería, porque al emigrar la enfermera tiene que reforzar los conocimientos... el profesional de enfermería es muy apreciado en el exterior.*

No todo es color rosa; miremos las desventajas

Las enfermeras se enfrentan a la cruda realidad, porque en muchas ocasiones tienen que *Volver a empezar desde cero; sobrellevar el proceso de acreditación de la profesión es largo, tedioso y costoso.* También tienen que seguir siendo polifuncionales: *Al principio la enfermera tiene que someterse a trabajar en otros oficios que no tienen nada que ver con la profesión; además, hacer conciencia de la necesidad de adaptarse a nuevas costumbres, y estar lejos de la familia.*

En síntesis, la migración o movilidad de las enfermeras, que hemos examinado, se da por el deseo de mejorar la calidad de vida y todos sabemos que ésta depende de la satisfacción de las necesidades humanas. Para mi reflexión comparto la tesis de Max Neef⁶ de que *las necesidades humanas fundamentales son finitas, pocas y clasificables... las necesidades humanas fundamentales⁷ son las mismas en todas las culturas y en todos los periodos históricos.* La diferencia está en la calidad de los satisfactores que en cada cultura y en cada sociedad se brinde a sus ciudadanos y ciudadanas, por ello Max Neef afirma que *cualquier necesidad humana fundamental que no es adecuadamente satisfecha revela una pobreza humana... cada pobreza genera patologías toda vez que rebasa límites críticos de intensidad y duración.* La migración forzada por el

6. Manfred Max-Neef, Antonio Elizalde y Martín Hopenhayn. Desarrollo a escala humana: Una opción para el futuro. Cepaur. Fundación D Hammarskjöld.

7. Según Max Neef las necesidades fundamentales se clasifican en dos categorías: existenciales y axiológicas. Esta combinación permite "... una clasificación así, por una parte, las necesidades de Ser, Tener, Hacer y Estar; y, por otra, las necesidades de Subsistencia, Protección, Afecto, Entendimiento, Participación, Ocio, Creación, Identidad y Libertad... No existe correspondencia biunívoca entre necesidades y satisfactores. un satisfactor puede contribuir simultáneamente a la satisfacción de diversas necesidades o, a la inversa..." sostiene que "lo que es culturalmente determinado no son las necesidades humanas fundamentales sino los satisfactores de esas necesidades.

desempleo, por el bajo reconocimiento social de la profesión, por las condiciones laborales inseguras, entre muchas otras que las entrevistadas refieren, son generadoras de nuevas expresiones de pobreza y en ello tenemos que concentrar nuestra capacidad exploratoria para comprender las raíces de fondo de esta problemática.

La escasez de enfermeras

Cuando se pone el tema en discusión surgen dos posturas centrales:

1. Relación oferta-demanda.
2. Relación enfermera-número de habitantes.

Todas coincidimos en que la primera percepción que se tiene es que ya existe una sobreoferta de profesionales de enfermería en el país, debida al crecimiento en el número de programas académicos en la educación superior. En esta última década, los programas de enfermería han pasado de 27 a 47, producto de la política de *libre mercado* en la educación. Y existen instituciones universitarias –privadas– que reciben volúmenes altísimos de estudiantes y abren cupos en dos y tres jornadas académicas diarias. Esta percepción parece tener asidero cuando el estudio realizado por la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia sobre Oferta y Demanda del recurso humano en salud, encuentra que existe un desempleo del 30%.

Pero si revisamos la tasa de enfermeras por habitante, encontramos que las 25.461 existentes hacen una relación de 5,6 por 10.000 habitantes, tasa muy baja para la satisfacción de las necesidades humanas de los más de 45 millones de colombianos, desde una perspectiva del cuidado de la vida y la salud. Ejercer la enfermería en países subdesarrollados como los nuestros, en los que la insatisfacción de las necesidades humanas es enorme, tiene pobres resultados en cuanto a índices de desarrollo humano, por las bajas coberturas que se pueden lograr, sin tener en cuenta que en medio de la escasez de enfermeras, la mayoría de ellas se concentran en las grandes ciudades, dejando las áreas geográficas apartadas desprotegidas. A esto se suma que el 41% de la población colombiana no tiene ninguna cobertura en salud, es decir, están por fuera de la seguridad social, población que nunca recibe las acciones de cuidado y curación a que tendrían derecho por ser ciudadanos de una nación.

La causa de este desequilibrio entre satisfactores y necesidades se debe a que nuestro país no tiene una cultura planificadora del Recurso Humano, tanto que hoy la salud pública está en manos del personal auxiliar de enfermería, que es un grupo humano formado en la educación no formal, con múltiples problemas de control y calidad, producto de la política de libre mercado que también ha ocasionado una avalancha de

programas de *garaje*, que en cinco años ha pasado de 40 programas a 180, sin ningún tipo de control institucional ni calidad académica.

La desatención de los programas de promoción, prevención y asistencia, en el actual modelo de salud, ha significado un deterioro de los indicadores epidemiológicos, pues han retornado enfermedades que se consideraban controladas como la tuberculosis, la lepra, la malaria, el dengue y múltiples afecciones inmunoprevenibles. Esta situación de deterioro es el efecto que produce la política de reducción de costos, en la que se prefiere mano de obra barata –auxiliar de enfermería por enfermeras profesionales– para programas denominados *poco rentables*, en este modelo mercantilista que vive hoy Colombia.

En síntesis, existe escasez de enfermeras en nuestro país, no solo por la relación enfermera-habitante, sino por la precariedad tan generalizada en que la mayoría de la población colombiana vive y que requiere de profesionales que garanticen el cuidado de su vida y salud.

Ecuador

CARMEN FALCONÍ MORALES

La migración es considerada una estrategia individual y colectiva ante las difíciles condiciones sociales económicas y políticas del último tiempo y una opción concreta para enfrentarlas.

Las principales características de la migración en Ecuador son las que a continuación se describen. De un promedio de alrededor de 22.000 y 17.000 emigrantes, en el primero y segundo lustro de 1980, respectivamente, y en niveles inferiores en décadas anteriores, la cifra se dispara a 130.000 emigrantes/año en el período 2000-2003.

La salida de ecuatorianos registrada en 1998 (45.332) se duplica en 1999 (108.837) y llega a su punto más alto en el año 2000 (158.359). Y si bien en algo ha descendido, sigue siendo elevada porque no llega a los niveles de antes de la crisis del país.

Los flujos migratorios por provincia son: Pichincha y Guayas 50%; Azuay, Cañar y Loja 21% y la migración según población de cantones se concentra en alrededor de 20 cantones localizados en el centro y sur del país.

La edad de la mayoría de los emigrantes oscila entre los 21 y 30 años –41% en el año 2001–, seguido del rango de 31 a 40 años –22%, correspondientes a grupos dentro de la población económicamente activa. La distribución por sexo es principalmente masculina. En los últimos flujos de migración internacional, tiende a la feminización; por esto los flujos de hombres y mujeres que emigran se han ido equiparando. En algunas provincias, existen variantes específicas: Guayaquil (emigrantes mujeres), Quito (paridad), Cuenca (masculina).

Los principales países de destino son España, Estados Unidos e Italia. En Latinoamérica son Venezuela, Chile y Argentina.

Las remesas de los emigrantes sostienen el modelo de economía dolarizada y el monto se ubica como el segundo rubro de generación de ingresos desde el año 2000, siendo superado solamente por el petróleo. Por esto, están funcionando como un mecanismo de protección social de mayor alcance que la inversión del estado en el área social.

Además, la migración ha incidido en un notable descenso de la tasa de desempleo, lo cual no se refleja en mejoramiento de las condiciones laborales, ni en la creación de fuentes de trabajo ya que la caída de la tasa de desempleo se produce por la disminución de la Población Económicamente Activa (PEA) residente en el Ecuador, y no ocurre por un mejoramiento del panorama laboral.

La migración, esta inserida en un contexto socioeconómico-político, donde es necesario llamar la atención acerca de: las políticas de ajuste con escaso enfoque social; el peso del pago de una elevada deuda externa; el incremento acelerado de los niveles de pobreza; el evidente deterioro de las más elementales condiciones de bienestar; la inequidad en la distribución del ingreso; la constante inestabilidad política que caracterizó a la segunda mitad de la década de los años noventa y extendida hasta la actualidad; el colapso del sistema financiero en 1999 y a la posterior adopción del esquema de dolarización en el año 2000.

Estos son los hechos que más han incidido en la tendencia creciente de los masivos flujos migratorios de los ecuatorianos/ecuatorianas hacia otros países.

A continuación se presentan algunos indicadores socioeconómicos que confirman la contextualización hecha:

- Servicio de la deuda externa: 780 millones USD del presupuesto del Estado, igual a 1,6 veces el gasto en educación y cultura y 4,9 veces el gasto en salud y desarrollo comunal (1998);
- La pobreza aumentó del 34% en 1995 al 46% en 1998 y se ubicó en 56% en 1999;
- La extrema pobreza subió del 12% al 21% entre 1995 y 1999, siendo más intensa en el área rural;
- El ingreso por habitante alcanza apenas un 43% del promedio latinoamericano, en función del Producto Interno Bruto (PBI) /por habitante;
- En las ciudades, en 1975, el 20% de la población que percibía mayores ingresos concentraba el 47% del ingreso total de hogares; 20 años más tarde era dueño ya del 63,4% del total de ingresos;
- De 4% de desocupación abierta de la PEA en el período 1962-1982, se llega al 15% de desempleo abierto y se sobrepasa el 50% de subempleo para el período 1982-1987.

La migración de enfermeras

Aunque no existan datos específicos sobre la migración en enfermería, considerando las condiciones sociales y laborales de las enfermeras y la relación que guardan con el fenómeno migratorio y con la escasez de este importante componente del personal de salud, se puede imaginar que similar fenómeno debe estar ocurriendo en enfermería comparado con la migración general de Ecuador, debido a que la fuerza laboral es mayoritariamente femenina, las condiciones laborales son adversas, y los salarios son bajos –a pesar de la vigencia de una nueva escala salarial desde octubre del 2003.

Las enfermeras ecuatorianas buscan opciones de trabajo en Estados Unidos, España, Italia, Canadá, Chile. Y un indicador no cuantificado es que el Ecuador también recibe enfermeras de Europa Central, de Estados Unidos, Canadá, Colombia.

Algunos estudios se están desarrollando sobre la migración en enfermería:

- “Migración de profesionales y trabajadores de la Salud”;
- “Características de la Migración en la Provincia de Loja”;
- “Migración de médicos y enfermeras recién graduados en ciudades seleccionadas del Ecuador 2003-2004”.

Sin embargo, existen algunas dificultades prácticas para el desarrollo de estas investigaciones en las unidades de salud pública e instituciones privadas. Además, los colegios provinciales de enfermería no cuentan con información detallada del personal que ha emigrado de las instituciones de salud; de la calidad de registros de los países de destino, se podría intentar un análisis objetivo sobre la migración de enfermeras; es lamentable que la Dirección de Migración, registre a las enfermeras en la categoría *otras profesiones*, lo que hace difícil aislar el dato.

Hay bases de datos útiles que pueden ser consultadas: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador; Ministerio de Relaciones Exteriores; estudios sobre migración ecuatoriana hechos por diferentes universidades; algunas páginas de Internet.

La escasez de enfermeras

La mayoría de las enfermeras que dejan el país, lo hacen bajo las mismas condiciones que la mayoría de emigrantes. Usan el disfraz de un

viaje turístico; en condiciones legales precarias; no se dirigen primariamente a ocupar un cargo profesional. Es notorio el contraste de disponibilidad de este recurso profesional en el Ecuador; la diferencia con países que, por el modelo de atención de enfermería tienen elevados indicadores de existencia de profesionales es marcada, tal como en Estados Unidos y Canadá. En el año 2001, el *ratio* era de 5 enf/10.000 habitantes y de 10,5 Aux. Enf/10.000 habitantes.

Existe un grave problema de composición de la fuerza laboral de enfermería en el Ecuador; la fuerza de trabajo femenina está concentrada en el sector salud. Existe concentración e inequidad en la distribución de enfermeras según regiones del país: en la sierra es más alta (7/10.000 hab.), en el oriente (3,8/10.000 hab.) y en la costa (3,2/10.000 hab.). Las cifras que resultan son muy bajas si se las compara con otros países latinoamericanos, tales como México y otros de Centro y Sudamérica.

La remuneración se ubica en los rangos salariales bajos, y conforme sube el rango, la mujer tiende a desaparecer. La mujer opta por otras carreras con mejor nivel de remuneración y otras condiciones laborales.

La tendencia de la matrícula en enfermería es en:

- Universidades públicas: ha sido muy variable –con incrementos y descensos– y con un franco decrecimiento en la década de los 90 comparado con el incremento sostenido evidenciado en la década de los 80;
- Universidades privadas: mantienen un bajo nivel de matrícula, igualmente es evidente la disminución de aspirantes a enfermería.

Actualmente, el requerimiento de enfermeras es de 500 para las instituciones de salud pública, sobre la base del cálculo de dotación de personal. Esta necesidad enfrenta la prohibición legal por control del gasto fiscal, de adjudicar algunos cargos vacantes, de eliminar las partidas presupuestarias de dichos cargos, y de la creación de nuevas plazas de trabajo.

Las estrategias para reclutar enfermeras en el país pasan por la visita de agencias privadas de reclutamiento de enfermeras en Latinoamérica y también ocurre en Ecuador. A pesar de la resistencia manifiesta de la Asociación Americana de Enfermeras, la reforma legal americana –*The Rural and Urban Health Care Act*– incrementó el reclutamiento. El Tratado de Libre Comercio (TLC) también, sobretodo porque en el caso de Ecuador no es similar a lo que ha conseguido México, Chile o Australia, que negociaron facilidades para el ingreso de enfermeras, dentro del marco de dichos tratados; ello incidiría aún más en el problema de la escasez de enfermeras.

Conclusiones

El contexto actual de la dinámica de la reforma de salud del Ecuador, obliga a obtener evidencia más completa sobre estos trascendentales asuntos –migración y escasez– que inciden en la disponibilidad actual del talento humano de enfermería. El no hacerlo, posiblemente significa desconocer el impacto que pueden tener en nuestra sociedad latinoamericana en el mediano plazo, así como en la viabilidad de las propuestas relacionadas a la misma reforma.

La reforma de salud, también debería considerar propuestas proactivas relacionadas al personal de salud, tal el caso de las enfermeras, a fin de evitar lo que ya acontece en otros países que se han visto obligados a cerrar programas, o unidades de atención de salud por falta de este personal.

La tendencia de los países desarrollados de reclutar enfermeras en los países en vías de desarrollo, se la puede entender en el marco de una sociedad globalizada, pero ello afectará las necesidades propias de contar con suficiente número de enfermeras y hará aún más compleja, la solución de la problemática de salud de los latinoamericanos.

Finalmente, queda planteada la evaluación que deberá realizarse a futuro, sobre los reales o potenciales beneficios asociados a las negociaciones del sector de servicios en los TLC.

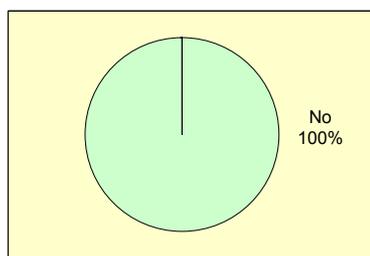
El Salvador

DINORAH MOLINA DE SALAZAR

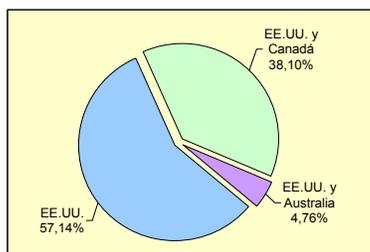
Con el objetivo de determinar las causas de las migraciones del personal de enfermería en El Salvador y en Latinoamérica, a efecto de formular estrategias propuestas y políticas de desarrollo, que satisfagan las necesidades y expectativas de este personal, fue conformado un equipo de trabajo que planeó, recompiló información, tabuló los datos, y formuló recomendaciones para establecer propuestas de política de desarrollo y de protección, además de establecer los enlaces con la red de enfermeras investigadoras.

