

# Serie

## RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

### 60 MIGRACIÓN DE ENFERMERAS EN AMÉRICA LATINA *Área de América del Sur*



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

*Serie*  
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

60

MIGRACIÓN  
DE ENFERMERAS  
EN AMÉRICA LATINA  
*Área de América del Sur*

Washington, D.C.  
Agosto del 2011



Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud – Área de Sistemas y Servicios de Salud  
“Migración de Enfermeras en América Latina”  
Washington, D.C.: © 2011  
Serie Recursos Humanos para la Salud N° 60.

ISBN: 978-92-75-33240-5

I. Título            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

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes deberán dirigirse al Servicio Editorial, Área de Gestión de Conocimiento y Comunicación (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América. El Proyecto de Recursos Humanos para la Salud del Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

**© Organización Panamericana de la Salud, 2011. Todos los derechos reservados**

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

*Diseño y diagramación:* Matilde E. Molina

<b>AGRADECIMIENTOS .....</b>	<b>VII</b>
<b>PRIMERA PARTE: LA MIGRACIÓN DE ENFERMERAS EN AMÉRICA LATINA.....</b>	<b>1</b>
<b>1. ANTECEDENTES GENERALES .....</b>	<b>3</b>
<b>2. OBJETO DEL ESTUDIO .....</b>	<b>5</b>
<b>3. METODOLOGÍA.....</b>	<b>7</b>
<i>Momento 1: magnitud y contexto.....</i>	<i>7</i>
<i>Momento 2: características .....</i>	<i>7</i>
<i>Momento 3: razones, fines e impacto.....</i>	<i>7</i>
<i>Limitaciones del estudio .....</i>	<i>8</i>
<b>4. PRINCIPALES HALLAZGOS DE LA MIGRACIÓN DE ENFERMERAS EN AMÉRICA DEL SUR .....</b>	<b>9</b>
<i>Argentina .....</i>	<i>9</i>
<i>Bolivia .....</i>	<i>9</i>
<i>Brasil.....</i>	<i>10</i>
<i>Chile.....</i>	<i>10</i>
<i>Colombia.....</i>	<i>10</i>
<i>Ecuador .....</i>	<i>10</i>
<i>Paraguay .....</i>	<i>11</i>
<i>Perú .....</i>	<i>11</i>
<i>Uruguay .....</i>	<i>11</i>
<i>Venezuela.....</i>	<i>12</i>
<b>5. RESULTADOS REGIONALES.....</b>	<b>15</b>
<i>Magnitud de la migración de las enfermeras.....</i>	<i>15</i>
<i>Características profesionales y laborales .....</i>	<i>20</i>
<i>Procesos e impactos de la migración de enfermeras de América Latina .....</i>	<i>21</i>
<i>La decisión de emigrar .....</i>	<i>21</i>
<i>Traslado y establecimiento inicial en el país de destino .....</i>	<i>22</i>
<i>La consolidación profesional y social .....</i>	<i>23</i>
<i>Marco regulatorio.....</i>	<i>25</i>
<i>Migración y economía .....</i>	<i>26</i>
<i>Efectos económicos en los países receptores .....</i>	<i>27</i>
<b>6. CONCLUSIONES.....</b>	<b>29</b>
<b>7. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>31</b>
<b>8. REFERENCIAS.....</b>	<b>33</b>
<b>SEGUNDA PARTE: INFORMES ANALÍTICOS DE LOS PAÍSES .....</b>	<b>35</b>
<b>1. ARGENTINA.....</b>	<b>37</b>
<i>Introducción .....</i>	<i>37</i>
<i>Objetivos.....</i>	<i>37</i>
<i>Metodología.....</i>	<i>37</i>
<i>Contexto y magnitud de la migración en Argentina .....</i>	<i>38</i>
<i>Resultados.....</i>	<i>46</i>
<i>Conclusiones .....</i>	<i>55</i>
<i>Referencias.....</i>	<i>57</i>

<b>2. BOLIVIA</b> .....	<b>59</b>
Introducción .....	59
Diseño de la muestra .....	59
Análisis cualitativo de la migración de personal en salud .....	62
Análisis cuantitativo de la situación de la migración del personal en salud .....	66
Intención de migrar del personal de salud .....	70
Factores que inciden en la migración .....	74
Factores que inciden en el subempleo .....	77
Recomendaciones .....	80
Conclusiones .....	81
<b>3. BRASIL</b> .....	<b>83</b>
Introdução .....	83
Material e métodos .....	85
A migração de enfermeiras no Sul do Brasil .....	85
Marco político e legal .....	87
Comentários finais .....	90
Referências .....	91
Bibliografia .....	92
<b>4. IMIGRANTES NO BRASIL: O CASO DA ENFERMAGEM</b> .....	<b>93</b>
Introdução .....	93
Imigrantes na area da enfermagem .....	94
Considerações finais .....	103
Referências .....	103
<b>5. CHILE</b> .....	<b>105</b>
Introducción .....	105
Objetivos .....	106
Metodología .....	106
Contexto .....	106
Resultados .....	112
Conclusiones y consideraciones finales .....	118
Referencias .....	119
<b>6. COLOMBIA</b> .....	<b>121</b>
Introducción .....	121
Objetivos .....	121
Metodología .....	121
Contexto .....	122
Resultados y análisis de los datos .....	128
Conclusiones .....	147
Referencias .....	148
Bibliografía .....	148
<b>7. ECUADOR</b> .....	<b>149</b>
Introducción .....	149
Objetivos .....	150
Metodología .....	151
Contexto .....	151
Resultados .....	154
Conclusiones .....	157
Referencias .....	158
Bibliografía .....	158
<b>8. PARAGUAY</b> .....	<b>161</b>
Introducción .....	161
Objetivos .....	162
Metodología .....	162
Contexto .....	162
Conclusiones y recomendaciones .....	170
Bibliografía .....	171

<b>9. PERÚ</b> .....	<b>173</b>
<i>Introducción</i> .....	173
<i>Objetivos</i> .....	174
<i>Metodología</i> .....	174
<i>Contexto</i> .....	175
<i>Resultados</i> .....	181
<i>Conclusiones y recomendaciones</i> .....	185
<i>Bibliografía</i> .....	186
<b>10. URUGUAY</b> .....	<b>187</b>
<i>Introducción</i> .....	187
<i>Objetivos</i> .....	187
<i>Metodología</i> .....	188
<i>Contexto</i> .....	189
<i>Resultados</i> .....	192
<i>Conclusiones</i> .....	195
<i>Referencias</i> .....	195
<b>11. VENEZUELA</b> .....	<b>197</b>
<i>Introducción</i> .....	197
<i>Objetivos</i> .....	198
<i>Metodología</i> .....	198
<i>Contexto</i> .....	198
<i>Resultados</i> .....	203
<i>Conclusiones</i> .....	206
<i>Bibliografía</i> .....	207



# Agradecimientos

---

**E**ste análisis y el informe consecuente ha sido diseñado, producido y coordinado por el Proyecto de Recursos Humanos para la Salud del Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud, bajo la coordinación general de la Dra. Silvana Malvárez, Asesora Regional de Enfermería y Técnicos en Salud.

La Organización Panamericana de la Salud agradece la contribución de los siguientes colaboradores en la realización regional y nacional del presente informe:

A los investigadores regionales:

**Luz Angélica Muñoz**  
Decana Facultad de Enfermería  
Universidad Andrés Bello de Chile

**Alicia Reyes Vidal**  
Directora de Postgrado y Postítulo  
Facultad de Enfermería  
Universidad Andrés Bello de Chile

A los investigadores nacionales y colaboradores especiales:

## ARGENTINA

**Ana María Heredia**  
**Diana Grinspun**

## BOLIVIA

**Hugo Rivera**  
Organización Panamericana de la Salud  
Representación en Bolivia

## BRASIL

**Maria de Lourdes de Souza**  
**Flávia Regina Ramos**  
**Marta Lenise do Prado**  
**Marisa Monticelli**  
**Rodolpho Augusto de Souza de Vasconcelos Dias**  
**Ana Luiza Stiebler Vieira**  
**Carmen Lúcia Lupi Monteiro Gracia**  
**Caemem de Almeida da Silva**

## CHILE

**Luz Angélica Muñoz González**  
**Alicia Reyes Vidal**  
**Cristián Reyes Reyes**  
**Yocelyn Price Romero**

## COLABORADORES EN MÉTODO Y REVISIÓN TÉCNICA

**Eduardo Mandiola Muñoz**  
**María Cristina Cometto**  
**Patricia Fabiana Gómez**



**COLOMBIA**

**María Clara Quintero Laverde  
María del Carmen Gutiérrez Agudelo  
Oscar Yesid Flórez Suárez  
Magda Lizeth Gómez Gómez  
Clara Rocío Castro González**

**ECUADOR**

**Carmen Falconí Morales  
Jannett Brito**

**PARAGUAY**

**César Cabral  
Elsa Ramos de Velázquez**

**PERÚ**

**Sonia Velásquez Rondón**

**URUGUAY**

**Trinidad Isabel Cal Schiari**

**VENEZUELA**

**Belkys Cárdenas  
María Berrios  
Marialcira Quintero  
Jenny Acevedo  
Maritza Luna**

# Primera parte: La migración de enfermeras en América Latina

---

**Silvina Malvárez  
Luz Angélica Muñoz González  
Alicia Reyes Vidal  
Eduardo Mandiola Muñoz  
Cristián Reyes Reyes  
Yocelyn Price Romero**



# 1. Antecedentes generales

---

El fenómeno de la migración, según Castells (1), es uno de los más significativos en el marco de la globalización; no es solo la relocalización de empresas y flujos de capital, sino que también considera los grandes flujos migratorios de distintas procedencias relacionados a la pobreza y esperanzas de futuro con mayor bienestar. América Latina junto a otras regiones, se muestra como una fuente continua de personas que buscan mayores oportunidades y trabajo que no les ofrecen sus países.

La migración se caracteriza además por una fuerte feminización, que ha reestructurado los mercados laborales, e impactado según los diferentes escenarios, en una mayor autonomía de las mujeres o en una profundización de patrones de desigualdad (2).

El concepto de migración internacional comprende un amplio abanico de movimientos de población, las razones de esos movimientos y la condición jurídica de los migrantes que determina por cuánto tiempo pueden permanecer en un país de acogida y en qué condiciones. Comprende a los trabajadores migrantes temporales, permanentes, refugiados y solicitantes de asilo, pero no incluye al movimiento cada vez mayor de personas que migran en condiciones irregulares que caracterizan la migración mundial (3).

Los patrones migratorios de población, se caracterizan por presentar tres tendencias: la migración de ultramar, el patrón migratorio intrarregional y el extrarregional (2).

La migración de ultramar del siglo XIX y primera mitad del siglo XX, fue bastante intensa y ejerció una decisiva influencia en la configuración de varias sociedades nacionales de la Región, especialmente en los países de la vertiente atlántica. La historia muestra que desde los años sesenta y en virtud de la escasa renovación de los flujos, los inmigrantes de fuera de la Región sufrieron un sostenido envejecimiento; en este contexto, la mortalidad y la migración de retorno resultaron en una gradual merma de la cantidad del stock de inmigrantes, que disminuyó de aproximadamente cuatro millones de personas en 1970 a menos de dos y medio en 1990. Esta evolución descendente sugiere que el tradicional carácter atractivo de América Latina para la población de otras regiones, mostró claros signos de agotamiento en la segunda mitad del siglo XX.

El patrón migratorio intrarregional favorece a las corrientes migratorias por la vecindad geográfica y la proximidad cultural; los migrantes encuentran su destino preferente en aquéllos países cuyas estructuras productivas son más favorables para la generación de empleos y que detentan mayores grados de equidad social.

El patrón migratorio extrarregional en términos generales, constituye un caso de migración sur-norte que entraña múltiples repercusiones para los países de América Latina y el Caribe, como la pérdida de recursos humanos calificados y la exposición de los emigrantes al riesgo de no encontrar una efectiva inserción en los lugares de destino, implicando también la formación de comunidades transnacionales de migrantes, que pueden redundar en mayor migración y la generación de un potencial económico asociado a las remesas que los emigrantes envían a sus lugares de origen.

La información existente, frente a este contexto, si bien reúne datos recabados por los censos nacionales que cuantifican y caracterizan a los migrantes, adolece de restricciones, ya que no permite identificar con claridad los flujos de migrantes, ni a los migrantes indocumentados, ni a los que se desplazan temporalmente (2); situación que implica también a los profesionales de la salud, entre ellos a las enfermeras.

La escasez y migración de enfermeras en el mundo y en las Américas, son problemas crecientes que están impactando intensa y negativamente a los servicios de salud y en las condiciones de vida y trabajo de las enfermeras. Al respecto, existen estudios en Norteamérica y el Caribe de habla inglesa, pero pocos se han referido a América Latina (4).

La migración además influye específicamente en los procesos de integración subregional, particularmente vinculada a la movilidad creciente de profesionales y sus condiciones educativas, de titulación y certificación profesional. En relación a ello, la II Jornada Internacional de Investigación en Recursos Humanos de Enfermería realizada en el año 2004 en Lima, permitió realizar una primera exploración sobre el tema en los países de América Latina.

En relación a lo anterior y dada la importancia del tema, durante los años 2006 y 2007 la OPS/OMS realizó el estudio multicéntrico denominado Migración de enfermeras de América Latina, para analizar el fenómeno conjuntamente con los países Región, generando el primer estudio regional de este tipo.

El diseño la conducción, coordinación y asesoría general del estudio estuvieron a cargo del Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud, Proyecto de Recursos Humanos para la Salud de la OPS/OMS. El estudio contó con la colaboración de la Facultad de Enfermería de la Universidad Andrés Bello, de Chile para la compilación de los estudios nacionales y el análisis y reporte regional. Así mismo, contó con la contribución de facultativos de diversas universidades de los países participantes en carácter de investigadores nacionales.

El estudio fue realizado por subregiones. Este documento informa sobre los resultados de la primera fase dedicada a la migración de enfermeras en América del Sur.

## 2. Objeto del estudio

---

El estudio persiguió los siguientes objetivos principales:

- a. Establecer la magnitud de la migración internacional de enfermeras de América Latina.
- b. Identificar las características de la migración de enfermeras de América Latina.
- c. Describir los procesos sociales, profesionales y laborales vinculados a la migración de enfermeras de América Latina.
- d. Identificar el impacto de la migración en los servicios de salud y en el empleo de enfermería.
- e. Identificar las políticas, legislación y economía de la migración de enfermeras de América Latina.

Estos objetivos fueron aplicados en primer término a los países de Sudamérica.



# 3. Metodología

---

Se trata de un estudio multicéntrico cuanti-cualitativo de corte transversal y descriptivo realizado entre los años 2006 y 2011.

Se realizó en etapas comenzando por los países de Sudamérica (2006-2007) y continuando con los países de América Central, México y el Caribe latino (2008-2010). La siguiente fase incluyó los países de América del Norte (2008-2009). La etapa final incluyó la migración de enfermeras de América Latina hacia Europa (2010-2011).

Se obtuvo aprobación institucional a través de los Comités de Ética Científica de las Instituciones participantes en cada país y de la Universidad Andrés Bello para la perspectiva regional.

Se buscó cuantificar y caracterizar la migración de enfermeras. Se conformaron grupos nacionales de entre dos y tres investigadores para relevar la información de cada país. La mayor parte de la actividad se coordinó por vía virtual, realizándose reuniones regionales de monitoreo y consolidación.

La recolección de datos se realizó en cada país en tres diferentes momentos:

## Momento 1: magnitud y contexto

Se realizó en cada país el estudio cuantitativo de la magnitud de la migración de enfermeras y la recopilación documental de su contexto legal, político y económico.

## Momento 2: características

Se realizó en cada país el estudio cuantitativo sobre características de la migración de enfermeras a través de encuestas y entrevistas

## Momento 3: razones, fines e impacto

Se realizó en algunos países un estudio cualitativo sobre razones, fines e impacto de la migración de enfermeras, mediante la realización de grupos focales y entrevistas en profundidad.

El procesamiento y análisis de los datos se realizó en dos niveles: nacional y regional.

Las variables principales fueron:

1. Magnitud y contexto de la migración de enfermeras
2. Características demográficas de las enfermeras inmigrantes
3. Características laborales las enfermeras inmigrantes
4. Razones, fines e impacto de la migración
5. Economía de las migraciones

La medición de la **magnitud** se realizó por medio de recopilación documental de fuentes secundarias estudiándose la presencia de registros de enfermeras extranjeras trabajando en el país o que habían revalidado su título profesional. Los estudios de Perú y Colombia no lograron encontrar información sobre enfermeras inmigrantes. En cambio, ambos países contaban con información o pudieron obtenerla sobre enfermeras emigrantes a Estados Unidos y Europa. Por lo tanto estos resultados difieren del resto.



El análisis de **contexto** y de la **economía** de las migraciones se realizó por medio de recopilación documental.

Las **características** de la migración se analizaron por medio de una encuesta auto-administrada.

El análisis de las razones, fines e impacto que corresponde a la etapa cualitativa, se realizó mediante la implementación de grupos focales cuyas discusiones y producción se analizaron con el referente de Spradley para tener aproximaciones en profundidad a descripciones subjetivas de las experiencias de vida relacionadas con migración. La intención de esta parte del estudio fue descubrir los significados comunes y las variaciones del fenómeno que subyacen en sus discursos.

Los países participantes en esta fase fueron de América del Sur, de los cuales cinco pertenecen a la Comunidad Andina: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, y cinco al Cono Sur: Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. Cabe aclarar que el estudio de Bolivia, presenta algunas diferencias de variables y método por realizado fuera del presente diseño. Con respecto a Brasil, se presentan dos informes complementarios, también con alguna diferencia metodológica, debido a la extensión y complejidad del país.

Para el estudio de magnitud se consultaron fuentes secundarias oficiales, de instituciones políticas públicas como institutos nacionales de estadísticas, ministerios de relaciones exteriores, ministerios del interior, de educación y de salud, oficinas de migraciones y organismos de información de registro académicos. Esta información fue complementada con fuentes no gubernamentales, de organizaciones profesionales de enfermería, asociaciones nacionales de educación en enfermería, colegios de enfermeras, centros de formación de educación superior de profesionales de salud.

La información sobre características se obtuvo por entrevistas mediante una muestra de tipo intencional de 155 enfermeras, por medio de un cuestionario auto administrado, validado por expertos, de tipo estructurado, conformado por 50 preguntas. Se solicitó consentimiento informado a las participantes. Las preguntas del instrumento permitieron medir: características demográficas, sociales, profesionales y laborales de las enfermeras. Esta información fue codificada y analizada estadísticamente mediante el programa SPSS.

Se realizaron algunas entrevistas en profundidad y grupos focales (98 grupos) para obtener información cualitativa con el propósito de describir los procesos sociales, profesionales y el impacto de la migración de las enfermeras en América Latina.

## Limitaciones del estudio

Hubo dificultades para encontrar información en fuentes secundarias sobre la magnitud de la migración de enfermeras en la mayoría de los países incluidos en este estudio en esta etapa, porque inexistencia o porque es inaccesible. Similar experiencia ha sido reportada anteriormente. Una de las pocas fuentes que cuentan con una base de datos respecto a la inmigración de enfermeras fueron las instituciones que registran la inscripción y revalidación de títulos. Perú fue el único país de los diez participantes en esta etapa que reportó datos ministeriales detallados sobre la emigración de enfermeras.<sup>1</sup>

---

1. Observatorio de Recursos Humanos y Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú.

# 4. Principales hallazgos de la migración de enfermeras en América del Sur

---

## Argentina

Se registraron por fuentes secundarias 200 enfermeras que solicitaron revalida; de ellas se ubicaron a 19 inmigrantes en el país que respondieron la encuesta autoadministrada. El 41% de las enfermeras inmigrantes proviene de países fronterizos y el 21% de Perú. El 95% de las enfermeras tiene entre 32 y 51 años de edad y se encuentran en el país hace siete años, por lo que la decisión de emigrar fue tomada en una edad intermedia y se encuentran establecidas. Las principales razones de las enfermeras para migrar a Argentina fueron familiares y económicas y en tercer lugar la búsqueda de desarrollo profesional; como el 80% trabajó como enfermera antes de emigrar se estima que la falta de oportunidad de trabajo en el país de origen, no fue motivo de emigración. El 78% de las enfermeras viven con su familia o familiares cercanos y el 68% de las encuestadas tiene nivel universitario; el 50% son licenciadas en enfermería, el resto posee el nivel de enfermera o técnico profesional. La totalidad tiene su título acreditado por reconocimiento directo o por revalida. Casi el 90% de las enfermeras inmigrantes consiguió trabajo en menos de un año y menos del 21% de las entrevistadas trabajó a su llegada en algo distinto a la enfermería. La mayoría de las enfermeras trabaja como personal de planta y todas están incluidas en el sistema previsional y tendrán la posibilidad de recibir su jubilación a los 60 años. El 38,8% envía dinero a su país de origen. El 90% de las encuestadas califica su inserción social como buena, lo que es coherente con la imagen de Argentina en su característica estructural de sociedad.

## Bolivia

Se realiza estudio sobre migración, interna y externa, de recursos humanos de salud, coordinado por la Oficina de país de la OPS/OMS en Bolivia. Objetivos: evaluación de migración de personal de salud y de tendencias de la demanda de personal de salud y, evaluación de la migración de graduados en medicina, enfermería y auxiliar de enfermería. Se realizaron entrevistas en profundidad a 97 informantes claves que correspondieron a personas de instituciones de salud y centros de formación y, se aplicó un cuestionario a una muestra representativa de graduados de las carreras de enfermería, medicina de universidades públicas y privadas y, auxiliares en enfermería de instituciones dependientes del Ministerio de Salud. Resultados: Los volúmenes potenciales de migración, interna y externa, tienen una tendencia a incrementarse por diversas situaciones, evidenciándose un panorama difícil de abordar por las necesidades crecientes de salud que tiene el país. La emigración de enfermeras de Bolivia tiene una tendencia estable, excepto el año 2006 que aumentó a 14%. El país receptor fue, principalmente, Italia por la existencia de un convenio bilateral. La emigración se produce por falta de trabajo, subempleo, falta de previsión social, bajas remuneraciones, razones familiares y de especialización. Los factores que mayormente inciden en la intención de migrar son: mayores ingreso 64%, motivos familiares 30%, falta de trabajo 15%. Conclusión: es importante dar prioridad a la formulación de una política de recursos humanos en favor del país, ya que se entiende que Bolivia se ha convertido en país exportador de profesionales altamente calificados.

## Brasil

En el contexto de esta investigación, fueron realizados dos estudios en la realidad brasileña, el de Stiebler y col. (5), y el de Souza y col. (6). Estos estudios están fundamentados en textos sobre migración, trabajo, economía de la salud y legislación general y específica de la enfermería y, también, adoptan como fuente de datos el sistema de Información del Consejo Federal de Enfermería de Brasil (COFEN) y de los Consejos Regionales de Enfermería (CORENs).

Los resultados revelan que la región brasileña con mayor número de inmigrantes es la Región Sudeste y, más recientemente, con dos nuevos polos de atracción, la Región Norte y la Región Sur. Fue observado además que se han efectuado inscripciones en el sistema COFEN/CORENs de profesionales de enfermería oriundos de todos los continentes del mundo, reafirmando la condición de Brasil como polo de atracción, por tener una población de base pluriétnica. Por su parte el MERCOSUR, exige la definición de directrices políticas y de estrategias específicas sobre la migración en el sector salud.

## Chile

Los datos aportados por fuentes secundarias, registraron un total de enfermeras inmigrantes de 110 profesionales. Se registró 11 profesionales que emigraron a Estados Unidos y Canadá. De las enfermeras inmigrantes localizadas, 24 integraron la muestra para la encuesta. Mayoritariamente son de nacionalidad peruana 66,7% y ecuatoriana 20,8%. El 62,5% son casadas, el resto se declara soltero. El 83,3% tiene más de 5 años de residencia en el país y el 100% su estatus legal está regularizado. El 78,8% se desempeña como enfermeras clínicas y el 20,8% tiene puestos de liderazgo como enfermera supervisora. El 58,3% de ellas declara tener un salario actual equivalente a más de US\$ 800 al mes, ubicándose en el tramo de más de US\$ 1000 de salario mensual. Las razones para emigrar son condiciones laborales 45,8%, de desarrollo profesional 62,5% y solo un 20,8% aduce razones económicas. El 75% percibe que no hay discriminación negativa con las enfermeras extranjeras. Se identificaron tres momentos en los procesos sociales de migración: la decisión de emigrar, el establecimiento en el país de destino y la consolidación profesional y social. Se encontró que Chile no cuenta con políticas específicas de migración, existiendo un reglamento que regula los flujos de extranjeros que vienen al país. Conclusión: La inserción social de los inmigrantes se percibe como buena, productiva y compleja. Se les reconoce su calidad profesional y en los procesos estudiados se destaca una percepción atractiva hacia el país.

## Colombia

En Colombia no se encontraron datos de enfermeras inmigrantes. Por lo tanto, en el estudio se aborda el fenómeno migratorio de los profesionales de enfermería de Colombia a otros países. Por fuentes secundarias se registraron 182 enfermeros emigrantes. Utilizando un tipo de diseño descriptivo se encuestaron 23 enfermeros egresados de diferentes facultades de enfermería de Colombia —quienes se encuentran en países como Estados Unidos, Canadá, España, Italia y Gran Bretaña, entre otros— las cuales respondieron la encuesta. Se encontró que los principales motivos de migración son de índole familiar y la búsqueda de oportunidades para su desarrollo personal y profesional. Aspecto que alcanza un nivel de bienestar reflejado en el tipo de empleo que ejercen en las instituciones públicas y privadas donde laboran; además de estabilidad económica, que permite satisfacer sus necesidades y las de su familia, y una proyección hacia el futuro para continuar su formación profesional en el país donde se radica.

## Ecuador

Este informe, aporta información general sobre la magnitud y contexto en el que ocurre la migración de enfermeras y hace énfasis en las características demográficas, sociales, culturales, socioeconómicas, políticas, legales, profesionales y laborales vinculadas a la inmigración de enfermeras al Ecuador. Resulta

tados: se obtuvo información de fuentes de datos nacionales, encontrándose algunas dificultades y contradicciones en los registros migratorios. Se registran 99 enfermeros diplomados que emigraron del país (Dirección General de Migraciones), y 28 enfermeros diplomados inmigrantes (CONESUP); además de una encuesta y entrevista a 20 inmigrantes internacionales. Adicionalmente, se entrevistó a funcionarios o directivos de organizaciones sanitarias, gremiales, profesionales y de algunas organizaciones encargadas de los asuntos migratorios. La mayoría de enfermeras que se establecieron en el Ecuador son de nacionalidad colombiana, lo que podría estar explicado por la similitud cultural, social y lingüística entre ambos países. Los hallazgos sobre las condiciones de inserción social y profesional de las enfermeras extranjeras resultan ser favorables y la inmigración al país es baja.

## Paraguay

Las normas migratorias se encuentran en la Constitución Nacional del país en la Ley 978/96 de migraciones y el Decreto Reglamentario N° 18 295/97. La Asociación Paraguaya de Enfermería señala una cifra estimativa de 400 enfermeras que emigraron en años 2006 y 2007. Se registran 11 enfermeras inmigrantes en el año 2007, sin embargo se ubicó a 20 inmigrantes para realizar la investigación. El flujo emigratorio es a Italia, España y Estados Unidos; el grupo etario es de 25 a 35 años en plena edad productiva. Las enfermeras emigrantes son altamente calificadas, van con contrato asegurado y son seleccionadas por empresas privadas que realizan esa tarea representando a los hospitales, especialmente en Italia, lo que trae una gran problemática al sector. Las principales razones para emigrar fueron de tipo familiar y económico, en búsqueda de mejores condiciones de trabajo. Se perciben sentimientos de inclusión en la mayoría y reconocimiento personal y profesional. El asentamiento y traslado se caracteriza por problemas en los aspectos legales de revalidación y documentación.

## Perú

La emigración de enfermeras peruanas hacia Europa, América del Norte y otros países se ha incrementado en los últimos años, llegando en el 2007 a 14 424, cifra acumulada en los últimos trece años. Esta situación genera una gran preocupación por la ausencia de mecanismos del estado que velen por la preservación de los recursos humanos calificados y de los derechos laborales de los ciudadanos peruanos. Los resultados muestran que Las enfermeras emigrantes son 97,7% mujeres y tienen entre las edades de 21 a 31 años en el 43,6%, siendo el 67,7% solteras y el 30,9% casadas teniendo entre dos a tres hijos. El 71,32% de enfermeras vive en departamentos con sus compañeros, 54,4% ha permanecido por más de siete años y no tiene fecha de retorno. El 86,7% de las enfermeras trabajan en hospitales y clínicas en el sector público. El 79,2% de la población en estudio refiere que la inserción es positiva en el país de destino. El 95,6% de enfermeras recomendaría migrar por la situación que se vive en el país. Las principales causas de emigración son motivos familiares en un 33,5% y la búsqueda de la estabilidad económica en un 42,2%. Algunas de las recomendaciones dadas fueron la necesidad de contar con acuerdos bilaterales entre los países para velar por las condiciones laborales de las emigrantes, la mejora de la política de recursos humanos con un trabajo digno y la regulación de las entidades formadoras para planificar los recursos humanos que el país requiere.

## Uruguay

Este estudio analiza la inmigración de enfermeras en Uruguay La primera fase se estudió desde el punto de vista cuantitativo. A través de fuentes oficiales (primarias), se concluyó que el total de enfermeras inmigrantes en los últimos años en Uruguay fue de 23 enfermeras. El patrón migratorio es intrarregional, prioritariamente de enfermeras chilenas, brasileñas y cubanas. El 100% de los encuestados tiene su situación legal regularizada y manifiestan su deseo de permanecer indefinidamente en Uruguay. Siete de los ocho enfermeros aducen diversas razones para emigrar de su país, como desarrollo profesional y personal, familiar, condiciones laborales, políticas y solo una persona menciona los aspectos económicos.

Todos coinciden que sus aspiraciones en el país receptor son principalmente la estabilidad económica y el desarrollo personal y profesional. Todos los encuestados tienen formación universitaria, siendo mayoritariamente licenciados en enfermería y su título se encuentra reconocido o revalidado. Siete de ellos han realizado estudios de postítulo y postgrado, 4 de ellos actualmente ocupan cargos de mayor responsabilidad ya sea en la clínica o en la docencia. El 50% se desempeñan en el área pública y el otro 50% en el área privada; 7 de ellos tienen estabilidad laboral y solo uno trabaja tiempo parcial en calidad de suplente. Todos se sienten valorados en su trabajo y declaran que su inserción social y productiva ha sido lograda.

Según fuentes secundarias emigraron 45 enfermeras de Uruguay en los últimos diez años, destacando que la inmigración fue positiva, con logros profesionales y personales en el país de destino.

## Venezuela

Se localizaron 14 enfermeras inmigrantes en Venezuela quienes accedieron a participar de la encuesta, firmando el consentimiento informado. A través del Programa Integral de Salud Cuba para los países de América Latina y África (PIS), se registraron 303 enfermeras cubanas que trabajan en las misiones de Barrio Adentro por convenios de cooperación y que regresarán a Cuba. Las encuestadas provienen de Colombia, Perú, Chile y Cuba. El 97% de las enfermeras ejercen la profesión sin reválida de título y no están inscritas en el Colegio de Profesionales de Enfermería del Estado de Zulia. Un 71,42% viven con su familia y son casadas; un 64,2% refiere no tener hijos; el 28,57% se ubica en el tramo de edad entre 22 y 31 años; el 21,42% en el tramo de 32 a 41 y el 50% de ellas tienen más de 42 años de edad. Las razones más mencionadas para abandonar su país de origen, son motivos profesionales (42,85%), laborales y familiares (21,42% cada uno). El 71,4% manifiesta haber trabajado como enfermera en su país de origen, antes de emigrar y todas ellas tienen más de cinco años de egreso de sus estudios superiores. El 37,4% de las encuestadas trabaja como enfermera clínica o comunitaria, el 28,57% como supervisora o coordinadora y el 21,42% como instrumentista, el 14,28% como enfermera clínica de tiempo parcial. En general las enfermeras se muestran satisfechas con sus logros, tanto en lo profesional como en sus proyectos de vida; aun cuando aspiran a una mejoría de sus ingresos, expresan conformidad con su vivienda y acceso a financiamiento para el logro de sus metas. Refieren dificultades para compatibilizar sus roles, presentando sentimientos de desarraigo con las demandas propias de los estilos de vida en el proceso de asentamiento en el país de destino. Los diversos cambios las hacen vulnerables a los riesgos profesionales y de su propia salud.

La siguientes dos tablas muestran: la caracterización de la migración de enfermeras y un resumen de las políticas migratorias.

Cuadro 4.1: Panorama regional

Magnitud	Argentina	Bolivia	Brasil	Chile	Colombia	Ecuador	Paraguay	Perú	Uruguay	Venezuela
Migración regularizada	80%			100%	82,6%	100%		91,6%	100%	
Género	Femenino	Femenino		Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino
Edad,%	32-51, 95%	< 30, 68%		< 41, 69,6%	32-51, 60,95%	< 42, 75%		22-41, 81%	≥ 42, 75%	22-41, 50%
Estado civil,%	Casada, 57,9%			Casada, 62,5%	Casada, 73,9%	Casada, 65%		Soltera, 63,7%		Casada, 71,4%
Tiempo de permanencia (años)	≥ 5, 90%			≥ 5, 83,3%	≥ 7, 65,2%	≥ 7, 75%		≥ 7, 74,3%	> 7, 75%	> 3, 100%
Título acreditado	100%			100%	73,9%	65%			100%	
Seguro de salud	Sí, 79%			Sí, 73,3%	Sí, 95,6%	Sí, 85%		Sí, 83,3%		
Inserción laboral	< 1 año, 89%	Difícil, 40%		Difícil, 50%	< 1 año, 60,8%	< 1 año, 65%	Difícil, 50%	Difícil 4,5%	< 1 año, 100%	< 1 año, 71,4%
Satisfacción laboral	Con satisfacción, 100%			Con satisfacción, 87%	Con satisfacción, 86,9%	Con satisfacción, 80%	Con satisfacción, 65%	Con satisfacción, 95,8%	Con satisfacción, 100%	Con satisfacción, 85,7%
Salario	US\$ 400 a US\$ 800, 73,7%	No percibe salario, 14%		> US\$ 1000, 45%	> US\$ 1000, 82,6%	> US\$ 1000, 20%	< US\$ 1000, 100%	> US\$ 1000, 100%		> US\$ 1000, 14,3%
NSE logrado	Bueno, 55%			Bueno, 62,7%	Bueno, 78,2%	Bueno, 50%		Bueno, 90,1%	Bueno, 87,5%	
Discriminación	Sí, 32%			Sí, 21%	Sí, 26%	Sí, 55%		Sí, 20,7%		
Razones migración	Familiar, 73,7%	Familiar, 31%		Familiar, 20%	Familiar, 43,4%			Familiar, 84,5%		Familiar, 21,4%
Con estudios de postgrado	42%			54,2%	30,4%	45%			87,5%	

## Cuadro 4.2: Políticas migratorias

	<b>Leyes</b>	<b>Normas migratorias: convenios y acuerdos</b>
Argentina	Ley General Fomento Migraciones 1981-2003.  Complementada con Ley de Migraciones N° 25 781 del 20 de enero 2004.	Igualdad de trato, acceso igualitario a servicios sociales, derecho a reunificación familiar.  Ratificación Convenciones Internacionales.  Derecho a proceso por detención o expulsión.  MERCOSUR: Integración regional de los países miembros. Normalización Documentaria Migratoria.
Bolivia	No reportó información.	Convenio entre el Colegio de Enfermeras de Bolivia con Italia para la especialización de profesionales.
Brasil	Apéndice A, ley N° 6815 del 19 de agosto de 1980 que rige la inmigración.  Ley 6964/81 Art. 26 registro de extranjeros. Y Artículo 7 que legisla sobre extranjeros a los que no se otorga visa.  Constitución de la República de 1988, artículo 5° y 23°, inciso XV legisla sobre inmigración y emigración.  La migración de enfermeras esta regulada por Sistema Consejo de Enfermería (COFEN/COREN)  Ley 5905 12/07/1973, Art. 15, Inciso II.  Política de migración del Consejo Nacional de Inmigración, Ley N° 8490 y Decreto N° 840 de 1993 que vincula diferentes Ministerios y Consejos respecto a la política inmigratoria del país.	Decreto 82.307/78 donde el gobierno brasilero adopta reciprocidad entre países y define los criterios de entrada al país.  Se regula por el MERCOSUR
Chile	Ley 153 1981 convalidación de títulos U de Chile para los países que no tienen convenios específicos.	Convención multilateral de México: Países firmantes Bolivia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Perú. Reconocimiento y convalidación automática del título a través de un proceso que puede o no incluir un examen general de capacitación.  Convenio Andrés Bello 1972, de integración porque facilita el cumplimiento de los derechos sociales para inmigrantes.  Convenios bilaterales con Brasil, Uruguay, Colombia y Ecuador Reingreso de Chile a la Comunidad Andina (2008) y miembro del MERCOSUR.
Colombia	No reportó información.	No reportó información.
Ecuador	Concede visas temporales por un máximo de 2 años.	Convenio Hipólito Unanue para asuntos relacionados con personal sanitario, Comunidad Andina de Naciones, de la cual el Ecuador forma parte junto con Perú, Colombia y Bolivia. El país no concede visas especiales para enfermeras, solamente por urgencia sanitaria o desastre y que el país lo requiera.  Anteproyecto del Reglamento Instrumento Andino de Migración Laboral decisión 545 que pone en vigencia los enunciados Declaración de Principios y Derechos Fundamentales en el Trabajo OIT (1998).
Paraguay	Constitución Nacional de la República del Paraguay.  Ley N° 978/96 de Migraciones. Reconocimiento y validación de título.  Decreto Reglamentario N° 18 295/97.	No reportó información.
Perú	Secretaría de Comunidades Peruanas en el Exterior con decreto supremo 046-2005-RE	El marco regulatorio se enmarca en las relaciones bilaterales con los países donde migran los y las peruanas.
Uruguay	Ley 9064 (1992) que regula la entrada y permanencia de los ciudadanos extranjeros en el país.  Ley 16 340 concede beneficios a extranjeros que hayan adquirido situación de retiro o jubilación en el exterior.	Convenios con países que integran la Organización Internacional de migraciones. (Normas migratorias en beneficio de todos).  Los inmigrantes gozan de los derechos y deberes de los ciudadanos naturales.
Venezuela	Para migraciones rige Ley de extranjería y migraciones (para inmigraciones).  Decreto N° 1298 de 1969 que regula la revalidación de títulos y de equivalencia de estudios	Programa Integral de Salud Cuba para países de América latina y El Caribe (PIS). (Inmigración de cubanos).  Práctica profesional esta regulada por MERCOSUR y la Directiva CMC/DEC 13/97 intercambio libre de profesionales, estableciendo un cronograma de diez años para alcanzar un mercado libre y el reconocimiento.  El protocolo anterior se complementa con el MERCOSUR/CMC/DEC N° 25/03 que regula el ejercicio profesional temporario. Matriz Mínima aprobada por el grupo de salud del MERCOSUR).

## 5. Resultados regionales

### Magnitud de la migración de las enfermeras

Se presenta a continuación la magnitud de la inmigración y emigración de las enfermeras de 10 países de América Latina.

**Cuadro 5.1: Magnitud de la inmigración internacional de enfermeras en América del Sur**

	<b>Inmigrantes</b>	<b>Porcentaje</b>
Argentina	213	14,6
Bolivia	s/i	0,0
Brasil	513	35,1
Chile	317	21,7
Colombia	0	0,0
Ecuador	28	1,9
Paraguay	35	2,4
Perú	0	0,2
Uruguay	23	1,6
Venezuela	330	22,6
Totales	1459	100,0

**Cuadro 5.2: Magnitud de la emigración internacional de enfermeras en América del Sur**

	<b>Emigrantes</b>	<b>Porcentaje</b>
Argentina	s/i	0,0
Bolivia	s/i	0,0
Brasil	s/i	0,0
Chile	11	0,1
Colombia	182	1,2
Ecuador	99	0,7
Paraguay	400	2,6
Perú	14 424	95,1
Uruguay	45	0,3
Venezuela	s/i	0,0
Totales	15 161	100,0

De acuerdo a los datos aportados por los países participantes del estudio, basados en diferentes fuentes de información, como los Consejos Regionales, las Universidades y los Ministerios de Relaciones Exteriores, del Interior y de Salud, el total de enfermeras migrantes en la última década es de 15 161. De



este total, 14 424 son de nacionalidad peruana, 182 colombianas, 99 ecuatorianas, 400 paraguayas, 45 uruguayas y 11 chilenas. Argentinas, bolivianas, brasileñas y venezolanas no emigran.

Las cifras señaladas no representan fehacientemente la magnitud real de la migración de enfermeras, ya que en las oficinas nacionales de migraciones no se registran las profesiones, a no ser que estén indicadas en el pasaporte o cédula de identidad. Para ello, se necesitaría establecer registros pertinentes que permitan precisar los datos de los profesionales que salen de sus países de origen. La dificultad principal reside en que los profesionales pueden salir varias veces hacia los países fronterizos.

De las 15 161 enfermeras que han dejado su país de origen, 1459 de ellas han emigrado a países de Sudamérica.

Conforme al estudio, se evidenció que existen países que no presentan enfermeras inmigrantes como es el caso de Perú y Colombia, en los cuales, en el primer caso el cuestionario fue respondido por enfermeras informantes claves que habían sido reclutadas por una agencia para trabajar en Italia, por lo tanto los datos aportados representan sus expectativas frente al futuro; a su vez el Colegio de Enfermeras señala que en los últimos años se ha producido una diáspora de estos profesionales, debido a la falta de oportunidades de trabajo, de condiciones laborales y de previsión social, alta tasa de desempleo y bajos salarios. Por otra parte el Instituto Nacional de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, indica que hay una tendencia al aumento para la migración de enfermeras.

En el caso de Colombia no se encontraron informantes claves inmigrantes, y solo se pudo trabajar con 23 enfermeras colombianas que habían emigrado a Estados Unidos y Canadá. Se contactaron vía correo electrónico, mensajes instantáneos y telefónicamente.

En Argentina los datos proporcionados sobre inmigrantes fueron recogidos en las Universidades Nacionales y no hay registro de emigrantes. Así mismo Brasil no reporta emigrantes, como tampoco Venezuela.

Diferente es la situación en Venezuela, en donde las profesionales inmigrantes provienen en su totalidad desde Colombia (solo válido para el estado de Zulia). El ingreso y ejercicio profesional de las enfermeras cubanas se ve facilitado por un convenio de cooperación y asistencia técnica entre ambos países.

En Brasil (5) se señala que las enfermeras de nacionalidad peruana constituyen la mayor proporción de inmigrantes temporales, seguidos con menor participación enfermeras oriundas de Cuba, Chile, Colombia, Argentina, Uruguay y Bolivia. A su vez, los inmigrantes que solicitaron la formación de pregrado en enfermería, 90 son oriundos principalmente de Portugal, Chile, Perú, Argentina y Bolivia. De acuerdo a datos de De Souza (6), en su encuesta inicial de migraciones de enfermeras en Santa Catarina, encontró 11 enfermeras inmigrantes, siendo sus países de origen, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú, Uruguay, Nicaragua. Para Río Grande Do Sul ubicó 6 enfermeras inmigrantes, encontrando enfermeras de Chile, Uruguay, Bolivia, Perú, informando de 21 inmigrantes en total.

La magnitud observada de migración de profesionales de enfermería, es un problema compartido en los países de la Región, lo que ha obligado a un debate que permita establecer las coincidencias o diferencias, implicaciones e impactos para los respectivos países en los ámbitos sociopolíticos, económicos, laborales, legales, culturales y psicoemocionales (7). Esto motivó la inclusión de la problemática migratoria de todos los profesionales de salud en la VII Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud, realizada en Montevideo el año 2006. El objetivo fue analizar el estado actual de las migraciones, los problemas que se plantean y las posibles soluciones, en el entendido que la migración de personal sanitario causa deterioro en la atención de salud (8).

Se presume que el incremento observado en los procesos migratorios son el resultado de la globalización y los acuerdos de libre comercio bi- y multilaterales que ofrecen mejores oportunidades en el campo laboral y familiar. (7, 9). Por otra parte, el reporte de Ecuador señaló la presencia de organizaciones o funcionarios que reclutan profesionales para ocupar cargos en países con gran necesidad de enfermeras. En Perú existen cadenas de intermediarios con conexiones a instituciones extranjeras, específicamente a Europa, que como parte de pago se apoderan de parte de su salario (10). Estas organizaciones ofrecen

homologación y reconocimiento del título profesional, permiso de trabajo, permiso de permanencia, asesoría legal para la obtención de visa y cursos de idiomas (7).

Es posible que la magnitud de la migración este subdimensionada y, por lo tanto, las cifras presentadas no reflejen la realidad. Por esta razón, en los informes de los países estudiados se planteó la necesidad de contar con bases de datos y sistemas de información homologables para conocer de manera más confiable y objetiva la incidencia de la migración de profesionales de enfermería en los sistemas sanitarios (7, 11).

Todos los países estudiados enfrentan escasez de estos profesionales con un mercado de trabajo donde interactúa la oferta de graduados con reformas en el modelo organizacional de salud y los mecanismos de remuneración (5, 9). Muchas de las razones por las que el personal de salud emigra, pueden resumirse en mala distribución y desequilibrios en la distribución del personal, deterioro de las condiciones de trabajo, falta de oportunidades para el crecimiento profesional, inestabilidad laboral, falta de apoyo y exclusión en la toma de decisiones (11-13).

Según Heredia (12) y Muñoz (13) los mercados laborales tienden a excluir al personal más joven y calificado con bajos niveles de remuneración y déficit en materia previsional del sistema de salud, como es el caso de Perú y Ecuador. Además, existen políticas débiles de retención de personal y en los países receptores las enfermeras encuentran más posibilidades de acceder a programas de postgrado como maestrías, doctorados, especializaciones. Esto último, genera dos situaciones: que los profesionales emigren “temporalmente” hasta completar sus programas de formación o que éstos sean retenidos con ofertas de trabajo en los países de mayor desarrollo.

El impacto de la migración del personal de salud es mayor en los países donde las posibilidades educativas son limitadas y la salida del personal no alcanza a reponerse rápidamente. En estos casos, suelen plantearse problemas en la cobertura de los servicios y se generan graves deficiencias, como no permitir a los países de origen el personal sanitario, avanzar en sus planes de desarrollo o en la implementación de políticas sanitarias. Sucede también que los países proveedores de personal de salud calificado, se quedan para sí con el personal menos calificado, estimándose la disminución en la calidad de la asistencia que brinda a la población (12).

El déficit de enfermeras produce déficit de cobertura y de accesibilidad de la población a una atención de salud oportuna y de calidad, sobretodo en Bolivia, Colombia, Perú y Ecuador. El enfoque biológico y recuperativo de los servicios de salud ha determinado que las asignaciones de plazas de trabajo se destinen a la atención del daño en hospitales, en detrimento del recurso humano destinado a la prevención y promoción de la salud (10). A los problemas estructurales en recursos humanos de enfermería que reportaron los países, se agregan nuevos factores derivados de las reformas de los sistemas de salud que han ocasionado una crisis global del recurso humano que, como consecuencia, refuerza el patrón migratorio de profesionales de enfermería (14, 15).

La situación descrita es crítica, porque afecta la calidad e impacto del cuidado de salud y, sobretodo, produce un deterioro de las condiciones laborales por el elevado estrés, condiciones inseguras en el trabajo, sobrecarga e insatisfacción laboral (14, 16). Según datos reportados en el boletín de la Asociación Médica de Estados Unidos, se indica que agregar un solo paciente a los cuatro que debe tener a cargo un profesional de enfermería, en un plazo de 30 días, aumenta el riesgo de muerte de los pacientes en un 7%. Y este porcentaje crece en forma proporcional al número de pacientes extra.

Para satisfacer las crecientes necesidades derivadas de esta escasez, los países con mejores índices de desarrollo favorecen el éxodo de profesionales de enfermería debido a la fuerza que ejerce su mercado laboral. En los países industrializados la proporción de enfermeras es casi ocho veces mayor que en los países de bajos recursos (14). Lo anterior, pone en riesgo la atención sanitaria y socava las posibilidades de avanzar en el logro de las iniciativas de salud del milenio en la Región (14, 17, 18).

Por otra parte, la progresiva migración de profesionales de enfermería en la Región define desajustes en densidad, distribución y competencias de la fuerza laboral lo que, a su vez, provoca inequidades y disparidades sanitarias (8, 16). Aunque el 60% de los países tienen un número de trabajadores de salud que parece ser suficiente, la proporción que se encuentra en las zonas urbanas es mucho más alta, con lo

cual se crea una escasez crítica en las zonas rurales. Aun cuando muchos países cuenten con el número necesario de profesionales, la composición de los equipos de salud suele estar desequilibrada: 10 países tienen más médicos que enfermeras en América Latina.

Otro aspecto de suma importancia para los países estudiados, se relaciona con el impacto que tiene la emigración en la inversión en formación de capital humano. En países como Bolivia y Perú, se plantea la magnitud de la emigración como un signo de alerta para la formación y demanda de recursos humanos, porque son aún incipientes en los países, no existen las políticas de recursos humanos que establezca un ordenamiento de la producción de profesionales en salud con el perfil epidemiológico del país y las curriculas universitarias de formación, tanto en el pregrado como en el postgrado. De la misma manera, en varios países no se encontró una política explícita en la distribución de recursos humanos de acuerdo a las necesidades de la población y en incentivos administrativo y económico que asegure la permanencia en el país y otorgue oportunidades de educación continua.

En Perú se ha observado un incremento de entidades formadoras, especialmente privadas, lo que ha incrementado el número de tituladas y, como consecuencia, se ha generado una sobre oferta. El informe peruano reporta datos sobre una oferta de 4500 profesionales versus una demanda promedio anual de 850 plazas de las instituciones de salud (10). En Perú, el número de enfermeras para el año 2007 fue de 48 368 enfermeras y, con el incremento de la tasa de egreso anual se refuerza la magnitud de profesionales que emigran. Este desequilibrio explica el desempleo y la búsqueda de oportunidades a través de la migración.

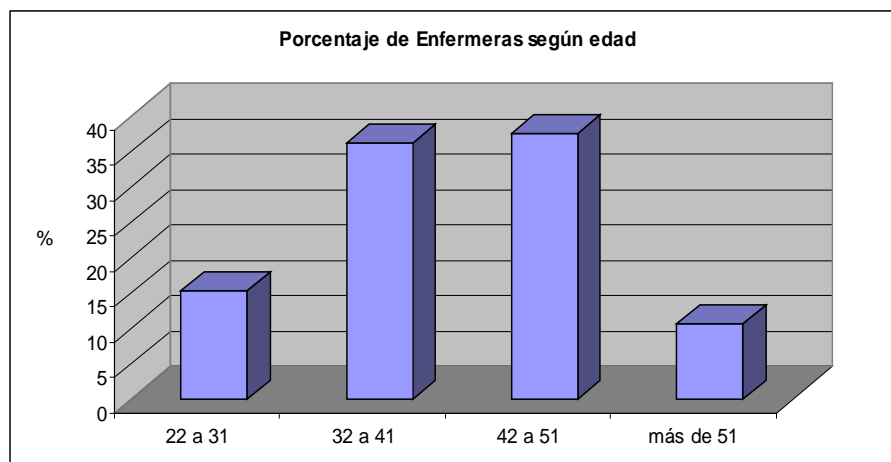
En suma, la escasez de empleo y la sobre oferta de profesionales en algunos países refuerzan el incremento constante de la emigración. Una forma de protección del talento humano es revertir la perdida realizando un planificación y ajuste estructural de la oferta y demanda de profesionales de enfermería según perfil epidemiológico del país, fortalecer los estudios de postgrado nacionales y establecer compromisos de retorno para aquellas profesionales que los cursan en el extranjero (10, 13).

Es de vital importancia que las autoridades dimensionen el impacto para el país del gasto realizado en la formación de recursos humanos altamente calificados, muy importante en países con indicadores de recursos humanos por habitante que están bajo el umbral recomendado, como son los casos de Perú, Bolivia y Ecuador (7). En la mayoría de los países el Estado subvenciona a las universidades públicas y aún algunas privadas y proporciona la infraestructura de la red de establecimientos de salud para que los estudiantes realicen sus prácticas clínicas (10, 11).

Características demográficas sociales, profesionales y laborales de la migración de enfermeras de América Latina, según la muestra estudiada

Del total de encuestas para la caracterización de la muestra las enfermeras que migran son jóvenes, un 20,3% se ubica entre los 22 y 31 años y el 37,8% entre los 32 y 41 años. La mayoría de ellas son casadas (58%) y el 27,4% son solteras, el resto son separadas o convivientes. En un 90,5% son de sexo femenino. La mayoría llega sin familia y posteriormente traen a su esposo e hijos, en el 73% de los casos varían entre 1 y 2 hijos, el 19,4% tienen 3 a 4 hijos y sin hijos un 4,5%.

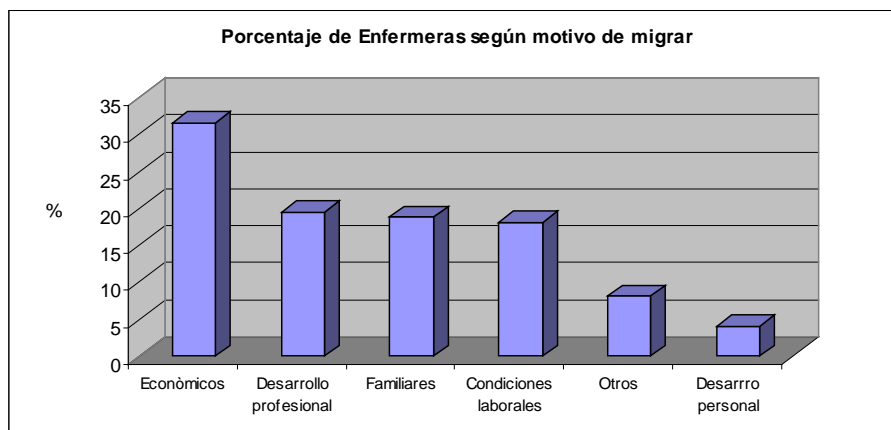
**Gráfico 5.1: Enfermeras de América del Sur que migran según edad, 2007**



Un 34,6% refiere haber abandonado su país por motivos familiares; igual porcentaje dan como razones el desarrollo profesional y personal. Solo un 19,2% reconoce motivos económicos.

El 92% de las encuestadas tiene su situación legal regularizada, solo el 7% de ellas reconoce irregularidad en su condición en el país receptor.

**Gráfico 5.2: Motivos de migración de enfermeras de América del Sur, 2007**



Un 18,1% identifica como razón de abandono de su país, los motivos familiares; el 31,9% lo hace por motivos económicos, un 19,4% por desarrollo profesional, un 18,1% por condiciones laborales y solo un 4,2% por desarrollo personal. Después de permanecer un tiempo en el país receptor, las enfermeras emigrantes aspiran a tener estabilidad económica en un 30%, desarrollo profesional un 35,7% y desarrollo personal un 24,3%. En todos los países prevalecen las razones familiares y económicas como motivo de migración.

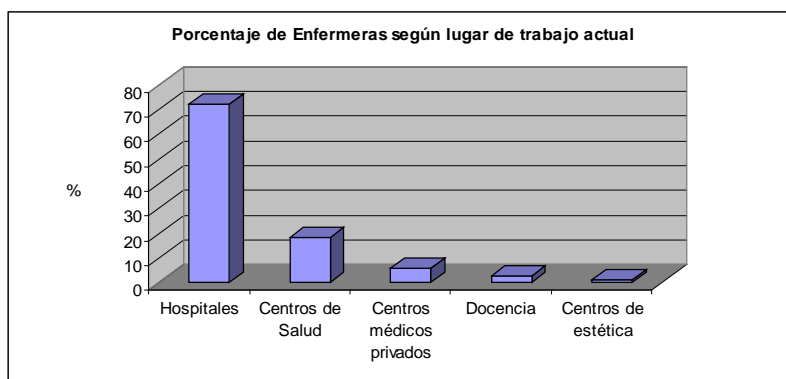
Las condiciones de vida de que gozan actualmente son percibidas por las enfermeras encuestadas, como favorables. Un 95% vive en casa o departamento con acceso a teléfono e internet. Residiendo con su familia en un 56,8%, 6,9% con familiares cercanos y un 22,2% con compañeros de trabajo, generalmente de su misma nacionalidad.

Un 91,8% de las enfermeras desea permanecer por tiempo indefinido en el país receptor y solo un 8,2% declara que su permanencia es transitoria.

## Características profesionales y laborales

A continuación se muestra resultados sobre las características profesionales y laborales de las enfermeras de América del Sur.

**Gráfico 5.3: Enfermeras de América del Sur que migran según lugar de trabajo actual, 2007**



Del total de las enfermeras encuestadas, un 51,1% son enfermeras y el 40,6% tienen el grado de licenciado en enfermería. Solo un 4% de ellas migró recién obtenido su título o grado académico; la mayor parte de ellas (84,7%) trabajó inicialmente en su país durante siete o más años. Un 64,4% pudo ejercer a través del reconocimiento de título, facilitado por los convenios internacionales suscritos, multi- o bilaterales, y un 29,7% tuvo que someterse a los requisitos de revalidación de título exigidos por la reglamentación de los diferentes países estudiados.

Más de la mitad (59,4%) de las profesionales inmigrantes se desempeñan en cargo de enfermera clínica en jornada completa; se destaca el hecho que un 27,7% ha alcanzado cargos jerárquicos dentro de las organizaciones en las cuales se desempeñan y ello tiene relación directa con los años de permanencia en el país y en la institución, y las normas de regulación del ejercicio profesional de los países.

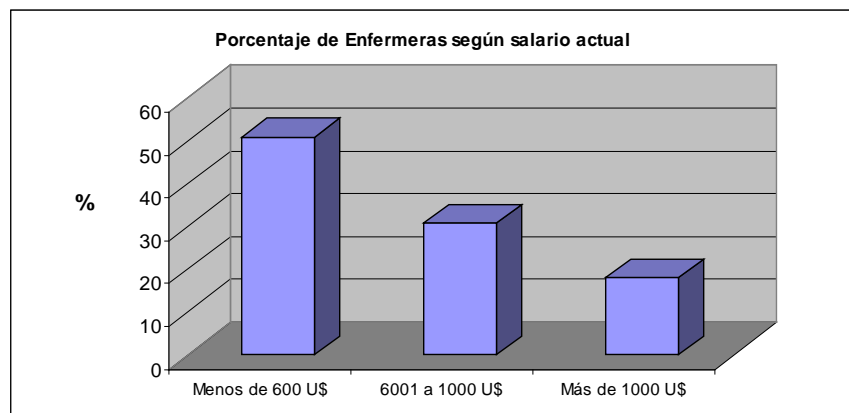
Un 71,6% trabajan actualmente en hospitales y un 17,9% en centros de salud, sean públicos o privados, y un 10% se desempeña en otra actividad de la profesión como en docencia, centros médicos privados y centros de estética. Todos ellos ubicados en áreas geográficas urbanas. Cuantificar centros de salud

Las enfermeras encuestadas declaran en un 28,2% que han realizado cursos de postítulo y postgrado en el país receptor, ya sean estos diplomados, especializaciones y magíster.

Los países con menor demora en los trámites de revalidación o reconocimiento de título, son Chile y Uruguay, que varían entre 7 a 12 meses. Argentina aparece con un número importante de enfermeras inmigrantes que demoran más de un año y medio en revalidar su título, por lo que recurren a trabajos de la profesión para los cuales están sobre calificadas. El 92% de las enfermeras encuestadas perciben que son valoradas como profesionales una vez lograda su inserción laboral y un 53% señala tener estabilidad laboral.

En relación al salario mensual declarado, el 18% señala que es superior a US\$ 1000, el 31% declara entre US\$ 100 a US\$ 600 y más de la mitad de ellas, indica recibir menos de US\$ 600. La mayoría de las informantes claves, aún reconociendo mejores condiciones de vida y laborales en el país receptor, no recomendarían emigrar por el alto costo familiar y social que representan.

Gráfico 5.4: Enfermeras de América del Sur que migran según salario actual, 2007



## Procesos e impactos de la migración de enfermeras de América Latina

El aspecto cualitativo del estudio intenta describir y analizar las barreras y vías de acceso vivenciadas por enfermeras inmigrantes en la Región de América Latina en su trayectoria de inserción laboral y social. Se utiliza como base documental y de datos el conjunto de información recopilada mediante el uso de entrevistas en profundidad y grupos focales en los países estudiados. Para efectos de análisis y narración se han identificado tres etapas o momentos en la trayectoria de migración. Estos momentos son los siguientes: a) la decisión de emigrar b) el traslado y establecimiento inicial en el país de destino, y c) la consolidación profesional y social.

### La decisión de emigrar

Esta etapa se caracteriza en términos de:

- Razones, motivaciones y aspiraciones consideradas en la toma de decisión.
- El conjunto de circunstancias personales, familiares y financieras que intervienen al momento de la decisión.

En términos de motivaciones se identifican claramente una serie de aspiraciones de desarrollo profesional asociadas al mejoramiento en las condiciones y calidad de vida como factores a considerar en la decisión de migrar. En este sentido, el emigrar al extranjero con un título universitario puede facilitar enormemente la inserción social y laboral en el país de destino. Esto abre una serie de expectativas y posibilidades de inserción, mucho más amplia que la de aquellos que no poseen educación formal y formación certificada y reconocida. En general las enfermeras aspiran a poder trabajar en la profesión que estudiaron y ejercieron en su país de origen. Desean superarse para ser mejores enfermeras mediante estudios de especialización profesional; en este sentido, entienden lo necesario e importante que es el desarrollo profesional para lograr aspiraciones asociadas a sus proyectos de vida. Entre éstas últimas se mencionan las siguientes: ser independiente económicamente, formar una familia, tener estabilidad laboral, tener seguridad previsional y acceso a crédito para el logro de sus metas patrimoniales.

Si bien no sorprende que la aspiración de desarrollarse profesionalmente sea una de las razones más esgrimidas por las enfermeras para decidirse a buscar trabajo en otro país, resalta que en varios casos se mencionan las dificultades propias del sistema de salud en el país de origen como una de las razones para

emigrar. Así se señalan un conjunto de factores como la composición y los niveles de remuneración en el sistema de salud en el país de origen para las egresadas de enfermería. Se menciona la dificultad para lograr un empleo estable en una dinámica de mercado laboral donde predomina el empleo temporal y con mucho déficit en materia de previsión. A esto se suman escasas opciones y grandes dificultades de acceso a especialización y desarrollo profesional. Todos estos aspectos negativos sirven como catalizadores en la decisión de buscar mejores horizontes para el desarrollo profesional en el extranjero. A este cuadro pesimista del sistema de salud del país de origen se agrega por contraste un escenario atractivo en países relativamente cercanos lingüística y geográficamente. Países vecinos son percibidos como más estables y de mejor desarrollo económico, lo que los convierte en receptores de la migración de enfermeras de América Latina. Si bien en esta ocasión la investigación pretende arrojar resultados sobre las experiencias de las enfermeras inmigrantes, convendría en el futuro evaluar el impacto que representa para los sistemas de salud de los países de origen la pérdida de estas profesionales calificadas.

Dentro del conjunto de circunstancias personales, familiares y financieras que pueden influir en la toma de decisión, hay circunstancias de orden financiero como el ahorro personal y la capacidad económica de la migrante que influyen directamente en la calidad de la experiencia migratoria, durante los primeros meses de la etapa de establecimiento en el extranjero.

Finalmente —y no menos importante— otro elemento a considerar en la decisión de emigrar es el conocimiento indirecto de otra colega que ya emigró, y de quien se tienen referencias positivas. Las experiencias migratorias positivas de amigos, colegas, parejas, y familiares van construyendo una imagen del país de destino como un mundo de oportunidades, de mayores posibilidades laborales. En muchos casos estas personas juegan un rol muy importante en el posterior traslado y asentamiento inicial de las enfermeras migrantes en los países de destino en la medida que crean redes sociales de apoyo a los nuevos inmigrantes. Estas redes son casi siempre organizadas en torno a nacionalidad.

## Traslado y establecimiento inicial en el país de destino

La etapa inicial de inserción implica un esfuerzo importante para las enfermeras migrantes debido a que el proceso de búsqueda de trabajo y revalidación del título ocurren en forma paralela. A esto se suma la vivencia cotidiana —fuera del ámbito de desarrollo profesional— de ser extranjero y los impactos de asentarse y vivir en un nuevo lugar, que es diferente y similar en varios aspectos al lugar de origen.

**Impactos familiares:** la distancia y la soledad. Los primeros impactos se dan en el ámbito familiar. Varias enfermeras indican que les causa mucha dificultad emocional dejar a la familia. Las enfermeras señalan que la pérdida de familia y amigos debido a la distancia los deja sin afectos y personas con quienes verse para compartir sus problemas a través de la conversación. El migrar también supone en algunos casos quedarse sin la posibilidad de participar en importantes decisiones familiares. La distancia y las dificultades financieras para viajar regularmente a su país de origen, en momentos especiales o críticos de la familia, son consideradas como un precio importante a pagar durante el asentamiento inicial. La magnitud de los impactos familiares varían de persona en persona en función del tipo de estructura y situación familiar, nivel de apego e independencia. Así, para algunos emigrar significa no solo dejar el país de origen sino además la casa de sus padres, lo que impone un cambio drástico en la forma de vida.

**Impactos en la calidad de vida:** Inestabilidad y redes de apoyo. Otro de los impactos importantes tiene que ver con el asentamiento inicial y la búsqueda de un lugar adecuado para alojarse y vivir. Aquí se da una variedad de experiencias que son determinadas por el grado de planificación y recursos financieros para enfrentar los primeros meses de estadía en el país de destino, además de la capacidad para establecer y formar parte de las redes de apoyo entre los con-nacionales residentes en el país de destino. Las redes de apoyo entre enfermeras durante el traslado y asentamiento son una respuesta colectiva al proceso de inserción social y laboral que tienen un impacto muy positivo en esta etapa. Estas redes permiten a las enfermeras inmigrantes acompañarse y darse apoyo mutuo mientras compatibilizan sus estudios de acreditación, la búsqueda de trabajo y las exigencias de la vida cotidiana. En muchas ocasiones las enfermeras forman grupos para arrendar habitaciones, apartamentos o casas lo cual les permite generar ahorros y

avanzar juntas en sus metas profesionales y laborales. En otros casos, estas redes de apoyo se extienden en ocasiones a parientes residentes en el país, que facilitan la inserción de la enfermera inmigrante en la etapa inicial.

*Impactos en el aspecto profesional y laboral:* acreditación y búsqueda de trabajo. Las enfermeras viven un periodo de moratoria social durante el proceso de acreditación profesional. Durante esta transición son capaces de identificar diferentes vías de entrada hacia la inserción laboral plena y satisfactoria durante la etapa de establecimiento. Por lo general, la inserción laboral implica formas de trabajo informal de tipo temporal. Las enfermeras deben desempeñarse en ocupaciones como el cuidado domiciliario de pacientes o adultos mayores o en ocupaciones ajenas a la competencia profesional en enfermería. Ocasionalmente la inserción puede tomar la forma de trabajo de voluntariado en instituciones sin fines de lucro o de orientación religiosa. Esta transición es en algunos casos vista como necesaria y de preparación para alcanzar mayor estabilidad laboral y financiera mediante contratos de extensión indefinida o prolongada. Otras enfermeras manifiestan su frustración con estas formas de inserción laboral, pues no les permite trabajar en su profesión por tiempo prolongado. En ocasiones, y durante el proceso de acreditación, algunas enfermeras deben vivir situaciones de mucha dificultad económica debido a la imposibilidad no poder ejercer profesionalmente. La mayoría de las enfermeras debe buscar trabajo para pagar por su estadía en el país de destino. En esta actividad las enfermeras narran episodios de discriminación debido a su nacionalidad, y el acento al hablar. Este tipo de episodios tienen un impacto fuerte que puede erosionar la autoestima y la habilidad de manejar las emociones difíciles al buscar trabajo.

La etapa de estabilización laboral incluye la adaptación y el encuentro del espacio laboral satisfactorio y alineado con los deseos de especialización y desarrollo profesional experimentados al momento de tomar la decisión de emigrar. El logro de una relación contractual de tipo permanente que garantice la residencia en el país de destino es percibido como el objetivo o gran paso para proyectarse en a más largo plazo en el país de destino. Cuando esto es logrado comienza el proceso de inserción laboral en el lugar específico de trabajo; aquí también se observan impactos negativos y positivos.

Algunos son de carácter estrictamente profesional como por ejemplo la adaptación en ciertos procedimientos o el aprendizaje de la realidad epidemiológica del país de destino. En varias ocasiones se ven obligadas a enfrentar situaciones muy variadas y para las cuales deben actualizar sus conocimientos, dentro del campo del ejercicio profesional de la enfermería. En varias ocasiones las enfermas señalaron que la competencia profesional obtenida en el país de origen es totalmente distinta a la que tiene que desarrollar en el país de destino.

En general el conocimiento y aceptación dentro de lugar de trabajo es algo que se percibe como paulatino y gradual y que se logra inicialmente en base a la competencia profesional. Es así que las enfermeras se ganan poco a poco primero, los espacios profesionales y el respeto y reconocimiento de sus pares y superiores. En general las situaciones o trances de discriminación o rechazo son bastante acotados a individuos dentro lugar de trabajo, que ya sea necesitan reasegurar su posición de autoridad o liderazgo, o que en otros casos, defienden una posición y prerrogativas asociadas a ella.

## La consolidación profesional y social

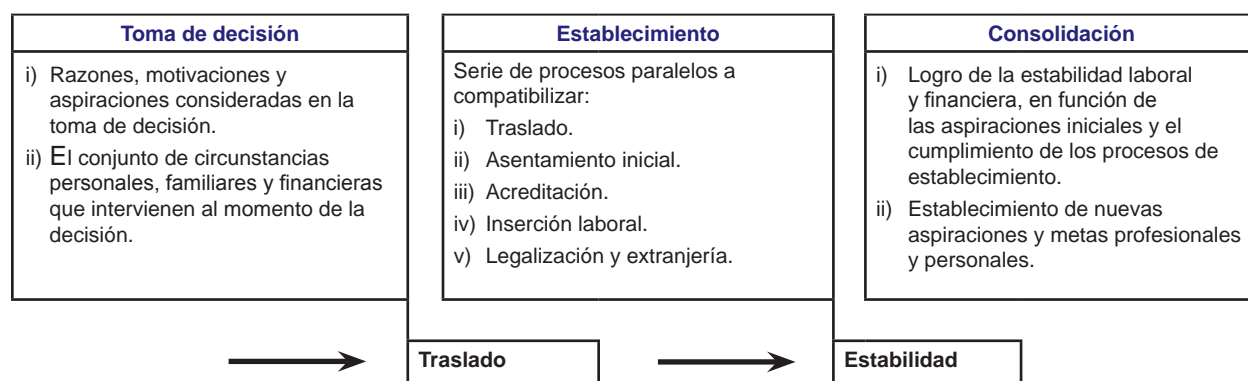
La consolidación en la trayectoria de inserción, más que una etapa es vista como una meta a alcanzar o alcanzada. En este sentido los relatos de las enfermeras toman la forma de una evaluación en función del cumplimiento de sus motivaciones iniciales y el logro de sus proyectos personales en la etapa de establecimiento. Al consolidarse laboral y socialmente se genera un nuevo escenario donde se crean o visualizan nuevas aspiraciones en diferentes planos de la vida profesional, personal y familiar. Es en este momento en el cual lo perdido inicialmente en la migración —en términos de relaciones sociales y de calidad de vida para el emigrante— es compensado, recuperado y ganado de vuelta al materializarse las aspiraciones iniciales de las enfermeras inmigrantes. En general éstas se muestran satisfechas con sus logros tanto en lo profesional como en lo relativo a sus proyectos de vida. Aunque aspiran a mejoras en sus ingresos, expresan un nivel de conformidad con sus estilos de vida y con el acceso a instrumentos de



crédito y financiamiento para el logro de sus metas patrimoniales. También reconocen ventajas en el marco laboral y normas de previsión del país de destino. Todo esto configura un escenario que, comparado al de sus países de origen, se percibe como más favorable y que refrenda la decisión de haber migrado. A esto se suma la realización de proyectos personales como formar una familia, lo que termina de arraigarlas definitivamente en el país de destino.

Las enfermeras inmigrantes vivencian profundos cambios y la manera en que los perciben, lo que repercute en su vida personal y familiar; las hace vulnerables a riesgos de salud, surgiendo en estos procesos dimensiones de respuestas favorables como género, para los momentos señalados de traslado, establecimiento y consolidación, lo que les permitiría desarrollar una identidad dinámica para afrontar las dificultades de sus procesos migratorios.

**Cuadro 5.3: Etapas en el proceso de la migración de enfermeras**



La indagación sobre políticas de migración en estos países indica que no hay políticas explícitas sobre migración de enfermeras. En todos ellos hay disposiciones generales para regular lo relativo a la admisión, ingreso, permanencia, registro, control e información y reingreso de los extranjeros, en general.

Las disposiciones se aplican generalmente a los extranjeros y extranjeras que se encuentran en el territorio de los países y para los efectos de ingreso y permanencia, pueden ser admitidos en las categorías de no migrantes, migrantes temporales y migrantes permanentes.

Las leyes de migración en algunos países contemplan la protección de los derechos de las personas migrantes, como es el derecho a la salud y educación. Asimismo, el Estado garantiza el derecho a la reunificación de los migrantes con sus padres, cónyuges o hijos (19).

Respecto a casos particulares, los países que reportaron un mayor flujo migratorio como receptor presentaron una mayor regulación jurídica explicitada en leyes específicas. Este es el caso de Argentina con la Ley N° 25 781 de Migraciones de integración sociolaboral de migrantes que promueve la integración sociolaboral de los inmigrantes, manteniendo en alto la tradición humanitaria y abierta de Argentina en relación a los migrantes y sus familias (12). En Brasil la Constitución de 1988 dispuso en el artículo 5, inciso XV “la libre circulación en territorio nacional en tiempo de paz, pudiendo cualquier persona, en términos de la ley para entrar, quedarse o irse con sus bienes”, repitiendo en el artículo 23, inciso XV, competencia de la Unión para legislar sobre la emigración e inmigración, entrada, extradición y expulsión de extranjeros (6). La filosofía de la legislación brasileña vigente sobre entrada y estancia de extranjeros en el país se basa en cuestiones relativas a la seguridad nacional, los aspectos institucionales y políticos, socioeconómicos y culturales de Brasil, incluyendo la defensa del trabajador nacional. Por otra parte, se basa en el principio de reciprocidad entre países tal como lo señalan los acuerdos suscritos con el MERCOSUR (6): La migración de profesionales de enfermería está regulada por el Sistema del Consejo de Enfermería (COFEN/COREN) ley 5905 del 12 de julio de 1973.

En Chile la ley 153 de 1981 establece la regulación y control de la convalidación de títulos, que en el caso de los países que no tienen convenios específicos, esta función fue asignada a la Universidad de Chile. Además, Chile ha suscrito el convenio de la Convención Multilateral de México que establece el reconocimiento automático de títulos con los países firmantes, con la exigencia específica de un examen general de capacitación. También está vigente el convenio Andrés Bello suscrito el año 1972 que facilita los derechos sociales de los migrantes, los convenios bilaterales con Brasil, Uruguay, Colombia y Ecuador y los acuerdos suscritos en el marco del MERCOSUR (13).

En Uruguay la Ley 9064 (1992) regula la entrada y permanencia de los ciudadanos extranjeros en el país, la ley 16 340 que concede beneficios a extranjeros que hayan adquirido situación de retiro o jubilación en el exterior y los convenios con países que integran la organización Internacional de Migraciones que establece normas migratorias en beneficio de todos. En este país los inmigrantes gozan de los derechos y deberes de los ciudadanos naturales (8).

Venezuela regula las migraciones a través de la Ley de Extranjería y Migración N° 37 944 y para profesionales la revalidación de títulos y equivalencia de estudios está regulada por el Decreto N° 1298 de 1969. Además, Venezuela tiene suscrito para migrantes cubanos el Programa Integral de Salud de Cuba para países de América Latina y El Caribe (PIS), es miembro de la Comunidad Andina que se rige por la decisión 439 de 1998, que define el marco general de principios y normas para la liberación del comercio de servicios en la Comunidad Andina y la decisión 510 del 2001, que adopta el inventario de medidas restrictivas establecidas por la decisión 439 y en ella hace referencia al reconocimiento de títulos, licencias, acreditaciones y títulos profesionales, en que solo se aplicarán medidas restrictivas si contrarían los principios de acceso a mercados y/o trato nacional. El marco regulatorio de la práctica profesional y movilidad de las enfermeras, está basado en los acuerdos de integración regional de la Comunidad Andina de Naciones y el MERCOSUR. Venezuela como estado asociado del MERCOSUR se rige por la directiva MERCOSUR (CMC/DEC N° 13/97, Protocolo de Montevideo sobre el Comercio de Servicios en el MERCOSUR) que establece que “cada estado parte otorgará inmediata e incondicionalmente a los servicios y a los prestadores de servicios de cualquier otro estado parte un trato no menos favorable que el concede a los servicios similares y a los prestadores de servicios similares de cualquier otro estado parte o de terceros países y a sus propios servicios similares o prestadores de servicios similares”. El Protocolo se complementa con el MERCOSUR/CMC/DEC N° 25/03, que establece los mecanismos del ejercicio profesional temporario (20).

Aquellos países que reportaron preocupante aumento de los flujos migratorios hacia el exterior, como fue el caso de Colombia, Ecuador, Paraguay y Perú, no tienen una política definida de migración. En el caso de Perú se reportó información sobre la función que cumple la Secretaría de Comunidades Peruanas en el Exterior con Decreto Supremo 046-2005-RE, que vela por el bienestar de las comunidades peruanas residentes en el exterior, promoviendo la protección y los derechos en los países de destino (10).

## Marco regulatorio

La indagación sobre el marco regulatorio de la práctica profesional y de la movilidad de las enfermeras, mostró que está dado a nivel internacional por los acuerdos de integración regional, como la Comunidad Andina de Naciones y el MERCOSUR, por convenios multilaterales y acuerdos bilaterales suscritos entre países de Latinoamérica. Estos hacen referencia a la liberación del comercio y el ejercicio de profesionales, las migraciones laborales y el reconocimiento de títulos profesionales para proseguir estudios superiores en países miembros o para quienes lo obtuvieron puedan ejercer en sus países de origen una vez que retornan a ellos (21).

Los acuerdos multilaterales o bilaterales, además del reconocimiento de títulos profesionales obtenidos en cada país miembro, posibilitan el ejercicio de la profesión, siempre que cumplan con los mismos requisitos y formalidades que exigen a sus nacionales leyes del estado. Estos acuerdos o convenios entre países son reconocidos por las informantes claves como elementos facilitadores para su inserción laboral.

Los requisitos para el ejercicio profesional de la enfermería en los países estudiados corresponden a normas nacionales que regulan esta práctica a través de los Ministerios de Salud, Universidades y Colegios Profesionales (cuadro 5.4).

**Cuadro 5.4: Requisitos para el ejercicio profesional de la enfermería según marco regulatorio**

Países	Título habilitante	Servicio social obligatorio previo	Inscripción en los registros de los estados o provincias	Colegiatura obligatoria
Argentina	√		√	√
Bolivia				
Brasil	√		√	√
Colombia	√			√
Chile	√			√
Ecuador	√	√		√
Paraguay	√			√
Perú	√	√		√
Venezuela	√			√
Uruguay	√			√

## Migración y economía

En la mayoría de los países latinoamericanos se viven agudos contrastes sociales; la diversidad cultural que es una constante en la compleja identidad latinoamericana se acompaña de la diferenciación social como expresión dinámica de las poblaciones de América Latina.

En términos económicos se sostiene que el conjunto de la Región, después de haber pasado por un período de mejora económica, vive nuevamente una de fase de recesión, que se manifiesta en desempleo, caída de los salarios reales y en reducción de la productividad. Dentro de los más elocuentes indicadores de esta situación figura la dificultad para ingresar al mercado del trabajo de la población económicamente más joven.

La migración económica latinoamericana resulta la fórmula más rentable para evadir la crisis del desempleo y pobreza. Así, las transferencias de los emigrados legales e ilegales, aportan enormes recursos frescos de suma importancia para América Latina y el Caribe. El Banco Mundial plantea que los países latinoamericanos y caribeños fueron los que más recursos reciben de sus migrantes (22).

En algunos países estudiados, las remesas representan una proporción importante del PIB y contribuyen a la economía nacional, demostrando ser una importante fuente de ingreso. Un fuerte impacto en la economía proveniente de las remesas de los migrantes se observa en Ecuador (7), seguido de un impacto medio en Paraguay (11), Colombia (9), Perú (10) y Brasil y de bajo impacto Argentina (12), Uruguay (8), Venezuela (20) y Chile (13).

Cuadro 5.5: Remesas y su relación con el PIB

Remesas	PIB (Porcentaje)
Brasil	0,6
Colombia	3,9
Ecuador	5,7
Perú	1,4
Paraguay	3,7
Bolivia	1,6
Argentina	0,2
Uruguay	0,3
Chile	0,0
Venezuela	0,0

Fuente: Banco Central de cada país; Banco Mundial. Indicadores de desarrollo mundial - 2004

Las enfermeras inmigrantes reconocen enviar mensualmente remesas al país de origen, en un monto que oscila de US\$ 150 a más de US\$ 400, como aporte al ingreso familiar para cubrir gastos de salud, educación o adquisición de bienes de capital. En el caso de Perú, tomando en consideración el número de enfermeras que han abandonado el país (7340) y que envían en promedio US\$ 275 mensuales, significa para el país un aporte a la economía nacional de aproximadamente US\$ 24 222 000.

## Efectos económicos en los países receptores

La discusión de las repercusiones económicas de la migración representa un verdadero desafío, pero es necesario enfrentarlo para el análisis de las políticas migratorias.

Con respecto a los países receptores, la discusión se plantea sobre la incidencia de la migración en:

- El salario y empleo
- El sistema de seguridad social
- El crecimiento económico

**Salario y empleo.** La mayoría de los estudios concluyen que en términos macro económicos el impacto de la migración sobre el empleo y la remuneración en el mercado de trabajo, es más bien exiguo. En el caso de las enfermeras no se da el fenómeno de entrar en directa competencia por las plazas de trabajadores locales, por lo tanto, no aumenta el desempleo; pueden sí, incidir negativamente en el nivel de salarios del mercado al aceptar condiciones de trabajo inferiores, es decir, salarios más bajos con la imposibilidad de afiliación a la seguridad social. En los países receptores las enfermeras migrantes complementan y no sustituyen a las enfermeras locales, es decir, ocupan plazas que no son llenadas por la fuerza laboral local, por lo tanto no repercute en la situación de empleo local.

**Sistemas de Seguridad Social.** En este aspecto, se afirma que la inmigración produce efectos negativos sobre los sistemas sociales y de bienestar de los países receptores por la llegada masiva de inmigrantes y familias, muchos de los cuales piden beneficios de salud y educación para sus hijos, que llevaría a la sobrecarga de los costos del sistema social. Otros estudios señalan que no existe evidencia concluyente en torno a la incidencia negativa de los inmigrantes en el sistema de seguridad social de países receptores, ya que a través del pago de impuestos, contribuyen más de lo que gastan, al sistema social.

Por otra parte, las enfermeras inmigrantes en su mayoría son personas jóvenes, menores de 41 años, que gozan de buena salud y que están en sus años más productivos; por ende, no usan o usan muy poco los beneficios del sistema social, sobre todo salud y pensiones, que son los servicios más costosos.

*Inmigración y crecimiento económico.* En general existe consenso en que la migración genera un efecto positivo sobre el crecimiento de los países receptores. La llegada de inmigrantes genera consumo; también contribuye al ahorro y facilita la producción, ya que estas personas cubren plazas de trabajo, que por diversas razones el mercado laboral no está en capacidad de llenar.

#### Efectos económicos en países emisores

Con respecto a los países emisores o de origen, constituyen aspectos importantes para la discusión.