Los resultados de la investigación se presentan a continuación.

En relación al conocimiento sobre enfermeras inmigrantes radicadas en El Salvador, el resultado es que no se conocen estos datos:



Las enfermeras que emigraron en general van para Estados Unidos, Canadá y Australia:



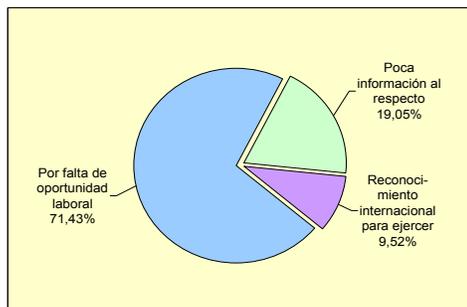
Las razones por las que las enfermeras migran son las siguientes:



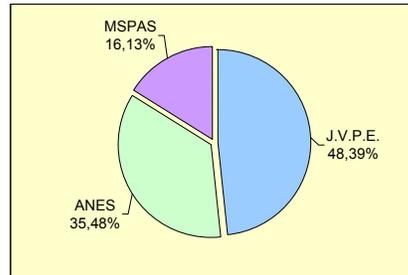
En relación a las condiciones de trabajo y vida de las enfermeras inmigrantes y emigrantes en El Salvador, los resultados indican que:



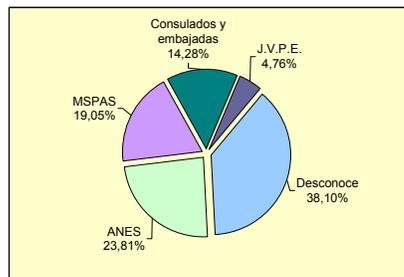
Las informaciones a respecto de la inmigración y emigración de enfermeras relacionadas al país son:



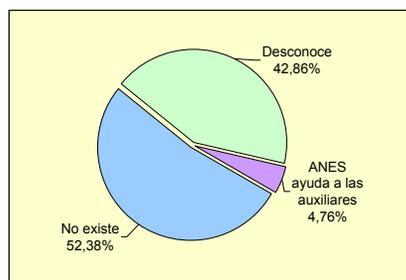
Las organizaciones que registran a las enfermeras para trabajar en El Salvador son:



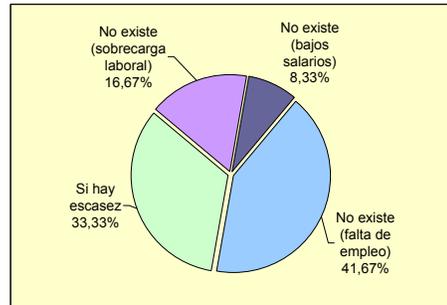
Para obtener información sobre inmigración y emigración de enfermeras en El Salvador, la indicación es la siguiente:



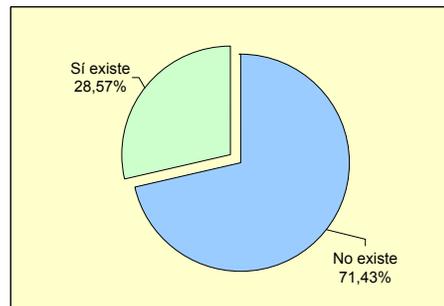
Sobre existencia de una política de migraciones en relación a las enfermeras y en general, las principales respuestas son que no existe (52,38%) y no se conoce (42,86%):



Las informaciones consideradas importantes que deben ser estudiadas sobre la migración de enfermeras son las siguientes:



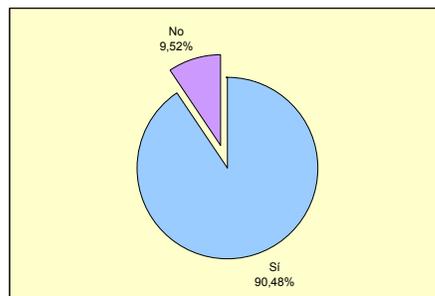
En relación a “escasez” de enfermeras en el Salvador, la mayoría (71,43%) acredita no existir:



El problema más acuciante de la composición y dinámica de la fuerza de trabajo en enfermería en el país es la sobrecarga de trabajo (52,17%):



Sobre el interés en participar en un estudio nacional sobre migración de enfermeras la mayoría respondió que sí (90,48%):



Estos son los principales resultados, a partir de la investigación hecha sobre la migración y la escasez de enfermeras en El Salvador, en este periodo.

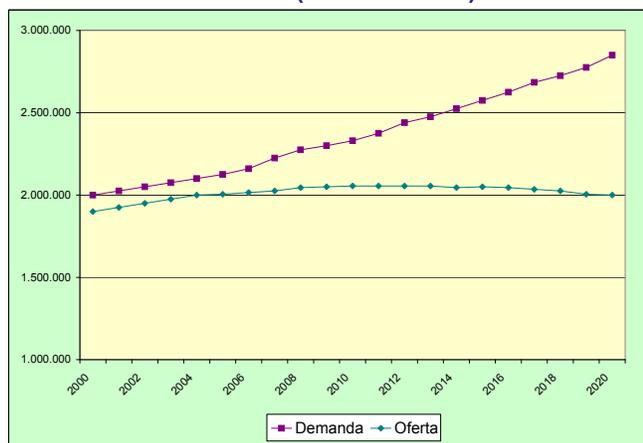
Estados Unidos

NENA PERAGALLO

En Estados Unidos, las enfermeras constituyen 54% de todos los prestadores de atención de salud. Todavía, según datos de la Dirección de Estadísticas Laborales de Estados Unidos (2001), serán necesarias, hasta 2010, más de un millón de nuevas enfermeras. La proyección de necesidad de 21% de enfermeras para toda la nación, de 1998 a 2008, es bien superior a los 14% necesarios de todas las otras ocupaciones.

El gráfico siguiente muestra las proyecciones de ofertas y demandas de enfermeras en el país para el periodo de 2000 a 2020:

GRÁFICO 1: PROYECCIONES DE OFERTA Y DEMANDA NACIONAL DE ENFERMERAS REGISTRADAS (TIEMPO COMPLETO): 2000 A 2020



Fuente: Bureau of Health Professions, RN Supply and Demand Projections.

El agravamiento del problema se debe a una serie de factores:

- Fuerza laboral y edad promedio de jubilación (45,2 años);
- Reducción de la matrícula en las escuelas de enfermería (10% desde 1995);

- Insatisfacción con el trabajo de enfermería/recambio (>40% de enfermeras en los hospitales informan sobre la insatisfacción; el estudio indica que 1 de cada 3 enfermeras menores de 30 años está planeando dejar su trabajo en el próximo año).

La realidad norteamericana actual, donde las poblaciones de minoría racial y étnica están ascendiendo, necesita de servicios de salud. Además, la mayor parte de los servicios de salud para las poblaciones minoritarias son dirigidos por enfermeras que pertenecen al mismo grupo minoritario. En función de esto, es necesario promover la enfermería como una elección de carreras en las poblaciones minoritarias.

La presencia de enfermería en las poblaciones minoritarias puede ser vista en los gráficos que siguen:

GRÁFICO 2: DISTRIBUCIÓN DE ENFERMERAS REGISTRADAS POR GRUPO ÉTNICO/RACIAL, MARZO 2000

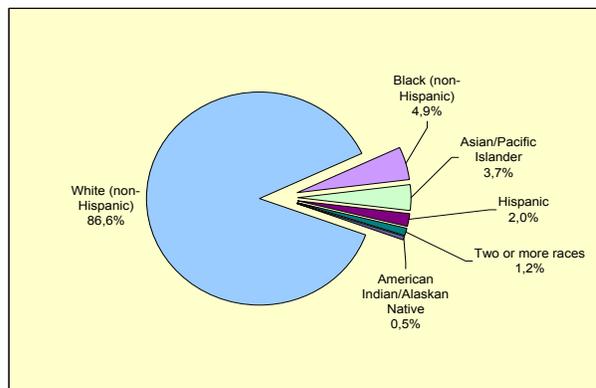
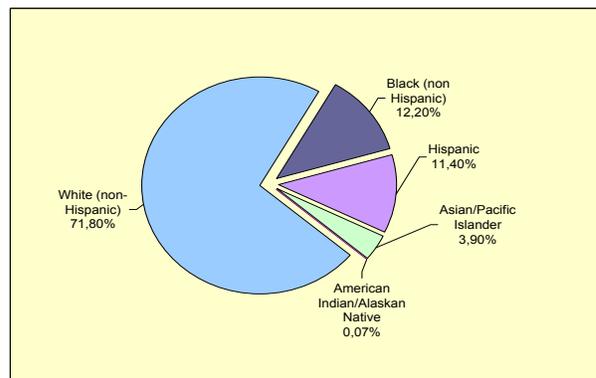


GRÁFICO 3: POBLACIÓN DE LOS EE.UU. POR GRUPO ÉTNICO/RACIAL, MARZO 2000



Fuente: *National Sample Survey of Registered Nurses, Division of Nursing, BHP, HRSA.*

Pero, al mismo tiempo, existe una notable escasez de facultades para la formación:

- 5.283 aspirantes a estudiantes de enfermería fueron rechazados, en 2002, en los Estados Unidos, debido al profesorado insuficiente, según la Asociación Estadounidense de Facultades de Enfermería;
- Cerca de 200 a 300 docentes se jubilarán, por año, de 2003 a 2012 (*Nursing Outlook*, marzo/abril 2002);
- Los programas de Maestría y Doctorado no producen suficientes graduados para satisfacer las demandas, según la Asociación Estadounidense de Facultades de Enfermería (2002-2003).

La investigación en Enfermería, en los últimos años, ha producido algunos resultados interesantes:

Título	Niveles educacionales de las enfermeras en el hospital y la mortalidad de pacientes quirúrgicos*
Objetivos	Examinar si la proporción de Enfermeras del hospital que tienen el nivel de bachillerato o mayor está asociado con la tasa de mortalidad (defunciones en pacientes con graves complicaciones)
Metodología	Análisis transversal de los datos de resultados para 232.342 pacientes quirúrgicos
Resultados	Cada aumento de 10% de la proporción de las enfermeras de BSN/MSN asociado con 5% de disminución en la mortalidad y de fracaso en la recuperación

*Aiken, L.H., Clarke, S.P., Cheung, R.B., Sloane, D.M. & Silber, J.H. 2003.

Título	Niveles que proveen enfermeras y la calidad de la atención en los hospitales*
Objetivos	Determinar si los niveles inferiores del personal de (las) enfermeras en los hospitales están asociados con mayor riesgo para las complicaciones o la muerte
Metodología	Medir cantidad de horas de atención de enfermería por paciente-día
Resultados	Una proporción mayor de horas de atención de enfermería y mayor absoluto # horas proporcionadas por las enfermeras tituladas por día estaban asociadas con estadía hospitalaria más corta, las tasas inferiores de neumonía, infecciones del tracto urinario, shock, y paro cardiaco

* Needleman, J., Puerhaus, P., Soeren, M., Stewart, B.A., & Zelevinsky, K., 2002.

Título	Personal de enfermería en el hospital y la mortalidad de pacientes, el desgaste de enfermeras e insatisfacción en el trabajo*
Objetivos	Determinar si la escasez de las enfermeras en el hospital puede vincularse a cargas de trabajo poco realistas
Resultados	<p>La insatisfacción del trabajo entre las enfermeras del hospital es 4 veces mayor que el promedio para todos los trabajadores de los Estados Unidos.</p> <p>Mayor insatisfacción del trabajo en las enfermeras fueron altamente significativos asociados al número de pacientes por enfermera.</p> <p>Se calcula que una diferencia de 4 a 6 y 4 a 8 pacientes va acompañada de un aumento de la mortalidad del 14% y del 31% respectivamente</p>

* Aiken, L. H., Clarke, S.P., Sloane, D. M., Sochalski, J. & Silber, J. H., 2002.

Además, tenemos publicaciones sobre el tema, como el Informe de la Organización Internacional de Migraciones (OIM). *Mantener los pacientes seguros: Transformación del Ambiente de Trabajo de las Enfermeras*, donde se abordan diferentes temas sobre políticas públicas, horas de trabajo, entre otros. Los resultados y las recomendaciones aportan sobre: la gestión de las prácticas, la capacidad de la fuerza de trabajo, la organización del trabajo y la cultura de seguridad organizacional.

Frente a los desafíos existentes, es importante:

- Prepararse para las funciones clínicas de liderazgo en los diversos entornos de atención de salud;
- Implementar prácticas de resultados basados en evidencias y elaborar estrategias creativas de mejora de la calidad;
- Crear una fuerza laboral fuerte de enfermería en la academia, en la práctica y en la investigación, que aborde y promueva los fundamentales retos de atención de salud;
- Participar en las asociaciones colaboradoras de la atención para crear sistemas que respondan a las necesidades de atención de salud de la sociedad.

Requisitos para trabajar en los Estados Unidos

Los requisitos están regulados por las siguientes leyes: Sección 343 de la Reforma de Inmigraciones Ilegales y la Ley de Responsabilidad de Inmigrantes (IIRIRA) de 1996; codificado a la sección 212(a) (5) (C) de la

inmigración y nacionalidad actúa 8 U.S.C. 1182(a) (5) (C). La sección 343 de IIRIRA creó un sector nuevo de la inadmisibilidad. Los trabajadores de salud son inadmisibles a menos que mantengan un certificado de la Comisión de Escuelas Extranjeras de Enfermería (CGFNS) o una organización similar.

El certificado del aspirante debe comprobar que: la educación es comparable al sistema de educación de Estados Unidos; las licencias son válidas; tiene un nivel de competencia oral y escrito en inglés; ha pasado una prueba de factor predictivo o el examen tiene por objeto predecir (según corresponda).

El Servicio de Inmigración y Naturalización de los Estados Unidos (INS) desarrollaron reglas provisionales:

- Expedición la primera provisional en octubre de 1998;
- CGFNS nombró a las enfermeras y la Junta Nacional de Certificación en Terapia Ocupacional (NBCOT) para someter a tamizaje OTs;
- Los trabajadores de salud solicitaron visas permanentes;
- Exoneraron a los trabajadores temporales contratados del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN);
- Fueron establecidos los niveles de competencia de idioma inglés y las exenciones.

Las funciones del INS se plegaron en el nuevo Departamento de Estados Unidos de Seguridad del Interior (DHS) en marzo de 2003 y el DHS expidió una regla final el 25 de julio de 2003. Las reglas establecieron una fecha de vigencia del 23 de setiembre de 2003.

La CGFNS protege al público porque asegura la integridad de las credenciales de profesionales de salud en el contexto de la migración mundial. Los principales programas de CGFNS son: Programa de Certificación (CP), Servicio de Evaluaciones de Credenciales (CES), Servicio de comprobación de Nueva York (NYVS), y VisaScreen™ Program (VS).

Los requerimientos de inmigración en relación al otorgamiento de las licencias: es el proceso por el cual organismos gubernamentales –federal, de estatal o local– autoriza que un individuo realice una ocupación. Los individuos que reciben una licencia deben cumplir con los niveles de educación, práctica y/o el examen fijado por el gobierno.

Los requerimientos de inmigración establecen las condiciones que los no ciudadanos deben reunir para entrar en los Estados Unidos. Los requisitos de inmigración pueden diferir en función de las citaciones indivi-

duales para participar en el trabajo, el estudio, el viaje o la familia y según la estadía hospitalaria y el país de origen.

Existen diferentes tipos de visas de trabajo: las permanentes y las temporales H-1B, H-1C, TLCAN. Para el H-1B, un bachillerato o grado mayor es normalmente el requisito de entrada mínima para la posición; o el empleador requiere normalmente un bachillerato o grado mayor para la posición. El beneficiario debe poseer una licencia o una licencia temporal, si lo hay y debe ocuparse plenamente en el trabajo desde el momento mismo de la admisión. El empleador debe presentar una Solicitud de Condiciones de Trabajo con el Departamento del Trabajo (DOL). Actualmente, la cuota es 195.000 puestos anuales. La duración es de tres años con una extensión a otros tres años.