- a. El efecto de las remesas
- b. El éxodo del capital humano

*Remesas.* Para muchos de los países estudiados, el envío de remesas es de vital importancia, por mencionar Perú, Colombia, Ecuador. Para otros, las remesas son consideradas como un paliativo, ya que generalmente son utilizadas para adquisición de bienes de consumo, salud, comida, vivienda, pero rara vez se transforman en bienes de capital. Esta situación es coincidente con lo manifestado por las enfermeras encuestadas.

*Éxodo del capital humano.* La administración centralizada existente en los países, junto con la escasa planificación y falta de regulación tanto en los procesos de formación de recursos humanos como en los aspectos laborales han definido una situación difícil de revertir, a pesar de que muchos de los países latinoamericanos están por debajo de las cifras que corresponden a la realidad sanitaria del país (10). El impacto generado por el éxodo de trabajadores es quizás el único punto donde existe consenso sobre los efectos negativos de la emigración en la economía de los países, considerando la pérdida de personal altamente capacitado. Es el caso de las enfermeras, lo que repercute negativamente en la productividad económica del país emisor. Es preciso recordar la inversión social del Estado en la formación de sus cuadros profesionales, por lo que su partida significa una consecuencia negativa. Existe en la mayoría de los países una inversión y/o subsidio en la formación de pregrado, tanto en los presupuestos fiscales anuales para el sector educación, como en los presupuestos de otros sectores de la economía (salud, vivienda y transporte) que facilitan las infraestructuras para completar las demandas de servicios que requieren los estudiantes universitarios (8, 10). El éxodo de personal de salud, como médicos, enfermeras y otros, genera una grave pérdida para los países y generalmente puede generar escasez de profesionales en sectores claves como es la salud; sin embargo, es también importante señalar que en muchos países en desarrollo el estado tiende a formar más profesionales de los que el mercado laboral puede absorber (10). Si el período de búsqueda de trabajo concluye sin resultados positivos, da lugar al subempleo, desempleo y explotación laboral, porque se contratan por servicios no relacionados con su profesión, con sueldos bajos y sin derechos de seguridad social. Esto último, es un sustrato de conflictos sociales por sentimientos de frustración, desesperación y de injusticia social para la profesional y sus respectivas familias.

## 6. Conclusiones

---

**E**l estudio del fenómeno migratorio de las enfermeras en América Latina está aún subdimensionado, los estudios existentes adolecen de datos confiables para cuantificar su magnitud; sin embargo el presente informe permite identificar factores facilitadores y obstaculizadores en los países de destino.

El flujo migratorio de las enfermeras latinoamericanas es de 13 699, que representa un 90,3% del total, hacia los países desarrollados América del Norte y Europa.

El flujo migratorio al interior de América Latina corresponde a un 9,3%. Los países receptores más atractivos son Brasil, Venezuela, Chile y Argentina, dado su desarrollo económico y facilitado por convenios de cooperación internacional.

Los países con mayor número de enfermeras emigrantes son Perú con 14 424 (95,1%) profesionales, seguido de Paraguay 400 (2,6%) enfermeras, y Colombia con 182 (1,2%) enfermeras.

No existen registros de enfermeras emigrantes en los países de Argentina, Brasil y Venezuela, según fuentes secundarias.

Las fuentes secundarias de información no permiten cuantificar de manera confiable la magnitud y las tendencias de las migraciones de los profesionales de enfermería.

Las razones para emigrar de las enfermeras son de independencia económica, formar familia, desarrollo profesional y desarrollo personal, contar con estabilidad laboral, seguridad previsional y acceso a créditos para el logro de sus metas patrimoniales, todo ello relacionado al conjunto de factores propios del sistema de salud y a la dinámica del mercado laboral en los países de origen.

Los impactos personales de la migración se dan principalmente en el ámbito familiar de índole emocional por el alejamiento de la familia y redes sociales, lo que impone un cambio drástico en la forma de vida. Así mismo, se relacionan con las diferencias entre las políticas de extranjería, de educación, trabajo y previsión social en los países de destino y en la manera de compatibilizar estos procesos con la situación financiera.

Las inmigrantes ganan sistemáticamente los espacios profesionales de respeto, reconocimiento de sus pares y superiores y las situaciones de discriminación son limitadas a individuos en particular dentro de sus lugares de trabajo.

Es imprescindible realizar estudios en profundidad sobre el impacto de la migración de enfermeras en los servicios de salud.



# 7. Recomendaciones

---

El estudio permite formular las siguientes recomendaciones:

- Ampliar y profundizar el estudio de modo de alcanzar mayor precisión en los datos
- Establecer sistemas de información que permitan el monitoreo permanente de las migraciones
- Analizar el impacto que representa para los servicios de salud de los países de origen y de destino, la migración de profesionales de enfermería calificados.
- Intensificar y fortalecer el diálogo social entre países y la definición de políticas nacionales e internacionales, relacionadas a la movilidad internacional de los trabajadores de salud.
- Fortalecer políticas públicas que regulen y mejoren las condiciones de traslado, asentamiento inicial en el país de destino, acreditación, inserción laboral, legalización y extranjería.
- Promover la convergencia de los programas educativos de diferentes países que permitan la comparabilidad educativa, la homologación de títulos y certificados y la regulación de la movilidad de los profesionales y técnicos de salud con el objeto de asegurar la calidad de los servicios de atención y potenciar y mejorar la educación.
- Debatir estrategias de reciprocidad de beneficios en los países de origen y/o destino, conforme a las razones de migración, como financiamiento de estudios, de capacitación, de perfeccionamiento académico, cofinanciamiento en formación de recursos, convenios de postgrado, Investigación científica, reconocimiento para la jubilación y otros beneficios, como vivienda y mejoramientos de los servicios entre varios otros.
- Diseñar orientaciones estratégicas para la gestión responsable de las migraciones.
- Promover el diseño y desarrollo de experiencias en modelos de retención.
- Mejorar las estrategias de coordinación de los organismos de salud, profesionales, del estado, de educación de redes de apoyo y niveles de ingreso y acceso a créditos para su inserción laboral.
- Promover entre las organizaciones de enfermería un programa internacional de cuidado de las enfermeras migrantes.
- Desarrollar en forma multisectorial la línea de investigación de migraciones, a partir de las nuevas interrogantes y en busca de la calidad de los cuidados brindados de salud y de enfermería en los países.
- Estudiar la economía de la migración de enfermeras de América Latina.
- Fortalecer y desarrollar la Red Internacional de Migración de Enfermeras de América Latina dedicada al estudio y gestión de migraciones.





## 8. Referencias

---

1. Castells M., Observatorio Global, Crónicas Principios de Siglos, Libros de Vanguardia, 1° Edición Junio 2006.
2. Villa, M. y Martínez, J., Tendencias y patrones de la migración internacional en América Latina y el Caribe. 2001.
3. OMS. Migración Internacional, Salud y Derechos humanos. Organización Mundial de la Salud Serie de Publicaciones sobre salud y derechos humanos. No. 4, diciembre 2003: 38p.
4. Arroyo de Cordero, G., Jiménez, J., Repercusiones de la escasez versus migración de enfermeras como fenómeno global. Rev. Enferm. IMSS 2005; 13(1): 33-40.
5. Stiebler, AL.; Monteiro, C.; Almeida, C., Imigrantes no Brasil: O Caso da Enfermagem, in Revista Temas em Saúde; 2006 (7): 11-20.
6. De Souza, ML, Ramos, F., Do Prado, ML., Monticelli, M., De Souza R. Migración de Enfermeras Latinoamericanas. Informe de Brasil 2007.
7. Falconi, C., Migración de Enfermeras de América Latina, Informe de Ecuador, PUC Ecuador 2007.
8. Cal, I. Migración de Enfermeras Latinoamericanas. Informe de Uruguay, 2007.
9. Quintero, M. C., Migración de Enfermeras de América Latina. Informe de Colombia, Universidad de La Sabana, Bogotá 2007.
10. Velásquez, S., Migración de Enfermeras de América Latina, Informe de Perú. Lima 2007.
11. Cabral, C.; Ramos, El., Migración de Enfermeras en América Latina, Informe de Paraguay. Ministerio de Salud Pública, Bienestar Social, Paraguay 2007.
12. Heredia, A. M., Migración de Enfermeras de América Latina. Informe de Argentina, Universidad Austral, Argentina 2007
13. Muñoz, L. A., Reyes, A., Migración de Enfermeras de América Latina, Informe de Chile. Santiago 2007.
14. Siantz, ML, Malvárez, S. Migration of Nurses: A Latin American Perspective. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing 2008; 13 (2). Disponible en: [www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANA-Marketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/vol132008/No2May08/LatinAmericanPerspective.aspx](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANA-Marketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/vol132008/No2May08/LatinAmericanPerspective.aspx).
15. Méndez, C. Los recursos humanos de salud en Chile: el desafío pendiente de la reforma. Rev. Panamericana de Salud Pública 2009; 26 (3): 276-80.
16. Yearwood E. The Crisis of Nurse Migration in Developing Countries. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing; Aug 2007; 20, 3: 191-192.
17. Brush, B. Global nurse migration today. Journal of Nursing Scholarship, 2008; 40 (1): 20-25.
18. Hancock, PK. Nurse migration: the effects on nursing education. International Nursing Review, 2008; 55: 258-264.
19. Declaración de Santiago sobre Principios Migratorios, Reunión de Ministros del Interior del MERCOSUR y Estados Asociados, 17 de mayo de 2004, Santiago de Chile.

20. Cárdenas, B.; Quintero, M. Migración de Enfermeras en América Latina, Informe de Venezuela, 2007.
21. Bolis, M. Marco Migratorio de la Práctica Profesional en Salud, su Relación con las Migraciones. OPS/OMS. 2005.
22. Banco Mundial 2003, citado en Organización Mundial de la Salud. Migración Internacional, Salud y Derechos Humanos. Serie de Publicaciones sobre Salud y Derechos Humanos N° 4, diciembre de 2003.

## Segunda parte: Informes analíticos de los países

---



# 1. Argentina

---

Ana María Heredia  
Diana Grinspun

## Introducción

La migración es un fenómeno natural y tan antiguo como la humanidad pero en un escenario mundial de fuerte interdependencia, se discute hoy más que nunca el derecho a migrar.

En la República Argentina las migraciones han tenido carácter fundacional, contribuyendo silenciosamente a conformar la sociedad actual. El país recibió entre fines del siglo XIX y principios del XX una de las oleadas migratorias más importantes del mundo: entre 1857 y 1920 fue el segundo país en número de inmigrantes recibidos de América Latina. En 1912 había multiplicado por 4,5 su cantidad de habitantes y en 1914 el 30% de su población había nacido en el extranjero. El país creció notablemente gracias al aporte inmigratorio y ello también contribuyó a un proceso de concentración de la población y de las actividades económicas, sobre todo, en la región pampeana.

Las últimas décadas del siglo XX encontraron una Argentina sin políticas migratorias; con medidas restrictivas que hacían que los extranjeros que vivían allí, la mayoría trabajando y con hijos concurriendo a la escuela, no pudieran acceder a un estatus migratorio legal, debiendo permanecer ocultos y sin posibilidad de integración. Esto no solo impidió que se hallaran soluciones a la problemática, sino que además, condujo a consecuentes irregularidades, a pérdidas de vidas humanas y, a la vez, favoreció la actividad lucrativa de los traficantes.

Argentina en su larga historia migratoria, es país receptor de inmigración europea; tradicionalmente recibió corrientes provenientes de sus países fronterizos: Bolivia, Paraguay, Chile y Uruguay. También el país posee migraciones internas de magnitud considerable, con importancia creciente hacia 1960-1970, calculándose que desde fines del siglo XIX cambiaron de provincia unas siete millones de personas, con efectos importantes tanto en las regiones emisoras como en las receptoras.

En el otro extremo, un rasgo dominante de la emigración argentina, comparada con el conjunto de la emigración latinoamericana, es el estar integrada por individuos con alto nivel educativo, ya que emigra un elevado número de profesionales y técnicos.

## Objetivos

- Precisar la magnitud de la migración internacional de enfermeras en Argentina.
- Identificar las características de la migración de enfermeras en Argentina.
- Describir los procesos sociales, profesionales y laborales vinculados a la migración de enfermeras en Argentina.
- Describir las políticas y legislación de migraciones en Argentina.

## Metodología

El estudio presenta un diseño exploratorio y descriptivo, cuya metodología fue de carácter cuantitativo y cualitativo.

## *La medición de la magnitud*

Para la etapa cuantitativa se realizaron encuestas a enfermeras latinoamericanas que se desempeñan como enfermeras en el país, mediante formulario diseñado por la coordinación regional del presente estudio.

Se encuestaron 19 enfermeras que respondieron sobre características demográficas, sociales, profesionales y laborales; previo consentimiento informado. La información cualitativa se realizó a través de entrevistas en profundidad.

## Contexto y magnitud de la migración en Argentina

### *Contexto demográfico*

La República Argentina está situada en el extremo sur del continente americano; su superficie es 3 761 274 km<sup>2</sup> y su longitud 3.800 km (desde paralelo 22° hasta los 55° de latitud Sur). El territorio nacional está integrado por 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). La población total del país estimada INDEC 2005 es 38.226.051 habitantes. La variación intercensal 1991-2001 fue 10,5%, con valores extremos de -8% para la CABA y de +44% para Tierra del Fuego. El porcentaje de población urbana en 2001 era 89,5%, la población mayor de 65 años 10%, y la menor de 15 años un 28%.

La esperanza de vida al nacer para la población en el período 2000/2001 fue 73,8 años (70 años para hombres y 76,8 para mujeres). La tasa anual de crecimiento poblacional, estimada para el quinquenio 2000-2005 fue 11,9% y la tasa global de fecundidad para 2001 de 2,3, la tasa de natalidad de 18,2‰. Es conocido el bajo nivel de crecimiento demográfico del país con variaciones debidas a características socioeconómicas, por lo que las cifras promedio ocultan diferencias entre zonas urbanas de mayor desarrollo y áreas deprimidas o grupos de menores ingresos. El Índice de Desarrollo Humano (IDH) para el total del país fue de 0,788 en el primer semestre de 2004 (PNUD 2005).

### *Gasto en salud, porcentaje del PBI*

El gasto en salud estimado en Argentina ascendería aproximadamente a 27 833 mil millones de pesos, lo que representa aproximadamente el 7,3% del PBI, indicando que se destina 1 de cada 13,7 pesos de los recursos totales a la compra y producción de bienes y servicios de salud. En 2002 el gasto per cápita en salud fue aproximadamente \$Arg 745 (que representan US\$ 250). Al analizar el gasto en dólares el valor no solo resulta inferior al de los países desarrollados sino también a de la mayoría de los países del continente.

### *Contexto epidemiológico*

En 2004, las enfermedades del aparato circulatorio (tasa: 239,8‰ habitantes) causaron el 30,9% del total de muertes. Las enfermedades tumorales ocuparon el segundo lugar (tasa global: 144,8 por 100 000 habitantes y valores mayores en la zona sur del país: tasas ajustadas entre 180 y 160 por 100 000 habitantes). Las enfermedades transmisibles fueron la tercera causa de muerte (tasa: 75,06 por 100 000 habitantes) representando un 9,3% del total de decesos y un 62,60 APVP por causas infecciosas por 10 000 habitantes. En 2005 se registraron 11 240 defunciones por TBC, muchas de ellas vinculadas al SIDA, que sigue avanzando, aunque con mejores niveles de notificación y mayor conciencia comunitaria respecto a su prevención y tratamiento (1).

La mayor cantidad de años potenciales de vida perdidos en 2004 se debió a accidentes violentos: 139,72 APVP por accidentes violentos / 10 000 habitantes. Junto al embarazo adolescente y las adicciones, los accidentes y violencias, aparecen como las patologías de mayor incidencia en la población joven.

Las adicciones están en expansión y sigue descendiendo la edad de inicio. El alcoholismo sigue siendo la patología de mayor impacto.

De acuerdo a la Dirección Nacional de Estadísticas Sanitarias del MSA, la mortalidad infantil mantiene desde hace varios años una sostenida tendencia al descenso (tasa de 1986, 26,9 por mil; tasa 2005: 13,3 por mil nacidos vivos). La mortalidad infantil promedio en el período 1990-1999 descendió 31,3%, con diferencias significativas entre jurisdicciones. A pesar del sostenido descenso de la mortalidad infantil es evidente la diferencia entre provincias, que en 2005 iba de 4,1 en Tierra del Fuego a 21,8 en Chaco. Estas disparidades también se observan al interior de las provincias mismas. En 2003, algunas provincias tenían coeficientes de Gini superiores a 0,2, tales como: Entre Ríos, La Pampa, o la CABA (2).

La tasa de mortalidad materna (4,0 x 100 000 nacidos vivos en 2004) no registra mejoras significativas en los últimos 10 años, manteniéndose como primeras causas de mortalidad materna el aborto, la hemorragia y la toxemia. El 81% de los partos del país se concentran en maternidades que cumplen con las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE), el resto (70 000 nacimientos al año) aún se producen en establecimientos que no cumplen estos requisitos. En las provincias del norte este porcentaje es altamente preocupante (Misiones 40%; Chaco 36%; Jujuy 36%; Santiago del Estero 33%; Entre Ríos 30%; Corrientes 26%; Formosa 25%) (3).

Si bien los argentinos viven actualmente más y mejor que en décadas pasadas, se reconoce la presencia de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes (hantavirus, leishmaniasis, principalmente en las provincias del norte fronterizo con Bolivia), SIDA, tuberculosis, Chagas y Dengue (con riesgos potenciales de infestación, incluyendo al conurbano bonaerense). En octubre de 2006 se presentó la fabricación nacional de la vacuna CANDID 1, primera vacuna contra la fiebre hemorrágica argentina (FHA), enfermedad a la que están expuesta 5 millones de habitantes en la zona central del país (4).

### *Contexto de los servicios de salud*

El sector salud argentino está constituido por tres subsectores: público, obras sociales y privado. Por la organización política federal del país, el subsector público reconoce dependencias nacionales, provinciales y municipales. Esta combinación configura un sistema de salud diferencial para distintos grupos de población, según el lugar de residencia, a la vez que cada subsector presenta diferencias en organización y funcionamiento interno.

Los servicios de salud cubren a la totalidad de la población, pero con serios problemas de desigualdad de coberturas y de equidad de servicios hacia los usuarios, así como con deficiencias en la calidad de atención. Estas diferencias se encuentran por ejemplo en la capacidad instalada: mientras el sector público dispone de 1328 instituciones hospitalarias y 91 863 camas de internación (62% de las disponibles en el país), el sector de obras sociales participa con 114 establecimientos y 5,4% del número de camas. El sector privado divide sus prestaciones en tres grandes grupos: a) profesionales individuales, b) clínicas y sanatorios, c) hospitales sin fines de lucro de las mutualidades (generalmente creadas y administradas por diferentes colectividades extranjeras).

### *Recursos humanos en salud*

Argentina carece de un sistema de información permanente que permita el seguimiento de variables fundamentales referidas a la inserción de recursos humanos en salud. El trabajo más actualizado sobre estos recursos es el de Mónica Abramzon, de 2004, cuyos datos corresponden a los relevados por el Censo Nacional de Población del 2001 y a la población de 20 años y más con educación universitaria completa. Esta información constituye un buen indicador de la dotación de profesionales, pero por provenir de un Censo de viviendas, puede no reflejar con la misma precisión el lugar de trabajo. Además, los datos incluyen solo a las personas que completaron estudios universitarios, con lo cual la información correspondiente a Enfermería excluye al resto de la fuerza de trabajo, formada en instituciones no universitarias; en este sentido estos datos subestiman la magnitud del total de la fuerza de trabajo en enfermería (5). Según este estudio,



el mayor porcentaje de profesionales son los médicos (39,9% del total) y los profesionales de enfermería (con formación universitaria según información censal) constituyen apenas el 4,2%.

### Recursos humanos en enfermería

La práctica de enfermería argentina esta sostenida por profesionales con formación universitaria, por enfermeras con formación no universitaria y por auxiliares de enfermería. Las categorías de enfermería en Argentina son: licenciados en enfermería, enfermeros y auxiliares de enfermería. La formación de profesionales se realiza en instituciones de educación superior universitaria y no universitaria, y en ambos se otorga el título técnico de enfermero. Las instituciones de educación superior universitaria tienen establecida la formación en dos ciclos, el primero (duración: tres años) otorga el título de enfermero técnico y el segundo el título de grado de licenciado en enfermería (total duración de la carrera de grado: cinco años). Las instituciones de educación superior no universitaria también otorgan el título de enfermero técnico. Los auxiliares de enfermería realizan un curso de un año de duración con el único requisito de educación primaria completa (siete años de formación).

La enfermería en Argentina constituye un grupo heterogéneo conformado aproximadamente por 85 000 individuos (6), de los cuales el 4,7% son licenciados en enfermería, el 29,5% enfermeros; el 60% auxiliares de enfermería y el 5,8% prácticos. Según el Análisis de OPS/OMS sobre la Enfermería de América (1999), Argentina se encuentra en el nivel intermedio (valor entre 0,45-0,65) (7).

La escasez de enfermeras, problema planteado a nivel mundial, encuentra a Argentina con rasgos críticos de tipo cuali- y cuantitativo. Hay un déficit tanto en la formación como en la práctica, en la oferta y demanda de servicios. La cobertura de atención de enfermería es de 26,5 personal de enfermería por cada 10 000 habitantes siendo 40 el valor correspondiente en el grupo de países con una razón alta.

La razón enfermera/auxiliar de enfermería es de 0,56 enfermera por cada auxiliar de enfermería. Se debe destacar que en América anglosajona existe proporcionalmente mayor número de enfermeras que en Argentina. Canadá y Estados Unidos presentan relaciones de 87,78 y 95,4 enfermeras por 10 000 habitantes y el número de enfermeras triplica al de médicos, siendo en Argentina lo contrario: una enfermera/cuatro médicos. Según informes de la Federación Argentina de Enfermería, en relación al recurso humano en salud, y específicamente a enfermería, en el 2000 se desempeñaban en la atención 85.000 personas de las cuales 25 000 eran enfermeras. Datos más recientes publicados por Abramzon (8) en 2005, indican que existen 3,8 enfermeros por cada 10 000 habitantes (solo se incluyen enfermeras profesionales y licenciados de instituciones universitarias).

En cuatro jurisdicciones (Buenos Aires, ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe) se concentra el 61,5% de profesionales de enfermería, como dato referencia debe señalarse que estas provincias concentran el 62% de la población del país. En líneas generales, se verifica una fuerte concentración en las grandes ciudades donde se localizan los centros de formación de mayor porte, en las que el nivel socioeconómico de la población es mayor y en consecuencia las oportunidades de inserción laboral y actualización se amplían (9).

La participación femenina en enfermería alcanza en el país al 84,5%, con algunas variaciones jurisdiccionales. El fenómeno de masculinización del personal de enfermería se observa en todas las jurisdicciones y con mayor fuerza entre los profesionales menores de 40 años. Resulta sugestiva la elevada presencia masculina en el grupo de menores de 30 años en las provincias de Corrientes (38,1%), Formosa (40,1%), Mendoza (35,4%), Misiones (30,1%) y Santa Cruz (34,5%).

### *Condiciones de vida y de trabajo de los profesionales de enfermería en Argentina*

Para tratar la condición de vida y trabajo de los profesionales de enfermería en Argentina, se debe aludir al contexto histórico, político, social y económico que afectó en los últimos 20 años al Sistema de Salud del país. El sistema sanitario argentino, sufrió en la década de los 80 un gasto creciente (que no se acompañó

de mejoras), un fuerte aumento en la demanda de servicios sanitarios, sobre-prestaciones, insatisfacción de usuarios, alto grado de inequidad, recursos humanos escasos, personal con bajos salarios, hospitales públicos prácticamente devastados, obras sociales con severos problemas financieros, además de precarias condiciones en instalaciones del sistema público y una sobre oferta de servicios privados. Esto llevó a una reforma del sector, basada en principios de equidad, eficiencia y cobertura global que mejoraría la accesibilidad, la promoción y la cobertura de salud.

La enfermería argentina ha tenido un gran desarrollo de programas de formación de recursos humanos. Desde la década del 70 y hasta hoy, se desarrollan programas de profesionalización de todos los niveles: escolarización y profesionalización para auxiliares, licenciatura para un gran número de enfermeros, sumados a programas de maestría y doctorado para un grupo significativo de profesionales.

La práctica profesional es regulada por la Ley de Ejercicio Profesional 24 004/93 y el 50% de las provincias poseen sus propias leyes de ejercicio. Todos los profesionales deben estar registrados. La autoridad reguladora son los Ministerios de Salud Nacional y/o Provinciales. La matrícula, que habilita el ejercicio profesional, es controlada por el Ministerio de Salud nacional y provincial. Para ejercer se requiere acreditación en cada jurisdicción donde se ejerza. Desde el punto de vista ético el marco de referencia es el Código de Ética del Consejo Internacional de Enfermeras y de la Federación Panamericana de Enfermería. No existen en Argentina, programas de certificación y recertificación profesional, como corresponde y sucede en otros países.

### *Contexto migratorio en Argentina*

La dinámica demográfica muestra entre 1970, 1980, 1991 y 2001 (fechas de censos nacionales), como tendencias poblacionales mas importantes: crece la urbanización; se mantiene la desaceleración del crecimiento de la población total; progresa el equilibrio en la distribución espacial de la población (debido a un crecimiento poblacional en las provincias de menor densidad y una disminución de la concentración en el área de Buenos Aires); desciende la mortalidad a ritmo uniforme; decrece el crecimiento vegetativo (por caída de la tasa bruta de natalidad y estancamiento de la tasa bruta de mortalidad); la pirámide poblacional muestra un crecimiento de las edades mayores (paulatino envejecimiento de la población); tiende a declinar el crecimiento migratorio (por la emigración neta de argentinos, intensificada en las últimas décadas, y por la decreciente importancia de las migraciones internacionales y el fluctuante aporte migratorio de los países limítrofes); ingresan inmigrantes asiáticos y disminuye el porcentaje de población extranjera sobre el total de la población (10).

### *Dimensiones demográficas de la población argentina*

El cuadro 1.1, sintetiza la evolución demográfica argentina desde fines de siglo XIX hasta el presente. Su análisis, sintéticamente, refleja que la dinámica del país se caracteriza por un bajo crecimiento total, una temprana reducción de la fecundidad, un temprano envejecimiento de la población, estancamiento en el descenso de la mortalidad, declinación del aporte inmigratorio, incremento de la emigración de población joven y una fuerte concentración urbana.

### *Población inmigrante (no nativa) en argentina*

El cuadro 1.2 muestra el porcentaje de extranjeros sobre la población total en los distintos censos. La población extranjera ha disminuido continuamente de censo a censo, desde 1914, hasta llegar a un 4,2% en el 2001 (1 527 320 personas), manteniendo actualmente la tendencia decreciente. Por otra parte, es evidente el cambio en la composición del flujo inmigratorio, de la europea a fundamentalmente proveniente de países limítrofes —Bolivia, Paraguay, Uruguay, Chile y Brasil— y más recientemente de Perú. También han arribado personas originarias de Corea y Taiwán, aunque el flujo es numéricamente menor (11).

Cuadro 1.1: Evolución demográfica argentina

Año de censo	Población total	Tasa anual media de crecimiento	Población extranjera / Población total %	Población urbana %	Tasa global fecundidad (hijos/mujer)	Expectativa de vida al nacer (años)
1895	3 954 911	3,6	25,4	37,4	6,0	40,0
1914	7 885 237	2,0	29,9	52,7	5,3	48,5
1947	15 893 827	1,7	15,3	62,2	3,3	61,1
1960	20 010 539	1,5	13,0	72,0	3,0	66,4
1970	23 390 050	1,8	9,5	79,0	2,9	65,6
1980	27 947 446	1,5	6,8	83,0	3,4	69,0
1991	32 615 528	1,0	5,0	88,4	2,8	72,1
2001	36 260 130	-	4,2	89,3	2,4	74,1

Fuente: Zulma Rechini de Lattes "Urbanization and demographic ageing: the case of developing country Argentina" in ageing and Urbanization. United Nations, New York 1991. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Censo Nacional de Población y Vivienda 1980; 1991.

Cuadro 1.2: Porcentaje de extranjeros sobre la población total y de originarios de los países limítrofes sobre el total de extranjeros

Año de censo	Población total	Porcentaje de extranjeros sobre población total	Porcentaje de países limítrofes sobre población total	Porcentaje de países limítrofes sobre total de extranjeros
1969	1 737 076	12,1	2,4	19,7
1895	3 954 911	25,4	2,9	11,5
1914	7 885 237	29,9	2,6	8,6
1947	15 893 827	15,3	2,0	12,9
1960	20 010 539	13,0	2,3	17,9
1970	23 390 050	9,5	2,3	24,5
1980	27 947 446	6,8	2,7	39,6
1991	32 615 528	5,0	2,5	50,2
2001	36 260 130	4,2	2,5	60,3

Fuente: Censos Nacionales de Argentina INDEC.

El cuadro 1.3 presenta la evolución de la inmigración a partir de países limítrofes. Se ve que ha aumentado el número de bolivianos, posiblemente a causa de la grave crisis que ha vivido su país, mientras que ha disminuido la presencia de chilenos, brasileños y uruguayos. Los paraguayos continúan representando el grupo más numeroso.

**Cuadro 1.3: Nacidos en los países limítrofes censados en Argentina 1869-2001**

<b>Años</b>	<b>1869</b>	<b>1895</b>	<b>1914</b>	<b>1947</b>	<b>1960</b>	<b>1970</b>	<b>1980</b>	<b>1991</b>	<b>2001</b>
<b>Total de nacidos en países limítrofes</b>	41 360	115 892	206 701	313 264	467 260	533 850	753 428	841 697	923 215
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Bolivianos</b>	15,0	6,4	8,8	15,3	19,1	17,3	15,7	17,8	25,3
<b>Brasileños</b>	14,3	21,3	17,7	15,0	10,4	8,4	5,7	4,2	3,8
<b>Chilenos</b>	26,3	17,8	16,7	16,5	25,3	24,9	28,6	30,3	23,0
<b>Paraguayos</b>	7,9	12,6	13,8	29,8	33,2	39,6	34,9	31,1	35,2
<b>Uruguayos</b>	36,5	42,0	42,9	23,5	12,0	9,6	15,1	16,6	12,7

Fuente: Censos Nacionales de Argentina INDEC.

Entre 1999 y 2004 obtuvieron la radicación definitiva 152 495 personas, el 80% tenían origen americano (bolivianos, brasileños, chilenos, paraguayos, peruanos), el 10% europeo (españoles e italianos en su mayoría) y el 10% restante asiático, africano o de nacionalidad desconocida. Según el INDEC, los inmigrantes provenientes de países limítrofes hasta 2003 fueron 598 747 personas. La corriente más numerosa es la de paraguayos (42% del total), seguidos por la de bolivianos (23,57%) y chilenos (17,42%), cada grupo con lugares de residencia más o menos específicos en el ámbito de la CABA y su conurbano bonaerense, Mendoza, Neuquén Plotier, Alto Valle del Río Negro y Río Gallegos.

### *Emigración*

Los flujos migratorios argentinos cambiaron desde la década de 1960: un número creciente de argentinos fue conformando una corriente migratoria hacia países desarrollados (principalmente Estados Unidos de América y España). Sin bien Argentina no constituye un caso típico exportador de trabajadores, pues aún en condiciones adversas atrae inmigrantes, igual que otros países periféricos, posee condiciones estructurales que causan la emigración sistemática de personas altamente capacitadas (12). En la década del 1960-1970 habrían emigrado 185 000 argentinos y para la década siguiente la cifra estimada es 200 000 (13).

Diversos estudios dan cuenta de la emigración de argentinos como tema preocupante. A finales de 1950, el análisis enfatizaba al sector de científicos y profesionales. En la década del 60 los trabajos mostraban el número de emigrantes, su porcentaje por profesión, país destino, tipo de desempeño y remuneración obtenida (14). Otro estudio profundizó sobre la emigración de argentinos-hijos de inmigrantes de ultramar hacia Europa, mostrando un incremento constante del flujo caracterizado por un elevado nivel educativo (15). A modo de síntesis, todos los trabajos coinciden en la falta de información cuantitativa confiable, en la influencia de los acontecimientos políticos internos (golpes de Estado) como determinantes de la intensidad del flujo emigratorio, y en las profundas y negativas consecuencias de esta emigración en términos de capital humano valioso educado en el país, que luego es aprovechado por los países desarrollados.

La crisis económica iniciada en 1990 y acentuada en el 2001 (que estalló en diciembre como económica, social y política) favoreció la emigración. Esta situación se refleja en: saldos migratorios argentinos negativos, número de argentinos censados en otros países y demanda de doble ciudadanía (especialmente de argentinos descendientes de europeos, en particular españoles e italianos) (15).

### *Políticas de migración*

En 1984 se creó una Comisión Nacional para el retorno de argentinos en el exterior (Decreto 1784/84), en 1991 se aprobó una ley (24 007) por la cual se otorga el derecho al voto a los argentinos residentes en el exterior (la primera vez que se aplicó esta norma empadronaron 8823 argentinos) (16).

La “Ley General de Fomento de Migraciones”, sancionada durante el régimen militar y aplicada entre 1981 y 2003, no contemplaba lo que la nueva ley, sancionada en 2004, contempla en un capítulo titulado “de los argentinos en el exterior”: se beneficia a todo argentino radicado por más de dos años en el exterior que decida retornar al país, eximiéndolo de impuestos.

La emigración ha ido provocando preocupación en el Estado Argentino, que creó nuevos ámbitos específicos: la “Dirección de Argentinos en el exterior” (Ministerio de Relaciones Exteriores de La Nación) y el centro de “Ayuda y Asistencia al inmigrante y al inmigrado” (Defensoría del Pueblo de la CABA). Dentro del Ministerio de Educación existe el programa R@íces (Red de Argentinos Investigadores y Científicos en el Exterior) cuyo objetivo es fortalecer las capacidades científicas y tecnológicas de Argentina al desarrollar políticas de vinculación con investigadores argentinos residentes en el exterior.

Según datos suministrados por Cancillería Argentina, en diciembre 2002 vivían en el exterior 587.005 argentinos. Basados en relatos de vida de entrevistados, los medios periodísticos informan que los países elegidos en orden descendente son España, Estados Unidos, Italia, Canadá, México e Israel. Por otra parte, una búsqueda vía internet mostró 324 asociaciones de argentinos en el exterior distribuidas así: 168 en el continente americano, 132 en Europa, 12 en Asia, 11 en Oceanía y 1 en África, también se encontraron 11 redes virtuales de intercambio y comunicación, que funcionan como foros de discusión (17).

### *Normas migratorias*

En América Latina los flujos migratorios se han diversificado, dentro de un contexto de globalización e integración regional. En Argentina estos cambios también repercutieron, debido a acuerdos bi- y multilaterales. La política migratoria actual se ha vuelto compleja, pues al tradicional fenómeno de inmigración de europeos y luego latinoamericanos, se suma la emigración de argentinos. Todo esto dentro del nuevo espacio del MERCOSUR, que ha llevado a modificar la perspectiva utilizada en la formulación de políticas migratorias.

La ley 25 871 de Migraciones de la República Argentina, promulgada a comienzos del 2004 constituye el andamiaje legal de la política migratoria del país. De sus Principios generales surge que la norma apunta a formular una nueva política demográfica nacional, a fortalecer el tejido sociocultural del país y a promover la integración sociolaboral de los inmigrantes, manteniendo en alto la tradición humanitaria y abierta de Argentina en relación a los migrantes y sus familias (18).

En esta ley el Estado aparece como garante de: derecho a migrar, la igualdad de trato para los extranjeros, el acceso igualitario a servicios sociales, la información necesaria, el derecho a la reunificación familiar (con padres, cónyuges e hijos), las convenciones internacionales debidamente ratificadas, la participación de los extranjeros en las decisiones relativas a la vida pública y la regularización de su situación migratoria. Asimismo, se contempla la protección de los derechos de las personas migrantes y es la base de la implementación de políticas que buscan integrarlo a la sociedad. Afirma que en Argentina, todos los extranjeros tienen derecho a salud y educación, aunque se encuentren en situación migratoria irregular. Cabe destacar que la ley concede también derechos iguales para nacionales y extranjeros; derecho al debido proceso en situaciones de detención y expulsión, derecho a la asistencia jurídica gratuita, derecho a la asistencia de un intérprete, derecho a la participación en las decisiones relativas a la vida pública y a la administración de las comunidades locales. Se trata de una norma que, basada en nuestra realidad histórica, geográfica, económica regional y reconociendo nuestra tradición de país receptor de migrantes, crea los mecanismos que posibilitan que los migrantes accedan a la regularidad migratoria.

Parte importante de la realidad argentina es el MERCOSUR y sus Estados Asociados. El 26 de marzo de 1991 al firmarse el Tratado de Asunción, creando el Mercado Común del Sur, se inició un proceso de regionalización surgido como mecanismo lógico de posicionamiento frente a un mundo globalizado. Este proceso regional hoy comprende a Brasil, Paraguay, Uruguay, Venezuela y Argentina como Miembros Plenos y a Chile, Bolivia, Ecuador y Colombia como Estados Asociados. A partir de septiembre de 2004, por disposición 29 929/2004 de la Dirección Nacional de Migraciones, se considera a la república de Perú como miembro del MERCOSUR, pudiéndosele aplicar el nuevo criterio de nacionalidad. El MERCOSUR busca lograr el bienestar de los pueblos y considera al ser humano de manera integral y no solo como actor

de los procesos económicos. Bajo esta mirada, los ministros del interior del MERCOSUR y de los estados asociados, adoptaron medidas consensuadas en dos grandes temas: Migraciones y Seguridad.

La nueva ley cita, por primera vez, un proceso de integración regional y otorga a ciudadanos de los países miembros de la Región un trato diferenciado. Se establece que los extranjeros serán admitidos para ingresar y permanecer en el país en las categorías de “residentes permanentes”, “residentes temporarios” o “residentes transitorios”, considerando residentes temporarios a los “ciudadanos nativos de los estados parte del MERCOSUR, Chile y Bolivia, para permanecer en el país por dos años, prorrogables con entradas y salidas múltiples”.

En la declaración de principios migratorios emitida en 2004, se reconoce a los inmigrantes por su importante aporte a la formación de los estados, manifestando que resulta prioritario para los gobiernos, el respeto de sus derechos rechazando las expulsiones masivas, afirmando que la irregularidad migratoria no es una conducta punible desde el derecho penal y reclamando que en otras regiones del mundo se de a nuestros ciudadanos el mismo trato que se brinda a los suyos.

En base a todo ello Argentina puso en vigencia el Programa Nacional de Normalización Documentaria Migratoria “Patria Grande”. Éste ha permitido, entre abril de 2006 y el 10 de julio pasado, la regularización migratoria de casi 190 000 extranjeros residentes en CABA y Gran Buenos Aires, estimándose que en los próximos meses, se llegaría a 700 000. Participan provincias, municipios y organizaciones sociales con la colaboración de iglesias, sindicatos y ONG que dejaron de actuar como meros denunciadores o defensores de los derechos de los inmigrantes para pasar a ser actores fundamentales del proceso (19). El programa regirá de ahora en más no solo para quienes ya se encuentren en territorio argentino, sino que permite a quienes quieran ingresar al país, acordar su residencia en los consulados del país de origen. El mismo programa “Patria Grande” ha sido adoptado en los países del MERCOSUR y estados asociados a través de una declaración suscripta en el ámbito de Ministros del Interior.

### *Migración profesional*

La dinámica de migración de este grupo de trabajadores es compleja y está constituida por flujos variados en composición, tamaño y dirección de movimiento. Afecta a casi todos los países y algunos, según su dinámica de mercado de trabajo, son tanto expulsores como receptores de personal de salud. En los países de América, se destacan dos procesos en que los profesionales de la salud se desempeñan en países fuera del de su origen: a) la migración definitiva de recurso humano, entre ellos especialmente las enfermeras desde el Caribe hacia países más desarrollados como EUA y Canadá; b) el desempeño temporal de médicos y otros profesionales sanitarios mediante acuerdos bilaterales (20).

El MERCOSUR aprobó, por resolución CMD/DEC 13/97, un intercambio libre de servicios profesionales, estableciendo un programa de trabajo de 10 años para alcanzar un mercado libre y el reconocimiento de títulos. Si bien esto favorece la migración de profesionales entre países limítrofes en los últimos tiempos, su matriz para el grupo de profesionales sanitarios, está en proyecto de implementación y significará un aporte trascendente para la Región.

La migración de profesionales de la salud, está relacionada con la falla en los mercados laborales que tienden a excluir al personal más joven y calificado, con políticas débiles de retención de personal (que se insertan con mayores expectativas en el mercado receptor). También favorece la migración de estos profesionales la posibilidad de acceder a programas de formación superior (maestrías, doctorados, especializaciones), generando dos situaciones posibles: que los profesionales emigren “temporalmente” hasta completar sus programas de formación (regresando luego a sus países de origen) o que éstos sean retenidos con ofertas de trabajo en los países de mayor desarrollo.

Muchas de las razones por las que el personal de salud emigra, pueden resumirse en mala distribución y desequilibrios en la distribución del personal, deterioro de las condiciones de trabajo, falta de oportunidades para el crecimiento profesional, inestabilidad laboral, falta de apoyo y exclusión en la toma de decisiones.

El impacto de la migración del personal de salud es mayor en los países donde las posibilidades educativas son limitadas y la salida del personal no alcanza a reponerse rápidamente. En estos casos, suelen plantearse problemas en la cobertura de los servicios y se generan graves deficiencias, como no permitir a los países desde donde emigra el personal sanitario, avanzar en sus planes de desarrollo o en la implementación de políticas sanitarias. Sucede también que los países proveedores de personal de salud calificado, se quedan para sí con el personal menos calificado, generando además de los problemas mencionados, la disminución en la calidad de la asistencia que brinda a la población.