El H-1C fue creado por las enfermeras que actúan en Áreas Desfavorecidas en el 1999. Otorga anualmente visa transitoria a 500 enfermeras extranjeras. Límite a los hospitales dentro de las áreas de escasez de profesionales de salud con menos de 190 camas y al menos 35% Medicare y 28% de camas de Medicaid. Permite la estadía de sólo 3 años y ninguna extensión.

Para el TLCAN los procedimientos de aplicación son simplificados, necesita de la prueba de ciudadanía (pasaporte); de los datos probatorios de una oferta de empleo mediante la presentación de la carta laboral; de datos probatorios de que el aspirante reúne la educación mínima y/o requisitos de experiencia de trabajo. En el caso de los trabajadores de salud en las ocupaciones abarcadas, también tienen que presentar una VisaScreen o el certificado similar de la sección 343 antes de la expedición de visados. Además, no hay ninguna cuota numérica, ningún límite en las readmisiones y debe renovar el TN cada año.

Los ciudadanos canadienses, presentan carta de la oferta del trabajo al cruzar la frontera, en la aduana reciben tarjetas, no los visados. Los ciudadanos mexicanos requieren un visado; los aspirantes mexicanos para un visado de TN deben solicitar un visado de no inmigrantes en una Embajada o Consulado de los Estados Unidos.

Proceso de certificación

Es el proceso alternativo que exonera a las enfermeras educadas en el extranjero del dominio del inglés y la compatibilidad educativa. Un extranjero debe demostrar que él o ella:

- a. tiene una licencia válida y libre, como enfermera titulada en un estado, donde el extranjero se propone ser empleado y tal estado comprueba que las licencias extranjeras son auténticas y libres;

los estados que cumplen este requisito son Michigan, Florida, Georgia, Illinois y Nueva York; y ha pasado el NCLEX-RN;

- b. es un graduado de un programa de enfermería: a) en que el idioma de instrucción fue inglés, b) ubicado en un país designado por CGFNS – actualmente incluye, Australia, Canadá (excepto Québec), Irlanda, Nueva Zelanda, Sudáfrica, el Reino Unido, Trinidad/Tobago y los Estados Unidos– y c) en funcionamiento antes del 12/nov./1999, o que es posteriormente designado por CGFNS y cualquier organización equivalente aprobadas para el otorgamiento de credenciales de las enfermeras.

En el proceso de certificación simplificado, el trabajador de salud educado en los Estados Unidos, está exento del examen de compatibilidad educativa y la puesta a prueba de aptitud lingüística inglesa. Todas las licencias han estado documentadas como libres. Para la evaluación de las licencias, es necesario considerar que excepto el diploma de la escuela secundaria, que puede ser una fotocopia, todos deben venir directamente de la autoridad; para la educación de enfermería el curso debe indicar el número de horas de clínica y de teoría –en Enfermería para Adultos, Enfermería para Niños, Enfermería Psiquiátrica, Enfermería Materna/Lactante.

Los problemas en el proceso de evaluación de licencias son: la restricción de las mismas; el organismo de concesión de licencias que no se ocupa si hay algún problema; la no finalización del servicio militar, del servicio comunitario o del pago de honorarios; requisitos de ciudadanía y de residencia.

Los requisitos para la prueba de suficiencia de inglés son: los antecedentes y la justificación; las normas; función de HHS/DOE; el período de validez; los exámenes aceptados (HTA, ILETS) y las puntuaciones.

Los cinco principales países de educación de enfermeras extranjeras en los Estados Unidos son: Filipinas, Canadá, India, Nigeria y Rusia/Ukraine.

Los idiomas hablados, además del inglés son: filipino/tagalos, francés, español, ruso y español en la práctica.

Guatemala

RUTILIA HERRERA

El contexto en Guatemala indica que el país es multilingüe y pluricultural; la esperanza de vida es de 63 años para los hombres y 69 años para las mujeres, 60% de la población es rural y 30% de los mayores de 15 años son analfabetos.

El promedio de producción del recurso humano de enfermería por año es de 900 auxiliares de enfermería; 200 enfermeras a nivel técnico; 5 primeras licenciadas de la universidad nacional; y 10 licenciadas por año de la universidad privada.

En círculos de profesionales se habla mucho de escasez de personal de enfermería para los tres niveles de atención, pero de forma prioritaria en las áreas rurales.

Sobre la migración en enfermería, cerca de 10 a 15 enfermeras por año, solicitan documentación para seguir trabajando en Estados Unidos; pero este dato tiene subregistro. Las razones para la emigración son: falta de fuentes de trabajo; bajos salarios; incentivos laborales no satisfactorios; falta de una política de recurso humano; y exceso de trabajo en los servicios.

En cuanto a la inmigración, cerca de 5 enfermeras, promedio, por año realizan proceso de incorporación. Llegan de Nicaragua, México, Costa Rica y Colombia. Y las razones son: asuntos familiares y búsqueda de nuevas oportunidades laborales.

El Departamento de Educación de Enfermería es la institución que realiza incorporación y registra a las enfermeras inmigrantes. Pertenece al Ministerio de Salud y a la Universidad Nacional de San Carlos de Guatemala. Actualmente no se tiene ninguna política de migración para el recurso humano de enfermería en Guatemala.

Por este motivo, es necesario que algunos temas sean tratados con la máxima importancia. Ellos son:

- Demostrar la necesidad de establecer una política de desarrollo del recurso humano de enfermería;

- Legalizar el ejercicio de la práctica de enfermería;
- Estandarizar en la región, la normativa e instrumentos que permitan el ejercicio seguro;
- Fortalecer formas de educación y capacitación innovadora, enfatizando en la identidad;
- Establecer y practicar los propios modelos de cuidado, que permitan un impacto y el desarrollo integral de la enfermería;
- Establecer un sistema de sana competitividad que estimule a los enfermeros que se esfuerzan por la enfermería y los usuarios.

Por fin, considerando el reto que se tiene en Guatemala de mejorar la calidad de vida de la población, es necesario tener capacidad y voluntad; reconocer fortalezas y debilidades; aprovechar las oportunidades; aliarse y obtener aliados para contribuir a la solución de la problemática de salud. Además, es necesario que enfermería ponga a la orden toda su ciencia y arte como región, que nos vinculemos para tener un mejor impacto.

Honduras

REINA LIDYLIA GROGAN NUÑEZ

Dirigiendo nuestra mirada hacia los diferentes momentos históricos de nuestro país y por ende de enfermería, encontramos que la movilización de enfermeras se ha dado de manera permanente, con mayor énfasis en determinados procesos sociopolíticos y económicos.

Para poder consensuar una opinión sobre este tema, se hizo consulta con miembros de la Junta Directiva del Colegio de Profesionales de Enfermería, docentes universitarios, enfermeras de servicio y enfermeras con residencia en el extranjero a través de correo electrónico.

Sobre el movimiento inmigratorio, usualmente el mismo se ha dado por razones de:

- Matrimonios con hondureños que han ido a estudiar al extranjero y regresan a radicarse en el país;
- Desplazamiento provocado por procesos socioeconómicos como la guerrilla o fenómenos de desastres siconaturales en los países centroamericanos;
- Consultorías a largo y corto plazo;
- Religiosas enfermeras que son enviadas a prestar servicio en sus congregaciones, a nivel de hospitales o de formación de recursos;
- Brigadas médicas integradas con enfermeras y que se han incrementado después del Huracán MITHC en 1998.

Así tenemos enfermeras de España, Estados Unidos, Alemania, Argentina, Rusia, Colombia, República Dominicana, El Salvador, Nicaragua, Guatemala, Japón, Francia, e Inglaterra.

Durante el presente año, el Colegio de Profesionales de Enfermería de Honduras (CPEH), ha autorizado 146 licencias temporales; actualmente la inmigración permanente es poco frecuente y la Asociación solo tiene registradas alrededor de 10 enfermeras, por lo que existe subregistro, ya

que la mayoría no ejerce la profesión y usualmente son las que llegan por matrimonio.

Sobre la emigración, tenemos que reconocer que a través del tiempo el país ha perdido muchos recursos humanos valiosos tanto en el ámbito profesional como auxiliar de enfermería. Y las razones para la emigración han sido para mejorar condiciones de vida y trabajo, ya sea económicas, superación, reconocimiento profesional y matrimonio.

En la década de los 60-70 con la apertura de la Escuela de Enfermería del Hospital Vicente D'Antony a cargo de las Hermanas de la Merced cuyo Plan de Estudios fue similar al de Estados Unidos, facilitó el registro en ese país, lo que estimuló a una emigración muy alta. Actualmente, con las limitaciones para ingresar a Estados Unidos, ha disminuido la movilización para ese país.

De las enfermeras cuya movilización se conoce, un 99% ha sido hacia Estados Unidos y 1% al Canadá, Venezuela, España y Alaska. Existe información registrada de los últimos dos años en el CPEH de 36 enfermeras que han emigrado, no todas lo dicen, por lo que hay subregistro.

La mayoría de los inmigrantes no ejercen la profesión y por lo tanto no se colegian, y la mayoría de las enfermeras que emigran, se incorporan a trabajos con permisos temporales, y tardan algún tiempo para lograr su registro por razones de idioma, nivelación de planes de estudio; sin embargo, mejoran sus condiciones de vida y de trabajo en comparación a lo que tenían en nuestro país.

Toda profesional extranjera para ejercer en Honduras deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a. Presentar su título autenticado por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, autoridades competentes del país y por representante consular de Honduras en su país de origen;
- b. Presentar original y fotocopia de la resolución extendida por la Secretaría de Gobernación y Justicia donde se otorga la residencia legal en el país;
- c. Documentos personales requeridos para su colegiación por el CPEH (fotocopia del pasaporte, tarjeta de residente en el país, permiso de trabajo extendido por la Secretaría de Trabajo y Seguridad Social, 2 fotografías carné, currículum vitae);
- d. Aprobar evaluación de suficiencia científico-técnica efectuada por Comité de expertos en el área que corresponda;

- e. Presentar fotocopia de recibo de pago de colegiación según cuota establecida y fotocopia de recibo de pago adicional por un valor de L. 10.00 por el beneficio que obtendrá al tener el derecho de ejercer legalmente en el país;
- f. La licencia para ejercer en el país será renovada cada 2 años así como su carné de colegiación.

Considerando la situación actual, es importante hacer investigaciones sobre planes de estudio, para establecer criterios comunes de formación en relación a aspectos esenciales y complementarios de la profesión y así facilitar las homologaciones y reconocimientos de títulos y grados.

Sobre la escasez de enfermeras en Honduras, es notoria, pues hay una relación de enfermera de 1,4 x 10.000 habitantes y de auxiliares de enfermería 8,4 x 10.000 habitantes; además de que se observa una concentración en las principales ciudades por lo que hace falta para dar cobertura a nivel de servicios y de población.

Muchas de las enfermeras se desempeñan en dos empresas por necesidad de mayor ingreso económico, y por la oferta de servicios que no pueden cubrir por falta de recursos en el área.

En la fuerza de trabajo de enfermería, es necesario mejorar las condiciones laborales, aumentar en cantidad el número de recursos formados, así como una propuesta de un modelo de enfermería que permita la apertura de espacios para la atención directa, ya que el modelo se basa en un alto porcentaje a nivel de Gerencia de Servicios.

México

SEVERINO RUBIO DOMÍNGUEZ

La migración en México es una situación cotidiana, particularmente en la frontera. Pero existen antecedentes, que son necesarios de ser considerados para entender la complejidad de la situación. Comprender como es el permiso temporal a actividades limitadas de práctica; el intercambio de académicos, estudiantes y profesionistas; el TLC, firmado entre los países de Norteamérica en 1992, que anticipaba la necesidad de prever efectos y oportunidades; la diversidad de estudios –Análisis Trilateral para reconocer asimetrías en formación y práctica profesional–; la acreditación y certificación profesional como garantía de interés público; la relación con los pares para acuerdos específicos y formulación de normas que regulen la movilidad transfronteriza de servicios profesionales; y el déficit de enfermeras profesionales en México.

Los requisitos académicos para la formación profesional son: currículo, perfil de egreso, acreditación de programas y acceso a la práctica profesional.

Para la práctica profesional es necesario: licenciamiento, certificación y recertificación, normas de permanencia, conocimiento de la cultura y del idioma.

Los problemas derivados de la integración son muchos:

- Incremento de agencias que contratan enfermeras sin conocimiento de los niveles y tipos de enfermera que se preparan en México: Auxiliar de Enfermería –3 meses y hasta dos años y medio–; Enfermera Técnica –3 años y servicio social–; con Licencia y Título Enfermera Técnica de Sistema Bivalente –3 a 5 años–; con Licencia y Título Técnico Superior Universitario con licencia y título; Enfermera Especialista de Postécnico; Enfermera Profesional Nivel Superior –4 años y Servicio Social– Enfermera Especialista de Posgrado;
- Recursos para continuar con el estudio trilateral y el registro de acuerdos;
- Falta de información sobre las características de los estudios que ofrecen las instituciones de los países socios CGFNS;

- Trámites burocráticos para obtener el dictamen de autenticidad de los estudios realizados y la constancia de no sanción profesional;
- Falta de colegiación y sus servicios;
- Idioma –530 puntos de la Prueba de Inglés como Idioma Extranjero (TOELF).

Al mismo tiempo, las ventajas de la integración son:

- Iniciamos el sistema de Acreditación de Programas Educativos y la Evaluación de los Consejos (Dictamen de Idoneidad);
- Se están formulando las bases para la autorización de instancias de certificación profesional y especializada según decreto de la Secretaría de Educación Pública (SEP) y Dirección General de Profesiones (DGP);
- Evaluación interna y externa de los servicios de formación profesional, Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior (CENEVAL), comités interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior (CIEES), Comité Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS);
- Programas de financiamiento complementario;
- Incremento de acciones de movilidad estudiantil de pregrado y posgrado –Programa Trilateral;
- Fortalecimiento del inglés como segundo idioma en enfermería;
- Incremento de la colegiación;
- Enfermería con Visa TLCAN, ante oferta de empleo;
- Se integra el *COMPIE.

Para poder intervenir en la situación, los asuntos sugeridos para la investigación son:

1. ¿Se ha acentuado el déficit de enfermeras y la baja demanda a los estudios de la profesión?
2. ¿Cuál es el valor de enfermería como función de interés público?
3. ¿Enfermeras mexicanas que se jubilan y buscan empleo en Estados Unidos como Enfermera Práctica Licenciada (LPN), Flebotomistas, Inhaloterapia, etc.)?

4. ¿Existen acuerdos de reciprocidad: permisos temporales y reconocimiento de créditos, grados académicos y licenciamiento profesional?
5. ¿Cómo se realizan los estudios de equivalencias en planes académicos y competencias de los egresados?
6. ¿Cuál es el costo de formación inicial en instituciones públicas y condiciones para otorgar permiso de migración (tasa de restitución)?
7. ¿Existe el seguimiento de las agencias contratantes y de las consecuencias laborales de la migración?

Por fin, es importante formar profesionales de enfermería para atender las necesidades de los mexicanos, pero con capacidad para desenvolverse en cualquier parte del mundo.

Enfermeras inmigrantes

El número aproximado de enfermeras inmigrantes en Panamá de 1971 a 1985 fue de 60 y según información no especificada, de 1986 a 2004, el número fue de unas 20 enfermeras.

Los países que enviaron enfermeras a Panamá son: Colombia, El Salvador, Ecuador, Chile, Nicaragua, Bolivia, Perú, Rusia y República Dominicana. Las enfermeras de Centro América tienden a migrar hacia Panamá por contrataciones en la empresa privada y como paso previo hacia Estados Unidos.

Actualmente, las enfermeras naturalizadas y que trabajan en el Sistema de Salud de Panamá están ubicadas en:

- 43 enfermeras en la Caja de Seguro Social;
- 11 en el Ministerio de Salud;
- 4 en la Facultad de Enfermería;
- 13 en la Clínica Privada San Fernando;
- 1 en el Hospital del Niño.