Se ha detectado la participación de agencias privadas que reclutan personal (específicamente, médicos y enfermeras) para migración internacional, algunas con prácticas de dudosa ética, que realizan migraciones de forma irregular, dañando a las personas involucradas. Argentina, en el XVII Congreso Argentino de 2004 refirió su situación afirmando: “En el país existen numerosas empresas italianas que reclutan enfermeras profesionales y las contratan para trabajar en Italia. Existen migraciones también hacia los Estados Unidos, Canadá y Australia que atraen a las enfermeras argentinas. También se conocen enfermeras de Uruguay, estudiantes de Perú, Bolivia y Paraguay que vienen a estudiar y se quedan a trabajar en el país, enviando remesas a los suyos” (21).

La distribución desigual e inequitativa del personal de enfermería es una constante en los países de América Latina, incluso en Argentina, donde se concentran los profesionales en las áreas económicamente más favorecidas, en los servicios de mayor complejidad, en el sector educativo y en la conducción de los servicios.

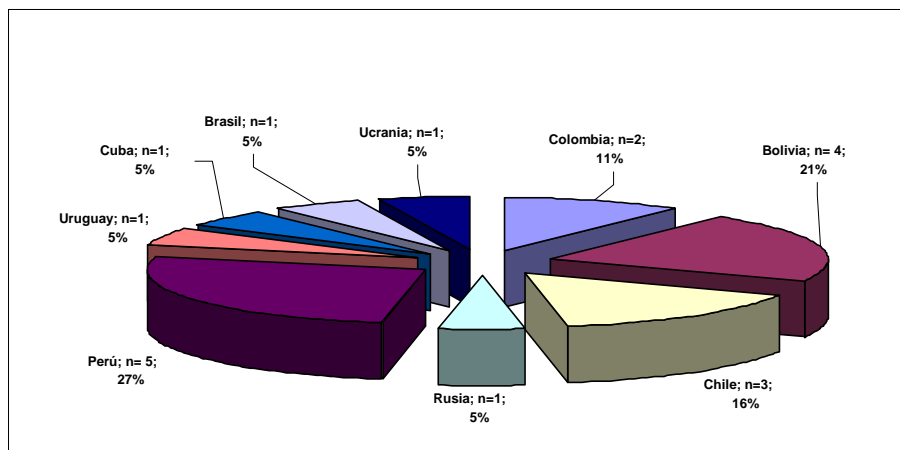
## Resultados

### *Análisis de las encuestas*

Para el estudio sobre migración de enfermeras en América Latina en Argentina, se encuestó durante el 2006, a 19 enfermeras que trabajan en instituciones de salud del país.

Se observa que 17/19 (89,47%) de las enfermeras inmigrantes provienen de países de América Latina, lo que coincide, en líneas generales, con las corrientes migratorias de la población general del país, si bien tomando en cuenta estas corrientes también podría haber enfermeras provenientes de países orientales como Taiwán o Corea. Las enfermeras inmigrantes entrevistadas tienen nacionalidades de países limítrofes, como Chile, Uruguay, Bolivia y Perú.

**Gráfico 1.1: Enfermeras inmigrantes de Argentina según país de origen y/o obtención de título, 2006**



## Características demográficas y sociales de las enfermeras inmigrantes

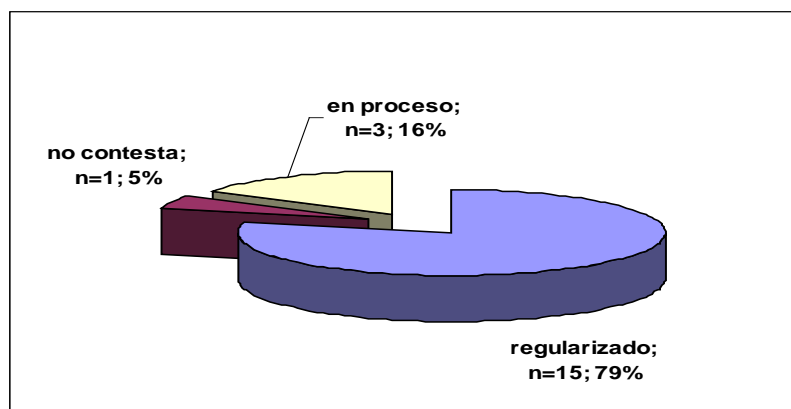
Quienes migraron a Argentina son fundamentalmente mujeres, lo que valida que, en lo sucesivo (como es histórico entre el personal de enfermería), se haga referencia a “enfermeras” (en género femenino) migrantes y/o encuestadas. Casi el 58% (11/19 = 57,89%) de las encuestadas se encuentran en la franja etaria de 32 a 41 años. Si se le suma a este grupo el de quienes cuentan entre 42 y 51 años, se obtiene casi un 95% de las enfermeras migrantes a Argentina estudiadas. Esto permite inferir que la decisión de migrar se realizó fundamentalmente cuando las enfermeras poseían una edad intermedia, ya que no se obtuvieron, prácticamente, datos extremos (ninguna tenía entre 22 y 31 años y solo una tenía más de 51 años).

El 57,9% de las enfermeras inmigrantes están casadas. Considerando en conjunto con estas últimas las que se encuentran como convivientes, se puede afirmar que casi dos tercios de la población se encuentran en pareja y el tercio restante se encuentra solo, ya sea en condición de solteras, separadas o divorciadas y un 85% tienen hijos.

## Características migratorias

El análisis del status legal de las enfermeras migrantes (gráfico 1.2), muestra, primero, que falta información sobre una persona, que no respondió este punto. De las 18 enfermeras restantes, poco menos del 80% (78,95%) tienen su situación legal regularizada y el resto está en proceso de hacerlo. Ninguna se halla en status “no regularizado”, lo que concuerda con que la mayoría lleva un tiempo considerable en Argentina, en que con el 90% de los encuestados es de 5 años y más de permanencia.

Gráfico 1.2: Estado legal de las enfermeras de Argentina, 2006



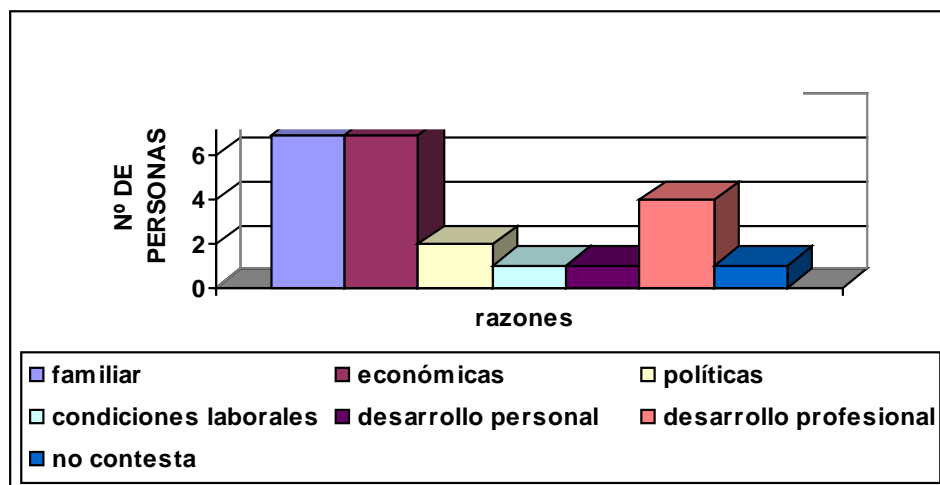
## Razones de migración

Los resultados se presentan respetando las respuestas múltiples de quienes eligieron más de una opción (o sea, todas las opciones y/o combinaciones que aparecieron en los cuestionarios). En este sentido, es de destacar que la mayoría de las encuestadas (el 73,68% = 14/19) optó por una única opción, siendo la más prevalente la razón familiar.

En el gráfico 1.3, puede verse que las razones familiares y las económicas se encuentran equiparadas y son las causas más frecuentes de abandono del país natal, presentándose en tercer lugar la búsqueda del desarrollo profesional.



Gráfico 1.3: Motivos de migración de las enfermeras de Argentina, 2006

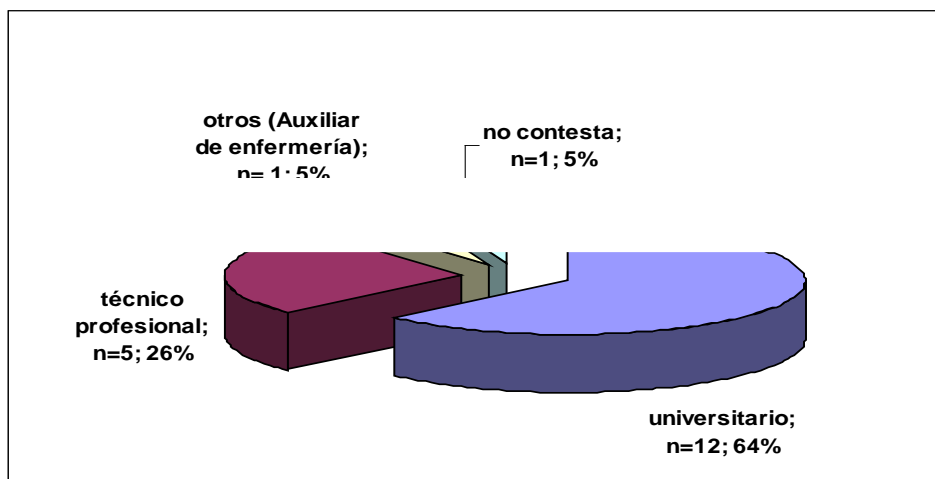


El 79% de las enfermeras encuestadas tenían experiencia de ejercicio profesional de cuatro años o más, antes de emigrar y la totalidad se desempeñó en área urbana.

### Características profesionales y laborales de enfermeras inmigrantes

El gráfico 1.4 muestra el nivel de formación de las enfermeras inmigrantes. El 69% tienen nivel universitario; y el 47,37% de ellas tienen el grado de licenciado en enfermería.

Gráfico 1.4: Nivel de formación de las enfermeras migrantes de Argentina, 2006



Cabe recordar que, legalmente en Argentina la matrícula profesional de estas tres categorías es equivalente y corresponde al título de “enfermera profesional”.

Independientemente del país donde obtuvieron su título y/o de su nivel de formación, el 95% de las encuestadas se siente mejor preparada para las exigencias actuales de un cargo en la enfermería clínica intrahospitalaria. Todas tienen su título acreditado, ya sea a través de reconocimiento directo o de reválida. El cuadro 1.4 muestra que a poco más de la mitad de ellas (53% = 10/19) les fue reconocido directamente.

Cuadro 1.4: Formas de acreditación de títulos en Argentina

País de origen	Reconocido	Revalidado	Total
Bolivia	4		4
Brasil		1	1
Chile	2	1	3
Colombia	2		2
Cuba		1	1
Perú	1	4	5
Rusia	1		1
Ucrania		1	1
Uruguay		1	1
<b>Total</b>	10	9	19

Del total de las enfermeras inmigrantes encuestadas, el 42% (8/19) informó haber seguido estudiando en el área de postgrado y/o especialización.

### Características laborales

Todas las enfermeras estudiadas se encuentran trabajando jornada completa, desempeñando cargos de conducción (9/19= 47%) o de atención directa (10/19= 53%) aproximadamente en la misma proporción. En cuanto al ámbito de trabajo, se desempeñan mayoritariamente en instituciones privadas (17/19 = 89%).

Cuadro 1.5: Cargos que ocupan actualmente

Cargo que ocupa actualmente	Ámbito público	Ámbito privado	Total
Enfermera clínica o comunitaria, jornada completa	2	8	10
Enfermera supervisora o coordinadora, jornada completa	0	9	9
<b>Total</b>	2	17	19

El 68,42% de las enfermeras migrantes estudiadas se desempeña en hospitales y solo el 16% en centros de salud, es decir en Atención Primaria.

Es evidente que, cuando el título fue reconocido directamente el trámite duró, a lo sumo 18 meses, mientras que la concesión de reválidas, en general, llevó más de 18 meses. Cuando se preguntó a las encuestadas el tiempo que habían demorado en encontrar trabajo, el 89% (cuadro 1.6) respondió que lo habían logrado en menos de un año, independientemente de lo que hubiesen demorado en revalidar su título, lo que implica que parte ellas pudieron empezar a ejercer como enfermeras antes de haber concluido la acreditación del título.

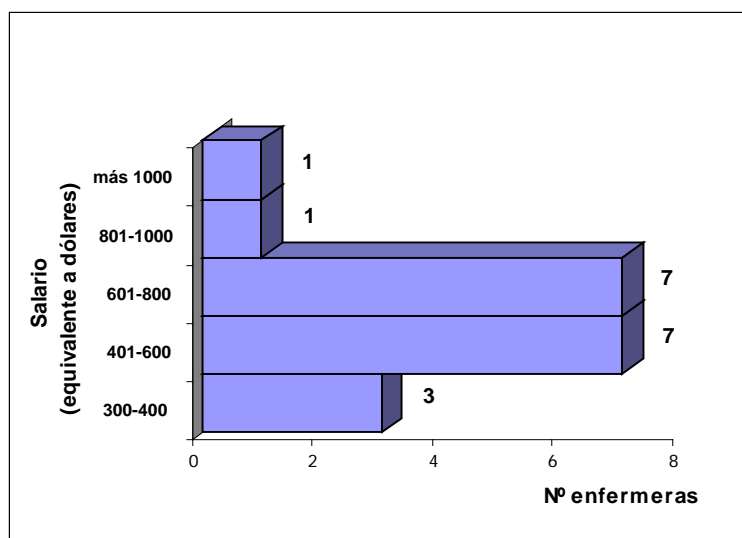
Cuadro 1.6: Relación entre tiempo de demora y forma de acreditación

Tiempo que demoró la reválida	Título reconocido	Título revalidado	Total
1 - 6 meses	3	1	4
7 - 12 meses	2		2
13 - 18 meses	3		3
Más de 18 meses		8	8
No contesta	2		2
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>19</b>

Respecto a la situación laboral, 17 de las 19 enfermeras entrevistadas se encuentran como personal de planta, lo que equivale a decir que se encuentran efectivas. Un 79% tiene cobertura de salud y un 95% de las enfermeras estudiadas están incluidas en el sistema previsional.

El 73,68% (14/19) de las enfermeras inmigrantes tenía un sueldo, al momento de la recolección de datos (año 2006), de entre US\$ 400 y US\$ 800; 36,84% entre US\$ 400 y US\$ 600 y el mismo porcentaje entre US\$ 600 y US\$ 800 (gráfico 1.5), equivalente en moneda argentina a aproximadamente \$Arg 1200 y \$Arg 2400, lo que puede considerarse para el país como un sueldo intermedio.

Gráfico 1.5: Salarios de las enfermeras migrantes de Argentina, 2006



El 38,84% (7/19) de las enfermeras inmigrantes envían dinero a su país de origen, en un monto variable de US\$ 100 a US\$ 300 mensuales. Los países hacia donde se envía dinero son: Bolivia, Colombia, Cuba, Perú, Ucrania y Uruguay.

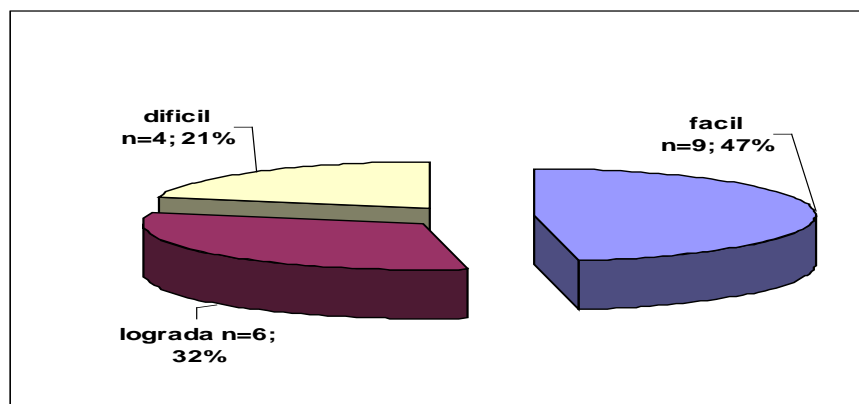
### Inserción social

En relación a la inserción social el primer análisis es si las enfermeras inmigrantes, a su llegada, tuvieron trabajos ajenos a su profesión, un 21% trabajaron a su llegada en algo distinto a la enfermería, por razones económicas y porque tenían que enviar dinero a su país de origen.

Cuando se preguntó cómo les había resultado su inserción social (gráfico 1.6), poco menos del 50% (9/19 = 47) la consideró fácil y el 21% la calificó de difícil. De las cuatro enfermeras a las que les resultó difícil insertarse solo una había tenido previamente un trabajo ajeno a su profesión, por lo que las dificultades

no habrían tenido que ver, al menos directamente, con la posibilidad de encontrar trabajo como enfermera. Además, es de destacar que ninguna persona dijo no haber logrado su inserción social, y un 89% calificó como bueno su sentimiento de vinculación social y productiva en su grupo comunitario.

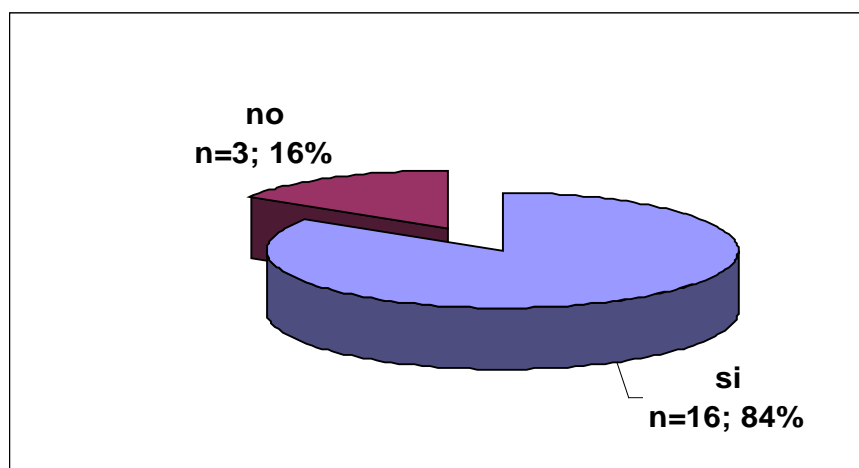
**Gráfico 1.6: Características de la inserción social de las enfermeras migrantes de Argentina, 2006**



### *Valoración en su trabajo*

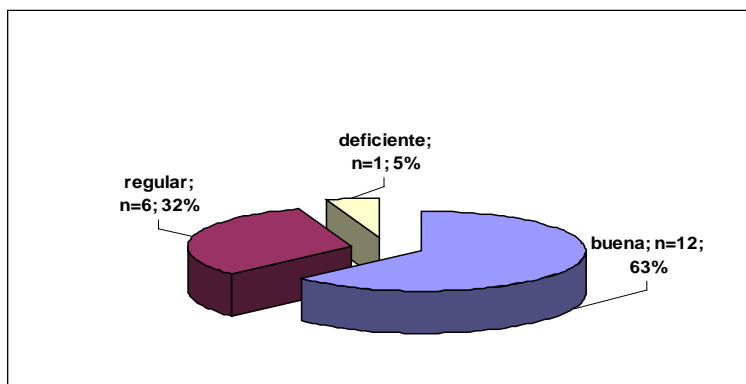
Ante la pregunta de si se sienten valoradas como profesionales en su trabajo, solo tres enfermeras (16%) dijeron que no (gráfico 1.7). Más aun, el 100% dijo estar satisfecha con el cargo y el área en el que trabajan, según sus expectativas profesionales.

**Gráfico 1.7: Valoración profesional recibida según enfermeras migrantes de Argentina, 2006**



El gráfico 1.8 presenta el nivel de satisfacción de las enfermeras inmigrantes con la supervisión en su puesto de trabajo. El 63,16% la calificó de buena y solo una encuestada, que trabaja en una institución pública como enfermera de planta, le asignó el valor de deficiente.

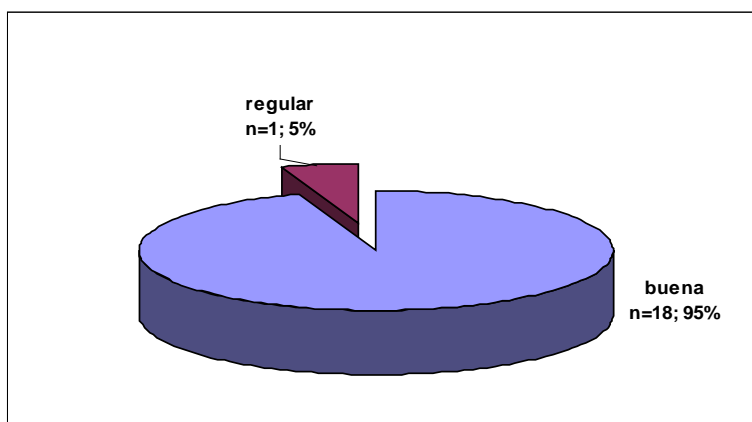
**Gráfico 1.8: Satisfacción de las enfermeras migrantes de Argentina en relación con la supervisión en su puesto de trabajo, 2006**



Por otra parte, el 73,68% de las encuestadas calificó como buena su satisfacción con la tecnología y recursos materiales de los que dispone para cumplir con su tarea, todas ellas se desempeñan en el sector privado.

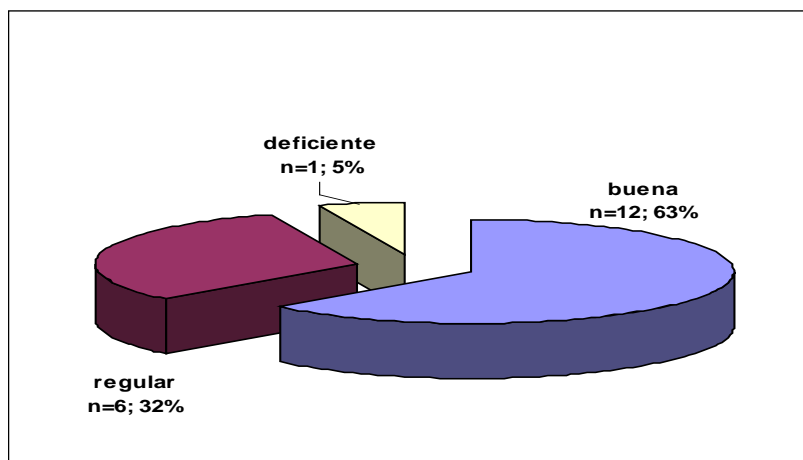
En cuanto al ambiente de trabajo y clima laboral, el 95% de las encuestadas respondió que era bueno (gráfico 1.9), lo que implica que gozan de condiciones favorables para trabajar conformes y sentirse parte de las organizaciones donde ejercen, lo cual nuevamente apoya la hipótesis de que las instituciones y, por supuesto, quienes trabajan en ellas en todos los niveles, no diferencian a las enfermeras por su procedencia. Ninguna enfermera calificó el ambiente de trabajo y clima laboral como deficiente y la única persona que le asignó el valor “regular” había calificado como deficientes los recursos y como regular la satisfacción con su supervisión.

**Gráfico 1.9: Calificación de las enfermeras migrantes de Argentina en relación el ambiente de trabajo y clima laboral, 2006**



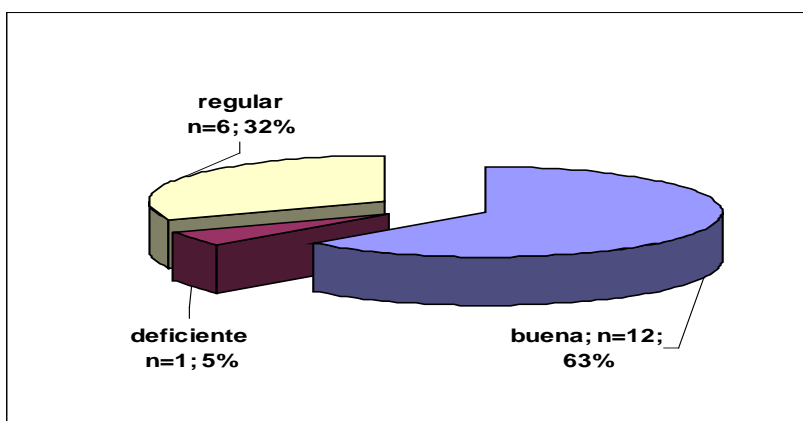
Un factor que se sabe fundamental en la satisfacción del personal de cualquier institución es el de que éste sienta que tiene posibilidades de promoción y/o avance. Al pedir a las encuestadas que calificaran sus posibilidades de promoción en las instituciones en las que se desempeñan, se obtuvieron los resultados mostrados en el gráfico 1.10. El 63,16% siente que tiene una buena posibilidad de promoción (ocho enfermeras de planta y cuatro supervisoras). En el otro extremo, solo una enfermera definió su probabilidad como deficiente (es supervisora y trabaja en una institución privada) y dijo estar satisfecha con su ambiente laboral y los recursos de que dispone. De las seis personas que consideraron su posibilidad regular, dos son supervisoras, cuatro enfermeras de planta y solo una trabaja en una institución pública.

**Gráfico 1.10: Posibilidad de promoción en la institución que trabaja de las enfermeras migrantes de Argentina, 2006**



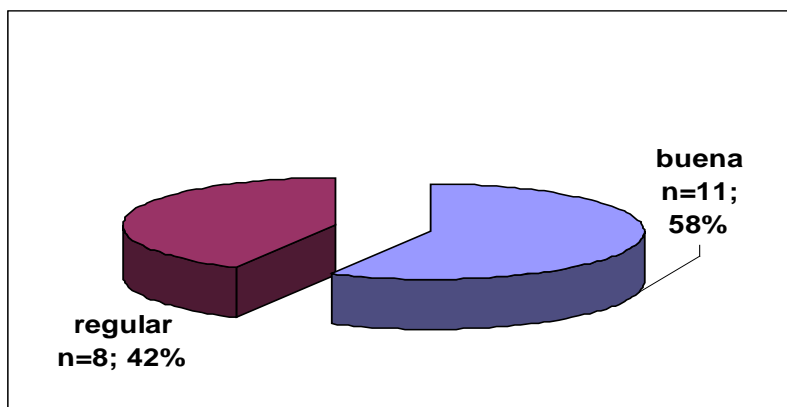
En relación la satisfacción con su salario (gráfico 1.11), aproximadamente el 63% de las enfermeras inmigrantes la calificó como “buena” y solo una como “deficiente”. Al relacionar esta última respuesta con otros datos aportadas por la misma persona se encontró que ésta no se siente valorada como profesional, su sueldo está entre US\$ 400 y US\$ 600 y envía entre US\$ 201 y US\$ 300 a su país de origen, lo que lleva a concluir que, si bien cobra un sueldo intermedio, dispone de entre la mitad y el 65% del mismo para vivir en Argentina.

**Gráfico 1.11: Satisfacción con el salario en la institución que trabaja de las enfermeras migrantes de Argentina, 2006**



Más allá del grado de satisfacción con el salario, se indagó sobre el grado de satisfacción con la situación socioeconómica (gráfico 1.12). Ninguna enfermera la calificó como “deficiente”; poco más del 55% (11/19) la calificaron de buena (entre ellas, nueve también habían calificado como buena la satisfacción con su salario, una había tenido una satisfacción “regular” con su sueldo y la otra “deficiente”). De las ocho encuestadas (42%) que definieron como regular su situación socioeconómica, cinco habían definido del mismo modo su satisfacción con su sueldo y tres la habían calificado como buena.

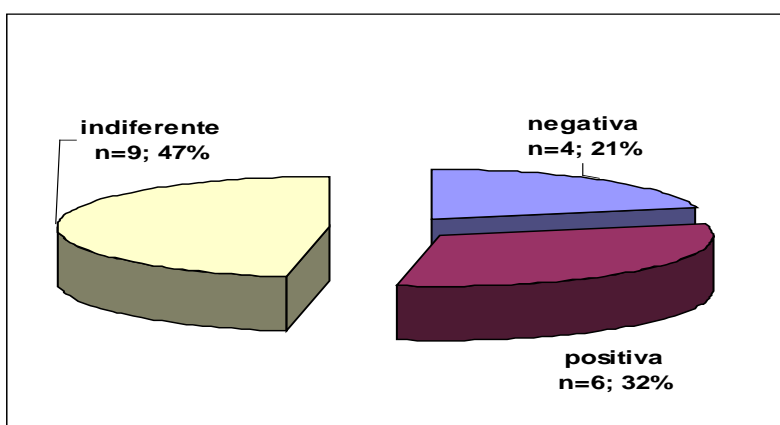
**Gráfico 1.12: Satisfacción con situación socioeconómica según las enfermeras migrantes de Argentina, 2006**



Es de destacar que hay mayor proporción de enfermeras que envían dinero a su país de origen entre quienes calificaron su situación socioeconómica como buena (cinco envían:  $5/11 = 45\%$ ) que entre quienes la calificaron de regular (dos envían remesas:  $2/8 = 25\%$ ); sin embargo en ambos grupos hay quienes envían y quienes no. Otro punto interesante es que, mientras todas las enfermeras que calificaron como buena su situación socioeconómica conviven con su pareja (casadas o convivientes), entre quienes respondieron que su situación era regular el 50% se encuentra soltera, separada o divorciada y, todas, excepto una, a cargo de hijos.

Finalmente, se estudió si las enfermeras inmigrantes sienten que en Argentina hay discriminación con las enfermeras extranjeras (gráfico 1.13) y si recomendarían a un familiar, amigo o compañero de estudios o de trabajo, emigrar. Casi el 50% de las enfermeras inmigrantes ( $9/19 = 47\%$ ) eligió la opción indiferente cuando se les pidió que definieran su sentimiento respecto a la discriminación con enfermeras extranjeras y el resto ( $10/19 = 53\%$ ) se dividió en seis personas con respuesta “positiva” y cuatro con respuesta “negativa”, de modo que las opiniones tienen una distribución casi homogénea.

**Gráfico 1.13: Sentimiento de discriminación de las enfermeras argentinas hacia las enfermeras migrantes extranjeras, 2006**



Del mismo modo, la recomendación de emigrar o no también dividió a las enfermeras inmigrantes aproximadamente por la mitad. Hubo nueve personas ( $47,37\%$ ) que recomendarían la migración y diez que no ( $52,63\%$ ).

## Solicitud de reválidas de títulos en las universidades argentinas

Por último, los cuadros 1.7 y 1.8 muestran las solicitudes de reválidas de títulos de enfermería realizados a la Universidad de Buenos Aires. Cabe aclarar que en el mismo período, en el resto de las universidades nacionales se solicitaron otras 200 reválidas.

**Cuadro 1.7: Solicitud de reválida de títulos en la Universidad de Buenos Aires 2000-2005**

Año	Licenciados en enfermería	Enfermeros	Médicos	Psicólogos	Abogados	Ingenieros	Arquitectos	Otros
2000		2	30	8	6	1	1	3
2001		1	30	1	7	1		4
2002	4	1	6	4	5			5
2003		1	6	4	4		1	
2004	1		20	2	4	3	1	3
2005	1	2	27	4	1	1	1	3
Total	6	7	119	23	27	6	4	18

**Cuadro 1.8: Nacionalidad de los profesionales de enfermería que solicitaron reválida en la Universidad de Buenos Aires 2000-2005**

Licenciados en enfermería			Enfermero/a		Total	
País	N°	%	País	N°	N°	%
			Cuba	1	1	7,7
			Bolivia	1	1	7,7
			Brasil	2	2	15,4
			Ucrania	1	1	7,7
Perú	6		Perú	2	8	61,5
Totales	6	100,0	Totales	7	13	100,0

## Conclusiones

- Aproximadamente el 90% de las enfermeras inmigrantes encuestadas provienen de países de América Latina, coincidiendo con las corrientes migratorias de la población general del país. El 41% provienen de países fronterizos y, específicamente el 21% de Perú, siendo Argentina de elección por pertenecer al MERCOSUR y compartir el idioma.
- El 95% de las enfermeras estudiadas poseen entre 32 y 51 años de edad y se encuentran en Argentina hace siete o más años, lo que permite inferir que la decisión de migrar la tomaron teniendo una edad intermedia y que se encuentran establecidas.
- Casi el 80% tiene su situación legal regularizada y el resto está en proceso de hacerlo, lo que correlaciona con el tiempo de permanencia en el país y la hipótesis de que se encuentran establecidas.
- Las principales razones de migración de las enfermeras fueron las familiares y las económicas (equiparadas) y solo en tercer lugar la búsqueda del desarrollo profesional. Dado que casi un 80% trabajó como enfermera antes de migrar, durante tiempos considerables, se infiere que la falta



de oportunidad de trabajo en su país de origen no fue un motivo de migración, al menos para la mayoría de las enfermeras estudiadas.

- La aspiración más frecuente de las enfermeras inmigrantes en Argentina, es la estabilidad económica, aunque también les resulta relevante desarrollarse profesional y personalmente y las mejores condiciones laborales.
- El 78% de las enfermeras encuestadas vive con su núcleo familiar (esposo e hijos), o con familiares cercanos (hermanos, tíos); solo el 16% vive con personas ajenas a su familia y ninguna con compañeros de trabajo y/o allegados. El 90% habitan en casa o un departamento, y solo una vive en una habitación de hotel. Este hallazgo vuelve a indicar que las encuestadas se encuentran bien establecidas en Argentina.
- El 90% de las encuestadas accede al teléfono, el 60% a internet, y solo el 30% a móvil propio. Estos datos son congruentes con lo observable en la clase media Argentina, lo que estaría indicando que las enfermeras inmigrantes podrían ser categorizadas dentro de este nivel socioeconómico.
- El 68% de las encuestadas tiene nivel universitario, de ellas, aproximadamente un 50% son licenciados en enfermería (el resto posee nivel de enfermera o técnico profesional). Todas tienen su título acreditado (por reconocimiento directo o por reválida). Según la legislación vigente, Bolivia, Uruguay, Colombia y Brasil tienen convenio por pertenecer al MERCOSUR, por lo cual quienes estudiaron en esos países deberían tener su título reconocido. Esta presunción se cumple para Bolivia y Colombia: a todas las enfermeras que migraron desde allí se les reconoció el título directamente, sin embargo tanto la enfermera migrante desde Brasil como la uruguaya tuvieron que revalidar su formación. Por otra parte, a la enfermera proveniente de Rusia se le reconoció el título sin necesidad de reválida.
- Los estudios informados por las enfermeras inmigrantes en Argentina corresponden a la categoría de postítulos. Aunque no se especifica (ni se solicitó) la duración, el motivo y/o el uso que las encuestadas dan a cada uno de ellos ni si fueron realizados en Argentina o en su país de origen, es evidente que una proporción importante de las enfermeras inmigrantes se ha preocupado en seguir formándose en diferentes áreas.
- Casi el 90% de las enfermeras inmigrantes consiguió trabajo en menos de un año, independientemente del tiempo que demoró la reválida de su título. Menos de la cuarta parte de las entrevistadas (21%) trabajó a su llegada en algo distinto a la enfermería, tratándose de personas que migraron por cuestiones económicas (algunas también por otras razones) y tres de ellas envían dinero a su país de origen, lo que tiende a mostrar un nivel de apremio económico que justifica la necesidad de trabajar inmediatamente.
- Las enfermeras entrevistadas se desempeñan mayoritariamente en instituciones privadas. A este respecto, es necesario destacar que la recolección de datos se llevó a cabo exclusivamente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que no solo es la mayor en desarrollo socioeconómico y sanitario del país, sino que, además con el Gran Buenos Aires, concentra 1/3 de la población y el 70% de las instituciones privadas argentinas; la inserción en el resto del país podría ser muy distinta a la de la Capital de la República.
- Las enfermeras estudiadas se encuentran trabajando en jornada completa, desempeñando cargos de conducción y de atención directa aproximadamente en la misma proporción. Si se tiene en cuenta que la relación entre personal de conducción y personal de atención directa es de aproximadamente 10%, se puede concluir que la proporción de enfermeras inmigrantes con responsabilidad de personal a cargo es alta, lo que muestra la igualdad de oportunidades que brindan las instituciones argentinas, al menos las privadas, respecto a los inmigrantes.
- La mayoría de entrevistadas (19/17) trabajan como personal de planta, o sea por tiempo indeterminado y con estabilidad laboral. Esto implica para ellas la posibilidad de permanecer sin dificultades en el país. Además, por ser de planta, todas están incluidas en el sistema previsional y tendrán la posibilidad de recibir su jubilación a los 60 años.

- El 74% de las enfermeras migrantes recibía, en 2006, un sueldo entre US\$ 400 y US\$ 800, equivalente en moneda argentina a aproximadamente \$Arg 1200 y \$Arg 2400, lo que puede considerarse, para el país un sueldo intermedio. Aproximadamente el 63% lo consideraba “bueno” y solo una enfermera dijo que era “deficiente” (su sueldo está entre US\$ 400 y US\$ 600 y dijo no sentirse valorada como profesional).
- El 38,84% de las enfermeras inmigrantes envían dinero a su país de origen (Bolivia, Colombia, Cuba, Perú, Ucrania y Uruguay). Las mayores remesas (entre US\$ 201 y US\$ 300) son realizadas tanto por personas que ganan entre US\$ 400 y US\$ 600 como por la enfermera cuyo salario es mayor de US\$ 1000. Más aún, no es posible inferir con qué se relaciona el envío o no de dinero, pues en todos los países representados por más de una persona existen quienes envían y quienes no, por lo que, las causas habría que buscarlas en situaciones particulares tanto referentes a la situación de cada persona en Argentina como en su país de origen.
- El 90% de las encuestadas calificó su inserción social de buena y ninguna de “deficiente”, lo que no es de extrañar ya que Argentina es un país donde la recepción de inmigrantes ha sido y es una característica estructural de la sociedad.
- En cuanto al ambiente de trabajo y clima laboral, el 95% de las encuestadas lo consideran bueno, lo que implica que se les brindan condiciones favorables para trabajar conformes y sentirse parte de las organizaciones donde ejercen su profesión como enfermeras inmigrantes.

## Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Informe de salud. OPS/OMS. Argentina. 2006.
2. Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas de Salud Argentina 2004.
3. Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas de Salud. Argentina, 2004.
4. Organización Panamericana de la Salud. Informe de Salud Argentina. OPS/OMS 2006.
5. Abramzon, M. Argentina Recursos Humanos en Salud 2004. La distribución geográfica. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. OPS Argentina 2006.
6. Dirección Nacional de Recursos Humanos Estimaciones Inferidas del Estudio de Servicios. OPS/OMS. 1989-1994.
7. Abramzon, M. Argentina Recursos Humanos en Salud 2004. La distribución geográfica. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. OPS representación Argentina 2006.
8. Abramzon, M. Argentina Recursos Humanos en Salud 2004. La distribución geográfica. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. OPS Representación Argentina 2006.
9. Abramzon, M. Argentina Recursos Humanos en Salud 2004. La distribución geográfica. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. OPS Representación Argentina 2006.
10. Novick, S. “Evolución reciente de la política migratoria Argentina”. Ponencia de los proyectos UBACYT titulados “Tres dimensiones para el estudio del fenómeno migratorio en el MERCOSUR”.
11. Marshall, M. Emigración de argentinos a los Estados UNIDOS, en pesar. P. R. Fronteras permeables. Buenos Aires. Editorial Planeta 1991.
12. Gurriere, J Emigración de Argentinos. Una estimación de sus volúmenes. Buenos Aires. Dirección Nacional de Migraciones 1982.
13. Zucotti, J.C. La emigración Argentina contemporánea a partir de 1950. Buenos Aires. Editorial Plus Ultra 1987.

14. Houssay, B. La emigración de científicos, profesionales y técnicos en Argentina. Buenos Aires, s/e 1966.
15. Martínez Bujan, L. La reciente inmigración latinoamericana a España. Santiago de Chile CELADE División de Población 2003.
16. Leiva, M. Políticas de recuperación y vinculación de argentinos en el exterior: valorización del patrimonio nacional e integración regional. Buenos Aires. Maestría de Políticas de Migraciones Internacionales UBA 1999.
17. Novick, S. "Evolución reciente de la política migratoria Argentina "Ponencia de los proyectos UBACYT titulados "Tres dimensiones para el estudio del fenómeno migratorio en el MERCOSUR: políticas estatales, actores sociales y experiencias individuales" y "Emigración reciente el riesgo de jóvenes argentinos: el riesgo de vivir ilegal".
18. Ceriani Cernadas, P. "Nueva Ley un paso hacia la concepción distinta de la migración. En Giustinani, R. Migración un Derecho Humano Editorial Prometeo. Buenos Aires 2004.
19. Gutiérrez, R. "Una experiencia Argentina para América del Sur" Ponencia en el marco del Encuentro Iberoamericano sobre Migraciones y Desarrollo. Madrid, Julio 2006.
20. Conferencia Iberoamericana de Ministros de Salud. Colonia del Sacramento. Uruguay. Octubre 2006.
21. Malvárez, S.; Castrillón, C. Panorama de Fuerza de Trabajo en Enfermería en América Latina. OPS/OMS 2005.

# 2. Bolivia

---

Hugo Rivera

## Introducción

El presente estudio es de tipo cuali-cuantitativo, planteándose en la primera etapa la investigación cualitativa para evaluar la migración y las tendencias de la demanda de personal de salud. En una segunda etapa, mediante una metodología cuantitativa, se evalúa la migración de graduados en las carreras de medicina y enfermería.

Dentro de este estudio los principales objetivos se centraron en:

- Evaluar la migración de médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería.
- Identificar los volúmenes de migración interna y externa; clasificados por sexo, edad, región, país de destino y procedencia de institución formadora.
- Identificar los volúmenes del potencial de migración interna y externa; clasificados por sexo, edad, región, país de destino y procedencia de institución formadora.
- Identificar factores que inciden en la migración.

Las hipótesis que orientaron la investigación, tienen su relación directa con los objetivos trazados en el estudio y se construyeron de la siguiente manera:

- Se consideran los volúmenes de migración interna y externa muy diferenciados respecto a las tres profesiones objeto del estudio.
- En los últimos años, los volúmenes potenciales de migración interna y externa, tiene una tendencia a incrementarse por diversas situaciones, entre ellas la ausencia de fuentes de trabajo, los bajos salarios en relación a los gastos de estudio, las ofertas externas y la situación político social.
- La ausencia de una política de recursos humanos en salud, ha incrementado la formación de profesionales en esta área, lo que incide en una competencia desleal y ausencia de fuentes de trabajo.