Las condiciones de vida y trabajo de las enfermeras inmigrantes son las siguientes:

- Tienen iguales derechos que las panameñas, considerando su condición de naturalizadas;
- Las no naturalizadas se mantienen por contrato renovable, no gozan de beneficios del escalafón de enfermeras, ni acceden a concursos, y laboran en la empresa privada;
- Gran número de enfermeras naturalizadas, están en posiciones de jefatura o en las últimas etapas del escalafón;

- Las colegas han constituido sus familias en Panamá, y son vistas como panameñas sin distingo por su nacionalidad.

Enfermeras que emigraron

Como se puede ver en los datos a seguir, los países que más recibieron enfermeras panameñas fueron con preferencia Italia y Estados Unidos. Todavía, los datos del 2000 a 2004 presentan un subregistro, pues se presume que hay un mayor número que ha migrado hacia Estados Unidos e Italia.

Es interesante observar que las enfermeras panameñas migran en menor cantidad hacia el Sur y América Central, algunas van hacia Canadá.

Años	Número	País
1989	16	Italia
1990	61	Italia
1991	43	Italia
	60	Costa Rica
1992	49	Italia
2001	04	EEUU
2003	16	EEUU
2004	20	Italia
	14	EEUU

Las condiciones de vida y trabajo de las enfermeras emigrantes son las siguientes:

- Gran número de las que migraron hacia Costa Rica han retornado a Panamá, algunas por la no adaptación, otras para obtener su registro en el país;
- Del grupo de que emigraron hacia Italia; algunas han formado familias, son bien reconocidas y valoradas, están organizadas y han hecho acciones para fortalecer su educación continua y un grupo reducido ha retornado a Panamá; relatan haber recogido una experiencia valiosa;
- Las enfermeras que van hacia Estados Unidos, generalmente son contratadas como técnicas en enfermería por razones tales como: la no aprobación de los exámenes, no poseer la licenciatura o no tener todos los requisitos para la contratación. Sin embargo, reportan tener salarios aceptables y las que laboran como enfermeras son bien valoradas, muy bien aceptadas en el sistema, y tienden a quedarse en el país.

Razones de la migración

Elas son:

- Condiciones de desempleo y subempleo en sus países;
- Mejoras en condiciones económicas de salarios;
- Mejoras en condiciones laborales;
- Contrataciones laborales por convenios entre países;
- Matrimonio con extranjeros;
- Mejores oportunidades de educación y desarrollo profesional;
- Ofertas de países con déficit de enfermeras;
- Por problemas políticos en sus países.

Legislación relacionada con la migración de enfermeras

Las leyes, decretos y acuerdos relacionados con la inmigración de enfermeras son:

- Ley de Enfermeras , Número 1, del 6 de enero de 1954:
Artículo 7 las enfermeras nacionales y extranjeras graduadas en el exterior deben revalidar y/o convalidar el título.
Artículo 9 cuando no hay enfermeras panameñas, se podrá contratar enfermeras extranjeras por el término de un año.
Para ser nombrada en el sistema público de salud –Ministerio de Salud (MINSA) y Caja de Seguro Social (CSS)– deberá ser nacionalizada, a menos que se presente la situación indicada en el artículo 9 antes mencionado.
Decreto 186 del 20 de marzo de 1967: Los cargos de la sección de enfermería se asignan por concurso –desde la jefatura inicial hasta la superior– el requisito es ser panameña o naturalizada.
- Ley número 24 del 28 de diciembre de 1982:
Criterios de concurso; Artículo 18, ser panameña de nacimiento o naturalizada. Para cambios de etapa según escalafón también debe estar naturalizada. A las enfermeras naturalizadas que iniciaron labores en Panamá entre 1969 y 1975, se les reconoce todos los años de servicio que certifican en Panamá; las que ini-

ciaron labores en Panamá a partir de 1976, se les reconoce únicamente los años de servicio que certifiquen a partir de la fecha de la naturalización.

Para el ingreso y trabajo de enfermeras extranjeras a la institución privada, deben cumplir los requisitos del Código de Trabajo y la Ley de Enfermeras:

1. Convalidación del título por la Universidad de Panamá;
2. Permiso expedido por el Ministerio de Trabajo;
3. Permiso expedido por la División de Enfermería del MINSA;
4. Carta expedida por la Asociación Nacional de Enfermeras Panameñas (ANEP);
5. Llenar los requisitos solicitados por la Empresa Privada.

Las leyes, decretos y acuerdos relacionados con la emigración de enfermeras en Panamá son:

- En julio de 1991, se firmó un convenio entre Panamá –ministro de Salud– y Costa Rica –ministro de Salud y Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)– para la contratación de enfermeras por dos años prorrogables para laborar en la CCSS y el Ministerio de Salud. El convenio se fundamentó en la necesidad de enfermeras por parte de Costa Rica y un elevado número de enfermeras desempleadas por parte de Panamá. Las dos agencias coordinadoras serían los colegios de enfermeras de Panamá y Costa Rica, con coordinación de la Enfermera Jefe Nacional de Panamá;
- En 1992 se inicia la salida de enfermeras hacia Italia, los acuerdos y convenios se dieron entre la ANEP, enfermeras particulares y agencias de contratación de Italia; mecanismo que se mantiene a la fecha;
- Las enfermeras que migran hacia los Estados Unidos deben hacer dos exámenes, el CGFNS y el NCLEX-RN.

Sistema de registro de enfermeras

El Consejo Técnico de Salud, es el organismo estatal dirigido por el Director General de Salud, que emite el Número de registro o Idoneidad de enfermeras y técnicos en Panamá.

El Comité Nacional de Enfermería, organismo constituido por ley, es el que confiere las autorizaciones para ejercer los dos primeros años y realiza los trámites y evaluación de documentos para el registro de enfermeras y técnicos, y lo remite al Consejo Técnico. Dicho Comité está inte-

grado por: su presidente que es el Director General de Salud, su secretaria es la Enfermera Jefa Nacional del Ministerio de Salud, y lo conforman las enfermeras jefas de los hospitales nacionales, la CSS, la Presidenta de ANEP y la Decana de la Facultad de Enfermería.

Para el registro la enfermera debe trabajar por dos años y cumplir requisitos de docencia, y rotaciones supervisadas en la capital e interior. A partir del 2005 se agrega el examen de competencia profesional.

Política de migraciones del país

La política en Panamá es de protección a los nacionales, los grupos gremiales tienen leyes que en su mayoría favorecen al nacional. Para ejercer cargos en instituciones públicas y ser favorecido con ascensos y concursos se requiere ser naturalizado.

Según ley, se da prioridad de empleo al nacional, se emplea al extranjero si no hay un nacional disponible para el cargo. Se pueden hacer contrataciones especiales tanto para servicio como para docencia en caso de áreas de especialidad que no exista el recurso en el país. En estos momentos se negocia la inclusión del rubro de servicios en el TLC con Estados Unidos –con oposición de los gremios.

Están surgiendo universidades privadas con el fin de formar enfermeras bilingües que puedan ser empleadas en otros países. El Estado ha visto en varias ocasiones la posibilidad de traer enfermeras para resolver el problema actual de escasez.

La información sobre inmigración y emigración de enfermeras en Panamá puede ser encontrada en la Dirección Nacional de Enfermería del MINSA y la CSS, en la ANEP, en las direcciones de enfermería de las instituciones de salud privada, en la Facultad de Enfermería, y en el Ministerio de Relaciones Exteriores.

La información pertinente para estudio de migraciones de enfermeras deberá considerar: el registro y ubicación en los países, las condiciones laborales en relación con las nacionales, la procedencia, las oportunidades académicas y profesionales, las condiciones económicas, las relaciones con su país de origen, las condiciones de contratación y oportunidades de naturalización, la estructura y condiciones familiares, las satisfacciones personales y laborales, las razones y condiciones de la migración, los mecanismos de tramitación y empleomanía en los países, las leyes y acuerdos sobre migración en los países, el impacto de la migración en las familias y los países, y la existencia de sistemas de información y apoyo para enfermeras inmigrantes y emigrantes.

En Panamá, los ámbitos de discusión de la temática de escasez de enfermeras son:

- Comité Nacional de Enfermeras, con representación de docencia, servicio, gremio y Estado;
- Comisión de Servicios Profesionales de la ANEP;
- Reuniones bimensuales y anuales de las enfermeras jefes nacionales con las regionales (MINSA y CSS), con participación de gremio y docencia;
- Con representantes del Ejecutivo –ministro de Salud– a través de propuestas para el Plan Nacional de Gobierno;
- En las juntas de Facultad y Consejo Académico de la Universidad de Panamá;
- En congresos y talleres de enfermería.

Los temas tratados en general son: formación, nombramiento, contratación, distribución, permanencia, subempleo, condiciones laborales, capacitación, estabilidad, satisfacción laboral.

Escasez de enfermeras

En Panamá se señala que hay escasez de enfermeras fundamentada en los indicadores que se mencionaran a continuación; sin embargo, existe una interrogante sobre la magnitud de la falta versus una limitación gubernamental para el nombramiento del recurso humano de enfermería según las necesidades identificadas.

Indicadores:

1. La relación enfermera-paciente es de 10 enf./10.000 hab. y la OPS indica que debe ser 30 enf./10.000 hab.;
2. El promedio de tiempo dedicación enf./pte. en tres hospitales del área metropolitana es 0,08-0,44 hora diaria;
3. Limitaciones para el nombramiento y distribución del recurso humano especialmente en áreas de difícil acceso;
4. Salas hospitalarias cerradas por falta del recurso humano de enfermería;
5. Entre los años 1999 al 2004 se graduaron 742, nombradas 664, renuncias 133, con fuga hacia extranjero, la empresa privada, y salida de la profesión hacia otras áreas de salud.

Considerando los elementos presentados, el problema prioritario en la composición y dinámica de la fuerza de trabajo en enfermería es el mecanismo de nombramiento, permanencia, distribución, estabilidad y condiciones laborales, al igual que las limitaciones en políticas de formación:

1. Tendencia alcista de programas privados de formación de técnicos en enfermería, frente a una necesidad de licenciados;
2. Limitaciones en la planificación y acuerdos entre enfermería –servicio, docencia, gremio– y el Gobierno para la formación, nombramiento y distribución del recurso humano;
3. Mayor concentración de enfermeras licenciadas en áreas metropolitanas con disminución en áreas indígenas y de difícil acceso;
4. Problemas relacionados con sobrecarga laboral, baja motivación y deterioro de la calidad de vida;
5. Fuga de profesionales con experiencia y especialistas hacia Estados Unidos e Italia ante mejores ofertas económicas y laborales;
6. Limitada participación en las políticas y toma de decisiones.

Introducción

El abordaje del campo de los recursos humanos en salud conlleva una necesaria visión de totalidad y complejidad, considerando como elementos fundamentales, la globalización con sus manifestaciones y consecuencias en nuestros países, las políticas y los procesos políticos que se derivan, los cambios en el perfil demográfico y el medio ambiente, así como el proceso de desarrollo del país que necesitamos impulsar.

Recientemente, como resultado de este contexto mundial de cambio y grandes demandas, las condiciones laborales también han variado. Estas derivan de acuerdos regionales y de libre comercio, los que llevan a enfrentar nuevos retos en el campo del desarrollo de los recursos humanos en salud. Asuntos estos relacionados con la contratación y la retención de la fuerza laboral del personal de salud. Para este evento, lo centramos en el personal profesional de enfermería, trataremos problemas derivados de la movilidad del profesional, de sus desplazamientos y de la escasez y proponemos algunas alternativas para mejorar esta situación en Perú.

No cabe duda que estos problemas nuevos en la agenda sanitaria, generan tensiones que imponen soluciones que van más allá del nivel nacional, por ello es imperativo, en el contexto de los procesos regionales de integración y de la elevada movilidad, tanto de los proveedores de servicios de salud como de la población, el fortalecimiento de los intercambios entre los países; por lo que saludo enfáticamente la iniciativa de desarrollar este evento trascendente, que plantea desde una dimensión política, la migración y escasez de enfermeras en América Latina. Para ilustrar mejor esta necesidad, vale la pena subrayar la escasez de profesionales de enfermería, actual y proyectada, para Canadá y los Estados Unidos y sus implicancias para los países en desarrollo. En Canadá, según la Asociación Canadiense de Enfermeras (2002), se pronostica una escasez de más de 60.000 enfermeras como resultado de la falta de nuevos profesionales contratados y del envejecimiento general de la cohorte actual de enfermeras –que aumentaría a 64.248, si se considera que la edad de jubilación es de 55 años–; en el 2011 una escasez de 78.000 enfermeras tituladas, y de 113.000 en 2016. En los Estados Unidos, actualmente

hacen falta más de 100.000 enfermeras y se prevé que la escasez será mayor en los próximos años.

La puesta en marcha de áreas de libre comercio amenaza con aumentar aún más la concentración de los recursos humanos en las regiones con mayor desarrollo, saltando las fronteras nacionales. El Mercado Común del Sur (Mercosur) aprobó el intercambio de profesionales a través de la directiva CMC/DEC 13/97, estableciendo un cronograma de diez años para alcanzar un mercado de libre tránsito de profesionales y el reconocimiento total de los títulos. El proceso está empezando a ser implementado con unas pocas profesiones, incluidos los médicos –Mercosur, 1997–, proporcionando un marco para las migraciones en el área. Las tendencias indican que en respuesta a esta nueva movilidad, dicha migración en el área intensificará los desajustes ya presentes entre las subregiones más desarrolladas y las menos desarrolladas en los países –OPS, 1995.

Para enfrentar esta situación, un grave problema que tenemos en el país es la fragmentación y falta de rectoría en la información de los recursos humanos en salud. Los datos con que contamos provienen de fuentes secundarias existentes, como los registros de personal del MINSA; los registros de ingreso y graduación de universidades; los registros de los colegios de enfermeros (nacional y 17 regionales) y otros provenientes del Censo de Infraestructura y Recursos Humanos realizado por el MINSA –1996 y 2000– así como el I Censo Nacional de Enfermería realizado, con mucho esfuerzo por el Colegio de Enfermeras/os del Perú (CEP) en el año 2001.

Migración

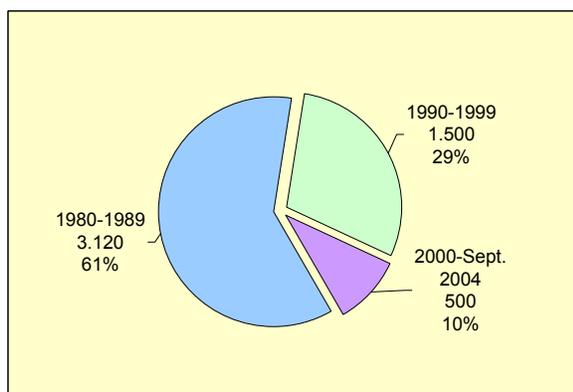
En el marco de las orientaciones recibidas por la OPS, caracterizamos la situación de la migración de enfermeras en el Perú, de la siguiente manera:

1. No contamos con información certera sobre las enfermeras inmigrantes radicadas en el país, pues el Colegio aún no ha logrado articular sus intervenciones con el Ministerio de Relaciones Exteriores, para poder contar con la información actualizada de los inmigrantes de enfermería; pero la inmigración de enfermeras en Perú no es significativa.
2. El país cuenta con un marco legal para autorizar el ejercicio de la profesión de un profesional extranjero, en el que el CEP tiene un rol relevante, para el registro correspondiente de dichas profesionales.

- Con relación a las enfermeras que emigraron del Perú, la información captada y procesada por el CEP a partir de 1980, demuestra que es un hecho que cada año ha ido incrementándose, así a setiembre del 2004 tenemos registradas un total de 5.120 Enfermeras que están trabajando en España, Estados Unidos e Italia (Ver gráficos 1, 2 y 3).

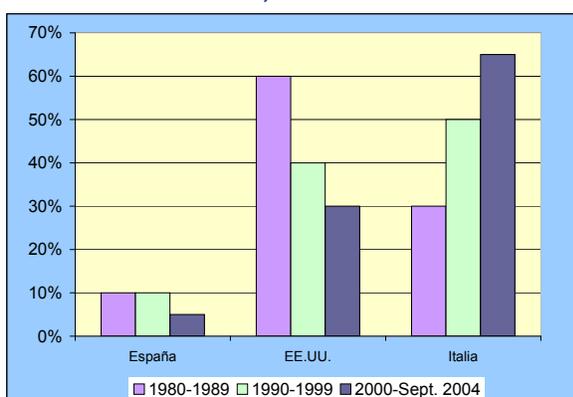
Si bien se observa una disminución de la emigración hacia España y Estados Unidos en las dos últimas décadas, las cifras son significativas y por la demanda existente, la tendencia es mantenerse en esas dimensiones. Cabe anotar que hay subregistro, pero a partir de información oficiosa de enfermeras, sabemos que en menor proporción, han emigrado a países Latinoamericanos –Costa Rica, Venezuela, Argentina, Chile.

GRÁFICO 1: ENFERMERAS QUE EMIGRAN A OTROS PAÍSES (1980-2004)



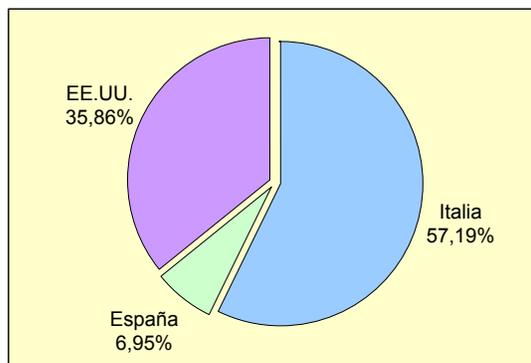
Fuente: Elaborado en base a Cuadro N° 1

GRÁFICO 2: ENFERMERAS QUE EMIGRAN POR PAÍSES, SEGÚN DÉCADAS



Fuente: Colegio de Enfermeros del Perú

**GRÁFICO 3: ENFERMERAS QUE EMIGRAN
SEGÚN PAÍS (1980 A SEPTIEMBRE DEL 2004)**



Fuente: Elaboración en base a Cuadro N° 3

Razones del fenómeno migratorio

El CEP ha analizado este hecho y señala entre otras razones las siguientes: los desajustes profundos en la disponibilidad, composición y distribución de la fuerza laboral de enfermería en el país, combinados con la coexistencia de condiciones de trabajo en deterioro sistemático y permanente:

- Esquemas salariales deprimidos e injustos;
- Inexistencia de sistemas de incentivos;
- Falta de estrategias apropiadas para el mantenimiento de la competencia profesional en los servicios de salud.

Esta situación alimenta el éxodo de nuestras profesionales, del interior a la capital y a los centros urbanos de mayor desarrollo, así como a otros países, lo que sin duda tiene preocupantes consecuencias para el funcionamiento eficaz y equitativo de nuestro sistema de salud y la implementación de modelos de atención integral a la población.

Cabe destacar, que desde hace dos décadas existen campañas masivas de contratación de enfermeras peruanas, cuya implementación a veces interfiere la aplicación de medidas nacionales eficaces que regularían el proceso migratorio; se hace difícil la planificación a largo plazo de los recursos humanos de enfermería.

Consideraciones sobre la legalidad, condiciones de trabajo y de vida de las enfermeras emigrantes

No cabe duda que hay una tendencia predominante en el fenómeno migratorio: el flujo se dirige del mundo en desarrollo a los países industrializados o desarrollados, los que dan muchas facilidades para legalizar su situación, no obstante, ha surgido entre otros problemas, la discriminación laboral y exclusión social –salarios diferenciados de los nacionales, duras condiciones de vida y trabajo.

La bibliografía nos dice, que la tendencia del flujo de profesionales hacia las regiones con mayor poder socioeconómico parece difícil de detener. Existen razones de derechos humanos y de sensatez para suponer que no sería razonable imponer limitaciones a la movilidad de los profesionales de enfermería. Por ello, es necesario investigar y evaluar soluciones creativas que se contrapongan a esta tendencia. Entre ellas, la adopción de normas éticas de reclutamiento en el exterior, considerando el valor monetario de la actividad de migración, llamado “Dividendo de Recursos Humanos” –que resulta del costo de formar la fuerza laboral en nuestros países, proveedores–; los cuales terminan convirtiéndose en aporte permanente de la fuerza laboral hacia los países receptores.

Cómo y de que manera los países beneficiarios retornan a los países proveedores, los costos de formación del personal profesional de enfermería. Planteamos, por ejemplo, evaluar el uso de sistemas de trabajo temporal, con retorno a los países de origen, con el fin de mejorar la equidad de distribución de recursos entre países que tienen escasez de enfermeras.

Por otro lado, si bien no hay investigaciones nacionales, se conoce de situaciones de trato discriminatorio a enfermeras peruanas y extranjeras y entre enfermeras de países diferentes.

Un hecho común es la existencia de trabas legales y económicas para el reconocimiento internacional de los títulos de enfermería y estudios posbásicos, lo que es causa de condiciones adversas y frustración para las enfermeras que emigran para trabajar o proseguir programas de formación.

La migración y la repatriación ulterior, deviene en pérdida de derechos sociales –como son pensión, años de trabajo acumulados– que no siempre tiene en cuenta la enfermera que emigra.

Cabe mencionar que la OIT desde su fundación en 1919, ha prestado atención a los temas de migración laboral y este año, durante la 92ª Con-

ferencia Internacional del Trabajo (OIT, 2004) adoptó un Plan de Acción destinado a asegurar que los trabajadores emigrantes estén cubiertos por las normas laborales internacionales, y se beneficien de leyes laborales y sociales en cada país. De otro lado, hay experiencias exitosas en la gestión de proyectos para la integración de los emigrantes en Europa y otros países, que necesitamos conocer.

En este contexto necesitamos analizar y replantear nuestro marco legal en el Perú. Un reto principal para ello es la sostenibilidad en el proceso de actualización de la información. La participación de los interesados directos en el uso de la información y el compromiso en proporcionar actualizaciones es una estrategia clave, comprometiendo a los diversos actores sociales –proveedores, formadores, colegios profesionales, gremios– y las instancias sectoriales –Salud, Relaciones Exteriores, Asamblea Nacional de Rectores (ANR), universidades–, para identificar una imagen útil de las tendencias nacionales y subnacionales en el estudio de la escasez y migración de enfermeras.

Organizaciones que registran para trabajar

Las organizaciones que registran a las enfermeras para su ejercicio profesional en Perú son:

- La Oficina de Gestión de Recursos Humanos del Ministerio de Salud;
- El CEP-Ley 22.315, a través de su Consejo Nacional y los 27 consejos regionales, registran y certifican para el ejercicio Profesional.

Las enfermeras inmigrantes, para ejercer en el Perú deben obtener la reválida de su título profesional en la ANR antes de gestionar su colegiación.

Donde obtener información sobre migración

La información sobre inmigración y emigración de enfermeras es registrada por el CEP, quien vela por el ejercicio de la profesión de enfermería en el país.

El Ministerio de Relaciones Exteriores cuenta con un proceso de registro de la migración de enfermeras y de otro personal de salud, sin

embargo no ha sido fácil acceder al mismo y no hay ninguna información relacionada con el registro migratorio en el sitio Web del Ministerio. El Colegio de Enfermeros otorga, a solicitud de las enfermeras extranjeras, autorizaciones de permisos temporales, previa gestión en el Oficina General de Cooperación Internacional del MINSA. Estas solicitudes son esporádicas. Su magnitud no es significativa.

Política de migración

Cuando una enfermera ingresa al país, debe:

1. Revalidar el Título Profesional en la ANR;
2. Registrar el Título en el MINSA;
3. Obtener su Registro y habilitación profesional en el Colegio de Enfermeros, asimismo someterse a los procesos de Certificación y Recertificación –en implementación.

Marco jurídico internacional para la política exterior peruana y el tratamiento de la migración

El Perú es signatario de los siguientes instrumentos internacionales, que constituyen el marco jurídico para el tratamiento del fenómeno migratorio:

1. La Carta de las Naciones Unidas;
2. La Carta de la Organización de los Estados Americanos;
3. La Declaración Universal de los Derechos Humanos;
4. El Estatuto de la Corte Internacional de Justicia;
5. El Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional;
6. La Carta Democrática Interamericana;
7. La Declaración sobre los principios de derecho internacional referentes a las relaciones de amistad y a la cooperación entre los estados de conformidad con la Carta de las Naciones Unidas (Resolución 2625) de la XX Asamblea General;
8. La Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados;
9. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales;

10. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos;
11. El Protocolo facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos;
12. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre;
13. La Convención Americana sobre Derechos Humanos;
14. Los Convenios de Ginebra sobre Derecho Humanitario.

Acuerdos suscritos a la fecha por el Perú, en materia Migratoria, según el Ministerio de Relaciones Exteriores (2004):

- **Argentina:** Con la finalidad de ampliar los beneficios del Convenio de Migración entre la República del Perú y la República Argentina, del 12 de agosto de 1998, los gobiernos de ambos países suscribieron el 16 de diciembre de 2002 un Protocolo Adicional a dicho Convenio que entró en vigencia el 11 de junio de 2004. El Protocolo Adicional permitirá el proceso de regularización migratoria de aproximadamente 80.000 peruanos en la República Argentina.
- **Chile:** El Convenio de Seguridad Social entre la República de Perú y la República de Chile, suscrito el 23 de agosto de 2002, cuyo objeto es el de regular las relaciones de ambos países en el área de seguridad social, permite, entre otros, el beneficio de la acumulación de períodos de seguro cumplidos bajo la legislación de ambos países.
- **Bolivia:** El Acuerdo de Regularización Migratoria entre la República del Perú y la República de Bolivia, fue suscrito en Huatajata, Bolivia, el 26 de enero de 2002. Se encuentra vigente desde el 31 de julio de 2003. Este Acuerdo favorecerá a más de 58.000 connacionales que viven en ese país. En ocasión de la I Reunión de la Comisión Mixta Consultiva del Acuerdo de Regularización Migratoria, celebrada el 29 de marzo de 2004 en la ciudad de Cochabamba, los gobiernos de Perú y de Bolivia han convenido ampliar el plazo de recepción de solicitudes de regularización migratoria hasta el 30 de abril de 2005.
- **España:** El Acuerdo entre la República del Perú y el Reino de España para la Cooperación en Materia de Inmigración, suscrito el 6 de julio de 2004, tiene por objeto la cooperación entre las autoridades migratorias de ambos países a fin de mejorar la gestión en materia de extranjería y migración.
- **México:** En el marco de la Visita Oficial al Perú del Secretario de Relaciones Exteriores de México, Dr. Luis Ernesto Dérbez

Bautista, se realizó la Primer Reunión del Mecanismo de Cooperación en Materia Consular y Asuntos Migratorios previsto en el Memorando de Entendimiento en Materia de Cooperación Consular y Asuntos Migratorios, suscrito el 25 de octubre de 2002, vigente a la fecha.

¿Qué debemos estudiar acerca de la migración de enfermeras?

Siendo una problemática compleja, sugiero los siguientes temas:

- La tendencia en la distribución geográfica de enfermeras en el país, relacionada con las necesidades de la población;
- La flexibilidad y precarización del trabajo de la profesional;
- El flujo de profesionales de enfermería hacia las regiones con mayor poder socioeconómico;
- Los factores asociados a la migración-escasez de enfermeras;
- Los costos de formación del personal de enfermería versus los mecanismos de retorno de la inversión a los países de origen;
- Los procesos de regulación de la formación y el ejercicio profesional, en ámbitos de integración, a nivel nacional y a escala internacional, para asegurar un ejercicio profesional libre de riesgo en el contexto del sistema del cuidado de la salud en cada país;
- Medios innovadores para evaluar la competencia del profesional de enfermería, y propuesta de acuerdos recíprocos entre organizaciones certificadoras.

Escasez de enfermeras

Problemas

En nuestro país, tenemos que evaluar sistemáticamente, la efectividad de los sistemas de incentivos monetarios, de estímulos intelectuales y de carrera profesional, para mejorar la asignación de profesionales a las áreas y servicios que tienen mayor escasez en relación a las necesidades de la población en las diversas regiones del país.

Cada año egresan 1.500 a 2.000 enfermeras de las 43 escuelas o facultades de enfermería, de las que, entre 600 a 1.000 son absorbidas

por el mercado de trabajo en condiciones muy desfavorables; un 25,4% a través de los llamados *contratos por servicios no personales* Sin protección social alguna –derecho a seguro social, vacaciones, gratificaciones– con salarios que fluctúan entre \$ 150 a \$ 300 mensuales, en deplorables condiciones de trabajo y de vida –en Puestos de Salud de la sierra o la selva, no cuenta con un lugar seguro para vivir.

Respecto a la remuneración mensual el 67% de enfermeras que trabajan en el sector público perciben una remuneración inferior a s/. 1.000,00 (\$ 300) y el 18% del sector privado tiene un sueldo inferior a s/. 500,00 (\$ 150).

Características

La información obtenida por el CEP evidencia inequidades en la disponibilidad, composición y distribución de la fuerza laboral de Enfermería:

- Las disparidades geográficas son comunes entre los centros urbanos con una alta densidad poblacional y las zonas rurales con poblaciones escasas y dispersas;
- El análisis de la distribución de enfermeras por Consejos Regionales del país (CEP, 2001) evidencia una ostensible inequidad en la distribución geográfica. Así tenemos centros urbanos –con una alta densidad poblacional– como Lima, la capital, que tiene 245.27 hb./km², con muchas facilidades de acceso geográfico, cultural y económico a la amplia oferta de servicios del sistema de salud y que cuenta con el 41% del total de enfermeras del país, ocupando el segundo lugar Arequipa –una de las de mayor desarrollo– con un 9,91%;
- Mientras que departamentos de alta ruralidad, con poblaciones dispersas y muy altos niveles de pobreza estructural y pobreza extrema, como Ayacucho, que sólo tiene el 2,32% de enfermeras; San Martín, oriente peruano con un 0,88% y Ucayali, Pucallpa con un 1,46%, llegando a casos como Jaén y Amazonas que no cuentan con profesionales de enfermería, a pesar de su crítico perfil epidemiológico.

Referencias bibliográficas

- ASSOCIATION CANADIANS DE INFORMERS. *Planning for the Future: Nursing Human Resources Projections*. Ottawa, 2002.
- CEP. *Primer Censo de Enfermeras a nivel nacional*. Perú. 2001.
- MERCOSUR. *Protocolo de Montevideo sobre el comercio de servicios del Mercosur*. 1997.

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES. *Los Servicios Consulares y la protección a los Peruanos en el extranjero/Acuerdos Migratorios*. Lima, 2004.

NACIONES UNIDAS. *Declaración de Derechos Humanos. El derecho de libre movilidad, el derecho a la libre elección del empleo y el derecho a la educación* (Art. 13, 23 y 26).

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT). *Programa sobre Migraciones Internacionales. Proyecto, "Promover la igualdad en la diversidad: Integración en Europa"*. 2004.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD (OPS/OMS). *Recursos humanos em saúde no Mercosul*. Río de Janeiro: Fiocruz. 1995.

Segunda parte
Migración y escasez
de enfermeras en

Perú

SONIA VELÁSQUEZ RONDON

En los últimos años se ha presentado en el país una aguda crisis económica que ha conllevado insatisfacción de las necesidades básicas de la población.

El sector salud, por tal razón, está en crisis en las instituciones que pertenecen al estado, las que se encuentran en colapso debido a sus exiguos presupuestos y escasez de recursos: materiales, de equipos y medicamentos. La población carente de recursos acude a los establecimientos del MINSA para resolver su problemática, sin lograrlo. Así mismo, se cuenta con profesionales de la salud que trabajan en condiciones deplorables en el sector, muchos de ellos con inestabilidad laboral, insatisfechos por las condiciones inadecuadas de trabajo, bajos salarios, falta de apoyo del estado a sus instituciones, y otras que generan insatisfacción. Muchos de ellos se encuentran ubicados en las ciudades, quedando las zonas rurales sin un servicio adecuado.