## Diseño de la muestra

Durante esta etapa, se han entrevistado a líderes de opinión de centros de formación tanto públicos como privados, como ser directores de carrera, profesores eméritos, miembros del directorio de los colegios de profesionales y otros similares. Y a líderes de opinión de instituciones que demandan servicios, como ser Directores, Gerentes de Personal o similares, de hospitales, clínicas y otros centros de salud, públicos y privados.

En esta etapa se realizó un total de 97 entrevistas, de acuerdo al siguiente detalle:

Cuadro 2.1: Muestra de las entrevistas a líderes de opinión

Tipo	Sector	Detalle	N°
<b>Centros de formación</b>	Públicos	Medicina	11
		Enfermería	11
		Auxiliares en enfermería	7
	Privados	Medicina	6
		Enfermería	6
		Auxiliares en enfermería	7
<b>Subtotal de centros de formación</b>			<b>47</b>
<b>Centros de salud y relacionados</b>	Públicos	Servicio Departamental de Salud	9
		Centro de salud público	11
		Centro de caja de salud	18
	Privados		12
	<b>Subtotal de centros de salud</b>		
<b>Total de muestra</b>			<b>97</b>

Durante la primera fase de este estudio, se ejecuta la investigación cualitativa de la migración, mediante entrevistas en profundidad, utilizando una guía de preguntas abiertas y secuenciales dirigidas a las distintas autoridades que se encuentran en las distintas instituciones de formación académica, es decir, las universidades públicas y privadas existentes en los nueve departamentos del país.

En la segunda fase, se realizaron entrevistas a las autoridades que son responsables de la oferta de servicios, tanto públicos como privados como ser Jefes de recursos humanos, directores de instituciones, jefes de servicios, gerentes.

Se toma como base principal a las universidades públicas, por su mayor antigüedad en la formación de médicos y enfermeras, después a universidades privadas con más experiencia en la formación de estos recursos.

En cuanto a las escuelas de auxiliares de enfermería, los puntos focales son: la Escuela Nacional de Enfermería de La Paz y la Escuela Técnica de Salud de Cochabamba, ambas dependientes del Ministerio de Salud y 10 institutos formadores de este recurso que son mas conocidos.

Finalmente, se concluye con entrevistas a 97 personajes clave de experiencia, que en algún momento han ejercido cargos en distintas instituciones relacionados al manejo de Recursos Humanos.

### *Diseño de la muestra para la investigación cuantitativa*

En base al tamaño de la población de las nueve ciudades capital de departamento más El Alto, se ha determinado el tamaño de la muestra en cada ciudad. En este sentido con un margen de error del 4,5% y un nivel de confiabilidad del 95% se han entrevistado 600 profesionales médicos, 600 licenciadas en enfermería y 600 auxiliares en enfermería, distribuidas en las 10 ciudades mencionadas y en un periodo de diez años (1997-2006), de acuerdo al siguiente detalle:

Cuadro 2.2: Muestra por ciudad

Ciudad	Población urbana	Médicos	Enfermeras	Auxiliares	Total
Sucre	215 778	30	30	30	30
La Paz	793 293	120	120	120	360
El Alto	649 958	102	102	102	312
Cochabamba	517 024	78	78	78	234
Oruro	215 660	30	30	30	90
Potosí	145 057	24	24	24	72
Tarija	153 457	24	24	24	72
Santa Cruz	1 135 526	174	174	174	522
Trinidad	79 963	12	12	12	36
Cobija	22 324	6	6	6	18
<b>Total</b>		<b>600</b>	<b>600</b>	<b>600</b>	<b>1800</b>

Para la selección final de los graduados en medicina, enfermería y auxiliar de enfermería a ser entrevistados, en común acuerdo con el financiador, no se utilizó un muestreo probabilístico, porque no fue posible construir el universo de graduados debido a que la información base (graduados por año y por institución) no fue proporcionada por los centros de formación, clasificada como información confidencial.

Como alternativa, para mantener el nivel de calidad de la información, se procedió a aumentar la muestra inicial de 400 entrevistas a 600 entrevistas por segmento (graduados en medicina, enfermería y auxiliar de enfermería).

En la muestra los entrevistados fueron seleccionados en los centros de salud más grandes en cada ciudad y completados con entrevistas en consultorios privados y centros menores de salud.

Sin embargo, para fines de análisis de la migración de los recursos humanos en salud, esta muestra fue recategorizada en función a la ciudad en donde la persona realizó sus estudios, de acuerdo al siguiente detalle:

Cuadro 2.3: Muestra recategorizada por ciudad de estudio

Ciudad	Población urbana	Médicos	Enfermeras	Auxiliares	Total
Sucre	215 778	145	72	28	245
La Paz	793 293	249	203	178	630
El Alto	649 958	-	25	41	66
Cochabamba	517 024	107	69	84	260
Oruro	215 660	5	1	30	36
Potosí	145 057	8	71	33	112
Tarija	153 457	2	40	25	67
Santa Cruz	1 135 526	84	95	161	340
Trinidad	79 963	-	17	13	30
Cobija	22 324	-	7	7	14
<b>Total</b>		<b>600</b>	<b>600</b>	<b>600</b>	<b>1800</b>

En el cuadro 2.3 se muestra que del total de entrevistados por cada profesión (600), en algunas ciudades solo se alcanzaron a entrevistar a pocos profesionales; como es el caso de Tarija con 2 médicos, Oruro con 5 y Potosí con 8 médicos entrevistados. La explicación es que las universidades de estas ciudades tienen poco tiempo en la formación de recursos humanos en salud y en consecuencia tiene pocos graduados.

# Análisis cualitativo de la migración de personal en salud

## *Instituciones formadoras de recursos humanos en salud*

Entre las distintas autoridades entrevistadas en las Universidades, se encuentran: decanos de facultades de medicina, jefes de carreras de medicina, enfermería y catedráticos como formadores de recursos humanos en salud.

Realizado el resumen sistemático de las entrevistas, se obtienen resultados que coinciden con las siguientes afirmaciones:

- Cada año se incrementan más los egresados en medicina y enfermería de las distintas facultades; actualmente este crecimiento es más elevado en las Universidades públicas de: Cochabamba y Chuquisaca. En cambio la Universidad Mayor de San Andrés de La Paz, a comenzado a limitar sus plazas desde hacen tres años atrás. Siguen en importancia de mayor número de egresados, la Universidad privada del Valle, cuyo centro principal es Cochabamba y la Universidad de Nuestra señora de La Paz.
- Desde hacen 10 años atrás se han habilitado para la formación de recursos humanos en salud, otras Universidades Privadas a nivel nacional y en el sistema público, las Universidades de Oruro, Tarija y Santa Cruz abriendo las carreras de medicina y enfermería.
- En general calculan en alrededor de 2000 profesionales médicos, los que egresan cada año de todas las universidades de Bolivia, de los cuales cerca a un 10%, tienen oportunidad de proseguir sus estudios de especialidad en el país (sistema de residencia médica), el resto de los profesionales buscan fuentes de trabajo de acuerdo a los requerimientos de ONG, Iglesia, Ministerio de Salud, SEDES, Alcaldía y Privados como médicos generales, pero afirman que su mayor aspiración es la de ser especialistas, es decir esperan que se presente la oportunidad para acceder a las residencias internas y externas.
- En este marco, el problema radica en que no existen suficientes plazas para la residencia y tampoco existen fuentes de trabajo, tanto en las ciudades como en el área rural o si existen tienen un salario bajo que no satisface las necesidades, pero permite la competencia desleal.
- A esta realidad se suma la inseguridad que se ha creado en Bolivia y la preferencia por médicos cubanos que prestan servicios en ámbitos geográficos donde debería estar el médico boliviano. Además se han suscrito convenios con Venezuela y Cuba, para la formación de un contingente importante de médicos generales y se ha dado la apertura para la especialización.
- Estos hechos entre otros inducen a que los médicos generales, tomen como opción, la decisión de la migración eventual, que oscila entre un 60% y 70% en busca de oportunidades de especialización y el resto lo hace persiguiendo fuentes de trabajo con mejores condiciones económicas, lo que contribuiría a superar su calidad de vida. Además resalta el hecho de realizar estudios con alta tecnología de avance científico, especialmente a nivel externo, lo que contribuye a conseguir fuentes de empleo mejor remuneradas, tanto fuera como dentro del país.
- Otra afirmación importante considera que el primer país elegido para migrar es Argentina, donde encuentran facilidades para homologar su título de médico. Además de oportunidades de trabajo, por otro lado se encuentra mejor calidad de formación científica y tecnológica; otro dato relevante, es que la formación en el pregrado de los médicos bolivianos es buena, este hecho hace que sean requeridos en los centros hospitalarios del vecino país.
- El siguiente país de elección es el Brasil, donde las condiciones económicas son mejores y existen más oportunidades para los médicos bolivianos, a tal punto que una buena cantidad de estos profesionales, se quedan a trabajar después de lograr su especialidad e inician su vida familiar. Estos casos esta mas acentuados en los departamentos limítrofes con este país, como es el caso de Beni, Pando y Santa Cruz.

- Estados Unidos es otro país que otorga la oportunidad de migración, aunque las exigencias económicas para este caso, son más elevadas que en los otros países, al igual que la homologación para proseguir la carrera, generalmente estos profesionales se quedan permanentemente en este país, donde ya existen comunidades bolivianas acentuadas.
- Un nuevo caso de migración actual, se esta produciendo hacia España, aunque no existen convenios, ni becas, los profesionales que eligen este país lo hacen en busca de oportunidades de trabajo y luego la especialización, o son emigrantes con buenos recursos económicos propios, la homologación oscila alrededor de los 15 000 euros, a ello se suma el reconocimiento al profesional, tanto en el aspecto personal como en el económico.
- Autoridades universitarias con experiencia en este campo, opinan que una de las principales causas para esta clase de migraciones se encuentra en la no existencia de una política de recursos humanos, que ayude primero en el ordenamiento de la producción de los profesionales en salud, que combine adecuadamente el perfil epidemiológico del país con las curriculas universitarias de formación, tanto en el pregrado como en el postgrado y defina el ordenamiento en la distribución de recursos humanos de acuerdo a las necesidades de la población que requiere estar acompañada por un trato administrativo y económico que asegure su permanencia en cualquier ámbito del país y le otorgue calidad de vida y superación profesional continua.
- Dentro de las respuestas importantes e interesantes que se extraen de las entrevistas, esta el hecho de la migración interna, es decir que los médicos generales y aún los especialistas de otras regiones, migran a las ciudades capitales donde existen mejores oportunidades y condiciones de vida. En ellas compiten para conseguir fuentes de trabajo mejor remuneradas que en sus propias localidades y buscan la opción de la consulta privada. En este ámbito se encuentran los departamentos del eje central: La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, en este último departamento el fenómeno más notorio, es la inmigración, es decir son receptores de profesionales médicos; pese a tener instituciones formadoras, ocurre este fenómeno por existir más oportunidades de trabajo. En los últimos años, se han incrementado las plazas para la residencia médica en este departamento, lo que demuestra según los entrevistados, es un buena forma de recuperar este importante recurso.
- Una interesante afirmación de la mayoría de las autoridades, es que existen problemas familiares accionados por la inseguridad económica, lo que obliga a la migración, con miras a mejorar el sustento económico familiar, es decir van en busca de trabajo aunque sea fuera de la profesión, este hecho ocasiona la ruptura de los lazos familiares, que se refleja en la disolución de hogares y a veces son causas de divorcios.
- Casi todas las autoridades universitarias afirman, que el pènsum de sus carreras varia entre bueno y excelente, argumentan como pruebas el hecho de que los recursos humanos formados, son bien reconocidos, esta situación facilita que los médicos migren al exterior y en algunos casos, existen requerimientos directos de estos profesionales por otros países (Argentina y Brasil). También observan que permanentemente se esta reformulando el pènsum, en función a las actualizaciones internacionales y a las necesidades del país.
- En lo referente a las profesionales enfermeras, el índice de migración es mucho mas bajo que el de los médicos, en su caso las migraciones están dadas por acuerdos del Colegio de Enfermeras, con otros colegios similares, es el caso de la emigración hacia Italia, el cual otorga un nivel de especialización y de trabajo mucho mas acorde con su formación profesional.
- Esta situación se produce porque en el país no existe la formación de especialistas para las enfermeras, salvo las oportunidades que tienen en el aspecto de la salud pública, donde pueden realizarse en su carrera con cursos de diplomados, postgrado y maestrías.
- También en la actualidad, por el aspecto económico y social, aumentó la emigración hacia España, país en el cual encuentran oportunidades de trabajar en su área profesional, o lo hacen en otros ámbitos donde la remuneración es mucho más ventajosa, por ejemplo el cuidado de ancianos. El mismo hecho se produce cuando migran a EUA, Inglaterra y en su caso al Brasil.



- En el caso de las auxiliares de enfermería, de acuerdo a las referencias explicadas por autoridades competentes de formación en las escuelas y los institutos, la migración es casi nula. Porque las necesidades del sistema de salud boliviano, hacen que sean requeridas con mucha más frecuencia que los otros profesionales, especialmente en el sector rural; copando dentro del sistema público la mayoría de los puestos y centros de salud del primer nivel. La misma situación se observa en la seguridad social, en las ONG, Iglesia y FF.AA.
- Por otra parte el sistema privado también recurre a este personal por ser de menor costo que la enfermera formada en la Universidad.
- En cambio, otras autoridades afirman que la migración ha empezado a crecer por el atractivo económico europeo, con más nitidez a España, donde desarrollan distintas actividades fuera de su campo, pero la remuneración es mayor, por ejemplo ejercen de cuidadoras, empaquetadoras, niñeras; otros casos son especiales por ejemplo, las emigraciones a Suiza donde encuentran el desarrollo de su profesión con alta remuneración, estos son casos esporádicos por la dificultad idiomática.
- También aseveran que las auxiliares de enfermería realizan, con más frecuencia, la migración interna, casi por las mismas razones que los otros profesionales, es decir, es la migración de sus comunidades hacia los lugares donde encuentran mejores niveles salariales para mejorar su calidad de vida.
- En relación a la formación técnica, las escuelas de auxiliares con más antigüedad y prestigio, demuestran que sus alumnas están muy bien formadas, por esta razón encuentran fácilmente fuentes de trabajo y en casos de migración al exterior también son reconocidas. Por otro lado al igual que otros profesionales y no profesionales, han sido afectadas por la problemática económica y social cambiante del país lo que obliga a la migración.
- Dentro de esta temática, en general casi ninguna universidad o instituto de formación, realiza seguimiento a sus egresados o egresadas, en general todas las instancias formadoras terminan su relación con sus estudiantes, cuando éstos se gradúan, dejándolo liberado a su propia suerte y oportunidades que personalmente encuentre. En muchos casos los hijos e hijas de médicos y enfermeras, tienen y obtienen, mejores oportunidades a través de los lugares de trabajo de sus padres, madres y/o familiares.

### *La oferta y la demanda de profesionales de salud*

Las entrevistas a profundidad con autoridades responsables de la oferta y demanda de recursos humanos en salud arrojan los siguientes resultados:

- Los recursos humanos que trabajan en establecimientos que dependen de los servicios departamentales de salud (SEDES), las cajas de salud y algunas ONG, lo hacen como empleados de planta, gozando de beneficios sociales.
- Sin embargo existe una marcada diferencia salarial, donde los seguros privados otorgan mejores niveles salariales a los profesionales en las distintas categorías, siguiéndole el seguro bancario público, el seguro universitario, seguro petrolero y en último lugar el sistema público donde los salarios son más bajos que en el resto de las instituciones.
- En los últimos años, la mayoría de las ONG, los seguros y el sistema privado, ofertan trabajo bajo contratos, desde trimestrales a anuales, en la mayoría de los casos desfavorables a la condición de profesionales, estos contratos son eventuales, con la finalidad de evitar el pago de los beneficios sociales.
- Esta situación hace que las oportunidades de trabajo sean escasas, tomando en cuenta la cantidad de profesionales que absorben, si a ello se suma que están mal remuneradas, especialmente en el sistema público, a la cabeza del Ministerio de Salud y Deportes y las Prefecturas, instancias

donde se encuentra la mayor cantidad de profesionales trabajando, la situación continúa empeorando con el paso de los años.

- Un factor determinante para que no aumente el número de fuentes de trabajo en el sistema público, afirman las autoridades, es el bajo presupuesto que tiene asignado el Ministerio de Salud, lo que incide en el bajo crecimiento vegetativo para la creación de nuevas fuentes de trabajo que favorezcan a los recursos humanos de salud, por lo tanto existe una dependencia directa del factor económico para la creación de mas fuentes de trabajo, esta situación hace imprevisible la cantidad de nuevas fuentes de trabajo, por tanto todas las instituciones públicas y de la seguridad social, se encuentran en este proceso y como opinan los entrevistados, son las que tienen la mayor oferta de trabajo en relación a la población atendida.
- El resto del sistema operativiza en función de la libre oferta y demanda, especialmente en el sector privado, en algunos casos con ofertas exige (mil bolivianos mes), que no cubren los gastos efectuados durante la formación del pregrado y peor aún del postgrado. En este sentido este es uno de los factores económicos que incide notoriamente sobre la migración de los recursos humanos.
- Otro común denominador, es que a este panorama se suma la forma de ingreso a las distintas instituciones, si bien casi todas realizan convocatorias públicas, a la hora de la verdad, son más importantes las influencias de tipo político o de amistad y parentesco, que hacen estériles las convocatorias por concurso de méritos y exámenes de competencia. Aunque existen instancias institucionales, que están trabajando para que estos procesos sean transparentes, es el caso del Colegio Médico y el Colegio de Enfermeras.
- Sin embargo, existe una gran cantidad de instituciones que lanzan convocatorias a su propio estilo institucional, sin la intervención de las instancias que certifiquen un adecuado concurso y un examen imparcial. En casi todas las instituciones tiene mas validez la carga de los méritos, años de experiencia, que un buen examen de competencia que demuestre la preparación de los profesionales para un determinado cargo y en los subsistemas privados se opta por la mano de obra barata. Este es otro factor que condiciona la migración de profesionales en busca de mejores oportunidades.
- Entre las soluciones que proponen los propios entrevistados, todos coinciden con la creación de nuevas fuentes de trabajo, en su caso mas ítems porque son más necesarios, existen hospitales que tiene solo la infraestructura de segundo nivel, pero no existen los especialistas destinados para este nivel ni las condiciones para trabajar. De igual forma ocurre en algunas capitales, donde hospitales de segundo nivel están cumpliendo acciones de tercer nivel, sin una adecuada dotación de recursos humanos de especialidad, este problema es más sentido en el área rural donde existe escasez de recursos humanos en salud, especialmente médicos.
- En el área rural, no se encuentran las condiciones adecuadas para el trabajo de un médico general, el personal de salud se acomoda para vivir en el mismo establecimiento de salud, en regulares condiciones. Por otro lado, el sistema de salud (datos del SNIS), muestra que la mayoría de los establecimientos de salud son puestos de salud, donde solo trabaja una auxiliar de enfermería, la mayoría de las veces, en limitadas condiciones de infraestructura, equipamiento, insumos y medicamentos. Ese es otro hecho que evita la permanencia de médicos y enfermeras en el área rural, por lo tanto migran hacia las ciudades o fuera del país, en busca de mejores condiciones de trabajo y vida.
- En cuanto a la última temática abordada en las entrevistas, referida a la saturación en la carrera de medicina, las distintas autoridades de las instituciones formadoras y especialmente las empleadoras, afirman que la carrera de medicina es una de las mas saturadas, en relación a la oferta de trabajo, opinan que no existe una adecuada relación con las necesidades del país, por el factor empleo, pero que aún no se conoce cuales son las necesidades reales de recursos humanos en función a la población y los perfiles epidemiológicos. Por tanto califican la saturación en relación al prestigio, especialmente como médicos, y aún en la creencia de que es una profesión rentable económicamente.

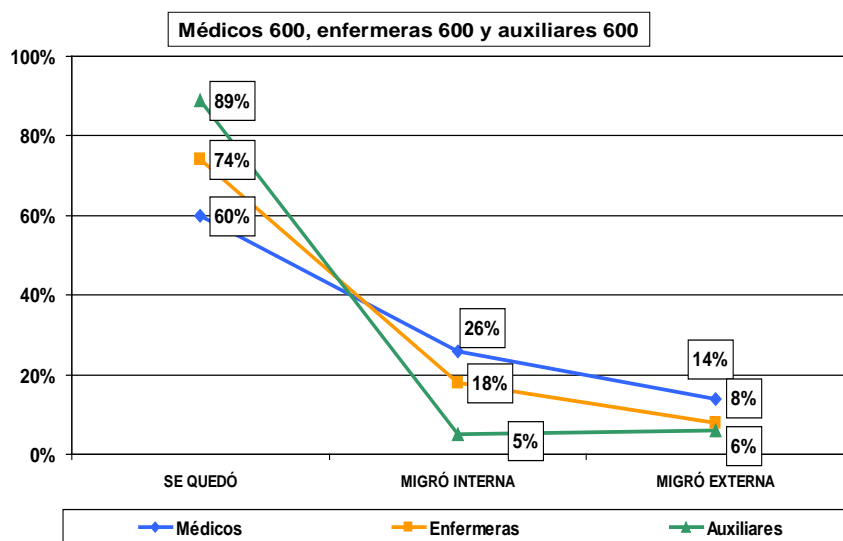
## Análisis cuantitativo de la situación de la migración del personal en salud

En este apartado, los datos cuantitativos reafirman los supuestos cualitativos de la siguiente manera:

### *Situación general de migración del personal de salud*

De acuerdo al gráfico 2.1, en el que se cruzan los datos de migración por categoría profesional, se aprecia que los(as) auxiliares de enfermería son los trabajadores que más se quedan en el lugar donde terminaron sus estudios, en comparación con los otros profesionales. En total el 90% de las auxiliares se quedan; la migración general está en el 10%; de los cuales, el 5% corresponde a la migración externa y el 5% restante emigra al interior de la República.

**Gráfico 2.1: Recursos humanos en salud en relación a migración por carrera - 2007**



El segundo lugar, respecto a los profesionales que se establecen o encuentran una fuente de trabajo en el mismo lugar donde estudiaron, son las(os) licenciadas en enfermería (74%), cuya migración total se encuentra en el 26%; de ellas hasta el 18% emigran al interior del país, y el 8% salen al exterior.

En el análisis cualitativo también se demostró que la migración al exterior en los últimos años se debe a un convenio entre el Colegio de Enfermeras de Bolivia e Italia para la especialización, lo que no existe en el país, este hecho también se corrobora cuantitativamente en el gráfico 2.3 de migración por año de estudio.

Analizando el caso de los profesionales médicos, también se define claramente que solo el 60% de profesionales médicos(as), se quedan en el lugar donde culminaron sus estudios, es decir son los profesionales que más migran. Sin embargo del 40% de profesionales que migran, el 26% emigran al interior del país, ambas situaciones llaman la atención.

Este hecho presenta dos explicaciones claras que se obtienen de los datos cualitativos; la primera, es que una cantidad de estudiantes de medicina no son estudiantes propios del lugar, es decir, que una cantidad indeterminada de estudiantes de medicina son del interior del país que estudian en universidades que son de prestigio, tal es el caso de la Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca, la Universidad Mayor de San Andrés en La Paz y la Universidad San Simón de Cochabamba; una vez terminados sus

estudios retornan a su lugar de origen. La segunda explicación es que los egresados migran en busca de mejores oportunidades de trabajo especialmente a las ciudades de La Paz, Santa Cruz y Cochabamba.

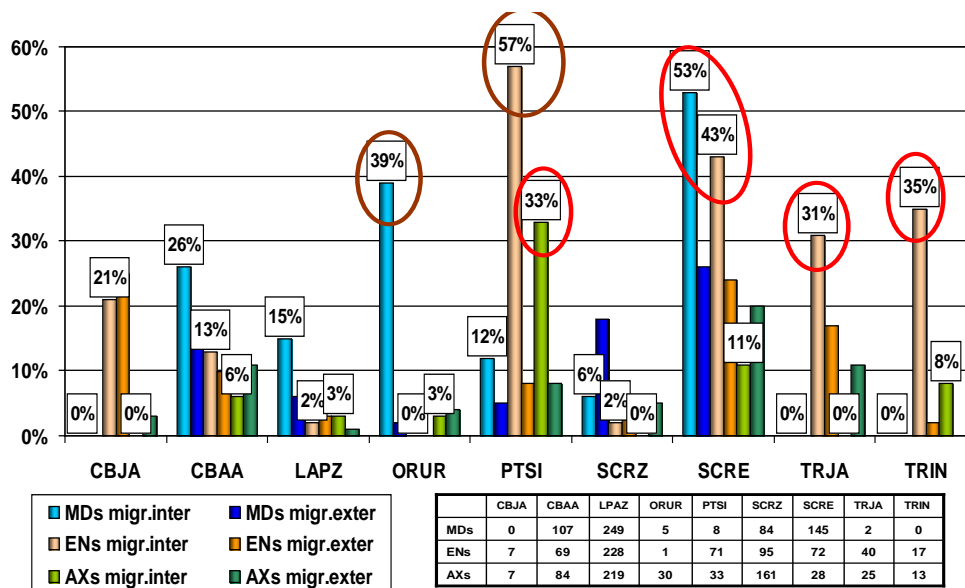
Con relación a la emigración al exterior de Bolivia, el porcentaje es del 14%, si bien es una cifra que llama la atención, hay que considerar el hecho de que los profesionales médicos migran al exterior para especializarse y una vez terminada su especialización tienen la tendencia a volver al país, dependiendo de las ofertas de trabajo, los datos cuantitativos de la encuesta demuestran que solo el 5% retorna. Además se debe considerar que en el análisis cualitativo, se demostró que la migración al exterior, en general se basa en la busca de mejores oportunidades de superación económica, desarrollando otro tipo de trabajo que no tiene relación con la profesión y/o existen en países europeos, con ofertas de buenos salarios por el cuidado de ancianos y niños.

### Situación de migración del personal de salud en relación a ciudad de graduación

Otro cuadro interesante es el de migración por ciudad donde se formó (gráfico 2.2), el mismo revela que de las ciudades formadoras, los médicos especializados o con postgrado migran a otras ciudades en busca de fuentes de trabajo, lo que quiere decir que la ciudad donde se forman es solo eso universidades y/o instituciones, que otorgan el postgrado o la especialidad, no en función de las necesidades de su ciudad o departamento, sino que son formadores por demanda. Este hecho debe llamar a la reflexión porque no se toman en cuenta las realidades sentidas de formación de recursos humanos en cada ciudad o departamento de acuerdo a su propia idiosincrasia y necesidades, sino que se forman en función a una estructura de oferta y demanda, sin objetivos precisos respecto a las necesidades nacionales.

En el gráfico 2.2 de migración por ciudad de estudio, se observa claramente que de la ciudad que más emigran recursos humanos formados, tanto de médicos como de licenciadas en enfermería y auxiliares es Sucre con el 79% de médicos (53% migración interna y 26% de migración externa), 77% de enfermeras (43% y 24% de migración al interior y exterior respectivamente) y 31% de auxiliares (11% al interior y 20% al exterior). Explicados como ciudad para estudiar.

Gráfico 2.2: Recursos humanos en salud en relación a migración por ciudad de graduación - 2007



En relación a médicos, Cochabamba con el 40% (26% de migración interna y 14% de externa) y La Paz con el 21% (15% y 6% de migración interna y externa respectivamente) son las ciudades que le siguen a Sucre.

Mientras que con referencia a enfermeras, las ciudades de las que más emigran son Tarija con 48% (31% de interna y 17% de externa), Cobija con 46% (de los cuales 21% son de migración interna y 25% de externa) y Trinidad 37% (con 35% de migración interna y solo 2% de migración externa). En el caso de auxiliares, como ya se mencionó antes, solo la ciudad de Sucre es la ciudad donde existe una migración importante de auxiliares en enfermería.

La información mencionada consolida lo enunciado líneas arriba en relación a la migración interna.

Es interesante advertir que las Universidades de Trinidad, Tarija y Cobija, se encuentran formando licenciadas en enfermería, para que migren en un porcentaje considerable a otras ciudades.

No se toma en cuenta la migración de Potosí y Oruro, porque las personas entrevistadas que se graduaron en estas ciudades no llegaron al número que se definió para la muestra, por tanto son datos no muy confiables, ver cuadro 2.1.

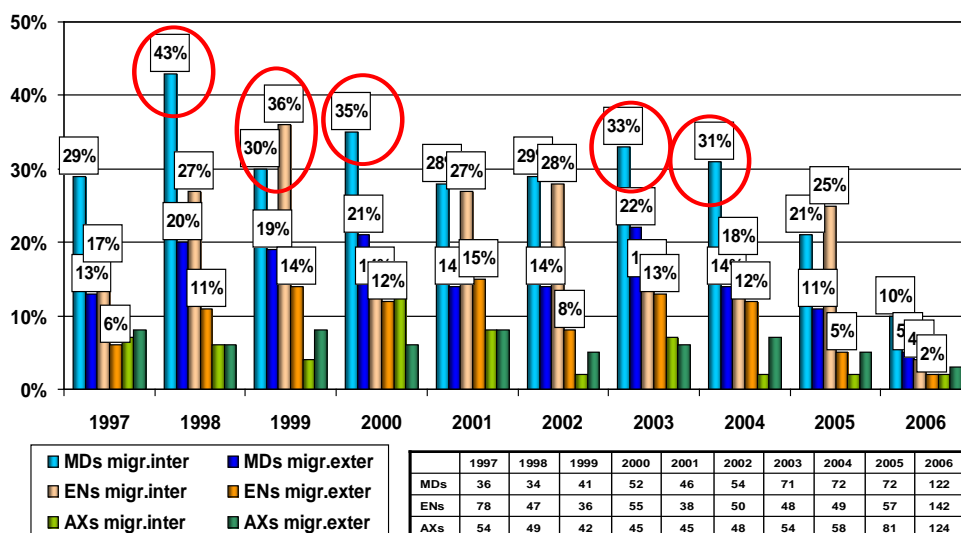
### Situación de migración del personal de salud en relación a año de graduación

Los datos del gráfico 2.3, que estudia la migración por año de graduación, de 1997 hasta 2006, apoya a la hipótesis que existen factores que están impulsando la migración de recursos humanos calificados, especialmente médicos. Es así que la migración, tanto interna como externa, es más elevada en profesionales con más calificación, es decir con más años de experiencia desde su graduación y especialización.

En el caso de la migración externa, un promedio del 20% los profesionales que se graduaron en el periodo 1997-2000 migraron al exterior; porcentaje que disminuyó a un promedio del 15% en el periodo 2001-2004 y bajo más aun en los siguientes años (2005 y 2006).

Similar situación se percibe en la migración interna de los médicos, el pico más alto de este tipo de migración (43%) se observa en el año 1998, y esta cantidad de migración tiene una tendencia a disminuir hasta el 5% observado en el año 2000.

Gráfico 2.3: Recursos humanos en salud en relación a migración por año de graduación - 2007



Aunque el caso de migración de enfermeras a otras ciudades del país presenta una tendencia similar a la de los médicos, es decir que a mayor calificación mayor migración, la tendencia no es tan clara. Pues, el pico más alto de este tipo de migración se presenta en el año 1999 con 36%, existen niveles menores en los años anteriores, y en los años posteriores las cifras presentan altibajos.

Mientras que la migración externa de enfermeras presenta una situación estable, excepto el año 2006, en un promedio del 14%. En el caso de la migración de auxiliares, tanto al interior como al exterior, no se observan tendencias claras, pero en este caso los niveles de migración son bajos.

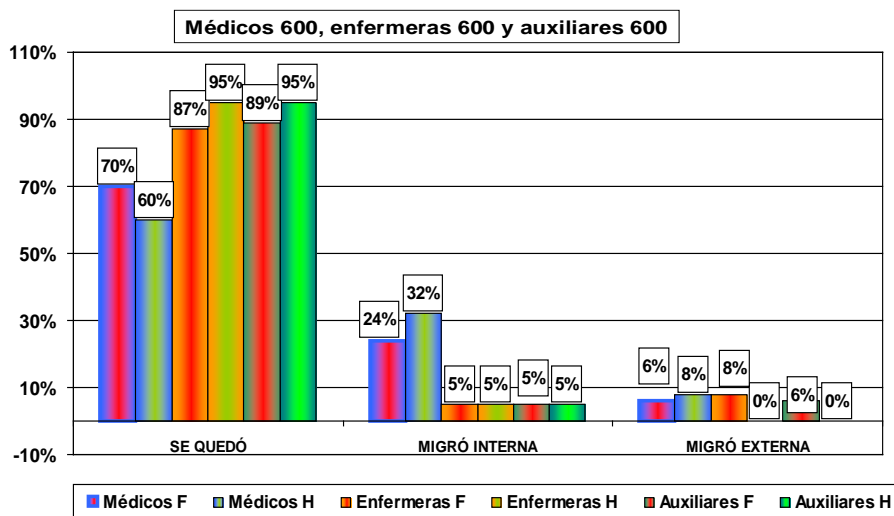
Si bien el cuadro muestra que hasta el año 2006 existe una aparente baja en la migración, ese hecho es explicable porque los recién egresados(as), pierden prácticamente un año en graduarse, obtener su título en provisión nacional, requisito indispensable para trabajar en cualquier punto del país, e inscribirse al colegio profesional respectivo, otro requisito para participar de las convocatorias, lo que les impide trabajar y migrar, si no cuentan con su documentación totalmente legalizada. Por eso es interesante comparar este cuadro con la intencionalidad de la migración, lo que revela un alarmante porcentaje que ya piensa en migrar al exterior, dadas las dificultades que se presentan para trabajar en la profesión adquirida.

### Situación de migración del personal de salud en relación a género

En el caso de los médicos, los hombres tienden a migrar más, es así que un 32% de médicos hombres migraron al interior comparado con el 24% de las médicos mujeres. En la migración al exterior, también los hombres migran más, pero la diferencia es baja, 8% de hombres comparado con el 6% de las mujeres que migraron al exterior (gráfico 2.4).

Por lo contrario, en el caso de enfermeras y auxiliares, las mujeres son las que migran más, especialmente al exterior, pocos hombres con estas carreras han migrado al exterior. Mientras que la migración al interior es similar en ambos géneros y carreras con el 5%.

Gráfico 2.4: Recursos humanos en salud en relación a migración por carrera y género - 2007

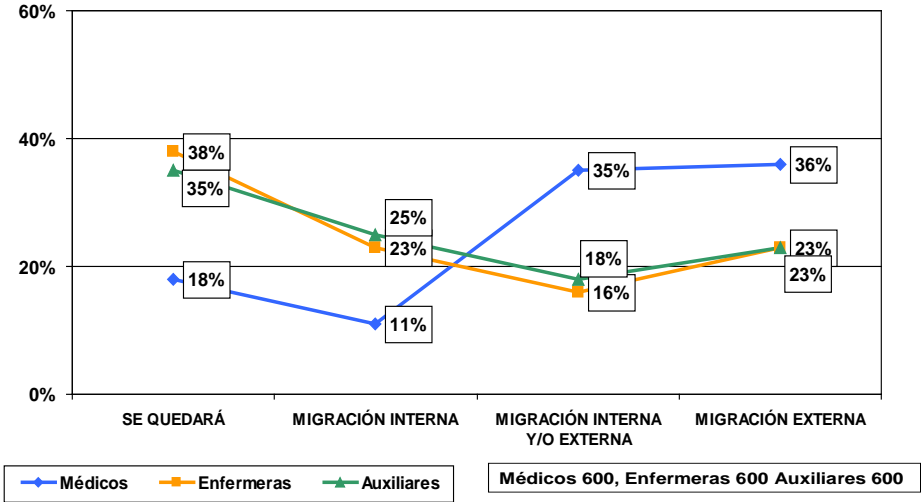


# Intención de migrar del personal de salud

Desde el punto de vista de la intención de migración, la información presenta un panorama sombrío, solo el 18% de médicos, 35% de auxiliares y 38% de enfermeras tiene la intención de quedarse en la ciudad que donde se han graduado.

En el caso especial de los médicos su mayor intencionalidad es la de migrar al exterior; solo un 11% señaló que tiene interés de migrar al interior. En el caso de las enfermeras y las auxiliares, esta intención disminuye, ya que un 23% y un 25% de estos recursos humanos en salud indicó que tiene intenciones de migrar al interior (gráfico 2.5).

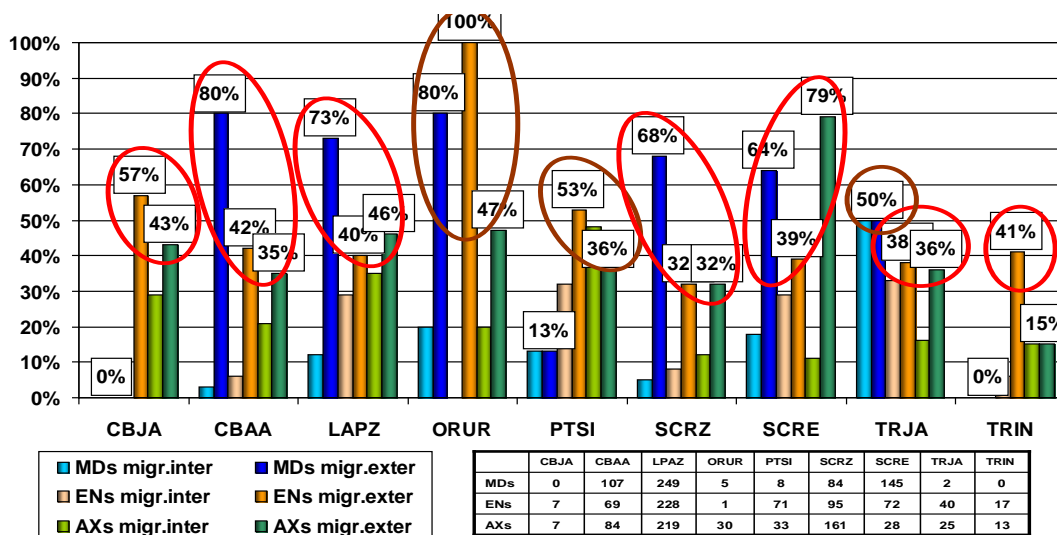
**Gráfico 2.5: Recursos humanos en salud en relación a intención de migración por carrera - 2007**



## Intención de migrar del personal de salud en relación a ciudad de graduación

Como se observa en el gráfico 2.6, no existe diferenciación en la intención de migrar por ciudad de graduación, tanto los profesionales médicos como las enfermeras y auxiliares tiene una alta intención de migrar. La única excepción se presenta en las enfermeras y auxiliares que se han graduado en la ciudad de Trinidad, los cuales tiene una baja intención de migrar.

Gráfico 2.6: Recursos humanos en salud en relación a intención de migración por ciudad de graduación - 2007



### Intención de migrar del personal de salud en relación al año de graduación

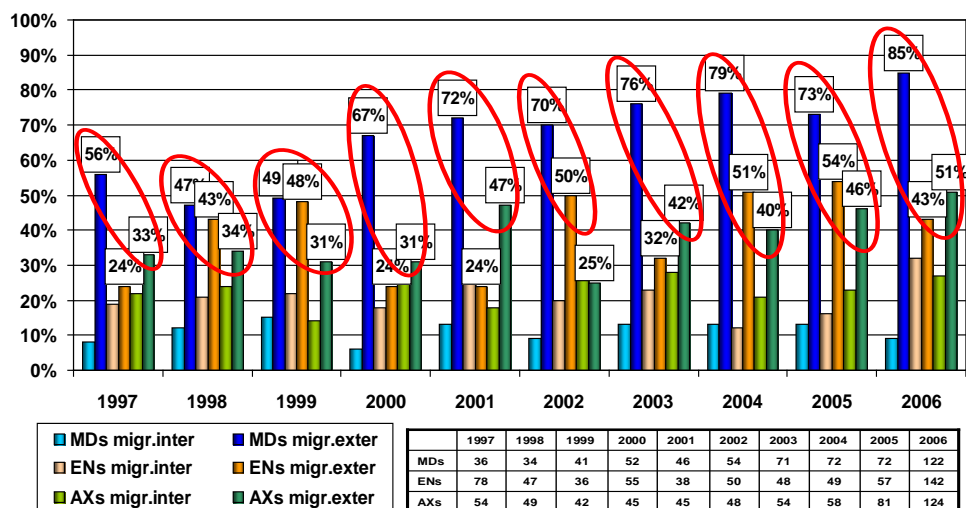
En el caso de la intención de migrar en relación al año de graduación, se presenta un fenómeno interesante, las tres clases de recursos humanos en salud presentan nítidamente una tendencia creciente en la intención a migrar, es decir que cuanto más reciente es la graduación mayor es la intención a migrar.

Así por ejemplo, el 64% de los médicos que se han graduado en el año 1997, tiene la intención de migrar ya sea al interior o al exterior, monto que se eleva hasta el 93% en caso de los profesionales que se han graduado en el año 2006.

El mismo fenómeno se repite en el caso de enfermeras y auxiliares. Es así que el 34% de las enfermeras graduadas en el año 1997 tiene intenciones de migrar, mientras que el 75% de las graduadas en el año 2006 tiene la misma intención. Y en el caso de auxiliares, se observa la misma tendencia pero no tan acelerada como en el caso de los médicos, porque esta intención varía de 56% a 78% (gráfico 2.7).



Gráfico 2.7: Recursos humanos en salud en relación a intención de migración por año de graduación - 2007



### Intención de migrar del personal de salud en relación a género

Las mujeres graduadas en enfermería y las auxiliares prefieren quedarse en mayor proporción que los hombres, es así que un 39% de las enfermeras frente a un 33% de los enfermeros tiene la intención de quedarse, y en el caso de auxiliares esta diferencia es más notoria ya que un 36% de mujeres auxiliares prefiere quedarse frente a un 27% de los hombres enfermeros (gráfico 2.8).

En el caso de los médicos, la intención de quedarse por género es indiferente, tanto un 18% de hombres como de mujeres indicó su intención de quedarse en la ciudad donde se radica actualmente.

### Intención de migrar del personal de salud en relación a edad

En relación a la edad y la intención de migrar, los médicos presentan una tendencia decreciente clara. Es así que se observa que un 88% de los médicos menores a 30 años tiene intención de migrar ya sea al interior (11%) o al exterior (77%), mientras que los médicos que se aproximan a los 40 años presentan una disminución en su intención de migrar hasta un 75%, 11% al interior y 64% al exterior. Y, los médicos mayores a los 45 años solo un 33% tiene la intención de migrar al exterior.