Las universidades, en los últimos años se han incrementado, sobre todo las privadas, formando profesionales sin considerar las demandas del mercado, esta situación ha posibilitado que hoy se encuentren muchos profesionales sin trabajo, por lo tanto hay desocupación y desesperanza. El estado invierte en formar un profesional desde la etapa inicial hasta la universidad 50.000 dólares, lo cual da mérito para que el sistema educativo reflexione sobre la pérdida que implica cuando quién recién egresa no consigue trabajo.

Las facultades de enfermería tienen un similar comportamiento, se ha incrementado el número de profesionales que egresan, los cuáles superan el mercado laboral existente tanto en el sistema estatal como privado, en consecuencia, hay demanda de trabajo insatisfecha.

Es en este contexto en que se produce la migración de las enfermeras, existiendo la siguiente situación:

1. Escasez de plazas en el sector, la cual se viene agudizando en los últimos años; la falta de presupuesto y la reducción de camas en las instituciones de salud.

2. Inestabilidad laboral, donde enfermeras con varios años de servicio y que, por medio de contratos por servicios no personales, son retiradas, generando un problema social.
3. Inadecuada política de recursos humanos en el sector, ya que no se establecen prioridades; tampoco hay planificación en esta área.
4. Falta de regulación de las entidades formadoras por parte del estado, generándose falsas expectativas en la población; sin establecer niveles de calidad en la formación de recursos humanos.
5. Crisis económica, presente en todos los organismos del estado y también en la población.
6. Inequidad en la planificación del sector salud, ya que los recursos económicos y humanos son absorbidos por las poblaciones urbanas; así mismo hay hegemonías que privilegian sólo a un sector de profesionales de la salud.
7. Demanda insatisfecha de otros profesionales de la salud así como de enfermeras, las que se encuentran maltratadas en su condición laboral.
8. Ley de jubilación, la cual ha prolongado el trabajo hasta edades extremas ocasionando que no haya rotación de personal en las instituciones de salud.
9. Insatisfacción laboral, debida a condiciones de trabajo inadecuadas, por carga excesiva de trabajo, saturación de actividades, falta de incentivos remunerativos.
10. Sobre carga laboral, debido a la reducción de personal en las instituciones, en las que debe trabajar con una cantidad de pacientes y/o población cumpliendo una serie de actividades que demandan mayor esfuerzo y resultan en inadecuada calidad.

Causas de la migración:

- a. Alta tasa de desempleo de las enfermeras;
- b. Subempleo e incumplimiento de derechos laborales y sociales;
- c. Falta de incentivos para el trabajo en el sector salud;
- d. Bajos salarios;
- e. Falta de reconocimiento del trabajo de las enfermeras.

Las causas sociales de la migración son:

1. Limitadas vacantes tanto en el sector salud como en otros sectores, lo cual se evidencia cuando se convoca a concurso para una plaza y se presentan 100 enfermeras;
2. Enfermeras con formación universitaria de cinco años sin puestos de trabajo, muchas de ellas de estratos medios;
3. Incremento de instituciones formadoras con fines de lucro, quienes forman enfermeras en cantidades desmedidas, a veces tienen hasta dos ingresos por año, descuidando la calidad de formación;
4. Presión familiar para trabajar, a veces es muy penoso que las enfermeras deben buscar una fuente de trabajo totalmente explotador;
5. Saturación del mercado laboral, en estos momentos el mercado nacional se encuentra saturado ante la escasez de plazas, a pesar que siguen faltando enfermeras para diversos puntos del país, pero no se cuenta con presupuesto;
6. Entornos de trabajo inestable, con contratos por tres meses y sistemas de evaluación que permiten que enfermeras con años de servicio queden sin trabajo;
7. Condiciones de trabajo inadecuadas, ya que deben trabajar con mayor cantidad de pacientes o de personas en la comunidad, con bajos presupuestos y con gran exigencia de metas;
8. Insatisfacción de necesidades básicas al tener sueldos de 500 soles, sin seguridad social, sin derecho a vacaciones;
9. Explotación laboral, porque deben tener permanencia en la zona, con bajos salarios, con contratos cada tres meses, sin beneficios sociales, con poco personal.

Las causas políticas de la migración son:

1. Inexistente política de recursos humanos en salud, que vele por el personal de salud, sus beneficios y planifique su desarrollo;
2. Falta de prioridad del estado para resolver la problemática de salud de la población, porque de esa manera se tendría una mejor distribución de los recursos humanos en el sector.

Las causas económicas de la migración son:

1. Presupuesto limitado en el sector salud, lo cual no permite resolver su problemática, tampoco la generación de plazas para el personal salud;

2. Personal de salud, con inequidades en cuanto a su remuneración, siendo las enfermeras, las que perciben los más bajos salarios a pesar de la responsabilidad del cuidado de la salud del paciente, familia y comunidad;
3. Crisis laboral e institucional en el sector, debido a los bajos presupuestos, salarios disminuidos, falta de equipamiento, insumos, materiales, medicamentos; se encuentran las instituciones de salud en franco colapso;
4. Subempleo en el sector salud, donde sus profesionales, deben trabajar por mínimos salarios con contratos por servicios no personales en condiciones que atentan contra la vida del trabajador;
5. Crisis económica e inestabilidad en el país, lo cual determina que las enfermeras no logren tener una vacante hasta dentro de varios años, incrementándose cada año la desocupación. Además se tiene salarios que no se modifican a pesar del tiempo y de las necesidades de los profesionales de la salud.

Consecuencias

Desempleo y subempleo de las enfermeras, esta situación se dará por lo menos en los próximos cinco años y se agravará más por la falta de regulación en las entidades formadoras;

- Tercerización y explotación de las enfermeras por parte de los empleadores, lo cual se produce por la poca oferta de plazas y la gran cantidad de demandantes;
- Migración de las enfermeras por la falta de trabajo y en la búsqueda de mejores fuentes de ingreso.

República Dominicana

DULCE EMILIA MEDINA DE PÉREZ

Presentación

La investigación, es uno de los paradigmas que debemos asumir para avanzar en la construcción de nuevos conocimientos, fortalecer el accionar de enfermería y abrir los caminos hacia el progreso.

Muchas son las inquietudes que a diario expresan las enfermeras en torno al problema de la escasez y la emigración, van a lugares muchas veces desconocidos y con limitadas ofertas en el campo de enfermería. Esta situación es motivo de preocupación, pues hay enfermeras que emigran y se dedican a trabajar en áreas diferentes a las de su formación profesional.

Los aportes presentados en este trabajo van encaminados a abrir un espacio de análisis en torno a la escasez y la emigración de las enfermeras en Latinoamérica y El Caribe; por tal razón agradecemos a la OPS/OMS en la persona de la Dra. Silvina Malvárez, la integración del país en esta importante investigación, así como también a la Dra. Zelma Zapata, por su apoyo y preocupación por el desarrollo de las enfermeras dominicanas.

Para dar repuesta a la guía preliminar de discusión recomendada por los organizadores de este evento, seguimos la siguiente metodología con la participación de 60 enfermeras:

- Aplicación de cuestionarios a enfermeras de servicio, docencia y gremio;
- Lluvia de ideas con las enfermeras que realizan las especialidades en Administración y Gerencia Hospitalaria y Calidad de los Servicios de Salud;
- Grupo focal con representantes de enfermeras de docencia, servicio y gremio;
- Análisis de la información obtenida.

La migración

En nuestro país hay aproximadamente unas 100 enfermeras inmigrantes procedentes de Venezuela, México, Chile, Puerto Rico, España, Nairobi (África), Cuba, Haití, Nicaragua y Colombia. Las enfermeras migran inicialmente por razones familiares, compromisos religiosos y contratos laborales. Logran colocarse en el mercado laboral con mejores condiciones que las nacionales.

Con relación a la emigración ha ido aumentando en la última década; podríamos decir que entre 200 a 250 enfermeras, han emigrado a los Estados Unidos, Puerto Rico, España, Italia, Alemania, Venezuela, Argentina, Canadá, Francia y Panamá.

Las razones por las que emigran, son diferentes:

- Búsqueda de mejores condiciones de vida;
- Mejor retribución económica;
- Mayor estabilidad y seguridad social;
- Desarrollo personal y profesional;
- Por falta de oportunidad para progresar;
- Por falta de reconocimiento social;
- Debilidad en las políticas de desarrollo para los RRHH en enfermería;
- Oferta de trabajo en otros países, con mejores condiciones de laborales;
- Explotación por el sector privado, por bajos salarios y carga excesiva;
- Por razones de familiares residentes en el exterior.

Los inmigrantes trabajan en nuestro país, en las siguientes condiciones: ejercen la profesión sin presentar reválida o convalidación, según lo establecen las leyes; son nombradas sin reunir los requisitos correspondientes; y, desempeñan puestos de alta gerencia. Hecha la consulta, concluimos que falta un mecanismo de control por los organismos correspondientes, que certifiquen que los inmigrantes reúnen los requisitos para ejercer y procedimientos que den cumplimiento a las leyes que rigen el ejercicio profesional en el país.

Para las emigrantes, es necesario:

- Que se establezca una política de desarrollo de RRHH en enfermería en el país;
- Aplicación de un escalafón profesional para enfermeras;
- Fortalecer las competencias laborales (idiomas, informática y tecnología de punta);
- Garantizar estabilidad laboral;
- Establecer controles para los procesos de certificación y recertificación;
- Mayor reconocimiento al trabajo de las enfermeras;
- Mejorar las condiciones laborales.

Las enfermeras consultadas consideran que la emigración e inmigración, es un derecho de todas las personas de ir en búsqueda de mejores condiciones laborales y de vida. Para esto es urgente exigir a los empleadores el cumplimiento de las leyes que rigen el ejercicio profesional en el país; ser más exigente en la formación y capacitación de recursos humanos (evaluación permanente); implementar el proceso de certificación y recertificación; y establecer criterios de selección a través de leyes y normas regulares.

El registro de las enfermeras formadas en el país, para que se pueda trabajar en el mismo, puede ser hecho en las siguientes organizaciones: universidades, Secretaria de Estado de Educación Ciencia y Tecnología (SEESCYT), Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), y Poder Ejecutivo, que es el organismo que expide el exequátur (Ley 111). Para las enfermeras inmigrantes, el registro puede ser hecho en: Secretaria de Estado de Relaciones Exteriores (Cancillería); Oficina Nacional de Convalidaciones, siendo responsable la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) (universidad estatal); Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS); Asociación Dominicana de Enfermeras Graduadas (ADEG); Secretaria de Estado de Educación Superior Ciencia y Tecnología (SEESCYT), y Poder Ejecutivo.

La información sobre inmigración y emigración de enfermeras esta disponible en el Departamento de Emigración y de Inmigración, en las embajadas y consulados de cada país, en la Asociación Dominicana de Enfermeras Graduadas (ADEG), en la Escuela de Enfermería de la UASD y en la Dirección Nacional de Enfermería de SESPAS.

Es necesario resaltar que no existe una política de emigración para enfermeras; se van por decisión personal, acogiéndose a lo que estable-

ce nuestra Constitución acerca del libre tránsito. Para conocer mejor el fenómeno de la emigración de enfermeras dominicanas, es importante estudiar:

- Condiciones legales y laborales, económicas, sociales y de seguridad de las enfermeras latinoamericanas y del Caribe, identificando los países donde emigran mas frecuentemente;
- Tipos de contratos, retribución y beneficios , deberes y derechos;
- Facilidades y limitaciones para el ejercicio profesional en otros países, revalida, convalidación legal;
- Desempeño de los emigrantes;
- Causas de emigración;
- Países con la demanda de enfermeras y condiciones legales y laborales de los mismos;
- Razones por las cuales el reclutamiento de enfermeras se hace a través de personas, y no del área.

La escasez

En República Dominicana, hablamos de déficit más que de escasez de enfermeras y consideramos que existe escasez por las siguientes razones:

- Inexistencia de una política de empleo y desarrollo de RRHH en enfermería;
- Los auxiliares y técnicos de enfermería se profesionalizan y no se les promociona, sin embargo, se les asignan funciones de profesionales;
- Déficit, en la distribución de las enfermeras, las cuales están concentradas en las grandes ciudades;
- En general, para poder sustentar nuestra opinión sobre escasez de enfermeras, debemos realizar una investigación de la oferta y demanda de los servicios de salud por enfermeras y actualizar el observatorio de RRHH que lidera la OPS/OMS.

Los indicadores o procesos que muestran la existencia de escasez de enfermeras en nuestro país se sustentan en lo siguiente:

- En la asignación de enfermeras por paciente en atención directa;

- Por el déficit de 2,2 enfermeras por 10.000 habitantes;
- Por la alta proporción de auxiliares por enfermeras;
- Por la mayor concentración en labores administrativas;
- Por escasez de enfermeras especializadas en las áreas de prioridad nacional – Pediatría, Obstetricia, Salud Mental Comunitaria.

Los problemas más acuciantes de la composición y dinámica de la fuerza de trabajo en enfermería son los indicados abajo:

- Carencia de una política de desarrollo de recursos humanos en enfermería y de reconocimiento social de la profesional;
- Las egresadas de enfermería de las universidades al igual que las auxiliares que se profesionalizan, no tienen garantizado un puesto de trabajo;
- Alto número de auxiliares asignados al cuidado directo de los pacientes;
- Pluriempleo y calidad de vida;
- Proliferación de escuelas de formación de auxiliares y bachilleres técnicos de enfermería;
- Politización en el reclutamiento de enfermeras y retención de empleos (clientelismo político);
- No aplicación de la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa;
- Distribución deficiente de las enfermeras a nivel geográfico y local;
- El servicio no hace las provisiones presupuestales anuales, para asumir los egresados;
- Formación de enfermeras independientes de la demanda del servicio;
- Inexistencia de una política de contratación de enfermeras;
- Inexistencia de un colegio de enfermeras que legisle y vigile el ejercicio profesional.

Por último, es oportuno señalar en nombre de las enfermeras dominicanas, que estamos en la mejor disposición de participar en un estudio regional sobre migración en enfermería.

Introducción

En el Uruguay el proceso migratorio siempre ha existido, acentuándose las características emigratorias en determinados períodos históricos del siglo XX. Hemos sufrido la pérdida de gente cercana y querida, y nos hemos visto enfrentados a grandes movimientos emigratorios de grupos de familias, personas de todas las edades, de distintos niveles sociales y profesionales, dentro de los cuales se encuentran las licenciadas de enfermería. Dicho movimiento migratorio se ha generado por diferentes procesos en los contextos político-económico-militar a nivel nacional e internacional.

Si consideramos este fenómeno globalmente, se observa migración negativa o crecimiento vegetativo, disminución de la natalidad, profundización del envejecimiento de la población e importantes transformaciones en la distribución territorial en todo el país.

Aunque persiste la macrocefalia histórica en Montevideo, la capital del Uruguay, es marcada la guetización por sectores sociales y la segregación territorial de la pobreza. La migración espacial dentro del país se manifiesta en movilidad y relocalización de la población en la franja costera.

A esta situación se agrega el proceso emigratorio desde Uruguay hacia otros países, éste es persistente; se constató que viven 450.000 uruguayos –un 15% de la población– en el exterior. Entre los años 2000-2003 hubo un fuerte flujo, más importante aún que el pico producido en el período cívico militar, entre 1970 y 1975; al mismo tiempo, se observa la preferencia emigratoria a países más lejanos y de estabilidad socio económica (países europeos, Canadá, Australia, otros).

Anualmente, nacen 52.000 niños, mientras que mueren 32.000 personas, lo que daría un crecimiento de 20.000 por año. En el 2002 y 2003 han emigrado entre 20 y 25.000 personas, por lo cual el proceso de crecimiento queda anulado. Destacamos que uno de cada cuatro profesionales que forma la Universidad de la República se va del país.

El sistema sanitario, que viene sufriendo una importante crisis –visualizada a través de reestructuras públicas, cierre de instituciones privadas, con pérdida de cargos de licenciadas de enfermería, auxiliares de enfermería y otros profesionales de la salud, inestabilidad laboral, poca dotación de enfermeras, sobrecarga de trabajo, bajos salarios– la cuál pone en riesgo la calidad del cuidado a los usuarios, así como la aparición de daños en los aspectos ético-legales inherentes a la atención. Consideramos estas situaciones problema como aspectos relevantes que inciden en la emigración de las licenciadas de enfermería.

La concentración de poder cada vez más centralizada y la forma de vida competitiva que aíslan al ser humano, llevan a la confusión y desestructuración creciente de personas y de colectivos; ello se encuentra en la base de la alarmante deshumanización en todos los aspectos del quehacer cotidiano social.

Estos mismos fenómenos se reproducen en el modelo prestador de servicios y en las prácticas sanitarias. Enfermería, forma parte de hospitales y sanatorios que responden al modelo de atención dominante, asistencialista, biologicista, centrado en la medicalización, la rutinización y la supresión de los afectos tanto del usuario como del trabajador de salud. Este modelo toma como centro organizador la enfermedad apoyándose sobre un paradigma médico de atención.

Esto dista mucho del modelo de atención de salud donde el ser humano sea el centro y que atienda las reales necesidades de la población, lo cual nos confronta con diversas dificultades, una de ellas la institucional, donde se percibe un aumento desmedido de la demanda de atención, causada por la emergencia social y las luchas de las relaciones del poder técnico, administrativo y político.

La crisis del sector salud, encuentra a enfermería con un déficit cada día mayor de licenciadas y con un aumento desproporcionado de auxiliares de enfermería. En el campo de los cuidados de enfermería, vemos como progresivamente se han ido distorsionando las competencias e incumbencias dentro del equipo de trabajo de enfermería y del equipo de salud.

Un documento del CIE, muestra algunas de las situaciones puntuales sobre Enfermería en el Uruguay (2003), que se suscitaron acorde al modelo de atención ante dicho. Se presenta extraído textualmente del documento del CIE, un ejemplo formal y difundido:

La situación para las enfermeras, el personal de salud y los pacientes en el Uruguay suscita graves preocupaciones. El Colegio de Enfermeras del Uruguay (CEDU) comunica que se ven afectadas tanto las instalaciones del sector público como las del sector privado.

- Se ha suprimido el puesto de enfermera jefe en el Ministerio de Sanidad.
- Se han suprimido puestos de enfermera jefe y las responsabilidades se han transferido a los médicos o a la dirección. Por ejemplo, en el principal hospital militar, el puesto de jefe de enfermería lo detenta un coronel.
- Se han impuesto despidos masivos y han quedado puestos vacantes; los cuidados se dispensan sin una supervisión adecuada.
- Los salarios no se pagan desde hace siete meses, por ello el personal de salud se encuentra sin recursos financieros.
- Los salarios se han recortado hasta un 30%.
- Se han cerrado instalaciones de salud privadas, con lo que muchas enfermeras y auxiliares de enfermería han quedado sin trabajo.
- 110.000 personas que antes estaban cubiertas por la Seguridad Social dependen ahora de los servicios públicos de salud, con lo que aumenta la carga de trabajo de las enfermeras empleadas en el sector público.

El Colegio de Enfermeras del Uruguay (CEDU) ha protestado públicamente y ha influido para que se apliquen unas normas de los cuidados con el fin de preservar la calidad de los servicios prestados a la población. El CIE ha informado de esta situación a la OMS y a la OIT, con el fin de facilitar un esfuerzo concertado para hallar soluciones.

En el período de emigración de las enfermeras, 2000-2003, aparece como una motivación fundamental la de índole económica, teniendo entre otras consecuencias la ruptura de la red social de apoyo. El mapa de la red constituido se va desdibujando, en ella estaban incluidas todas las personas con las que el sujeto interactuaba; podemos observar como se pierden las relaciones más cercanas (familia nuclear y amigos), las intermedias (familia extensa y relaciones sociales) y las más externas y alejadas (vecinos, compañeros de trabajo).

Es importante destacar las consecuencias de sufrimiento psicosocial de las personas y familias que transitan por esta situación; se considera la migración como uno de los factores que contribuyen a una posible desorganización del sistema familiar. Tenemos que considerar que estas circunstancias implican una crisis, tanto a nivel individual y familiar como social.

A continuación citamos algunos datos, brindados por el CEDU:

- Licenciadas de enfermería registradas: 2.580, siendo que 600 están afiliadas al (CEDU);
- 70 licenciadas en enfermería cada 100.000 habitantes;
- En las décadas del 70 y 80 emigraron unas 500 enfermeras a Europa, en especial: Suecia, Suiza, Francia, España, Italia; de las Américas a Estados Unidos, Argentina, Brasil, Venezuela. En el 2000-2003, es el otro contingente emigratorio de licenciados, en especial con contratos desde nuestro país a Holanda, Canadá, España e Italia.

La consulta sobre migración y escasez

El método de recolección de datos se hizo a través de la distribución de las preguntas por correo electrónico que se les envió a 50 licenciadas. Los criterios de la muestra fueron: licenciadas del sector público (ministerial y universitario) y sector privado (instituciones de asistencia médica colectiva); de Montevideo y del Interior del país; de la docencia universitaria; y de la Comisión Directiva del CEDU.

Del total de la muestra, contestaron 15 (de las enfermeras que contestaron, están todos los criterios representados).

Las dificultades encontradas en la consulta fueron:

- Se reenvió varias veces la guía dado que las licenciadas no contestaban;
- Al no recibir la respuesta en tiempo, se efectuó un sondeo para conocer las causas, de los cuales se desprendió lo siguiente:
 - Estar en pleno período de elecciones nacionales, muy especiales en este momento histórico, con mucha participación y efervescencia popular (enfermería incluida);
 - El multiempleo y las tareas familiares cotidianas;
 - Estar en los tres meses finales del año, donde hay múltiples eventos de enfermería y salud, con presentación de trabajos y participación en paneles;
 - Período de concursos para nuevos puestos de trabajo;
 - Finalización de cursos de posgrado con la presentación de trabajos.

Los resultados: migración

El 76% de las encuestadas responde que conocen enfermeras inmigrantes, a un promedio de 3,5 conocidas por persona. Los países, de donde se conocen más inmigrantes son, por su orden, España, Chile, Argentina, Suecia, Suiza, Brasil y Cuba.

El 100% de las encuestadas contesta que conoce enfermeras que emigraron, a un promedio de 11 conocidas por persona. Los países que se sabe hacia donde emigran, son por orden: España, Estados Unidos, Italia, Canadá, Suiza, Suecia, Brasil, Chile, Israel, Congo (África), Venezuela, México y Australia.

El 100% expresa que las razones son, la búsqueda de trabajo y de mejores condiciones laborales, salario; así como la aspiración de superarse profesionalmente y tener oportunidad de brindarles una mejor educación a los hijos. Una minoría dice que inciden causas de índole política, la búsqueda de prestigio, la situación económica del cónyuge, como factores desencadenante de la emigración.

Con respecto a la legalidad, se plantea que, tanto las enfermeras emigrantes como inmigrantes deben revalidar sus títulos para obtener posibilidad de trabajar, lo cual no siempre es sencillo, debido a que existen diferencias en los planes de estudio y titulación entre los diferentes países; se da como ejemplo la diferencia entre los países del Mercosur.

Hay diversas y contrarias opiniones acerca de las condiciones de trabajo; se plantea que existe desigualdad en el trato con la enfermera emigrante en los países donde va a ejercer, que un gran porcentaje de las que emigran no trabajan en su profesión y que en relación a los inmigrantes existe desprotección, dado que no hay un marco regulatorio para el trabajo de enfermería en el Uruguay. Otras opiniones, apuntan a que tanto para los inmigrantes como los emigrantes existen igualdad de oportunidades económicas, reconocimiento social y político.

En cuanto a condiciones de vida de las emigrantes, se señala la ruptura de las redes sociales, el desarraigo, los problemas de adaptación en general, el estrés que genera insertarse en un nuevo país, con un idioma diferente al de origen. Se menciona también, que la mejora de las condiciones laborales y económicas de las enfermeras emigrantes, hace que tengan más oportunidades para la capacitación y la recreación. Hay solo una opinión, que señala lo que se sufre en algunos países por el rechazo hacia el emigrante.

Existe, en la mayoría, desinformación en torno a ambos aspectos de la migración en relación al Uruguay, si bien se menciona que la emigración recrudesció en el 2002. Las opiniones, apuntan a considerar la emi-

gración como un evento penoso para enfermería, especialmente cuando la misma se debe a causas tales como las malas condiciones de trabajo, y/o las carencias económicas que padecen las licenciadas. La emigración, se evalúa como perjudicial para el colectivo de enfermería ya que aumenta el déficit de licenciadas existentes en el Uruguay, con la consiguiente pérdida de fuerza laboral, conocimientos, experiencia y afectos. Se entienden los motivos que inciden en la emigración, más aún cuando éstos se relacionan con la búsqueda de la mejora salarial, el crecimiento personal y profesional.

Se percibe al Uruguay como un país respetuoso de los inmigrantes y que las licenciadas en enfermería que llegan son contratadas con los mismos derechos y obligaciones que las nacionales; no se niega un cierto grado de intolerancia y racismo. Es evaluado como significativo, el aporte en conocimientos que dichas licenciadas puedan brindar en nuestro país.

El 29% de las encuestadas, no conoce las organizaciones que registran a las enfermeras para trabajar en el país; el 71% restante, divide sus opiniones entre el Ministerio de Salud Pública (1° lugar), la Universidad de la República (2° lugar), el CEDU (3° lugar), la Caja de Jubilaciones de Profesionales Universitarios, el Banco de Previsión Social y la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República (en 4° lugar).

El 23,5% de los encuestados, desconoce donde puede obtenerse información sobre inmigración y emigración de enfermeras en el Uruguay u otros países. El 76,5% restante divide sus opiniones entre el CEDU (1° lugar); Ministerio del Interior, Facultad de Enfermería de la Universidad de la República y embajadas, (2° lugar); Universidad de la República, Ministerio de Relaciones Exteriores, servicios de atención a la salud, jefaturas de enfermería de instituciones públicas y privadas, Oficina de Migración del Uruguay, Escuela de Enfermería de la Universidad Católica del Uruguay, colegios de enfermería y asociaciones, (3° lugar).

El 53% de las encuestadas, desconoce si hay una política de migraciones en el país relacionada a enfermería y en general. Un 24% plantea que no existe ninguna política de migración en el país relacionado a enfermería y/o en general. Un 12% no contesta; el 2,5% opina que la política es hacer que la gente se vaya y el otro 2,5% que la política se relaciona con la legalización del título en el centro universitario homólogo y para quienes emigran, legalizar el título y el Programa de la Licenciatura en el Ministerio de Relaciones Exteriores del Uruguay.

Con respecto a la emigración, se considera importante conocer causas, motivos de la misma, requisitos para manejarse de un país a otro en tanto deberes y obligaciones y hacia qué países y fuentes de trabajo emigran, que lugares o fuentes de trabajo han dejado en el Uruguay, cuantos años y tiempo de egresadas tenían en relación a la experiencia laboral y de formación de posgrado al emigrar; si estas enfermeras se encontraban

agremiadas, cuál era la composición del núcleo familiar al momento de emigrar, su edad, su sexo, las repercusiones afectivas, su sufrimiento psíquico y orgánico, la pérdida de identidad de la enfermera emigrante, las dificultades en los procesos de reválida del título.

Con respecto a la inmigración: conocer desde donde emigraron, años de egresada, experiencia laboral y formación de posgrado y/o grado en otro país, inserción y reinserción social en el Uruguay, trabajo actual, integración del núcleo familiar, sexo, edad, repercusiones afectivas de la inmigración y si se encuentran agremiadas.

En términos generales se considera importante conocer las condiciones de vida y de trabajo, aspiraciones y problemas de las emigrantes e inmigrantes, así como las formas de ayuda colectiva, legales, sociales, que puedan existir.

Los resultados: escasez

El 71% de los encuestados opina que hay escasez de enfermería en el Uruguay. El 29% restante divide sus opiniones entre considerar que existe multiempleo, no escasez y que no existe escasez de enfermeras, sino de puestos de trabajo.

Cuando se discute el tema de la fuerza de trabajo de enfermería, se mencionan las malas condiciones de trabajo y de salario, la no participación en niveles de decisión institucional, las carencias de trabajo en equipo, falta de reconocimiento del rol de la enfermera, imposibilidad de cumplir con los objetivos profesionales, *burnout* laboral, escaso protagonismo de las licenciadas. Lo cual lleva a que su ausencia no se note, a la falta de profesionalismo e investigación en enfermería, deterioro de la formación del egresado, profesionales recién recibidos *sin vocación*, deterioro del cuidado brindado por el licenciado en enfermería, el cual ha quedado en manos del auxiliar de enfermería, no estar presente en la cotidianeidad de la gente.

Aparece también la importancia de profesionalizar auxiliares de enfermería; el que no existen políticas de salud y educación que den respuesta a nuestros problemas; la necesidad de mayor número de licenciadas, especialmente en el primer nivel de atención.

El 71% opina que hay escasez de enfermeras. Los indicadores nombrados son:

- La dotación precaria de licenciadas, en los diferentes servicios, en relación a la población usuaria atendida;
- La carencia de licenciadas en servicios de atención a la salud;

- La existencia de 1 licenciada cada 18 auxiliares de enfermería;
- La existencia de 2.500 licenciadas para una población de más de 3.300.000 habitantes en el país;
- La no ocupación en los cargos que quedan vacantes por profesionales;
- La ocupación de puestos de trabajo de licenciadas, por otros profesionales de la salud.

Los procesos mencionados se vinculan con:

- El modelo médico hegemónico, asistencialista, despersonalizado, mercantilista, donde no interesa la calidad de atención a los usuarios;
- No considerar la incorporación de licenciadas de enfermería como un factor importante para elevar la calidad de atención a la salud;
- La exigencia de que, la licenciada en enfermería en cualquier servicio, posea variedad de conocimientos y asuma responsabilidades en diferentes temáticas, lo cual disminuye su tarea y su producción profesional.

Los encuestados identifican múltiples problemas en la composición y dinámica de la fuerza de trabajo de enfermería, entre ellos: la crisis del sistema de salud con falta de plazas de trabajo efectivo; el desempleo; el multiempleo; la mala remuneración; el inadecuado sistema de libes y licencias; la falta de reconocimiento y valoración del rol del licenciado en enfermería; el no acceso a cargos de decisión política; la falta de participación y representatividad gremial; el ser dejados fuera de los servicios de atención a la salud causado por el modelo médico hegemónico ya explicitado.

Referencia bibliográfica

DABAS, Elina. *Red de redes: Las prácticas de la intervención en redes sociales*. Buenos Aires: Paidós, 1998.

Venezuela

ROBERTO RODRÍGUEZ
GLADYS LEÓN

En el estado Táchira, frontera de Venezuela con Colombia, existe un número de enfermeras colombianas que laboran en el sector privado y de manera independiente prestan servicio a domicilio.

Las enfermeras que emigran a otros países van en general para: España, Estados Unidos, Italia, Panamá y Colombia. Los motivos para la emigración son: búsqueda de crecimiento y desarrollo profesional ya que las oportunidades de realizar estudios de posgrado en Venezuela es muy limitada; mejor remuneración; falsas expectativas y poca información.

Sobre las condiciones de trabajo y vida de las enfermeras inmigrantes y emigrantes, es necesario considerar que deberán sobreponerse a las barreras de obtener una licencia, luego las condiciones de trabajo están signadas por contrataciones de poca valía económica, escasa seguridad social y falta de garantía de permanencia y ascenso.

En función de la concentración en centros urbanos y en polos de mayor desarrollo económico, que sumado a los asuntos de escasez general de este recurso humano y a las demandas del sistema de salud, el gobierno ha considerado contratar enfermeras caribeñas.

Las organizaciones que registran a las enfermeras para trabajar en Venezuela son: el Ministerio del Trabajo; el Colegio de Enfermeras y Enfermeros; la Dirección de Contraloría Sanitaria y la División de Registro de Profesionales del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

Las informaciones sobre inmigración y emigración de enfermeras pueden ser obtenidas en el Ministerio de Relaciones Exteriores; embajadas; federaciones y asociaciones de enfermeras y enfermeros; universidades; Ministerio de Salud y la red de servicios.