En el caso de los graduados en enfermería y auxiliar de enfermería, no se observan tendencias claras en relación a la edad como un factor de influencia en la migración. En el gráfico 2.9, se presenta que a excepción de un mayor intencionalidad de migración en el rango de menores de 30 años, enfermeras con 68% (26% al interior y 42% al exterior) y auxiliares con 71% (29% al interior y 42% al exterior), la edad no se presenta como un factor decisivo en la intencionalidad de migrar.

Gráfico 2.8: Recursos humanos en salud en relación a intención de migración por carrera y por género - 2007

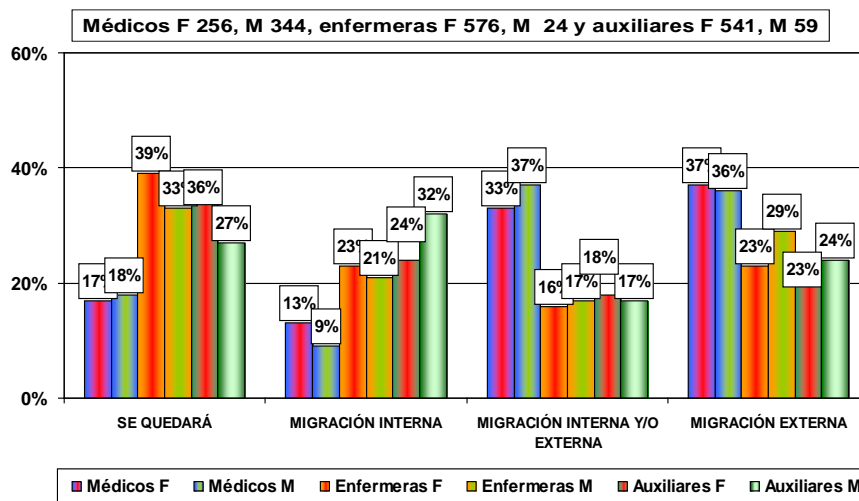
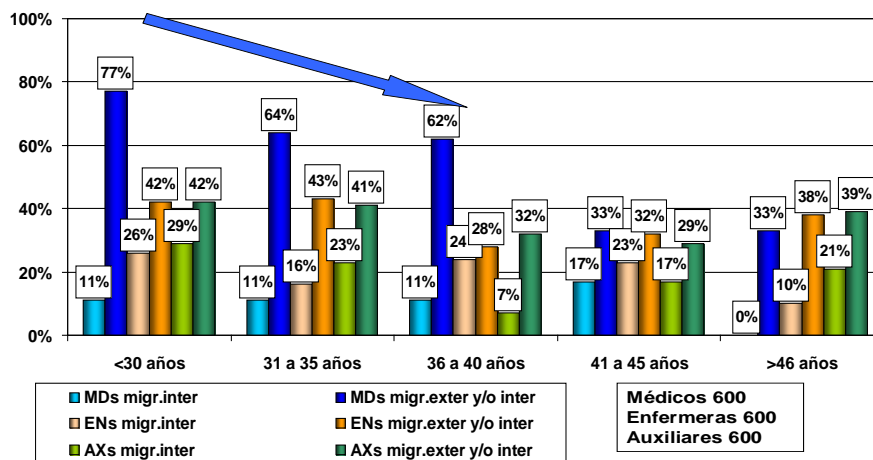


Gráfico 2.9: Recursos humanos en salud en relación a intención de migración por edad - 2007



### Intención de migración general del personal de salud en relación a nivel de estudio

En el gráfico, que revela la intención de migrar por niveles de estudio, considerados éstos como residencia y postgrado; la migración interna y externa de todos los recursos humanos en salud es casi homogénea, aunque en distintos grados. Es decir que el nivel de estudios no incide abiertamente en la intención de migrar tanto al interior como al exterior.

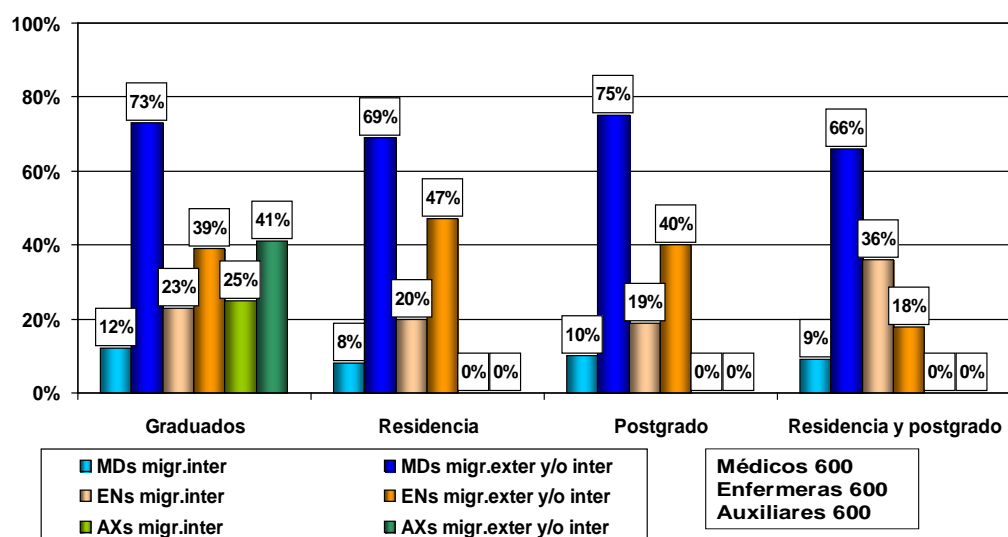
Es así que los médicos en sus distintos niveles de estudios, presentan la intención de migrar en aproximadamente el 80%, independientemente del nivel de estudios (residencia, postgrado y ambos). De manera similar, se observa que la intención de migrar al interior y al exterior, no dependen del nivel de estudio, ya que la intención de migrar al interior es de aproximadamente un 10% y la migración al exterior del 70% en todos los niveles de estudios analizados. Esta situación se puede considerar como alarmantemente

alta, no solamente por el hecho de que migran profesionales recién egresados, sino que de acuerdo a los datos, se observa que están migrando médicos ya formados con su especialidad.

En el caso de las enfermeras, también se observa que la variable de nivel de estudios no es importante en la intencionalidad de migración, ya que sin importar el nivel de estudios, la intención de migrar se sitúa en aproximadamente el 60%. En todos los niveles de estudios observados, la intención de migrar es de un 20% al interior y un 40% al exterior; excepto el nivel más alto de estudios, es decir las enfermeras con residencia y postgrado, que tiene una mayor intención de migra al interior (36%) que al exterior (18%).

Como se observa en el gráfico 2.10, no se han entrevistado a auxiliares con residencia ni estudios de postgrado, es por esta razón que no es posible analizar el impacto del nivel de estudios en la migración.

**Gráfico 2.10: Recursos humanos en salud en relación a intención de migración por nivel de estudios - 2007**



## Factores que inciden en la migración

### *Factores que han incidido para que ocurra la migración*

El principal factor para que los médicos migren al interior es por “motivos familiares”, (retorno a sus hogares), es así que un 41% de los profesionales en medicina que han migrado a otra ciudad del país señalan que los motivos familiares es la razón por la que migraron. El segundo factor de migración de médicos, aunque con una importancia más baja, es “falta de trabajo” con 20% y la tercera razón esta en relación a “mayores ingresos”, puesto que un 14% de los migrantes al interior indicaron este motivo, como se detalle en el siguiente cuadro 2.4:

Cuadro 2.4: Factores de migración interna

Factor	Médico		Enfermera		Auxiliar	
	N°	%	N°	%	N°	%
Motivos familiares	78	41	39	31	7	23
Falta de trabajo	38	20	45	36	9	29
Mayores ingresos	27	14	34	27	10	32
Otros	49	26	6	5	5	16
<b>Total</b>	192	100	124	100	31	100

En el caso de las enfermeras que migraron al interior, el principal motivo es “falta de trabajo” con 36% y el segundo “motivos familiares”, pero con una importancia casi similar, puesto que un 31% de las enfermeras que han migrado lo mencionaron como razón de migración.

En el caso de los auxiliares de enfermería el principal motivo de migrar al interior revela “mayores ingresos”, puesto que un 32% de las personas que migraron lo indicaron como motivo de cambio. La “falta de trabajo” ocupa el segundo lugar con 29% de los entrevistados que migraron y “motivos familiares” aparece como el tercer factor que influye en la decisión a migrar al interior.

Aunque las muestras no son grandes para el caso de los recursos humanos que retornaron después de haber migrado, se puede señalar que los factores que inciden para que se produzca la migración son: “falta de trabajo”, “mayores ingresos” y “motivos familiares” (cuadro 2.5).

Cuadro 2.5: Factores migración en personas que retornaron

Factor	Médico		Enfermera		Auxiliar	
	N°	%	N°	%	N°	%
Falta de trabajo	13	39	6	29	3	30
Mayores ingresos	10	30	6	29	5	50
Motivos familiares	6	18	7	33	2	20
Otros	4	12	2	10	0	0
<b>Total</b>	33	100	21	100	10	100

De la misma manera, a pesar de que la muestra es reducida, vale la pena mencionar que el principal motivo para el retorno de médicos y enfermeras que han migrado es “motivos familiares” (cuadro 2.6).

Cuadro 2.6: Factores de retorno de personas que migraron

Factor	Médico		Enfermera		Auxiliar	
	N°	%	N°	%	N°	%
Motivos familiares	5	46	6	67	1	20
Se terminó el contrato	4	36	3	33	2	40
Por estudios	1	9	0	0	1	20
Bajos salarios	1	9	0	0	1	20
<b>Total</b>	11	100	9	100	5	100

No se analizan los factores que han incidido en la migración al exterior de los recursos humanos en salud, porque no se han realizado entrevistas con personas que se encuentren en el exterior.

## Factores que inciden en la intención de migrar

En las tres carreras de salud analizadas, el factor que más influye en la intención a migrar al interior son los “mayores ingresos”, 39% en médicos y auxiliares y 42% en enfermeras.

Este factor (“mayores ingresos”) continua siendo el más importante para la migración externa de enfermeras y auxiliares; pero con niveles más elevados (64% y 68% respectivamente). Pero para el caso de los profesionales médicos se observa un cambio en el principal factor que incide en la migración externa, ya que el principal motivo es “capacitación/estudios”, mencionado por el 48% de los médicos que tiene la intención de migrar al exterior; sin embargo la razón “mayores ingresos” sigue siendo un factor importante con 33%.

Cuadro 2.7: Factores de intención a migrar

Factor		Médico		Enfermera		Auxiliar	
		N°	%	N°	%	N°	%
Al interior	Mayores ingresos	107	39	96	42	98	39
	Motivos familiares	78	29	76	33	74	29
	Falta de trabajo	60	22	27	12	34	13
	Capacitación/ estudios	23	8	17	7	23	9
	Otros	8	3	14	5	23	9
	<b>Total</b>	<b>276</b>	<b>100</b>	<b>230</b>	<b>100</b>	<b>252</b>	<b>100</b>
Al exterior	Capacitación/ estudios	207	48	29	12	14	6
	Mayores ingresos	142	33	150	64	163	68
	Falta de trabajo	58	14	35	15	38	16
	Motivos familiares	20	5	21	9	25	10
	Otros	2	0	-	-	1	0
	<b>Total</b>	<b>429</b>	<b>100</b>	<b>235</b>	<b>100</b>	<b>241</b>	<b>100</b>

El segundo factor en importancia que incide en la intención de migración de recursos de salud al interior es el de “motivos familiares”, con un promedio de 30% en las tres carreras analizadas. Sin embargo este motivo solo es cuarto factor en importancia en el caso de migración externa, con menos del 10% de las personas entrevistadas en el caso de médicos, enfermera y auxiliares.

El tercer factor más importante que influye en la intención de migración tanto al interior como a exterior es la “falta de trabajo”; aproximadamente un 15% de todos los entrevistados (médicos, enfermeras y auxiliares) han señalado a esta razón como un factor importante en la decisión de migrar.

Finalmente, el factor más importante para no migrar por “motivos familiares”, tanto en el caso de la no migración interna como en el caso de la no migración externa más del 30% de las personas señalaron que no tiene la intención de migrar por “motivos familiares”. Otro motivo importante, especialmente en el caso de la no migración interna, señala que “le agrada su ciudad”, con aproximadamente un 30% de las personas que indicaron que no tiene intenciones de migrar al interior (cuadro 2.8).

Cuadro 2.8: Factores para no migrar

Factor		Médico		Enfermera		Auxiliar	
		N°	%	N°	%	N°	%
Al interior	Le agrada su ciudad	91	28	118	32	123	35
	Por su familia	78	24	128	35	122	35
	Mayor posibilidad en su región	57	18	35	9	19	5
	Falta de interés	29	9	13	4	11	3
	Tiene trabajo seguro	26	8	51	14	31	9
	Falta de trabajo	14	4	12	3	21	6
	Terminar sus estudios	11	3	1	0	3	1
	Factor económico	11	3	1	0	5	1
	El costo de vida en el país es bajo	5	2	3	1	1	0
	Otros	2	1	8	2	12	3
	<b>Total</b>	<b>324</b>	<b>100</b>	<b>370</b>	<b>100</b>	<b>348</b>	<b>100</b>
Al exterior	Por su familia	42	25	131	36	133	37
	Tiene trabajo seguro	16	9	41	11	23	6
	Terminar sus estudios	16	9	5	1	6	2
	Falta de interés	11	6	18	5	12	3
	Factor económico	10	6	23	6	31	9
	No tiene contactos	0	0	10	3	6	2
	Falta de oportunidades	5	3	14	4	14	4
	Explotación a los bolivianos	4	2	23	6	25	7
	Otros	5	4	9	3	6	2
	Le agrada su ciudad	1	1	2	1	0	0
	<b>Total</b>	<b>171</b>	<b>100</b>	<b>365</b>	<b>100</b>	<b>359</b>	<b>100</b>

## Factores que inciden en el subempleo

Para relacionar la migración con los salarios percibidos, se analiza el gráfico 2.11, en el que se demuestra que el mayor porcentaje, de las profesiones estudiadas percibe un salario que fluctúa entre los 1000 y 2000 bolivianos. Por otro lado se observa que ni el 20% de los profesionales percibe salarios entre 2000 y 4000 bolivianos, este hecho contribuye a señalar que el nivel salarial es una de las causas de la migración. El 71% de los médicos han declarado ingresos menores a Bs 2000 por mes o que no tiene ingresos.

Es alarmante el hecho de que 31% de los profesionales médicos, no perciben ningún salario. Y que contrariamente a lo que se teorizaba existen más auxiliares de enfermería (18%), que no tienen salario, comparado con el 14% de enfermeras, que no gozan de ingresos.<sup>2</sup>

Si confrontamos estos datos con el gráfico 2.12, sobre la opinión de los profesionales respecto al valor de su salario, se determina que una gran mayoría opina (51% médicos, 71% enfermeras y 60% auxiliares), que los niveles salariales son bajos, versus un 5% que define que su salario es bueno.

Cuando se consulta sobre el tema que más les preocupa, un promedio un 40% de los entrevistados señalan que la “falta de trabajo” es tema que más les preocupa. Este dato aparentemente indica que este

2. Un 10% en médicos, 9% en enfermeras y auxiliares, han señalado que no tienen empleo. Y, 21% de los médicos, 5% de enfermeras y 9% de auxiliares han indicado que tienen empleo pero no remunerado, es decir no tiene ingresos.

tema también es un aspecto de preocupación para las personas que no tiene la intención de migrar (gráfico 2.13).

Esta hipótesis se valida cuando más del 40% de los entrevistados señalan que “fue difícil conseguir su primer empleo” (gráfico 2.14).

Gráfico 2.11: Recursos humanos en salud en relación a nivel actual de ingreso por carrera - 2007

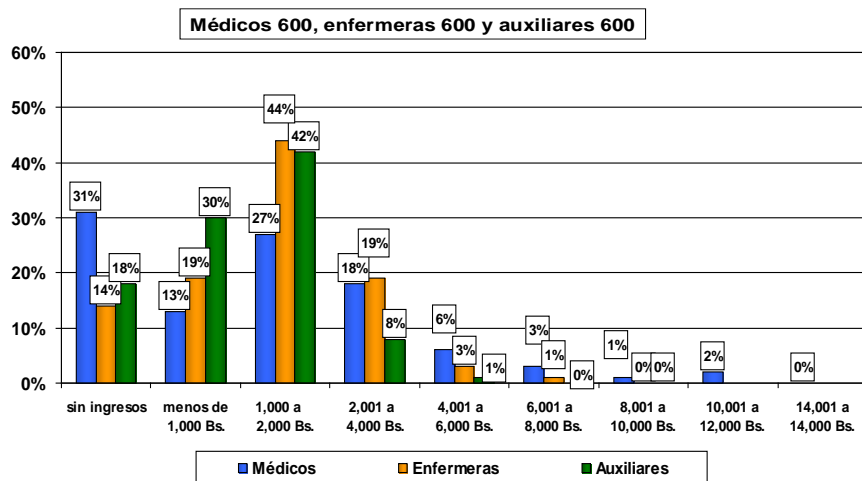


Gráfico 2.12: Recursos humanos en salud por carrera en relación a suficiencia del ingreso - 2007

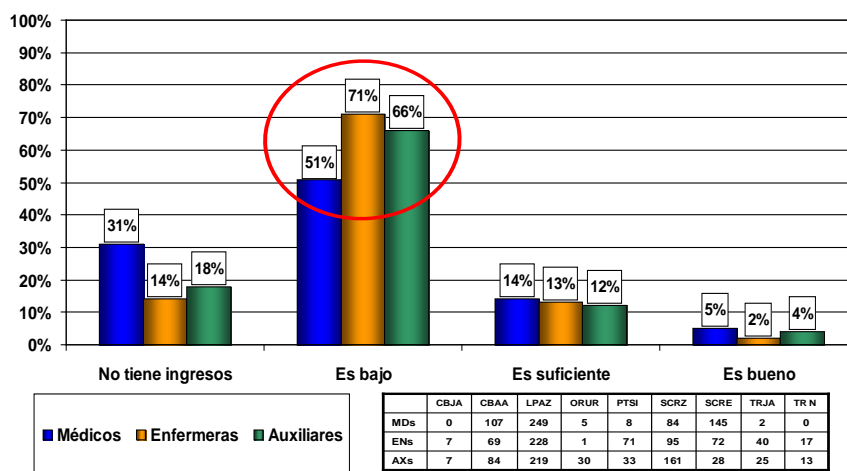


Gráfico 2.13: Recursos humanos en salud por carrera en relación a tema de preocupación - 2007

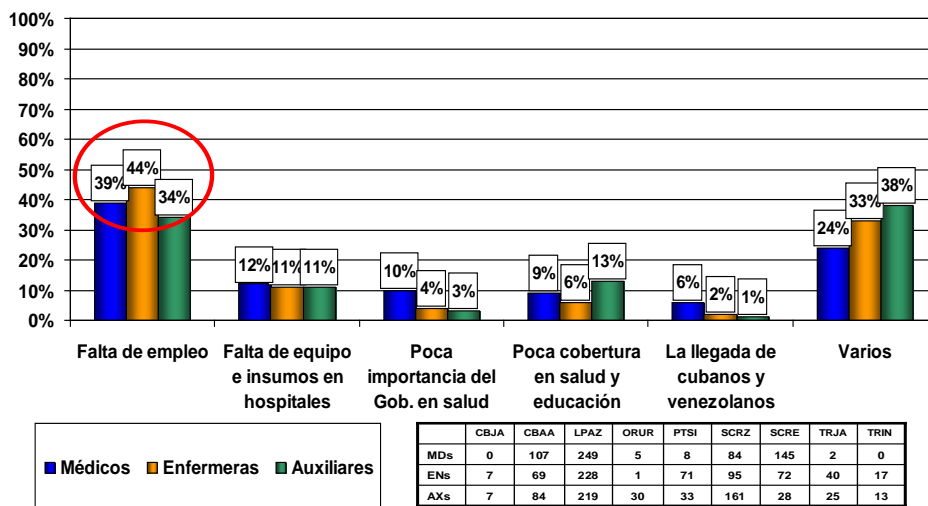
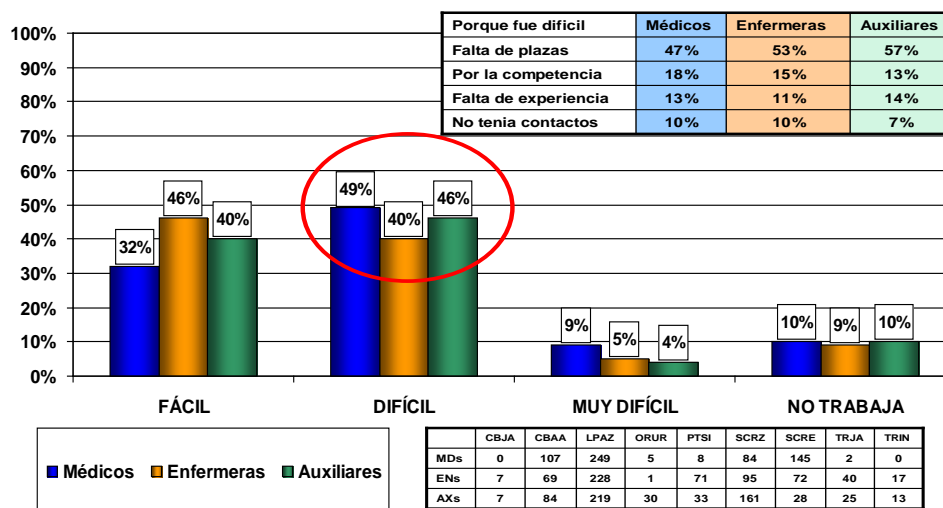


Gráfico 2.14: Recursos humanos en salud por carrera en relación a tema de preocupación - 2007



Estos tres factores, “bajos salarios”, “falta de empleo” y “dificultad en obtener el primer empleo” sumados a la cantidad anual de graduados (aproximadamente 2000 por año como se señala en el cuarto capítulo de este informe) generan un elevado nivel de subempleo.



## Recomendaciones

Para amortiguar los problemas de migración y subempleo es necesario diseñar e implementar una política integral de recursos humanos en salud, que ayude en el ordenamiento de la producción de los profesionales en salud y los requerimientos y necesidades de la población, especialmente en el área rural, tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- La realidad en la formación de recursos humanos, avalada por las distintas instituciones formadoras, demuestra que la primera línea es establecer un marco de ordenamiento curricular en todas las universidades e institutos, para todas las carreras, es decir medicina, enfermería y auxiliares de enfermería, que tienda a contar con profesionales formados de acuerdo a la realidad nacional, concentrándose en la relación con los programas del Ministerio de Salud y Deportes, para que puedan insertarse fácilmente a el trabajo.
- Como enlace a la primera línea, para todas las carreras, es recomendable tomar en cuenta e introducir transversalmente el enfoque intercultural, en el entendido del intercambio de las potencialidades y debilidades de las distintas culturas del país que habrán nuevos horizontes para la creación de nuevas fuentes de trabajo, desde el punto de la salud integral.
- Es necesario definir el perfil del profesional en salud, de acuerdo a la realidad nacional y perfil epidemiológico, que apunta a la Atención Primaria de Salud y dentro de ella a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, como un eje centralizador de la intersectorialidad.
- La formación de los recursos humanos tendría que definirse en porcentajes de necesidades, es decir un 70% de Atención Primaria como especialidad y un 30% como otras especialidades, dentro de ellas la formación en los ámbitos gerenciales y epidemiológicos, como las necesidades mas sentidas en Bolivia, para que se contribuya a la salud de la población de tal forma que satisfaga sus necesidades. De esta manera el recién egresado tendrá la oportunidad de contar con la continuidad de su carrera profesional en el ámbito de su satisfacción personal y como personal bien formado, sobre todo en el terreno de la calidad y humanitarismo, podrá ser parte del servicio rural obligatorio como compensación al gasto de su formación, con un mínimo de dos años.
- En relación al punto anterior, buscar la apertura equitativa de las residencias tanto para médicos, como para enfermeras, en todo el territorio nacional, con las temáticas señaladas, que favorezca el rescate de estos recursos formados velando por su continuidad y establezca la seguridad y estabilidad laboral e impida la migración.
- Todo proceso que permita consolidar los recursos humanos necesariamente debe contar con el apoyo económico que permita la apertura de fuentes de trabajo, por tanto, necesariamente tiene que estar sujeto al presupuesto nacional. El reconocimiento económico por servicios brindados, debe estar supeditado a la evaluación cíclica de los recursos humanos y tiene que estar acorde a la calidad del profesional en todas las ramas
- Establecer la actualización continúa de los recursos humanos con programas nacidos de la propia investigación, in situ que permita, que el ejercicio de la profesión sea la praxis que permita brindar mejores servicios a la comunidad.

Se deben contemplar aspectos de orden administrativo y económico para la generación de fuentes de trabajo de calidad para los profesionales en salud y servicios de calidad a los usuarios. Lamentable en el área rural, no se cuenta con las condiciones adecuadas para el trabajo de profesionales en salud. La mayoría de los establecimientos de salud son Puestos de Salud, donde solo trabaja una auxiliar de enfermería, las más de las veces, en malas condiciones de infraestructura, equipamiento, insumos y medicamentos.

## Conclusiones

La situación presentada hasta el momento, tiene que llamar la atención de los actores vinculados a la formación y demanda de recursos humanos, debiendo tomarse en cuenta el gasto que ocasiona la formación de estos recursos humanos y el aprovechamiento de estas capacidades por otros países.

Más aún cuando las necesidades de éstos recursos son muy sentidas en el país, ya que nuestros indicadores están lejos de alcanzar a la de un médico por cada mil habitantes de acuerdo a la OPS/OMS, razón por la cual estamos enfrentándonos, a lo que se ha llamado, una verdadera “fuga de cerebros”; que se ira acentuado en el futuro como lo demuestra el análisis de la intencionalidad para migrar. El problema de la migración de recursos humanos en salud es alarmante cuando se observa los elevados niveles de intención de migrar.

En general se define que las hipótesis, señaladas al comienzo del estudio, se consolidan, mostrándonos que los volúmenes de migración interna y externa son diferenciados respecto a las tres profesiones. Los volúmenes potenciales de migración interna y externa, tiene una tendencia a incrementarse por diversas situaciones, otorgando un panorama cada vez más difícil para los recursos humanos en salud, especialmente médicos.

Se concluye con el análisis para la tercera hipótesis que el país se ha convertido en expulsor de profesionales altamente calificados, siendo que su mayor y más sentida necesidad se encuentra en el interior el país que es calificado como de alta pobreza y poco desarrollo.



# 3. Brasil

---

**Maria de Lourdes de Souza  
Flávia Regina Ramos  
Marta Lenise do Prado  
Marisa Monticelli  
Rodolpho Augusto de Souza de Vasconcelos Dias**

## Introdução

A mobilidade de pessoas em distintas épocas históricas está associada a um conjunto de fatores e se constitui em indicador das conjunturas políticas e econômicas. Nenhuma sociedade e economia desconhecera os impactos dos processos de mobilidade espacial da população, especialmente sob o marco do capitalismo (1).

Análises atuais prevêem a manutenção ou o aumento da intensidade das movimentações globais no contexto geral das migrações. Isto é relacionado ao cenário de competição mundial pelos recursos humanos qualificados, pela centralidade dos processos de produção e aplicação do conhecimento e pelas mudanças nas atuais políticas de imigração de diferentes países (2).

O movimento migratório não é um processo social recente no Brasil, a se considerar o legado histórico da imigração de europeus e asiáticos, assim como de latinos de países fronteiriços. Para entender as mudanças de uma tradicional imagem como “nação de imigrantes”, para uma inversão de fluxos, que hoje coloca o país nas novas mobilizações internacionais de mão-de-obra há de se articular os dois movimentos de e/imigração no Brasil, especialmente desde o final do século XX. Ou seja, o fluxo de brasileiros para o exterior também se tornou relevante, especialmente quando deixa de ser um movimento esporádico (anos 70) e se consolida como fluxo demograficamente significativo (década de 90), ao mesmo tempo em que ocorrem novas correntes migratórias para o país (3).

A investigação sobre as motivações dos migrantes e a sua inserção sócio-econômica é imprescindível para o desenho de políticas eficazes (2). No caso do Brasil, podem ser identificados diversos fatores atrativos de imigrantes de diferentes origens e perfis profissionais, como a dimensão continental do país, sua densidade demográfica e uma cultura de hospitalidade para com os imigrantes. Apesar desta imagem aparentemente uniforme, o Brasil tem especificidades regionais de estímulo à entrada e saída de pessoas, para as quais participam condicionantes sociais e culturais. As recentes mudanças no contexto global e nas condições de trabalho decorrentes de acordos regionais e de livre comércio (4) também concorrem para diferenciar os movimentos migratórios nos países.

O fenômeno das migrações é complexo e não se restringe a fronteiras focalizadas; por isso, neste trabalho, a migração é abordada nos limites da mobilidade e do mercado de trabalho brasileiro. Outra delimitação do estudo é a eleição de seu foco na Região Sul do Brasil, também por considerar suas peculiaridades no contexto do Mercosul.

A Região Sul é a menor região brasileira, com uma superfície de 576 300,8 km<sup>2</sup>, compreendendo apenas três estados (Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná) e um contingente populacional de 27 641 418 habitantes de diversas origens étnicas, particularmente italianos, germânicos e portugueses (5). A região apresenta o maior IDH do Brasil (0,860), a segunda maior renda per capita (10 723,60 reais) e um percentual de 93% da população alfabetizada. Esta é a segunda região do Brasil em número de trabalhadores e em valor e volume da produção industrial. Além disso, no ano de 2005, o PIB do Sul chegou a R\$ 356 261 428 por mil reais, ou seja 16,59% do PIB nacional, com participações distintas entre os estados (5,89% Paraná; 3,97% Santa Catarina e 6,72% Rio Grande do Sul).

Apesar desses aspectos sociais e econômicos, as condições de saúde ainda merecem atenção. Haja vista que a Razão de Mortalidade Materna no período de 2000 a 2005 variou no Paraná de 43% a 70% NV, em Santa Catarina de 37% a 53% e no Rio Grande do Sul de 47% a 64%. A mortalidade infantil neste período variou de 14,55% a 19,58% NV no Paraná, em Santa Catarina de 12,59% a 15,71% e no Rio Grande do Sul de 13,68% a 15,97%. Esta região apresentou no ano de 2006 um total de 29 990 serviços de saúde, sendo 14 038 no estado do Paraná; 7921 em Santa Catarina e 8029 no Rio Grande do Sul (5, 6).

As condições de saúde podem ser alteradas devido ao movimento migratório de pessoas, particularmente, dos profissionais de saúde; por isto mesmo se justifica o interesse na migração de enfermeiras, realizando um recorte para a Região Sul do Brasil.

Desde o final dos anos 50, os novos movimentos da população mundial são marcados pela maior diversidade étnica, de classe e de gênero, assim como pelo fato de produzirem ampliadas relações entre as sociedades de destino e de origem dos fluxos. Dentre as características discutidas pela autora, a que talvez mais possa interessar, quando se trata de profissionais enfermeiros, seja a do aumento da participação feminina na migração internacional contemporânea, que passou a dar visibilidade à perspectiva de gênero neste campo de estudo (3).

O enfoque de gênero é particularmente importante quando se pensa a profissão de enfermagem, notadamente feminina, o que não significa negligenciar as razões de ordem econômica e social a que a migração dos enfermeiros está associada, como ocorre com a totalidade dos trabalhadores e, de forma diferenciada, com mulheres trabalhadoras. Para Sayad (7), de maneira geral os migrantes trazem e levam consigo um desejo —trabalhar e melhorar de vida. No que se refere aos enfermeiros, a migração pode estar associada ao fato de que na maioria dos países ainda não está desvelado o valor real da Enfermagem enquanto profissão, no que se refere a sua contribuição para a saúde e assistência da população e, por conseguinte, para a economia da sociedade.

No caso de enfermeiras, podem-se articular fatores ligados a legados históricos da profissão, transformações do mundo trabalho e de seus desdobramentos no setor saúde, assim como a fatores de ordem não-econômica.

Do ponto de vista dos fatores político-econômicos e das mudanças no processo de trabalho em saúde, é fundamental reconhecer tanto tendências globais quanto regionais, dependentes de políticas de saúde nacionais e demandas específicas. No contexto político internacional se manifestam: o paradoxo de redução geral das oportunidades de trabalho por uma relativa expansão do emprego no setor saúde (no caso brasileiro especialmente no setor público), a flexibilização e diversificação dos processos de trabalho, bem como a intensa e desigual incorporação tecnológica na produção dos serviços de saúde. Junto com as novas formas de organização do trabalho emergem novos “atributos” do trabalhador e, também, do enfermeiro (8).

Para analisar com profundidade o efetivo impacto de qualquer fator ou categoria explicativa, entre as muitas possíveis, coloca-se a necessidade de planos de investigação ampliados. Contudo, a migração de enfermeiros não tem sido incluída como tema no contexto dos estudos econômicos e demográficos, apesar da demonstração histórica de sua importância na constituição da profissão e do campo da saúde em países como o Brasil. Exemplo disso é a chegada dos enfermeiros de outros países, particularmente dos Estados Unidos da América, do Canadá e da Alemanha, para a criação dos Cursos de Enfermagem na realidade brasileira e, posteriormente, para fortalecer o quadro de docentes dos Programas de Pós-Graduação (9-12).

No campo da enfermagem brasileira podem ser destacados os estudos de Vieira (13), Vieira, Garcia e Silva (14), Varella e Pierantoni (15). Este último trata a migração de enfermeiros como um problema de saúde pública, mas se foca em dados sobre a expansão dos cursos de enfermagem e da oferta deste profissional no mercado, para questionar sobre um possível futuro cenário de exportação de enfermeiros pelo Brasil. O estudo de Vieira, Garcia e Silva (14), descreve que em 2005 foram identificados 513 imigrantes registrados no COFEN, sendo 171 (33,3%) imigrantes profissionais oriundos de diversos países, e apresenta várias considerações sobre o impacto que isto resulta.

Diante deste cenário pergunta-se como se caracteriza o movimento migratório de enfermeiros, na Região Sul do Brasil, e quais são os instrumentos normativos que o regulamenta. Neste sentido o propósito deste estudo é analisar a migração de enfermeiros na Região Sul do Brasil, apresentar as normativas brasileiras de regulação da emigração e imigração, e proposições para definição de diretrizes políticas de Enfermagem.

## Material e métodos

Trata-se de um estudo exploratório de natureza qualitativa, que integra o projeto de investigação multicêntrica de migração de enfermeiras de América Latina coordenado e assessorado pela OPAS/OMS com a colaboração da Universidad Andrés Bello - Chile. É apresentado o recorte acerca da migração de enfermeiros no Sul do Brasil. A coleta de dados incluiu uma primeira etapa de estudo documental e, numa segunda etapa, trabalho de campo, visando busca ativa dos informantes, para validação dos dados acessados nos documentos. As fontes utilizadas foram os Bancos de Dados do Conselho Federal de Enfermagem (16) e dos Conselhos Regionais dos Estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina (17, 18). Para obter autorização de acesso aos dados registrados foi apresentada ao COFEN uma solicitação formal, Presidência da Instituição. Este acesso era fundamental para a operacionalização da pesquisa, uma vez que somente por meio dos registros oficiais desta entidade de classe, reguladora do exercício profissional, seria possível reconhecer a existência de enfermeiros migrantes.

De posse da planilha com os dados informados foi realizado o rastreamento para localizar os enfermeiros e verificar se os mesmos atendiam ao critério de inclusão adotado, ou seja, ser inscrito no COFEN-COREN como enfermeiro nascido em outro país em exercício da profissão na Região Sul do Brasil ou ter pedido cancelamento de inscrição porque iriam trabalhar em outros países. Os dados foram sistematizados em planilha eletrônica, conforme recebidos do COFEN/COREN e complementados a partir da localização do profissional, por telefone, por carta, ou de modo presencial, na instituição de trabalho. A população de estudo é representada pelo total de enfermeiros que foram informados pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e Conselho Regional de Enfermagem (COREN) com a correspondência aos critérios de inclusão. O início da coleta de dados ocorreu após a apreciação do Projeto pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina<sup>3</sup> (Parecer 194/2007, com aprovação em 30/07/2007).

## A migração de enfermeiras no Sul do Brasil

Segundo o que foi encontrado no banco de dados do COFEN estavam registrados 27 895 enfermeiros em 2007, na Região Sul com autorização legal para o exercício profissional. Destes, 12 199 eram enfermeiros no Rio Grande do Sul, 5615 em Santa Catarina e 10 081 no Paraná. Além disso, foi encontrado que 32 enfermeiros eram oriundos de vários países das Américas, Europa e Ásia.

Por outro lado, nos dados obtidos junto ao COREN Santa Catarina e Rio Grande do Sul foram encontrados 49 enfermeiros, o que revela uma inconsistência de informações quando os dados são comparados àqueles obtidos junto ao Banco de Dados do COFEN. Estes achados poderiam, inclusive, ser ainda mais discrepantes se o COREN Paraná tivesse disponibilizado dados do seu registro.

Estes dados também não são compatíveis com aqueles encontrados por Vieira, Garcia e Silva (14), ainda considerando que trabalharam com dados do ano 2005.

Após a busca ativa dos enfermeiros e comparados os resultados obtidos com os registros oficiais, presume-se que o COFEN e COREN não incluem nos seus modelos de registro profissional dados que possibilitem apreender com clareza a entrada e saída de enfermeiros do exercício da profissão no contexto brasileiro. Foi ainda consultado nos sistemas já mencionados se havia registro da saída de enfermeiro

3. Isto foi necessário porque quando o Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Andrés Bello – Chile, não havia na metodologia a inclusão do Brasil.

brasileiro para exercer a profissão em outros países, e os resultados obtidos foram de que os profissionais pedem cancelamento do registro profissional e não informam se trabalharão em outros países. Também foi perguntado, por telefone, se havia acordo de cooperação do COFEN com outros países para a transferência da inscrição e controle da migração profissional e a resposta obtida foi a de que isto não era da competência deste órgão.

Portanto, não se pode afirmar com os dados obtidos que haja controle adequado do exercício profissional da enfermagem no Brasil, e este é um viés de trabalhos desta natureza (tabela 3.1).

**Tabela 3.1: Distribuição dos enfermeiros registrados como imigrantes, segundo diferentes fontes e estados da Região Sul do Brasil, 2008**

Dados	Paraná	Santa Catarina	Rio Grande do Sul	Total
<b>COFEN</b>	13	3	16	32
<b>COREN</b>	*	13	36	49**
<b>Vieira, Garcia e Silva (2006)</b>	10	-	6	16
<b>Pesquisa de campo</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>27</b>

Nota: \* Não informado. \*\* Sem informação do COREN-Pr (19).

Os dados obtidos por meio do Sistema COFEN/COREN não esclareciam quanto a situação à época da migração, se caracterizados como imigrantes profissionais ou se demandaram profissionalização no Brasil. Esta caracterização só foi possível na segunda etapa de coleta de dados, quando foram confirmados apenas 11 imigrantes profissionais (formados no país de origem) entre os 27 profissionais acessados (tabela 3.2). Vieira, Garcia e Silva (14) haviam identificado 6 imigrantes profissionais (3 no Paraná e 3 no Rio Grande do Sul) entre os 16 imigrantes enfermeiros identificados então.

Os resultados obtidos nas diferentes fontes consultadas demonstram o inadequado sistema de registro acerca de migração de enfermeiros e a carência de sistemas de monitoramento, necessários à proposição de políticas de regulação.

**Tabela 3.2: Distribuição dos enfermeiros registrados como imigrantes nos estados da Região Sul do Brasil, 2008**

Dados - Pesquisa de campo	Paraná	Santa Catarina	Rio Grande do Sul	Total
<b>Concluiu graduação no Brasil</b>	5	6	5	16
<b>Concluiu graduação no País de nascimento, com validação de título em Universidade brasileira.</b>	1	3	7	11
<b>Total de informantes localizados</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>27</b>

Fonte: Pesquisa de campo, 2007-2008.

Na entrevista com os imigrantes localizados foi possível esclarecer sobre o país de origem, local de graduação (seja Brasil ou exterior) e instituição brasileira de formação ou de validação do título. A busca se deu a partir do total de profissionais informados pelos COREN, no caso de RS (36) e SC (13) e pelo COFEN, no caso do PR (13). Do total de 62 enfermeiros informados inicialmente, 41 (66%) são nascidos em países da América Latina, 14 (22,6%) na Europa e 7 em outros continentes. Deste total (62) foram localizados 27 enfermeiros (tabela 3.2), mas apenas 11 tinham se formado no país de origem, sendo 4 no Uruguai, 3 no Chile, 2 no Perú, 1 na Bolívia e 1 na Índia, ou seja, apenas um não nativo da América Latina. Dos 16 imigrantes localizados que fizeram sua formação profissional no Brasil, 10 são nascidos na América Latina e seis em outros continentes, e a maioria deles vieram para o Brasil ainda crianças.

O estudo de Vieira, Garcia e Silva (14) apresentava um predomínio de imigrantes uruguaios e chilenos na Região Sul do Brasil, o que se confirmou neste estudo, apesar de mostrar-se expressiva a entrada de imigrantes de outras nacionalidades, como a alemã. No entanto, grande parte destes não foi localizada e, por conseguinte, não foi obtida informação sobre o local de formação, mesmo reconhecendo-se a importância dos alemães na colonização da região.

## Marco político e legal

No Brasil, a política de migração tem suas origens na Carta Régia de D. João VI quando concedeu a abertura dos portos (28 de janeiro de 1808), estimulando grandemente a imigração dado que o comércio do Brasil ficava aberto para outros países, sem a intermediação de Portugal (20).

No século XX esta política foi assumindo outros contornos e o constituinte brasileiro de 1934 dispôs que “a entrada de imigrantes no território nacional sofrerá restrições necessárias à garantia da integração étnica e capacidade física e civil do imigrante, não podendo, porém, a corrente imigratória de cada país exceder, anualmente, o limite de 2% sobre o número total dos respectivos nacionais fixados no Brasil durante os últimos cinquenta anos” (21). A Constituição de 1946 aboliu o regime de quotas e restabeleceu a norma da liberdade de entrada: “Em tempo de paz, qualquer pessoa poderá com seus bens entrar no território nacional, nele permanecer ou dele sair, respeitados os preceitos da Lei”, e determinou a instituição de um órgão federal com a incumbência de coordenar a seleção, entrada, distribuição e fixação dos imigrantes, bem como a sua naturalização (22).

A Constituição de 1988 dispõe no art. 5º, inciso XV, que “é livre a locomoção no território nacional em tempo de paz, podendo qualquer pessoa, nos termos da lei, nele entrar, permanecer ou dele sair com seus bens”, repetindo no art. 23, inciso XV, a competência da União para legislar sobre “emigração e imigração, entrada, extradição e expulsão de estrangeiro” (23).

De acordo com o Apêndice A, a Lei N° 6.815, de 19 de Agosto de 1980, que rege a admissão e entrada de estrangeiro no território nacional, define os vários tipos de visto, a transformação de um para outro, a prorrogação do prazo de estada, a condição do asilado, o registro do estrangeiro, sua saída e seu retorno ao território nacional, sua documentação para viagem, a deportação, a expulsão, a extradição, os direitos e deveres do estrangeiro.

A filosofia da atual legislação brasileira sobre a entrada e permanência de estrangeiros no território nacional inspira-se nas questões relativas à segurança nacional, à organização institucional e aos interesses políticos, socioeconômicos e culturais do Brasil, inclusive na defesa do trabalhador nacional. Além disso, se fundamenta no princípio da reciprocidade entre países, e também observa outros acordos de cooperação (Apêndice A).

A par dos estudos acerca da mudança política sobre o estrangeiro no Brasil, ainda é vigente a Lei 6815/80 (Estatuto do Estrangeiro), modificada pela Lei 6964/81, que dispõe:

*Art. 26.* O visto concedido pela autoridade consular configura mera expectativa de direito, podendo a entrada, a estada ou o registro do estrangeiro ser obstado ocorrendo qualquer dos casos do artigo 7º, ou a inconveniência de sua presença no território nacional, a critério do Ministério da Justiça.

§ 1º O estrangeiro que se tiver retirado do País sem recolher a multa devida em virtude desta Lei, não poderá reentrar sem efetuar o seu pagamento, acrescido de correção monetária.

§ 2º *O impedimento de qualquer dos integrantes da família poderá estender-se a todo o grupo familiar.*

*Art. 7º Não se concederá visto ao estrangeiro:*

I - menor de 18 (dezoito) anos, desacompanhado do responsável legal ou sem a sua autorização expressa;

II - considerado nocivo à ordem pública ou aos interesses nacionais;

III - anteriormente expulso do País, salvo se a expulsão tiver sido revogada;



IV - condenado ou processado em outro país por crime doloso, passível de extradição segundo a lei brasileira; ou

V - que não satisfaça às condições de saúde estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

O governo brasileiro adota o princípio da reciprocidade entre países. O Decreto 82 307/78, define os critérios para as autorizações de vistos de entrada de estrangeiros no Brasil e as isenções e dispensas de visto, para todas as categorias.

A —liberdade de ir e vir— é assegurada pela legislação e política brasileira e o Brasil segue com a tradição de acolhimento de migrantes.

A política e a legislação sobre a migração e o trabalho no Brasil são complexas e diversas e, por conseguinte, cerceadoras da migração e geradoras de processos que tramitam em várias instâncias administrativas. O recebimento do estrangeiro no Brasil é um direito e não um dever da Nação. Portanto, a pessoa interessada em trabalhar no Brasil deve obter uma autorização de trabalho do Ministério do Trabalho. Após a aprovação do pedido, a autorização de trabalho será publicada no Diário Oficial da União e comunicada ao consulado do solicitante, quando então o estrangeiro poderá requerer a concessão do visto. Obtido o visto os estrangeiros que ingressarem em território nacional, mediante visto de trabalho temporário ou permanente, deverão registrar-se na Polícia Federal (Ministério da Justiça) e obter o cartão de Identidade de Estrangeiros dentro de 30 dias após a sua chegada no Brasil. Além disso, devem se registrar na Delegacia da Receita Federal para fins tributários, sendo que toda a remuneração recebida deve ser taxada em conformidade à legislação brasileira. Todos os estrangeiros empregados no Brasil devem portar carteira de trabalho com os registros em observância à legislação. Os interessados em trabalhar no Brasil, tem ainda o dever de cumprir outras definições da legislação brasileira como, por exemplo, a necessidade de validação do diploma universitário, ou outros títulos, obtidos em outro país que é da competência do Ministério da Educação. Esta competência, conforme prescrição legal é delegada às Instituições de Ensino Superior (quadro 3.1).

Quadro 3.1: Diagrama da regulamentação da imigração de enfermeiros para trabalhar no Brasil



No Brasil, a política de migração é formulada pelo Conselho Nacional de Imigração, instituído pela Lei Nº 8490, de 19 de novembro de 1992 e Decreto Nº 840, de 22 de junho de 1993, vinculado ao Ministério do Trabalho e integrado por representantes dos Ministérios do Trabalho, Justiça, Relações Exteriores, Agricultura, Saúde, Indústria e Comércio e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecno-

lógico (Apêndice A). A composição deste conselho denota os diversos aspectos sob os quais é tratada a questão da migração no Brasil. Cabe a este Conselho:

- Orientar e coordenar as atividades de imigração;
- formular objetivos para elaboração da política imigratória;
- estabelecer normas de seleção de imigrantes, visando proporcionar mão-de-obra especializada aos vários setores da economia nacional e à captação dos recursos para setores específicos;
- promover ou fomentar estudos de problemas relativos à imigração;
- definir as regiões destinadas à imigração dirigida;
- efetuar o levantamento periódico das necessidades de mão-de-obra estrangeira qualificada para admissão em caráter permanente ou temporário;
- dirimir as dúvidas e solucionar os casos omissos no que respeita a admissão de imigrantes;
- opinar sobre alteração da legislação relativa à imigração.

No caso dos enfermeiros o processo migratório deve ainda observar o que é regulamentado pelo Sistema Conselho de Enfermagem (COFEN/COREN) criado pela Lei N° 5905 de 12 de julho de 1973, e esta por sua vez define no artigo 15 inciso II que compete a este conselho “ disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, observadas as diretrizes gerais do Conselho Federal”.

### *A migração na enfermagem no Brasil*

#### **Motivos que justificam uma definição política**

A saúde é um dos direitos constitucionais e prioridade política do estado brasileiro, definido na Constituição Federal de 1988:

“*Artigo 196.* A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

“*Artigo 197.* São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (20).

Esta definição do estado brasileiro e a responsabilidade de controlar o exercício profissional da enfermagem atribuída ao sistema COFEN/COREN, determinam la necessidade da categoria profissional de:

Contribuir para a definição de políticas públicas relacionadas com a migração rural que considerar a enfermagem:

- É uma profissão universal e estratégica em todo e qualquer lugar onde haja vida humana;
- convive com assimetrias na educação, inserção no mercado de trabalho e na sua contribuição para a economia das diferentes Nações;
- é exercida em sua maioria por mulheres e, por conseguinte, é influenciada por questões do gênero;
- representa o maior contingente de trabalhadores no contexto da saúde humana;
- por tradição desenvolve atividades que requerem validação ou inovação por meio de pesquisa, para incorporá-las ao seu corpo de conhecimento;
- necessita de estratégias para o fortalecimento do exercício profissional dado à diversidade cultural e educacional dos integrantes de sua categoria profissional;

- precisa conhecer e aplicar a legislação nacional e se aproximar da legislação de outros países, dado que o seu exercício ocorre no contexto mundial;
- precisa fortalecer as entidades da categoria buscando um modelo comum no contexto da América Latina.

### *Recomendação ao desarrollo de políticas vinculadas a la migración na enfermagem*

A legislação e a política vigentes no Brasil não estabelecem definições claras sobre o movimento migratório, especialmente no que tange à entrada e à saída de profissionais da saúde. Cabe ressaltar a importância destas definições haja vista as políticas restritivas sobre a migração adotadas por outras Nações da América do Norte e Europa que, por conseguinte, resultarão em redirecionamento de fluxo e mercado de trabalho.

Os resultados da pesquisa desenvolvida e a convivência com enfermeiros de diferentes países nos levam a apresentar as seguintes recomendações:

- Estabelecer instrumentos de regulação da educação e do exercício profissional para a enfermagem, comuns na América Latina, respeitando as questões culturais de cada povo;
- Criar e implantar um sistema de registro/cadastro latino americano da enfermagem;
- Avaliar a política de criação e distribuição por área geográfica dos cursos de Enfermagem e suas respectivas habilitações ou especialidades para atender às necessidades da população;
- Incluir no sistema COFEN/COREN um subsistema de registro de emigrantes e imigrantes da enfermagem e articular-se com o Sistema Consular Brasileiro para orientação e assistência dos enfermeiros;
- Propor aos organismos de fomento à pesquisa a criação de investimentos para estudos e pesquisas sobre migração e política migratória no contexto da enfermagem e sua relação com os processos econômicos dos países;
- Adotar como estratégias de fortalecimento do exercício profissional, a realização de pesquisas multicêntricas;
- Criar mecanismos de apoio a migrantes, a exemplo de sistemas de rede, entre entidades de classe dos países, de modo a oferecer o devido suporte para as negociações e inserção no mercado de trabalho.

## Comentários finais

A emigração ou a imigração de pessoas é um direito individual, alicerçado na liberdade de ir e vir. Mas, considerando as necessidades de uma nação este processo deve ser regulado e observado como fenômeno coletivo. No que se refere à saúde, considerando o foco desta pesquisa —a migração na enfermagem no Sul do Brasil— deve ocorrer com suporte de políticas transnacionais, com estratégias no contexto da profissão para não reduzi-la às questões de foro íntimo.

Conquistar a definição das políticas puede partir da iniciativa da categoria profissional que puede apresentar proposições de uma política de migração da Enfermagem ao Estado e às instituições transnacionais. A partir dessa definição, a categoria profissional deve buscar apoios para conquistar a normatividade desejada e necessária.

A categoria profissional na proposição da política de migração deve contribuir a criar mecanismos que assegurem o direito à informação e à participação de toda categoria.

É preciso, ainda, clareza que o tema migração, envolve reciprocidade dos acordos entre países, assimetrias culturais, questões de gênero e valor atribuído a profissões dentre outras. Envolve ainda os ciclos e crises econômicas que perpassam pelo processo de definições políticas no contexto das Nações. Por isto mesmo, a enfermagem.

## Referências

1. Brito, F. Ensaio sobre as migrações internacionais no desenvolvimento do capitalismo. **Revista Brasileira de Estudos da População**, São Paulo, v. 12, n. 1 / 2, jan/dez, 16f, 1995. Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev\\_inf/r12/brito.doc](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/r12/brito.doc)>. Acesso em: 23 jan. 2008.
2. Peixoto, J. Migración calificada. In: Encuentro Iberoamericano sobre Migración y Desarrollo - Mesa de Trabajo I: Migración y Desarrollo, Madrid, 18 e 19 de julho de 2006. Madrid: Secretaria General Iberoamericana, 2006. 11f. Disponível em: <<http://www.ciberamerica.org/NR/rdonlyres/e2vqda67nlt-2z32ajwwrowachrcwwz6en26y26a7qnmoxepsubarajb5offfmvhe4hxrnr7h5ilpa/JoaoPeixoto.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2008.
3. Assis, G. O. De Criciúma para o mundo: rearranjos familiares e de gênero nas vivências dos novos migrantes brasileiros. Campos - Revista de Antropologia Social. Curitiba, Vol. 3, 2003, p. 31-49. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/campos/article/view/1586/1334>>. Acesso em: 22 jan. 2008.
4. OPS/OMS. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Tema 5.4 da Agenda Provisória CD45/9. In: SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL, 56, CONSELHO DIRETOR, 45, 27 set.-01 out. 2004. Washington, D.C.: OPS/OMS. Disponível em: <http://www.paho.org/portuguese/gov/cd/cd45-09-p.pdf>. Acessado em: 20/03/2008.
5. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2007. Acesso em: 2007 set. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS – Departamento de Informática do SUS. Página na internet. Contém informações em saúde. 2008. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>>. Acesso em: 15 ago. 2008.
7. Sayad, Abdelmalek. O retorno: elemento constitutivo da condição do migrante. **Travessia**, v. 13, N. Esp., p.7-32, jan. 2000.
8. Ramos, F. R. S. Desafios para a formação do SUS. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 56, 2004, **Anais...** Gramado: ABEn, 2004.
9. Borenstein, M. S.; Althoff, C. R. Pesquisando o passado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 48, n. 02, p. 144-9, 1995.
10. Borenstein, M. S.; Althoff, C. R.; Souza, M. L. Enfermagem na UFSC: recortes de caminhos construídos e memórias 1969-1999. Florianópolis: Insular, 1999. v. 1. 350 p.
11. Padilha, M. I. C. S.; Nazário, N.O.; Stipp, M. A. C. O legado e o (re)negado - a Enfermagem e as ordens/associações religiosas. *Texto Contexto Enferm.*, v. 7, n. 1, p. 71-89, jan./abr. 1998.
12. Paixão, Waleska. *Historia da Enfermagem*. 5. ed. rev. aum. Rio de Janeiro: J. C. Reis, 1979. 138p.
13. Vieira, A. L. S. Os Enfermeiros no Mercosul: regulamentação e controle do exercício profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 51, n. 1, 1998.
14. Vieira, A. L. S.; Garcia, C. L. L. M.; Silva, C. d. A. da. Imigrantes no Brasil: o caso da Enfermagem. **Revista Temas em Saúde**. v. 6, n. 7, p. 11-20, 2006.

15. Varella, T. C.; Pierantoni, C. R. A migração de enfermeiros: um problema de saúde pública. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife, vol. 7, n. 2, p. 199-211, abr./jun. 2007.
16. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Profissionais de outras nacionalidades inscritos no COFEN**, 2007. 99p. [Relatório: Arquivo em pdf].
17. COREn/SC. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. Site oficial, 2008. Disponível em: <http://www.coren-sc.org.br/>. Acesso em: 18 mar. 2008.
18. COREn/RS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. Site oficial, 2008. Disponível em: <http://www.portalcoren-rs.gov.br/web/index.php>. Acesso em: 18 mar. 2008.
19. COREn/PR. Conselho Regional de Enfermagem do Paraná. Site oficial, 2008. Disponível em: <http://www.corenpr.org.br/principal.htm>. Acesso em: 18 mar. 2008.
20. Carta Régia de D. João VI. Arquivo Histórico Nacional. Seção Histórica. Rio de Janeiro. 1808. Disponível em: <http://www.historiacolonial.arquivonacional.gov.br/Media/Abertura%20dos%20portos.pdf>. Acesso em: 15 de agosto de 2008.
21. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil (de 16 de Julho de 1934). 1934. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao34.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao34.htm). Acesso em: 15 ago. 2008.
22. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição dos Estados Unidos do Brasil. De 18 de setembro de 1946. 1946. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao46.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao46.htm). Acesso em: 15 ago. 2008.
23. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição dos Estados Unidos do Brasil. Brasília, 05 de outubro de 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 15 ago. 2008.

## Bibliografia

- Brasil. Presidência da República. Lei Nº 8 080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). Brasília, D.O.U., de 20/9/90.
- CEPAL/SEGIB. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Secretaria-Geral Ibero-Americana. Migração Internacional na Ibero-América. In: \_\_\_\_\_. Espaços Ibero-americanos. Santiago (Chile): ONU/CEPAL/, 2006. p. 126-43.
- Dovlo, D. Migration of nurses from sub-Saharan Africa: a review of issues and challenges. **Health Serv Res.** v. 42, n. 3, Pt 2, p. 1373-88, Jun. 2007.
- Silva, R. C. de O. A.; Silva, O. A. A livre circulação de pessoas e trabalhadores e o processo de integração no MERCOSUL. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 7, n. 65, maio 2003. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=4013>. Acesso em: 22 jan. 2008.

# 4. Imigrantes no Brasil: o caso da enfermagem<sup>4</sup>

---

Ana Luiza Stiebler Vieira  
Carmen Lúcia Lupi Monteiro Garcia  
Carmem de Almeida da Silva

## Introdução

As considerações de que a migração de recursos humanos qualificados pode significar uma perda social e econômica para os países de origem e repercutir de forma importante nos mercados de trabalho dos países de destino, bem como a constatação de Pizarro (1) que assinala como determinante deste movimento de profissionais a maior oferta de empregos e salários por parte dos países economicamente mais desenvolvidos, e ainda, a perspectiva de mobilidade profissional no Mercosul (Brasil, Argentina, Uruguai e Paraguai), levou-nos a indagar sobre qual é o papel que o Brasil desempenha como país receptor de profissionais qualificados —ou mesmo para a qualificação profissional—, em particular, da área de enfermagem.

Segundo Portes (2, 3), a relação entre os diferentes níveis de determinação para a migração de mão-de-obra qualificada estaria dada por fatores estruturais que se impõem a processos mais específicos. Nessa perspectiva estrutural, o autor propôs a distinção de fatores determinantes em três níveis: primário ou internacional, secundário ou estrutural interno e terciário ou individual. Esta classificação também foi adotada por Pizarro (1), no estudo da migração intrarregional de mão-de-obra qualificada.

Os fatores do nível primário, que ocorrem no âmbito internacional, seriam as diferenças sócio-econômicas entre os países centrais e os dependentes. Dentro da América Latina, na análise de Pizarro (1) essas diferenças se expressam na existência de alguns países que atuam como “subcentros” e outros como “subdependentes” num marco de uma inserção econômica dependente no âmbito mundial. Deste modo, a migração de mão-de-obra qualificada está determinada, a nível primário ou internacional, pela presença de vantagens tais como o maior desenvolvimento sócio-econômico e melhores condições de vida.

Os fatores do nível secundário, que ocorrem no âmbito interno de cada país, seriam basicamente o desequilíbrio entre a capacidade de produzir recursos humanos qualificados e a capacidade de absorvê-los. Não se trata apenas de um superávit de recursos humanos qualificados (produzidos pela dinâmica do sistema educacional), mas principalmente das limitações do sistema produtivo para empregar esses recursos e, paradoxalmente, de reiterados déficits, em áreas de vital importância (como os serviços médicos, a investigação científica e tecnológica) para o desenvolvimento econômico e social de um país.

Os fatores do nível terciário seriam aqueles que ocorrem no âmbito individual; a decisão de emigrar dependeria assim da idade, do estado civil e dos encargos familiares, como também, dos estímulos oferecidos ao profissional, entre os quais se destacam o nível de remuneração e o acesso ao desenvolvimento profissional.

A migração de mão-de-obra qualificada num mercado específico de trabalho —ou de saúde— requer também a análise da dinâmica deste mercado. Segundo Katz e Miranda (4), o conjunto de fatores que caracteriza a dinâmica do mercado de trabalho em saúde seria a inter-relação da oferta de graduados com a natureza do modelo organizacional de saúde e os mecanismos de remuneração.

---

4. EM: REVISTA TEMAS EM SAÚDE, 2006; 06 (7): 11-20.

O primeiro conjunto de fatores se refere ao ritmo de crescimento da oferta de profissionais de saúde e sua localização geográfica. Assim, a oferta deve ser examinada através da composição quantitativa, da distribuição territorial, da forma de ingresso na graduação, da regulação e do controle do exercício profissional existente em cada sociedade, e ainda, através da disponibilidade de especialização para cada profissão de saúde. O segundo grupo de fatores que incide no mercado de trabalho em saúde e que caracteriza o lado da demanda, se refere a organização setorial —de natureza pública, privada ou mista que guarda estreita ligação com a oferta de empregos, níveis e formas de remuneração, configurando, portanto, a morfologia desse mercado específico de trabalho. Por último, o terceiro conjunto de fatores também relacionados à demanda, se vincula aos níveis e formas de remuneração no interior de cada modelo organizacional, o sistema por tempo ou salário mensal e o sistema por resultados. O conjunto destes três fatores, segundo os autores, interage na participação dos profissionais de saúde no mercado setorial.

Este conjunto de fatores entrelaça também com os dos níveis secundários e terciários apontados por Portes no tocante à migração de mão-de-obra qualificada, já que pressupõem também a análise da oferta e absorção dos profissionais, o nível de remuneração e o acesso ao desenvolvimento profissional.

Nestas perspectivas teóricas, e com o objetivo de analisar a imigração na área da enfermagem, pesquisamos desde a década de 70 até os dias atuais (agosto de 2005), os imigrantes no Brasil, em particular, os profissionais de enfermagem. O estudo, inédito no Brasil, propõe uma primeira aproximação deste conhecimento, e assim, caracteriza-se como descritivo e quantitativo. Os dados foram coletados no Conselho Federal de Enfermagem através dos registros definitivos dos profissionais, sem identificação nominal destes, e teve como variável de seleção a naturalidade ou o nascimento em países estrangeiros. Entre estes profissionais, distinguiu-se aqueles formados no exterior daqueles com formação profissional no Brasil. Tal diferença caracteriza o que denominamos, de imigração profissional e de imigração para a profissionalização. Ressaltamos que não necessariamente, os imigrantes que denominamos para a profissionalização, migraram com a exclusiva intenção para a formação profissional na área das enfermagem, mas sim, que ao imigrarem para o Brasil seja por quaisquer motivos (políticos, econômico, familiares, etc), demandaram a formação em enfermagem (graduação, técnico ou auxiliar). Embora estabelecida esta diferença, os mesmos determinantes teóricos para a imigração profissional apontados pelos referidos autores, auxiliam na análise do segundo tipo de imigração.

Desta forma, esperamos com este estudo contribuir para formulação de políticas de recursos humanos em saúde no país e subsidiar políticas e resoluções no Mercosul, através do conhecimento de demandas da enfermagem para o Brasil; de inserção no mercado de trabalho em saúde e no sistema formador, previamente à livre circulação de pessoas e profissionais nos países, conforme prevê o acordo entre o Brasil, Argentina, Uruguai e Paraguai. Além da riqueza que, do ponto de vista acadêmico, a análise desta dinâmica propicia, pretendemos ainda contribuir com as reflexões da enfermagem sobre a sua inserção no continente, produzindo um conhecimento sobre o qual existe, ainda, escassa produção científica, sobretudo dirigida às realidades latinoamericanas.

## Imigrantes na area da enfermagem

Na década de 90, como analisou Pizarro (1), prestava-se escassa atenção para a migração nos países em desenvolvimento. Neste sentido, o autor recomendou investigações dirigidas a estes países e a profissionais específicos, principalmente aqueles pertencentes ao setor de educação e saúde. Atualmente, diante de fortes sinais de migração de enfermeiros no mundo, primordialmente em direção aos países mais desenvolvidos (5), já faz parte da agenda da Organização Pan Americana de Saúde, focar o tema na América Latina.

Nesta direção, e não nos restringindo aos enfermeiros, apresentamos um panorama dos imigrantes no Brasil de recursos humanos de enfermagem e dos imigrantes demandantes para a profissionalização na área da enfermagem, sem entretanto, esgotar o tema migração no país, já que ainda não abordamos a emigração destes recursos.

Desta forma, considerando os profissionais de enfermagem ativos no Brasil até agosto de 2005 através dos registros definitivos nos Conselhos Regionais de todos os estados brasileiros, encontramos um total de 513 imigrantes. Conforme demonstra a tabela 4.1, deste total, 33,3% (171) são imigrantes profissionais e 66,7% (342) imigrantes que demandaram profissionalização na área da enfermagem.

Entre o total de imigrantes profissionais (171), os enfermeiros representam 53,8% (92), os técnicos 17,5% (30) e os auxiliares de enfermagem 28,7% (49). Estes imigrantes profissionais caracterizam-se por uma situação distinta da saída de outros segmentos da força de trabalho, já que significa a perda para o país de origem de recursos humanos de alto custo, ao mesmo tempo que pressiona no país de destino o mercado de trabalho.

Os imigrantes em geral, seja por motivos políticos, econômicos ou familiares, pressionam duplamente o país de destino, ou seja, o seu sistema formador e o seu mercado de trabalho. E entre estes, ou seja, os imigrantes que demandaram profissionalização (total de 342), 26,3% (90) se graduaram em enfermagem, 22,8% (78) se formaram como técnicos e 50,9% (174) como auxiliares de enfermagem (tabela 4.1).

**Tabela 4.1: Número de imigrantes profissionais e imigrantes para a profissionalização na área da enfermagem. Brasil – 2005**

<b>Categorias</b>	<b>Imigrantes Profissionais</b>	<b>Imigrantes p/ Profissionalização</b>	<b>Total</b>
<b>Enfermeiro</b>	92	90	182
<b>Técnico de Enfermagem</b>	30	78	108
<b>Auxiliar de Enfermagem</b>	49	174	223
<b>Total</b>	<b>171</b>	<b>342</b>	<b>513</b>

Fonte: Cofen, 2005 (6).

Do ponto de vista quantitativo na realidade da enfermagem no Brasil, à primeira vista pode-se concluir que estas duas imigrações não causam impacto na força de trabalho da enfermagem, no sistema educativo e no mercado de trabalho de saúde considerando o total de 822 721 recursos humanos de enfermagem registrados no país até agosto de 2005 (sendo 113 801 enfermeiros, 212 650 técnicos e 496 270 auxiliares) (7). Um sistema formador que em 2003 ofertava 334 cursos de graduação (8, 9), 818 cursos de nível técnico (10), uma oferta maior ainda para formação auxiliar de enfermagem; e além disso, que parte do mercado de trabalho em saúde, ofertando em 2002, 88 952 empregos para enfermeiros, 82 627 para técnicos e 389 277 para auxiliares de enfermagem (11).

Entretanto, os imigrantes elegem como preferência de destino, a região brasileira mais desenvolvida onde se concentra a equipe de enfermagem e as ofertas do sistema formador e do mercado de trabalho em saúde, especialmente em São Paulo, correspondente ao estado economicamente mais desenvolvido. Para esta região, se dirigiram 68,0% (349) do total dos imigrantes e para o estado de São Paulo, 55,2% (283) (tabela 4.2).

Na região Sudeste é onde se concentra o 52,8% dos recursos humanos da enfermagem brasileira, 53,3% dos cursos de graduação em enfermagem, 52,4% dos cursos técnicos e 67,8% do total dos postos de trabalho para a enfermagem no país. E em São Paulo, principal estado de destino dos imigrantes entre os vinte e sete do país, estão localizados 25,9% do total dos enfermeiros brasileiros, 12,5% dos técnicos, 31,7% dos auxiliares; concentrados também 26,6% do total da oferta de cursos de graduação em enfermagem. Ainda, é onde se oferta 26,3% do total dos empregos para a enfermagem, ou 24,7% do total dos empregos formais dos enfermeiros no país, 18,2% destes empregos dos técnicos e 28,4% dos postos de trabalho formais dos auxiliares de enfermagem (7-11).

Desta forma, a concentração dos dois tipos de imigrantes na região Sudeste, especialmente no estado de São Paulo, leva-nos a ponderar que os imigrantes não deixam de exercer pressão no sistema formador e no mercado de trabalho, e corroboram, ainda mais, com a concentração geográfica da força de trabal-



ho da enfermagem no país. Principalmente tendo em vista o crescimento de egressos da graduação em enfermagem nos últimos anos no Brasil (em 2000, de 5522 para 11 252 em 2003), concentrados também na região Sudeste (em 2000, de 2.973 para 6.323 em 2003) e no estado de São Paulo (em 2000, de 1856 para 4208 em 2003) (9), os quais, por si só, já exercem forte demanda concentrada nos mercados de trabalho regional e estadual.

Na tabela 4.2, pode-se evidenciar a preferência de destino dos imigrantes profissionais e dos imigrantes que demandaram profissionalização, através das suas distribuições nas regiões e estados brasileiros.

**Tabela 4.2: Imigrantes profissionais e para profissionalização na área de enfermagem segundo unidades da federação. Brasil - 2005**

Brasil e Grandes Regiões	Total	Enfermeiros		Técnico de Enfermagem		Auxiliar de Enfermagem	
		Imig. Prof	Imig p/ Prof.	Imig. Prof	Imig p/ Prof.	Imig.Prof	Imig p/ Prof.
<b>Brasil</b>	513	92	90	30	78	49	174
<b>Norte</b>	65	39	10	3	9	1	3
Rondônia	5	3	-	-	-	1	1
Acre	8	-	8	-	-	-	-
Amazonas	42	31	2	3	6	-	-
Roraima	5	4	-	-	-	-	1
Pará	4	1	-	-	2	-	1
Amapá	-	-	-	-	-	-	-
Tocantins	1	-	-	-	1	-	-
<b>Nordeste</b>	25	8	7	3	2	1	4
Maranhão	-	-	-	-	-	-	-
Piauí	1	1	-	-	-	-	-
Ceará	8	1	3	1	1	-	2
Rio Grande do Norte	1	1	-	-	-	-	-
Paraíba	2	1	-	1	-	-	-
Pernambuco	3	2	-	-	-	-	1
Alagoas	3	-	2	-	1	-	-
Sergipe	1	-	-	-	-	-	1
Bahia	6	2	2	1	-	1	-
<b>Sudeste</b>	349	30	62	20	48	43	146
Minas Gerais	9	3	2	1	1	-	2
Espírito Santo	3	1	-	-	1	1	-
Rio de Janeiro	54	6	9	2	13	3	21
São Paulo	283	20	51	17	33	39	123
<b>Sul</b>	54	6	10	3	16	1	18
Paraná	31	3	7	1	6	1	13
Santa Catarina	1	-	-	-	-	-	1
Rio Grande do Sul	22	3	3	2	10	-	4
<b>Centro- Oeste</b>	20	9	1	1	3	3	3
Mato Grosso do Sul	6	-	-	1	-	3	2
Mato Grosso	1	1	-	-	-	-	-
Goiás	7	4	1	-	1	-	1
Distrito Federal	6	4	-	-	2	-	-

Fonte: Cofen, 2005 (6).

Evidencia-se portanto, que entre o total dos imigrantes, 68,0% se destinaram para a região Sudeste, 12,7% para a Norte, 10,5% para a Sul, 4,9% para a Nordeste e 3,9% para a Centro-Oeste. Os imigrantes profissionais concentraram-se em 54,4% na região Sudeste, e praticamente toda a sua outra metade está distribuída nas outras quatro regiões: em 25,2% na Norte, 7,6% na Centro-Oeste, 7,0% na Nordeste e 5,8% na Sul. Por sua vez, os imigrantes para a profissionalização se dirigiram em 74,9% para a região Sudeste, 12,9% para a Sul, 6,4% para a Norte, 3,8% para a Nordeste e 2,0% para a Centro-Oeste.

Como apontado, o estado de São Paulo constitui o destino de preferência da totalidade dos dois tipos de imigrantes como também para as três profissões, à exceção dos enfermeiros imigrantes profissionais. Assim, chama a atenção os 39 enfermeiros imigrantes na região Norte, maior do que aqueles da região Sudeste (30), principalmente observando que 31 imigrantes enfermeiros da região Norte se dirigiram para o estado do Amazonas. Se acaso trata-se de imigração recente, tal dado sugere a atração do mercado de trabalho em Manaus, no qual foram criadas três cooperativas exclusivas de enfermeiros para a assistência de enfermagem em hospitais públicos, preferencialmente em serviços de alto risco, como uma política do estado do Amazonas a partir dos anos 90. Esta política atualmente está sendo revista com a aprovação e implementação de concursos públicos para provimento de enfermeiros em hospitais públicos em substituição aos cooperativados, os quais garantem remunerações mensais bem mais elevadas do que os contratados formalmente pelas instituições de saúde. Segundo Trindade (12), os rendimentos dos enfermeiros cooperativados de Manaus chegavam até R\$ 12 000,00 mensais, e atraíram enfermeiros de diversos estados brasileiros, promovendo uma migração interna de 108 enfermeiros e a atração de 8 estrangeiros (7 Peruanos e 1 Português).

Interessante é verificar os países de origem dos dois tipos de imigrantes nas regiões e estados do país. Conforme demonstra a tabela 4.3, a grande maioria destes na região Norte é oriunda do Perú, tanto entre os imigrantes profissionais (30 peruanos entre 43 imigrantes) quanto entre os imigrantes para a profissionalização (12 peruanos entre 22 imigrantes). Nesta região, os imigrantes profissionais peruanos se dirigiram essencialmente para o estado do Amazonas (27 entre 30 peruanos), e os imigrantes para profissionalização peruanos, para o estado do Acre (8 entre 12 peruanos).

Na região Nordeste, há dispersão em relação aos países de origem dos dois tipos de imigrantes; mas nesta distribuição, chama a atenção a presença de portugueses entre os imigrantes para a profissionalização, assim como o fato de que apenas dois estados da região foram os principais destinos dos imigrantes (4 imigrantes profissionais na Bahia entre 12 na região e 6 imigrantes para profissionalização no Ceará, entre o total de 13 na região).

Na região Sudeste, considerando os dois tipos de imigrantes, a grande maioria é de origem portuguesa e chilena. Entre os imigrantes profissionais, sobressaem os portugueses seguidos dos chilenos, peruanos e argentinos, os quais maioritariamente estão no estado de São Paulo (15 portugueses entre o seu total de 19, 12 chilenos entre o seu total de 15, 11 peruanos entre o seu total de 13 e 9 argentinos entre o seu total de 10). E entre os imigrantes para profissionalização, sobressaem os portugueses seguidos dos chilenos, argentinos, bolivianos e peruanos também concentrados no estado de São Paulo (53 portugueses entre o seu total de 76, 48 chilenos entre o seu total de 53, 24 bolivianos entre o seu total de 18 e a totalidade dos peruanos).

Na região Sul, entre todos os imigrantes, se destacam os uruguaios, principalmente entre aqueles para profissionalização. Se os países de origem são dispersos entre os imigrantes profissionais, entre o segundo tipo de imigrantes, destacam-se os uruguaios, seguidos dos chilenos, portugueses e dos norte-americanos. Vale ressaltar que entre o total de imigrantes profissionais da região Sul (10), metade se dirigiu para o estado do Paraná e a outra metade para o estado do Rio Grande do Sul; e entre os imigrantes para profissionalização (44), quase a sua totalidade (43), se dirigiu para o estado do Paraná (26) e para o Rio Grande do Sul (17). Assim como na região Nordeste, na Centro-Oeste os imigrantes são dispersos em relação aos países de origem, destacando-se a origem latina entre os imigrantes profissionais e a concentração, dos dois tipos de imigrantes, no estado de Goiás e no Distrito Federal (7 no DF e 6 em GO).

Tabela 4.3: Países de origem dos imigrantes profissionais e dos imigrantes para a profissionalização na área de enfermagem segundo regiões brasileiras. Brasil – 2005

Regiões Brasileiras	Imigrantes Profissionais			Imigrantes p/ Profissionalização			Total
	Total	Países	Nº	Total	Países	Nº	
Norte	43	Perú	30	22	Perú	12	65
		Bolívia	2		Espanha	2	
		Argentina	2		Portugal	1	
		Polônia	1		França	1	
		Alemanha	1		El Salvador	1	
		França	1		Venezuela	1	
		Portugual	1		Bahamas	1	
		Espanha	1		Argentina	1	
		Canadá	1		Bolívia	1	
		EUA	1		Paraguay	1	
		Quênia	1				
		Cuba	1				
		Nordeste	12		Suíça	2	
Cuba	2			Itália	2		
Alemanha	1			França	1		
Itália	1			EUA	1		
Espanha	1			Argentina	1		
EUA	1			Chile	1		
Jordânia	1			Perú	1		
Colômbia	1			Cuba	1		
Chile	1						
Quênia	1						
Sudeste	93	Portugal	19	256	Portugal	76	349
		Chile	15		Chile	53	
		Perú	13		Argentina	29	
		Argentina	10		Bolívia	18	
		Itália	5		Perú	11	
		Angola	5		Uruguai	9	
		Bolívia	4		Espanha	9	
		Colômbia	4		Itália	9	
		Outros países (em 14 países)	18		Angola	8	
					Outros países (em 23 países)	34	
Sul	10	Uruguai	3	44	Uruguai	11	54
		Polônia	2		Chile	8	
		Alemanha	1		Portugal	4	
		Índia	1		EUA	4	
		Equador	1		Alemanha	3	
		Chile	1		Argentina	3	
		Bolívia	1		Angola	3	
					Outros países (em 7 países)	8	

Continuação ...

Continuação Tabela 4.3...

Regiões Brasileiras	Imigrantes Profissionais			Imigrantes p/ Profissionalização			Total
	Total	Países	Nº	Total	Países	Nº	
C.Oeste	13	Perú	4	7	Reino Unido	1	20
		Cuba	2		Áustria	1	
		Argentina	2		Alemanha	1	
		Bolívia	2		Chile	1	
		Uruguai	1		Perú	1	
		Portugal	1		Colômbia	1	
		Angola	1		Angola	1	
<b>Total</b>	<b>171</b>			<b>342</b>			<b>513</b>

Fonte: Cofen, 2005 (6).

Localizando especificamente os enfermeiros imigrantes quanto aos seus países de origem, verifica-se na tabela 4.4, que os peruanos constituem a grande maioria, ou seja, 41 peruanos entre o total de 92 imigrantes. São seguidos, embora com menor participação que os peruanos, os enfermeiros imigrantes oriundos de Cuba (6), Chile (6), Colômbia (5), Argentina (4), Uruguai (4) e Bolívia (4).

Por sua vez, os imigrantes que demandaram a formação graduada em enfermagem (90) são oriundos principalmente de Portugal (19), Chile (12), Perú (11), Argentina (8) e Bolívia (6).

**Tabela 4.4: Países de origem dos enfermeiros imigrantes e dos imigrantes para a graduação em enfermagem. Brasil – 2005**

Países de Origem	Enfermeiros Imigrantes	Imigrantes p/ a Graduação em Enfermagem
Áustria	-	1
Polônia	1	-
Alemanha	2	3
França	2	2
Itália	2	4
Portugal	3	19
Espanha	2	3
Suíça	1	-
Canadá	1	-
EUA	2	4
Rússia	1	1
China	-	1
Japão	1	3
Palestina	-	1
Índia	1	-
Malásia	1	-
México	-	1
Cuba	6	-
Filipinas	-	1
El Salvador	-	1
Costa Rica	-	1

Continuação ...

Continuação Tabela 4.4...

Países de Origem	Enfermeiros Imigrantes	Imigrantes p/ a Graduação em Enfermagem
Angola	-	2
Quênia	1	-
Guiné – Bissau	1	1
Perú	41	11
Chile	6	12
Argentina	4	8
Uruguai	4	1
Paraguai	-	2
Bolívia	4	6
Colômbia	5	-
Venezuela	-	1
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>90</b>

Fonte: Cofen, 2005 (6).

Visualizando particularmente os imigrantes profissionais técnicos de enfermagem (30), as origens mais freqüentes foram dos peruanos (5), portugueses (4), poloneses (4) e chilenos (3); e entre os imigrantes profissionais auxiliares de enfermagem (49), destacam-se os de origem portuguesa (14) seguidos dos chilenos (8), argentinos (8) e angolanos (6) (tabela 4.5).

Na imigração para profissionalização, na formação técnica em enfermagem, nota-se que entre o total destes (78), são mais freqüentes aqueles de origem portuguesa (16) e chilena (15) seguidos dos argentinos (7) e uruguaios (7), e dos peruanos (5), angolanos (5) e bolivianos (5). Como imigrantes demandantes para a formação auxiliar em enfermagem, entre o seu total (174), destacam-se os de origem portuguesa (51), seguidos dos chilenos (36), e em outra escala, pelos argentinos (19), uruguaios (12) e peruanos (10) (tabela 4.5).

Tabela 4.5: Países de origem dos imigrantes técnicos e auxiliares de enfermagem e dos imigrantes para estas formações. Brasil – 2005

Categorias	Imigrantes Profissionais		Imigrantes p/ Profissionalização		Total	
	Países de Origem	Total	Técnico Enfermagem	Auxiliar Enfermagem		Técnico Enfermagem
Polônia	4	4	-	-	1	1
Alemanha	1	-	-	1	4	5
França	-	1	-	-	1	1
Itália	4	1	3	2	6	8
Portugal	18	4	14	16	51	67
Espanha	1	-	1	4	4	8
Suíça	2	2	-	1	-	1
Holanda	2	1	1	-	1	1
Reino Unido	-	-	-	1	1	2
EUA	-	-	-	1	1	2
Austrália	-	-	-	-	1	1
China	-	-	-	-	3	3
Japão	-	-	-	-	3	3
Ira	1	-	1	-	-	-

Continuação ...

Continuação Tabela 4.5...

Categorias	Países de Origem	Imigrantes Profissionais		Imigrantes p/ Profissionalização		Total
		Técnico Enfermagem	Auxiliar Enfermagem	Técnico Enfermagem	Auxiliar Enfermagem	
Jordânia	1	1	-	-	-	-
Líbano	-	-	-	1	-	1
Índia	1	1	-	-	-	-
Coréia do Norte	-	-	-	-	1	1
Nicaragua	1	-	1	-	-	-
Cuba	2	2	-	1	-	1
Bahamas	-	-	-	1	-	1
El Salvador	-	-	-	1	-	1
Angola	6	-	6	5	5	10
Quênia	1	-	1	-	1	1
África do Sul	-	-	-	1	-	1
Perú	6	5	1	5	10	15
Chile	11	3	8	15	36	51
Argentina	10	2	8	7	19	26
Uruguai	-	-	-	7	12	19
Paraguai	1	-	1	2	2	4
Bolívia	5	2	3	5	8	13
Colômbia	-	-	-	-	1	1
Venezuela	-	-	-	-	2	2
Equador	1	1	-	1	-	1
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>30</b>	<b>49</b>	<b>78</b>	<b>174</b>	<b>252</b>

Cofen, 2005.

Tendo em vista o panorama da imigração para o Brasil na área da enfermagem, podemos refletir sobre algumas questões. Inicialmente, que os migrantes dos países do Mercosul (Argentina, Uruguai e Paraguai), não são quantitativamente importantes no quadro da imigração profissional das três categorias da enfermagem, especialmente na migração de enfermeiros destes países (total de 8, sendo 4 argentinos e 4 uruguayos entre o total de 92 enfermeiros imigrantes) (tabela 4.4). Tais dados confirmam a hipótese de Vieira (13), a qual, analisando no doutorado a dinâmica dos fatores sugeridos teoricamente por Portes (2, 3), Katz e Miranda (4), que concorreriam para a mobilidade de uma mão-de-obra qualificada, defendeu a tese de que esta mobilidade se configuraria como um fenômeno bastante limitado, pois a dinâmica dos fatores permitiu evidenciar, que não há uma tendência significativa da força de trabalho dos enfermeiros para uma migração regional, em qualquer direção, entre os países do Mercosul.

Quando olhamos a imigração para a profissionalização, somente para as formações técnica e especialmente para a auxiliar de enfermagem (tabela 4.5), os imigrantes dos países do Mercosul se fazem mais presentes; mas, assim mesmo, em 19,4% (49) num total de 252 imigrantes (16 entre o total de 78 para formação técnica e 33 entre o total de 174 para a formação auxiliar de enfermagem).

Chama a atenção na imigração profissional dos enfermeiros, a significativa presença dos peruanos. Tal fato, sugere que o Brasil atua como um país central, ou mais desenvolvido, e assim, com melhores perspectivas de mercado de trabalho do que o país de origem; que a imigração também pode ser política, tendo em vista a história política do Perú; e que também este fluxo migratório pode ter sido iniciado por alguns imigrantes, os quais incentivaram outros; ou mesmo, que esta imigração de Peruanos constitua a conjunção destes fatores.

No quadro geral dos imigrantes profissionais, especificamente dos técnicos e dos auxiliares de enfermagem, chama a atenção a presença dos portugueses (tabela 4.5). Assim como para a profissionalização nas três formações, os portugueses, e ainda os chilenos (tabelas 4.4 e 4.5).

Como os portugueses são os mais presentes entre os dois tipos de imigração, exceto na imigração profissional dos enfermeiros, tal fato sugere a tendência de fluxo histórico da imigração geral destes no Brasil, país que atua mundialmente, como o maior receptor de imigrantes portugueses. Em relação aos chilenos, os mesmos pressupostos apontados para o caso dos peruanos podem estar presentes, atuando como fatores de atração para a sua migração.

Mas, em todo o panorama das duas imigrações, embora haja a presença de imigrantes originários de uma grande diversidade de países, o que se destaca é a proximidade dos idiomas, o que pode atuar, aliado a outros fatores, como estímulo ou facilitador para imigração. Assim, de forma significativa, podemos dizer que são os principais imigrantes nos dois tipos de migração, os portugueses, os chilenos e os peruanos, os quais, juntos, representam 50,7% (260) do total de 513 imigrantes (sendo 20,9% de portugueses, 15,6% de chilenos e 14,2% de peruanos). Corroborando com a proximidade do idioma como fator facilitador e coadjuvante para a decisão de migrar, seguidos destes três países de origem, mas em outra escala de frequência, são mais presentes, também nas duas imigrações, os Argentinos (9,4%), os Bolivianos (5,5%), os Uruguaios (4,7%) e os Angolanos (3,5%).

Os dados do panorama geral sugerem ainda que na América Latina, o Brasil representa um país central para a migração regional, mas precisamente entre aqueles que optam pela mobilidade no continente, dado que seu mercado de trabalho em saúde, de longe, é mais amplo do que aqueles da região, além da maior composição da sua força de trabalho em enfermagem (5, 9, 13). Mas, o que se tem na verdade verificado atualmente, são sinais de fluxos migratórios dos enfermeiros latinoamericanos para os países mais desenvolvidos, como os da Europa, para o Canadá e para os EUA, como constitui o caso dos uruguaios para a Suíça na década de 90 (13), cerca de 300 uruguaios somente entre 2003 a 2005 para a Itália (9), e também de uruguaios para a Espanha, Canadá e EUA; argentinos para a Itália, Canadá, EUA e Austrália; paraguaios para a Espanha, Itália e outros países europeus; e peruanos para a Itália (5). Assim como os sinais de enfermeiros que migram do México, da Costa Rica, de Porto Rico e do Panamá, principalmente para os EUA (5). Vale ressaltar que nestes casos apontados a saída dos enfermeiros, o que significa de fato, a perda importante para os países de origem, considerando a capacidade limitada de formação de recursos humanos (a exemplos, o Uruguai e o Paraguai, que segundo Vieira et al. (9), em 2005 só dispunham respectivamente, de 2923 e 2310 enfermeiros), em comparação com a dinâmica do Brasil, que, como referido, a partir de 2003, forma mais de 11 000 enfermeiros anuais, e mais ainda, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Assim como o Brasil atua entre os imigrantes regionais latinoamericanos como central e mais desenvolvido economicamente, os sinais de fluxos migratórios dos enfermeiros que indicam a direção de preferência, para países mais desenvolvidos do que os de origem, caracterizam a migração de nível primário ou internacional de acordo com a classificação sugerida por Portes (2, 3) e de seu entrelaçamento com os fatores secundários e terciários relacionados à demanda do mercado de trabalho (oferta de emprego e níveis de remuneração), teoricamente indicados por Katz e Miranda (4).

Importante também é destacar que embora a grande maioria dos imigrantes no Brasil tenha a proximidade do idioma como facilitador para a migração, os dados do panorama dos imigrantes demonstram uma grande diversidade destes em relação aos países de origem, que se caracteriza pelas diferenças e distâncias culturais e de idiomas.

Visualizando este fato, assim como os sinais apontados por Malvárez & Castrillón (5), nos quais a diferença de idioma não constituiu obstáculo para a migração e, diante também da necessidade, já conhecida atualmente, de recursos humanos de enfermagem em diferentes países do mundo, hodiernamente no mundo globalizado; parafraseando Otávio Ianni (14), podemos indicar a enfermagem, em especial os enfermeiros, como “cidadãos do mundo”.

## Considerações finais

Tendo em vista o panorama dos imigrantes no Brasil na área da enfermagem, algumas perguntas merecem ainda ser respondidas. Para uma análise mais acurada dessa imigração, torna-se importante conhecer, junto aos profissionais e entre outras questões, a sua história como migrante, os motivos de sua mobilidade, os fatores que mais influenciaram na decisão de migrar, a época, o contexto do país de origem, para assim evidenciarmos os dois tipos de imigrantes no Brasil, numa perspectiva qualitativa e teoricamente mais evidenciada.

Por outro lado, visualizando sinais de saída de profissionais de enfermagem, especialmente de enfermeiros em direção a países mais desenvolvidos, preferencialmente para os europeus, e ainda para o Canadá e os EUA, resta-nos conhecer também a dinâmica da emigração dos recursos humanos de enfermagem do Brasil e suas implicações. Considerando a alta e crescente capacidade de formação de profissionais de enfermagem, a nosso ver, o Brasil, atualmente pode ser referido como “celeiro” de recursos humanos de enfermagem.

## Referências

1. Pizarro J M 1993. Migración intrarregional de mano de obra calificada. Revista de la Cepal. N° 50. Agosto.
2. Portes A 1977. Los determinantes de la emigración profesional. Revista Paraguaya de Sociología. Año 14 N°39/40.
3. Portes A 1981. Modess of Strutural Incorporation and Present Theories of Labor Migration. In: Kritz, Keely & Tomasi (orgs.). Global Trends in Migration: theory and earch on international population movements. Center for Migration Studies.
4. Katz JM & Miranda EM 1994. Mercados de Salud: morfología, comportamiento y regulación. Revista de la Cepal. N° 54. Diciembre.
5. Malvárez SM & Castrillón MC 2005. Overview of the Nursing Workforce in Latin América. The Global Nursing Review Initiative. OPS, Issue 6.
6. Cofen 2005. Registro dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro.
7. Cofen 2005a. Estatísticas. Disponível em <http://www.portalcofen.gov.br> Acessado em 12 de agosto de 2005.
8. Vieira ALS & Amâncio Filho A 2005. Dinâmica das Graduações em Saúde no Brasil, 1995 a 2003: subsídios para uma política de Recursos Humanos. Rio de Janeiro. (No Prelo).
9. Vieira ALS, Amâncio Filho A & Garcia ACP 2005a. Os Enfermeiros no Mercosul: recursos humanos, regulação e formação profissional comparada. Relatório Parcial de Pesquisa. Estação de Trabalho Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde/ROREHS.
10. Vieira ALS, Rego S & Amâncio Filho A 2005. Formação de Profissionais em Saúde. In: MH Machado (org.). Trabalhadores em Números 2. MS (No Prelo).
11. IBGE 2002. Pesquisa Assistência Médica Sanitária. IBGE, Rio de Janeiro.
12. Trindade GS 2003. Os Enfermeiros Cooperativados de Manaus. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, FIOCRUZ, Rio de Janeiro.



13. Vieira ALS 1998. Os Enfermeiros nos Países do Mercosul: estudo comparado da (i) mobilidade profissional no mercado de trabalho em saúde. Tese de doutorado. Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
14. Ianni O 1995. A Sociedade Global. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro.

# 5. Chile

---

**Luz Angélica Muñoz González**  
**Alicia Reyes Vidal**

Colaboradores:

**Eduardo M. Mandiola Muñoz**  
**Cristián Reyes Reyes**  
**Yocelyn Price**

## Introducción

El concepto de migración internacional comprende un amplio abanico de movimientos de población, las razones de esos movimientos y la condición jurídica de los migrantes que determina por cuanto tiempo pueden permanecer en un país de acogida y en que condiciones. Comprende los trabajadores migratorios temporales, los inmigrantes permanentes, los refugiados y los solicitantes de asilo, pero no incluye al movimiento cada vez mayor de irregulares o indocumentados que caracterizan la migración mundial (1).

Actualmente Chile es un país de destino de los inmigrantes, ya que en el censo del año 2002 el número de inmigrantes residentes era de 185 000 (2). Más del 50% provenía de América del Sur, siendo los argentinos y peruanos quienes lideraban la cifra. Estos últimos alcanzan hoy a 60 000 personas que residen legalmente y se desconoce la cantidad de personas que están ilegalmente en el país. Los peruanos forman el nuevo grupo social de Chile y llegan impulsados por el sueño de encontrar nuevos horizontes económicos demostrando ser una comunidad cohesionada que mantiene sus tradiciones culturales y no han cortado sus lazos con su tierra de origen. Por ello, se han constituido en una clase social por sí misma y al igual que todos los inmigrantes modernos, ellos construyen sus propias redes y códigos (3).

Cabe señalar que este es un comportamiento normal de todos los grupos migrantes en su proceso inicial.

Desde el momento mismo de la independencia se manifestó en Chile, el interés por la inmigración extranjera, sin embargo solo a mediados del siglo XIX fructificó un proyecto que se concentró específicamente en alemanes.

Factores políticos internos y falta de recursos impidieron que se plasmaran los diversos proyectos elaborados, a partir de esta etapa. En 1845, el Estado inicia una acción para atraer familias fundamentalmente alemanas, en las provincias de Valdivia y Llanquihue.

Este flujo migratorio se mantuvo a un ritmo mesurado pero latente hasta comienzos de la década de 1870 y ya en 1872 habían llegado 3.491 colonos europeos. Esta corriente migratoria, obedeció más que a una política institucional al trabajo personal y convicciones de sus pioneros Vicente Pérez Rosales y Rodolfo A. Philippi (4).

Posteriormente se observa una marcada migración de generaciones en el norte del país como la china en Antofagasta y los croatas en el sur, Punta Arenas.

En años recientes, junto a la migración de retorno, en Chile se aprecia una inmigración de personas originarias de otros países de América Latina (5).

Actualmente desde la década de los noventa, nuestro país aumentó su inserción en el mundo globalizado con los modelos económicos internacionales, fomento de las exportaciones, acuerdos internacionales de integración, exhibiendo a través de indicadores una sustantiva mejoría en su desarrollo.

La información existente en el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) y el Proyecto IMILA (Investigación de la Migración Internacional en Latinoamérica) frente a este contexto, si bien reúne datos recabados por los censos nacionales, que cuantifica y caracteriza a los migrantes, adolece de restricciones, ya que no permite identificar con claridad a los flujos de migrantes, ni a los migrantes indocumentados, ni a los que se desplazan temporalmente (6).

## Objetivos

- Precisar la magnitud de la migración internacional de enfermeras en Chile
- Identificar las características de la migración de enfermeras en Chile
- Describir los procesos sociales, profesionales y laborales vinculados a la migración de enfermeras en Chile.
- Describir las políticas y legislación de migraciones en Chile.

## Metodología

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, utilizando un enfoque combinado de técnicas cuantitativas y cualitativas. Para la recolección de la información se utilizaron fuentes primarias y secundarias. Los datos relativos a la magnitud de la inmigración de enfermeras se obtuvieron de fuentes secundarias: Ministerio de Salud, Universidad de Chile Colegios de Enfermeras AG, Ministerio de Relaciones Exteriores y análisis de fuentes documentales oficiales del Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud OPS/OMS, Declaraciones de principios migratorios del MERCOSUR y otros.

Los datos relativos a la caracterización de la magnitud de la migración de enfermería de fuentes primarias: la información primaria de carácter cuantitativo se obtuvo de la aplicación de un cuestionario auto administrado a 24 enfermeras inmigrantes. El instrumento fue validado por expertos, de tipo estructurado, conformado por 50 preguntas, previo consentimiento informado de las participantes. Las preguntas del instrumento permitieron medir: características demográficas y sociales de las enfermeras y características profesionales y laborales. Las variables consideradas en las características demográficas y sociales, incluyeron aspectos migratorios y familiares. Las variables consideradas en las características profesionales y laborales fueron: escolaridad, estudios superiores, estabilidad laboral, valoración de su trabajo y vida asociativa. Esta información fue codificada y analizada estadísticamente mediante el programa SPSS. La información cualitativa relacionada con motivos de impacto se recogió por medio de grupos focales.

## Contexto

### *Contexto demográfico y epidemiológico del país*

Chile tiene una población de 16 432 674 habitantes. La esperanza de vida en ambos sexos es de 78,45 años en promedio, en el hombre es de 75,4 siendo mayor en la mujer 81,4 años. La concentración rural de la población corresponde a un 13,1%. En los indicadores de salud nuestro país exhibe altas tasas de inmunización BCG un 95,1% DPT (3ª dosis) 91,4% Sarampión (12 meses), 89,7%.

### Cuadro 5.1: Indicadores demográficos 2006

	Chile	América Latina
<b>Población total</b>	16 465 674	568 861 000
<b>Tasa media natalidad (1000 hab.)</b>	15,2	20,3
<b>Media anual de nacimiento (miles)</b>	251,0	11 673,5
<b>Tasa media mortalidad (1000 hab.)</b>	5,3	6,0
<b>Media anual defunciones (miles)</b>	87,4	3447,9
<b>Crecimiento demográfico anual (%)</b>	1,0	1,3
<b>Tasa global fecundidad /hijos/mujeres</b>	2,0	2,4
<b>Población urbana (%)</b>	87,9	77,5
<b>Razón de dependencia (100 hab.)</b>	78,5	55,9
<b>Esperanza de vida al nacer (total años)</b>	78,4	72,5
<b>Esperanza de vida al nacer (hombres)</b>	75,4	69,4
<b>Esperanza de vida al nacer (mujeres)</b>	81,4	75,7

Fuente: Situación de Salud en las Américas Indicadores Básicos OPS/OMS 2006

### Cuadro 5.2: Indicadores socioeconómicos 2006

	Chile	América Latina
<b>Población alfabetizada (15 años y +) %</b>	96,6	90,5
<b>Disponibilidad de calorías kcal/por/día</b>	2872,0	2891,0
<b>Ingreso nacional bruto (US\$ per cápita) 2004</b>		
<b>Valor corriente</b>	5220	3.666
<b>Valor ppa</b>	7867	10 610
<b>Crecimiento medio anual del PBI % 2003-2004</b>	6,1	5,5
<b>Población bajo la línea internacional de la pobreza %</b>	2,0	Sin datos

Fuente: Situación de Salud en las Américas Indicadores Básicos OPS/OMS 2006

Chile se caracteriza por tener una alta alfabetización. Otro aspecto a destacar es el ingreso per cápita equivalente a US\$ 10 610.

### Cuadro 5.3: Indicadores de mortalidad 2006

	Chile	América Latina
<b>Razón de mortalidad 2004</b>		
<b>Materna (100 000 nv)</b>	17,3	91,3
<b>Tasa de mortalidad infantil 1000 nv</b>	8,4	23,9
<b>Mortalidad en &lt; 5 años (1000 nv)</b>	9,1	32,1
<b>Defunciones registradas en &lt; 5 años 2003</b>		
<b>por EDA</b>	7,0	5,1
<b>por IRA</b>	4,7	8,7
<b>Tasa de mortalidad general (todas las causas) - 100 000 hab. 2000-2004</b>		
<b>Estimada</b>	518,7	594,0
<b>Ajustada</b>	505,5	692,2

Continúa en la siguiente página...

<i>Continuación del Cuadro 5.3...</i>	<b>Chile</b>	<b>América Latina</b>
<b>Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles - 100 000 hab. 2000-2004</b>		
<b>Estimada</b>	38,3	64,0
<b>Ajustada</b>	37,4	76,7
<b>Tasa de mortalidad por neoplasias malignas - 100 000 hab. 2000-2004</b>		
<b>Estimada</b>	124,9	92
<b>Ajustada</b>	120,4	106,4
<b>Tasa de mortalidad por enfermedad sistema circulatorio</b>		
<b>Estimada</b>	150,3	172,2
<b>Ajustada</b>	143,5	199,8

Fuente: Situación de Salud en las Américas Indicadores Básicos OPS/OMS 2006

En el concierto latinoamericano Chile es uno de los países con menores tasas de mortalidad materna, 17,3 por cien mil nacidos vivos y mortalidad infantil de 8,4 por 1000 nacidos vivos. Sin embargo también tiene una de las tasa más altas de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente en mortalidad por neoplasias malignas.

### *Contexto de formación de recursos humanos en enfermería*

En relación a la formación de personal de salud en América Latina en estudios auspiciados por OPS y ALADEFE, es estima que en 1980 el 52% de los programas estaban vinculados a universidades y el 47% a otras instituciones (Ministerio de Educación 21%, Ministerio de Salud 19% y otros 7%), tendencia que ha ido en aumento y que según los datos reportados por Castrillón (2004), los programas vinculados a universidades aumentan 55,1% (7).

En nuestro país, la formación profesional en enfermería corresponde a las universidades tradicionales y a las universidades privadas. Según el Consejo Superior, del Ministerio de Educación, podemos señalar que 29 universidades imparten Programas de formación de pregrado conducentes al grado de licenciado en enfermería y título profesional Enfermera(o), con una duración de 5 años.

De estas 29 universidades que otorgan el título de enfermera 16 pertenecen al Consejo de Rectores, es decir, al ámbito público y 13 universidades pertenecen al ámbito privado. El incremento de matrículas ofrecidas desde el año 2001 con 1278 vacantes hasta el año 2006 con un incremento de 313% y un total de estudiantes se ha incrementado desde el año 2001 (5604 estudiantes) en un 418% al año 2006 (13 389 estudiantes).

Los egresos el año 2005 fueron de 961 licenciados en enfermería, y se espera un promedio anual de egresos durante el próximo quinquenio de 1985 licenciados (tasa ajustada por deserción), considerando un 18% a un 20% de deserción.

En nuestro país actualmente existen tres niveles de formación de recursos humanos en enfermería.

- Las licenciadas en enfermería, programa impartido exclusivamente por Universidades, con una duración de 5 años.
- El técnico de nivel superior en enfermería con programas de formación con un total de horas que varía entre 1610 y 2000 horas, formadas en institutos profesionales.
- El Técnico de nivel medio en enfermería, carrera impartida en los liceos técnicos profesionales, con mención en atención de enfermos y ancianos.
- Auxiliares de Enfermería, programas de formación de 1510 horas, acreditados por el Ministerio de Salud.

Datos actualizados en relación a ingreso, matrículas totales y titulados, enfermería en Universidades estatales y privadas.

Cuadro 5.4: Totales de matrículas y titulados, 2000-2007

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Totales matrículas primer año</b>	1177	1278	1670	2109	3002	3369	3826	4180
<b>Total matrículas</b>	5043	5604	6119	7581	9202	10951	12957	14766
<b>Total titulados</b>	367	412	556	648	697	680	816	709

Del total de universidades, 13 corresponden a universidades privadas y 16 las universidades estatales del Consejo de Rectores. El número total de matrículas para los estudiantes de licenciatura en enfermería universitaria alcanza a 14 766 en el país, siendo las Escuelas con mayor número de estudiantes, la de la Universidad Santo Tomás 2336 (15%) que cuenta con once sedes, la Universidad del Mar con 1190 matrículas (8%) y Andrés Bello 1167 (7,9%).

### Contexto de los servicios de salud

El sistema de salud en Chile es bimodal, es decir, está compuesto por un sistema público y otro privado y recientemente se ha implementado una reforma de salud. Esta reforma se sustenta en cinco leyes de la república, las cuales son: Ley de derechos y deberes de las personas en materia de salud, Ley 19 337 de autoridad sanitaria, Ley de garantías explícitas en salud GES, Ley de reforma de Isapres y Ley de financiamiento.

El sector público está compuesto por el sistema nacional de servicios de salud y atención primaria como también de las instituciones de salud de las Fuerzas Armadas y Carabineros y Hospitales Clínicos Universitarios. Desde el punto de vista de provisión de servicios de salud, atiende a más del 73% de la población chilena, en la restitución de la salud y prácticamente en un 100% en las acciones de prevención y promoción de la salud. El sector privado atiende a menos del 30% de la población.

En términos de composición ocupacional el personal médico, odontólogo y químico farmacéutico, regidos por las Ley 15 076, constituye aproximadamente un 16%; los profesionales no médicos (enfermeras, matronas, tecnólogos médicos, etc.) regidos por la ley 18 834 un 13%; los profesionales del ámbito administrativo un 5%, los auxiliares y técnicos paramédicos un 34% y el restante se reparte entre administrativos, secretarías y auxiliares.

De toda la dotación de personal del sistema público de salud, el menor porcentaje trabaja en atención primaria y un número importante de médicos y enfermeras que se desempeñan en este nivel son profesionales inmigrantes.

Cuadro 5.5: Recursos humanos MINSAL Chile 2006

RR.HH.	Totales	Relación por 10.000 hab.	Relación en SNSS	Relación en APS
<b>Médicos</b>	12 973	8,58	7,02	1,56
<b>Enfermeras</b>	6934	4,59	3,53	1,06
<b>Auxiliares paramédicos</b>	34 597	22,89	17,25	5,65

Fuente: MINSAL 2006

El número de médicos es de 8,58 por 10 000 habitantes distribuidos en 1,56 médicos en atención primaria de la salud y 7,02 en el SNSS que corresponde a un número total de médicos de 12 973. Existen en nuestro país 4,59 enfermeras por 10 000 habitantes distribuidas en atención primaria un 1,06 por 10 000 habitantes y 3,53 en el área hospitalaria, que corresponde a un número total de 6934 enfermeras. Los auxiliares de enfermería corresponden a 22,89 por 10 000 habitantes, distribuidos en 5,65 auxiliares por 10 000 habitantes en atención primaria y a 17,25 por 10 000 en el área intrahospitalaria, que corresponde a un total de 34 597 funcionarios (8).

Cuadro 5.6: Recursos humanos extranjeros en atención primaria

Médicos y enfermeras en APS 2006				
Nacionalidad	Médicos	Enfermeras	Total	%
Argentina	2	2	4	0,48
Boliviana	20	1	21	2,53
Brasileña		1	1	0,12
Colombiana	57	1	58	7,00
Cubana	58	3	61	7,36
<b>Ecuatoriana</b>	592	23	615	74,19
<b>Nicaragüense</b>	1		1	0,12
<b>Peruana</b>	17	20	37	4,46
<b>Salvadoreña</b>	1		1	0,12
<b>Uruguaya</b>	26	1	27	3,36
<b>Venezolana</b>	3		3	0,36
<b>Total</b>	777	52	829	100,00
<b>%</b>	93,7	6,3	100	

Fuente MINSAL 2006

Una parte importante de las prestaciones de salud en atención primaria son otorgadas por profesionales inmigrantes, donde destaca el número de profesionales de nacionalidad ecuatoriana y peruana.

### *Políticas de migración y marco jurídico*

En nuestro país se formuló un proyecto de migraciones a fines del siglo pasado, durante el gobierno de Frei Ruiz-Tagle, política que no prosperó por la complejidad del fenómeno.

Las implicancias de la globalización de los movimientos migratorios, es relevante en los países que según la CEPAL tiene rasgos como son la gradual generalización de libre comercio, la creciente presencia en el escenario mundial de empresas multinacionales que funcionan como sistema de producción integrado y el acceso masivo de información y comunicaciones. Estos antecedentes son necesarios para comprender la migración dentro de nuestro continente que tiene como país de destino a Chile. Los patrones migratorios de la población tienen tres tendencias, la inmigración de ultramar, el patrón migratorio intrarregional y el extrarregional.

La inmigración de ultramar del siglo XIX y primera mitad del siglo XX, muestra que fue bastante intensa y ejerció una decisiva influencia en la configuración de varias sociedades nacionales de la Región, especialmente en los países de la vertiente atlántica que tenían condiciones para la inserción social y económica de migrantes que provenían del sur de Europa.

La historia muestra que a contar de los sesenta y en virtud de la escasa renovación de los flujos, los inmigrantes de fuera de la Región sufrieron un sostenido envejecimiento, en este contexto, la mortalidad y la migración de retorno resultaron en una gradual merma del stock de aquellos inmigrantes, que disminuyó de unos cuatro millones de personas en 1970 a menos de dos y medio millones en 1990. Esta evolución descendente sugiere que el tradicional carácter atractivo de América Latina para la población de otras regiones, mostró claros signos de agotamiento en la segunda mitad del siglo XX.

El patrón migratorio intrarregional favorece a las corrientes migratorias por la vecindad geográfica y la proximidad cultural, los migrantes encuentran su destino preferente en aquellos países cuyas estructuras productivas son más favorables, para la generación de empleos y que detentan mayores grados de equidad social. Se conserva una relativa tendencia a la estabilización, se proyecta que con el reingreso de Chile a la Comunidad Andina (2008) y ser miembro del MERCOSUR, se espera que el flujo migratorio hacia Chile, vaya en aumento.

En América Latina y el Caribe las remesas han aumentado significativamente desde el año 1990 de un 5,8 al 2005 en 42,4 expresado en miles de millones de dólares (9). En relación a las migraciones de profesionales, estas se ven favorecidas por diversos convenios, ya que no existe una política de estado al respecto.

Cuadro 5.7: Tabla marco jurídico

Instrumento legal			Trámite conseguido
DFL N° 153 de 1981			Revalidación y Convalidación de Título
Ley 19.074 de 1991 (del retorno)			Habilitación para el ejercicio profesional
	Firmado en	Ratificado en	
Convención de México	1902	1909	Reconocimiento de Título
Convenios Bilaterales			Reconocimiento automático de título
• Colombia	1921	1922	
• Ecuador	1917	1988	
• Brasil	1978	1979	
• Uruguay	1916	1918	

En países con convenios bilaterales de reconocimiento automáticos de títulos: no recurren a la Universidad de Chile y son resueltos por el Ministerio de Relaciones Exteriores.

Países sin convenios: deben revalidar o convalidar en la Universidad de Chile, de acuerdo con la ley 153 de 1981, que delegó en ella, en forma exclusiva y excluyente, esta responsabilidad. En el caso de candidatas enfermeras /os solo procede la revalidación, pues es el mecanismo establecido para autorizar el ejercicio profesional de aquellas profesional en las cuales la Ley exige el título terminal habilitante.

Países signatarios de la convención de México: el Ministerio de Relaciones Exteriores reconoce el título a través de un proceso que puede o no incluir un examen de conocimientos generales. Cuando el Ministerio hace uso del derecho a tomar dicho examen, lo ha encargado a la Universidad de Chile.

El convenio Andrés Bello firmado el año 1972 con un objetivo de integración política que incorpora los procesos culturales de formación de profesionales y que no contempla una migración por motivos económicos, ya que la atención en salud en los estados nacionales de ese período, es en forma principal un derecho social como acuerdo internacional facilita el desplazamiento de los profesionales de la salud.

También existen convenios bilaterales con Brasil, Uruguay, Colombia que se aplican a cualquier título, Ecuador en el área de la salud se aplica a varios títulos.

Además existen convenios multilaterales (convención de México) cuyos países firmantes son Bolivia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Perú. Se establece reconocimiento automático de título y cada estado se reserva el derecho a exigir como requisito el examen general de capacitación. En la actualidad este es exigido por Chile para el reconocimiento de todos los títulos profesionales de la salud.

En el caso de no existir convenios específicos, los profesionales titulados en cualquier país del mundo pueden proceder a la revalidación de sus planes de estudio ante la Universidad de Chile, quien tiene por ley la responsabilidad de cautelar la idoneidad de los postulantes a través de distintos procesos de evaluación.

En Chile 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 solo procederá cuando el título correspondiente tenga la calidad de título profesional otorgado por instituciones extranjeras de nivel universitario o superior y sea requisito indispensable para el ejercicio profesional en



Chile. 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 profesional 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 de área de la salud.

De acuerdo a Reyes y Muñoz (10), 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 de entre un título profesional obtenido en el extranjero y su revalidación por el correspondiente título profesional que otorga esta Corporación.

## Resultados

### Magnitud

De acuerdo a los datos aportados por las fuentes de información secundaria, el total de enfermeras inmigrantes desde el año 2002 al 2006 en Chile, corresponde a 110 profesionales (11).

**Cuadro 5.8: Inmigración de enfermeras Chile 2002-2006**

	Venezuela	Argentina	Brasil	Ecuador	Uruguay	Perú	Colombia	Bolivia	Cuba	Total
<b>Chile</b>	2	3	6	30	10	24	20	2	13	110
	1,82%	2,73%	5,45%	27,27%	9,09%	21,82%	18,18%	1,82%	11,82%	100%

Los mayores porcentajes de las enfermeras que han migrado hacia Chile, en el período 2002-2006 provienen de Ecuador, Perú y Colombia.

Las enfermeras emigrantes corresponden a 11 profesionales registradas en el Colegio de Enfermeras, en el mismo período, hacia los países de Estados Unidos y Canadá, cifras que no concuerdan con el estudio preliminar de Migración de Enfermeras en Estados Unidos y Canadá 2007 (12), porque en dicho estudio se menciona que en Estados Unidos, en el periodo 2000-2004, hay 20 enfermeras chilenas registradas y en Canadá en el año 2005, se observa gráfica que considera aproximadamente 38 enfermeras chilenas registradas. Esta variación se podría explicar porque no existe registro al momento de la salida del país de su condición de profesional Enfermera.

**Cuadro 5.9: Emigración de enfermeras de Chile 2002-2006**

	Canadá	Estados Unidos	Total
<b>Chile</b>	5	6	11
	45,45%	54,55%	100%

En relación al reconocimiento de títulos por convenios bilaterales a través de fuentes secundarias, se evidencia que el flujo migratorio hacia Chile es de patrón intrarregional, es decir de países fronterizos, Perú, Ecuador, Colombia preferentemente. De las 110 enfermeras inmigrantes en el período 2002-2006, el 60% (66 enfermeras) se ha acogido a los convenios bilaterales, el 23,63% por Convención de México y el 16,36% a través de los procesos de revalida.

Cuadro 5.10: Reconocimiento de título por convenios bilaterales

País	2002		2003		2004		2005		2006		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ecuador	12	70,6	4	33,3	3	37,5	4	36,4	7	38,9	30	23,6
Uruguay		0,0	5	41,7	1	12,5	3	27,3	1	5,6	10	7,9
Colombia	5	29,4	1	8,3	2	25	4	36,4	8	44,4	20	15,7
Brasil		0,0	2	16,7	2	25		0,0	2	11,1	6	4,7
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>66</b>	<b>52,0</b>

Cuadro 5.11: Reconocimiento de título por convención de México

2002	2003	2004	2005	2006	Total
9	7	4	4	2	26

El 96.6% de la enfermeras acogidas al reconocimiento de título por el Convenio Andrés Bello, son de nacionalidad peruana y un 3,3% de nacionalidad boliviana y costarricense.

Cuadro 5.12: Revalida de título

2002	2003	2004	2005	2006	Total
6	1	4	3	4	18

Las revalidantes de título provienen de Cuba, Argentina y Venezuela. Las enfermeras que deben someterse a las exigencias estipuladas en la Convención de México o revalida de título, deben cancelar un arancel a la Universidad examinadora, la cantidad de US\$ 826 y US\$ 1371 por reconocimiento de título, lo que sería una de las razones de la disminución de postulantes a estas instancias, para poder ejercer legalmente en el país.

Gráfico 5.1: Tendencias de inmigración de enfermeras, periodo 2002-2006



La tendencia de migración de enfermeras hacia Chile ha disminuido hasta el 2004, teniendo un leve repunte desde el año 2005, como se puede apreciar en el gráfico 5.1. Este aumento está dado por enfermeras que ejercen amparadas en los convenios bilaterales.

### Características de la migración de enfermeras

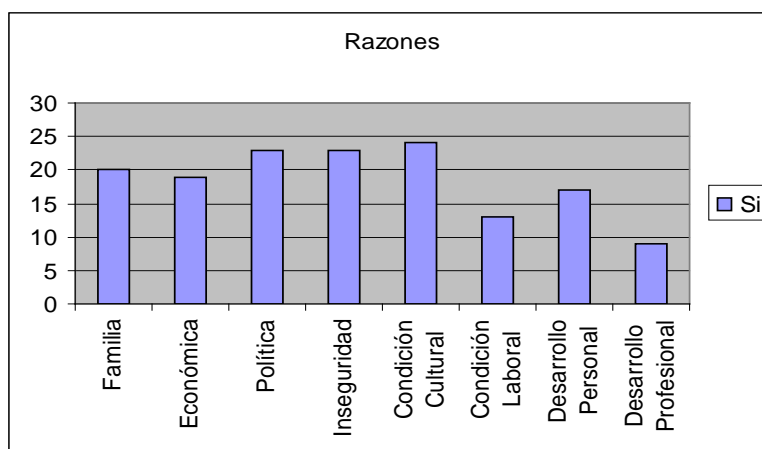
Se ubicaron 24 enfermeras que respondieron la encuesta, siendo la mayoría de Perú 16, Ecuador 5, Brasil 2 y Nicaragua 1. En una segunda fase se obtuvo información cualitativa a través de grupos focales y entrevistas en profundidad a 20 enfermeras, con el propósito de describir los procesos sociales, profesionales y laborales y el impacto de la migración de las enfermeras en Chile.

### Características demográficas y sociales de la muestra estudiada

Las profesionales encuestadas que migran a Chile provienen mayoritariamente de Ecuador 20,8%, y Perú 66,7%, facilitadas por convenios bilaterales en el caso de Ecuador y por el convenio Convención de México en el caso de Perú. El 73,9% tiene el grado de licenciado, el resto el título de enfermera, obtenidos en sus países de origen.

Del total de las encuestadas un 69,6% son menores de 41 años y un 62,5% son casadas, el resto se declara soltero. El 83,3% de las encuestadas tienen más de 5 años de permanencia en el país y un 75% de ellas manifiesta que su deseo es permanecer indefinidamente en Chile, facilitado ya que el 100% de ellas tiene su situación legal regularizada y sus títulos reconocidos o revalidados según convenios.

Gráfico 5.2: Razones por las cuales emigran las enfermeras



En relación a las razones que causaron la emigración, las que se mencionan con mayor frecuencia son, razones de tipo familiar, política, inseguridad, económicas, condiciones culturales y desarrollo personal.

Las aspiraciones que desean concretar en el país receptor son: desarrollo personal, estabilidad económica y desempeñarse en condiciones laborales satisfactorias.

El 100% de los sujetos se siente valorado profesionalmente, señalando además que su inserción laboral fue difícil en un 50%, aun así refieren haber logrado su inserción.

Un 80% califica que su inserción social y productiva en el grupo comunitario ha sido buena, y un 79% opinan que no hay discriminación con las enfermeras extranjeras en el país, es más, solo un 33% de ellas opinan que se discrimina a los profesionales extranjeros. Un 87% de las enfermeras encuestadas el cargo y lugar de trabajo le es satisfactorio.

Cabe destacar que el 73,3% recomendarían a familias amigos o compañeros de estudios emigrar a nuestro país. Siendo su primera experiencia de emigración en un 93,3%.

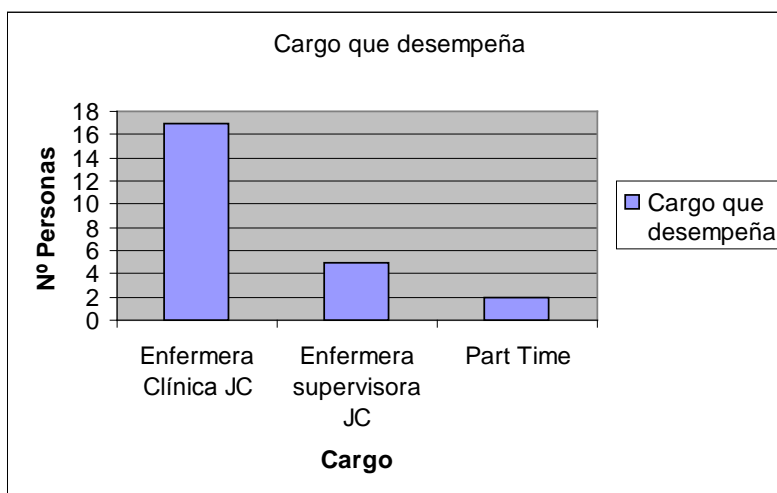
Un 40% de ellas afirma que envía remesas a su país, en un 90% el monto de las encuestadas envían de US\$ 100 a US\$ 200 mensuales.

El 73,3% de ellas declara tener cobertura de salud, ya sea en el sistema público o privado, el mismo porcentaje declara que esta incorporado a algún sistema provisional, que en nuestro país es particular.

### Características profesionales y laborales de la muestra estudiada

El 100% de las encuestadas poseen formación universitaria en sus respectivos países y en un 73,3% son Licenciadas en Enfermería, la mayoría obtuvo su título en el país de origen. Un 86,7% tiene más de 7 años de egreso de la universidad y un 54,2% de las encuestadas ha seguido estudios de postítulo en Chile de más de seis meses de duración, ya sean estos Especializaciones o Diplomados, y una de ellas ha obtenido el grado de Magíster.

Gráfico 5.3: Cargos que desempeñan las enfermeras encuestadas

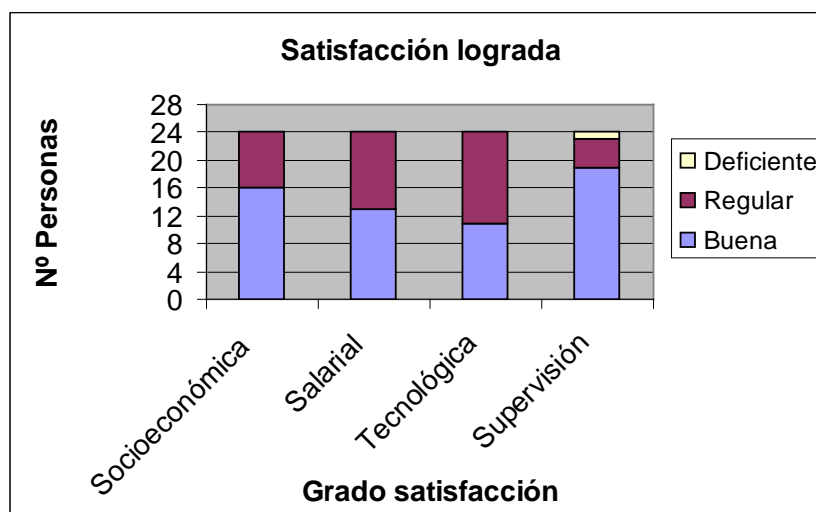


Actualmente en un 20% de las enfermeras encuestadas ocupa puestos de liderazgo en instituciones públicas y un 70,8% de ellas trabajan como enfermeras clínicas a jornada completa; solo un 8,2% manifiesta inestabilidad laboral, por no tener vinculación estable con el lugar de trabajo, ya que se desempeña como "part-time". El resto, es decir el 91,8% está de planta o contratada por la institución.

Trabajan mayoritariamente en hospitales del sector público (83,3%), lugar donde ellas perciben que se sienten mejor preparadas para enfrentar las exigencias actuales. Como salario mensual percibido, el 45% de las encuestadas reconocer un salario mayor a US\$ 1000, el resto declara salarios entre US\$ 600 a US\$ 1000 mensuales.

En relación al tiempo que demora el trámite de reconocimiento de títulos un 83,3% dice que fue menor de 6 meses, así como el tiempo para encontrar trabajo, fue relativamente breve 87,5%. Mientras realizaban estos trámites, un 20% de ellas ejerció una ocupación ajena a la enfermería.

Gráfico 5.4: Grado de Satisfacción de enfermeras encuestadas



El 66.7%, declara que su situación económica actual es buena, el 54,2% de las encuestadas está satisfecha con su salario actual, y un 79,2% está satisfecha con el tipo de supervisión recibida. En relación a la tecnología y recursos materiales con los que cuenta para cumplir su cometido, mayoritariamente la califican como regular. Este porcentaje baja a un 41,7% en relación a la opinión que ellas tienen sobre las posibilidades de promoción laboral en la institución que actualmente trabajan. Por último un 80% califica el ambiente de trabajo y clima laboral en la institución como bueno.

Su inserción laboral fue difícil para un 50% de las encuestadas, pero que lograron finalmente integrarse en plenitud a los equipos de trabajo.

### *Procesos e impactos de la migración de enfermeras en Chile*

El propósito de esta sección es identificar las diferentes etapas del proceso de inserción laboral y social de enfermeras extranjeras en Chile y los momentos de esta experiencia. Se identifican momentos en el proceso de migración. Estas etapas son a) la decisión de emigrar, b) el establecimiento en el país de destino, y c) la consolidación profesional y social.

### *Razones y aspiraciones que intervienen en la toma de la decisión*

Los discursos de los inmigrantes en el país, evidencian las razones que explican su decisión de emigrar a otro país.

Razones: son de orden personal, de desarrollo profesional: especialización, beca, diploma o maestría, y también motivaciones relacionadas a la estabilidad y satisfacción laboral en el