Sobre la política de migraciones, en relación a las enfermeras y en general, el estado venezolano a partir de la nueva constitución (1999) ha promulgado la creación del Sistema Público Nacional de Salud, el cual a su vez, establece la creación de una nueva institucionalidad de servicios de salud, con un fuerte predominio de la Atención Primaria en Salud, esto

ha generado una política de establecimiento de convenios con la República de Cuba para la incorporación de médicos y odontólogos cubanos

Considerando la importancia del tema de las migraciones, sería muy oportuno la realización de un censo nacional de las enfermeras emigrantes, donde se evalúe: procedencia y actual ubicación en el país; área de desempeño laboral; perfil profesional y académico; estructura de salarios; legalidad profesional; causas de su emigración; barreras y facilidades en la obtención del empleo; calidad y condiciones de vida; y satisfacción laboral.

Sobre la escasez de enfermeras, este es tema muy actual, ya que se trata con frecuencia y es visto con mucha preocupación, pues en Venezuela sólo existen 9,1 enfermeras por cada 10.000 habitantes. Además, hay variedad de documentos que señalan la escasez como una realidad en el país:

- el informe presentado por la OPS-Venezuela y el Ministerio de Salud y Desarrollo Social que reporta la necesidad de enfermeras para cubrir la demanda del programa de la Misión Barrio Adentro y las clínicas populares;
- el documento presentado por la Federación de Enfermeras de Venezuela;
- los informes técnicos presentados por las corporaciones de salud, de cada una de las regiones que conforman el país.

El problema más acuciante de la composición y dinámica de la fuerza de trabajo en enfermería en Venezuela, pasa por el análisis de que la red de servicios en este país es muy plural, lo que crea una demanda diversa del profesional de enfermería por parte de los organismos empleadores. Los servicios privados, por ejemplo, concentran su demanda en mano de obra poco calificada y barata.

Primeras conclusiones

MARY LOU DE LEON SIANTZ
SILVINA MALVÁREZ
EMILY HERTZBERG
CRISTIANNE FAMER ROCHA

La movilidad internacional de los trabajadores más calificados ha aumentado significativamente durante el último decenio. Esta movilidad se ha desatado mediante la globalización y las políticas de admisión competitiva en el mundo desarrollado. Mientras la documentación de esa movilidad ha surgido recientemente, solo tiene identificadas categorías educativas amplias.

Para la enfermería en la Región de las Américas, el último decenio ha sido un momento histórico del cambio caracterizado por una variedad de tendencias y desarrollos que han ocurrido en un marco de la globalización y reforma del sector salud.

El campo de los recursos humanos en enfermería, se ha visto influido y transformado por estas tendencias de manera tanto positiva como negativa. Actualmente, el análisis de los recursos humanos mediante la investigación en enfermería está generando conocimiento importante que es necesario para reorganizar los servicios de atención de salud. Sin embargo, este conocimiento es pequeño todavía en relación a las reales necesidades. Además, los resultados de las investigaciones que se realizan en la Región no se han sistematizado y difundido ampliamente y, por lo tanto, han perdido gran parte de su posible repercusión.

Dentro del contexto mundial actual, la realización del *II Simposio Panamericano de Investigación en Recursos Humanos de Enfermería* permitió identificar y tratar las tendencias de investigación en cuanto a los recursos humanos en enfermería, en particular centrado en la movilización, la migración y la escasez de las enfermeras en 15 países investigados en América Latina: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, República Dominicana, El Salvador, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Panamá,⁸ Perú, Uruguay y Venezuela

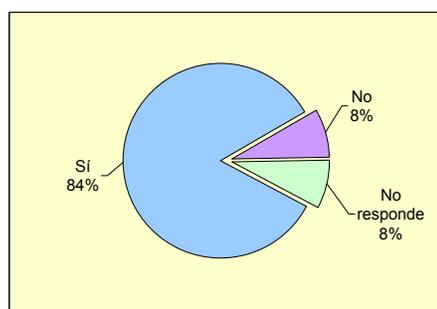
Los resultados presentados por cada uno de los países, de acuerdo con la *Guía Preliminar de Información y Discusión* (Anexo A), no siempre fueron compatibles para definir con claridad los problemas que afectan

8. Los datos recibidos por Panamá fueron sistematizados y analizados, aunque no han (tengan) sido presentados en el texto de este Informe.

la migración y la escasez de enfermeras en América Latina. La fuente de datos fue variable para cada país y los datos examinados no fueron uniformes. Además, la fuente de datos en algunos países puede ser cuestionable porque en muchos casos no estuvo registrado en las respuestas a la encuesta.

Para tener una idea general de la situación de las respuestas de los países a la encuesta propuesta, presentamos a continuación una compilación sistematizada de algunos de los datos que permitirá un análisis conjunto de las respuestas de los países participantes:

- a. Conocimiento sobre las enfermeras que emigraron a otros países:



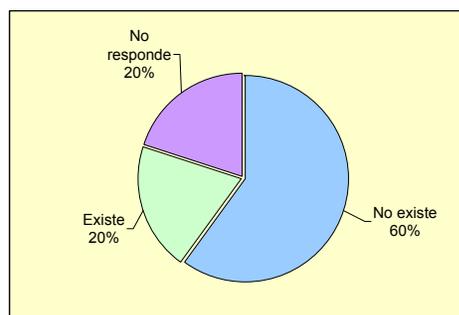
- b. Razones por qué las enfermeras migran:

- Condiciones socioeconómicas/laborales/de vida;
- Bajos salarios;
- Desarrollo profesional/pocas oportunidades de crecimiento/bajo reconocimiento de la profesión;
- Violencia, estabilidad, conflicto armado;
- Matrimonios, familia en el exterior;
- Inexistencia de políticas públicas para recursos humanos;
- Oportunidades en el exterior.

- c. Organizaciones que registran a las enfermeras para trabajar en el país:

- Organizaciones de gobierno;
- De enfermería;
- Universidades;

- Embajadas, consulados.
- d. Organizaciones dónde puede obtenerse información sobre inmigración y emigración de enfermeras en el país o en otros:
- Gubernamentales;
 - De enfermería;
 - Universidades;
 - Embajadas, consulados.
- e. Existencia de una política de migraciones en el país con relación a las enfermeras y en general:
- La mayor parte de los países refiere no existir una política:



En algunos, hacen referencia a la existencia de reglas con respecto a los inmigrantes y el área de salud en general.

- f. Información considerada importante a ser estudiada sobre la migración de las enfermeras:
- Condiciones de trabajo/vida para las enfermeras;
 - Causas de emigración;
 - Ubicación/distribución de las enfermeras ;
 - Desempeño de emigrantes;
 - Documentar experiencias/un censo nacional de enfermeras emigrantes;
 - La política de enfermería: contratos, leyes, acuerdos, etc.;
 - Cómo evaluar la calidad de las enfermeras.

- g. Sobre la escasez de enfermeras y la discusión del tema de la fuerza de trabajo en enfermería, en manera general:

La mayor parte de los países respondieron que el tema escasez de enfermeras es recurrente. En aquellos donde no se habla específicamente de esto –escasez– los temas relacionados a los recursos humanos de enfermería indican la existencia de otros problemas también importantes: falta de empleo, bajos salarios, oferta, demanda, etc.

Los indicadores presentados por los países en relación al tema de la escasez fueron los siguientes:

- Existencia de más auxiliares que licenciadas;
- Insuficiente número de enfermeras por 10.000 habitantes;
- Distribución de enfermeras en grandes ciudades.

- h. Los problemas más acuciantes de la composición y dinámica de la fuerza de trabajo en enfermería en el país son:

- Distribución en ciudades grandes;
- Más auxiliares y técnicos que licenciadas/profesionales –la preferencia de mano de obra barata;
- No hay regulación suficiente respeto a las enfermeras;
- Diversidad de educación –más escuelas de auxiliares/técnicos;
- Sobrecarga laboral.

Cabe resaltar que lo que demuestran los datos y las reflexiones presentadas en este documento, es que el diálogo entre los países sobre este crucial tema relacionado a los recursos humanos en enfermería –la migración y la escasez de enfermeras– necesita seguir y ampliar, aún más, una comprensión común de la evolución, los retos y las implicancias en los recursos humanos dentro de la enfermería, que no solo afectan el presente sino también el futuro en toda la Región de las Américas.

Aunque el Banco Mundial reconozca que los trabajadores de salud, como nosotros, las enfermeras, tienen un gran poder en los sistemas de salud y la salud de la población, no hemos podido hacer cambios que conlleven resolver los problemas.

Los problemas de la profesión en los sistemas de salud incluyen: incompatibilidad en habilidades; ambiente sin satisfacción; bajos sueldos; ineficiente supervisión y falta de posibilidades en la educación. A estos factores se asocia el problema de la migración de las enfermeras. El re-

sultado a la población es un acceso limitado a los servicios de salud y falta de calidad de los mismos, ya que hay evidencia mundial que la mortalidad esta relacionada con la dotación de enfermeras y trabajadores de salud.

El rol de enfermería en la salud de los países, no se ha considerado en los planes y objetivos de la salud regional y estratégica de largo plazo. El Banco Mundial ha identificado el gran efecto y poder que tienen los trabajadores de enfermería en los sistemas de salud en las regiones del mundo.

Especialmente los gobiernos que tienen experiencia en desarrollar planes de emergencia de la región para mejorar los problemas de salud, incluyen en estos planes el combate a la reducción del número de enfermeras; la mejoría en la disponibilidad de los trabajadores de salud y en la preparación y administración de los mismos trabajadores. Pero, no se han desarrollado estrategias para conocer las condiciones de los trabajadores de salud en América Latina, especialmente las enfermeras.

La migración, además, es el segundo factor más importante en la reducción de las enfermeras. Los factores que desmoralizan a las enfermeras en su país son los bajos sueldos; las deficiencias profesionales; el hecho de no ser feliz con el ambiente del trabajo; de no tener control de su trabajo; la infraestructura clínica; la oportunidad para mejorar las prácticas técnicas y la carrera profesional; la falta de buen cuidado de sus niños cuando trabajan; la falta de buenos domicilios; el ambiente político y social del país de origen.

Los factores que atraen a las enfermeras son la posibilidad de un trabajo que genere satisfacción y que sea atractivo; mejores sueldos, beneficios y seguridad; respeto; mejor calidad de vida; y oportunidad para mejorar la carrera y obtener más oportunidad para preparación en una especialidad.

Existe la necesidad de documentar la migración de las enfermeras de América Latina a otros países y de otros países a América Latina, ya que la migración de enfermeras de África del Sur, Ghana, las Filipinas, Islandia, y el Caribe se conoce. Solo no se ha estudiado la migración de las enfermeras de América Latina. Sobretudo porque la distribución de los enfermeros y del personal de enfermería no es adecuada. En Asunción (Paraguay), por ejemplo, hay cinco veces más enfermeras en la capital que en el resto del país. En Brasil, 60% del trabajo en salud es realizado por personal de enfermería. En Argentina, hay 10 veces más médicos en Buenos Aires que en Tierra del Fuego.

Para comprender y mejorar el problema de migración, mejorar la salud regional, mejorar los problemas de los trabajadores de salud, necesitamos evidencia que relacione el trabajo con los gastos regionales y macroeconómicos en la salud de los países –al momento entre 50% y

75% se gasta en lo que se necesita para mejorar la salud. Necesitamos también: indicadores macroeconómicos relacionados con la mortalidad y morbilidad–; evidencia que relacione números de enfermeras con el trabajo que es necesario hacer para mantener la salud de los países y disminuir la morbilidad y mortalidad; comparar los gastos que apoyan soluciones cortas con soluciones de largo plazo; evidencia de la importancia del trabajo de enfermería que sea atractivo para los que definen políticas –ministros de Salud, administradores de sistemas de salud, escuelas profesionales–; evidencia para desarrollar reglamentos; y aprender para mejorar.

Algunas soluciones posibles son:

- Apoyar investigaciones para mejorar la información sobre la migración de las enfermeras;
- Apoyar la comunicación entre los países que mandan y reciben las enfermeras;
- Crear evidencias para mejorar la administración del trabajo de la enfermera, con el planeamiento de estrategias para fortalecer recursos humanos incluyendo indicaciones macroeconómicas que compare gastos en salud del país con planes cortos y planes de largo plazo;
- Realizar estudios que presenten un panorama mundial sobre la migración de las enfermeras afuera de América Latina;
- Disponer de recursos e informaciones para analizar la situación de las enfermeras que migran de los países para planear como sostener y mejorar la salud de la Región con el trabajo de la enfermera;
- Desarrollar reglamentos para la reorientación de los servicios de salud;
- Aprender como mejorar el ambiente de las enfermeras;
- Desarrollar un estudio multicéntrico sobre la migración de las enfermeras de América Latina;
- Identificar colaboradores;
- Identificar las bases de información que existen en los países sobre las enfermeras y el tipo de información que contienen.

También son necesarios datos sobre el estado de salud de los países, los gastos en salud, las respuestas y la necesidad de enfermeras para apoyar o mejorar la salud. Además, se podrían realizar estudios sobre

el ambiente del trabajo, la salud propia de la enfermera y la calidad de la vida en el país que recibe la enfermera y el país que la manda.

Finalmente, sería adecuado y necesario realizar un plan de largo plazo para mejorar las condiciones de la enfermera y apoyar el sistema de salud incluyendo las condiciones macroeconómicas.

Guía preliminar de información y discusión

ANEXO

La migración y la escasez de enfermeras se han convertido en un lugar común en el debate mundial sobre recursos humanos en salud. Países de Norte América, el Caribe Inglés, Europa y África están enfrentando severamente y estudiando este problema y también lo están comenzando a abordar. Sin embargo, disponemos de muy pocos estudios sobre estos asuntos en América Latina, casi no se habla del tema o se habla distinto, no hay información ni estudios, ni modos organizados de abordaje y sin embargo presentimos que están sucediendo procesos invisibles que están impactando el conjunto de la enfermería y también la salud. La idea es comenzar a explorar sistemáticamente el tema, discutirlo en la reunión y tomar acuerdos y orientaciones.

En función de ello, le mandamos algunas preguntas guía que proponemos discutir todos los países (más de 15) en la reunión de Lima.

Sobre migración de enfermeras

1. ¿Conoce enfermeras inmigrantes radicadas en su país? ¿Cuántas más o menos? ¿De qué países inmigraron?
2. ¿Conoce enfermeras que emigraron a otros países? ¿Cuántas más o menos? ¿A qué países emigraron?
3. ¿Porqué razones cree usted que las enfermeras migran?
4. ¿Qué consideraciones puede hacer sobre legalidad, condiciones de trabajo y vida de las enfermeras inmigrantes y emigrantes?
5. ¿Qué información y/o opinión tiene sobre la inmigración y emigración de enfermeras relacionadas a su país?
6. ¿Qué organizaciones registran a las enfermeras para trabajar en su país? (de enfermería, de gobierno)
7. ¿A dónde considera que puede obtenerse información sobre inmigración y emigración de enfermeras en su país o en otros?

8. ¿Cuál es la política de migraciones en su país con relación a las enfermeras y en general?
9. ¿Qué información considera importante que estudiemos sobre la migración de enfermeras?

Sobre escasez de enfermeras

1. En los círculos profesionales de enfermería y reuniones de salud y educación ¿se habla de “escasez” de enfermeras? Si no es así ¿de qué se habla cuando se discute el tema de la fuerza de trabajo en enfermería?
2. ¿Cree que hay “escasez” de enfermeras en su país? ¿En qué indicadores o procesos reconoce esta escasez?
3. ¿Cuál es, a su juicio, el problema más acuciante de la composición y dinámica de la fuerza de trabajo en enfermería en su país?

Participación en el estudio

¿Tiene interés en participar en un estudio regional sobre migración de enfermeras? SÍ-NO

Nombre y Apellido:	País:
Institución:	E-mail: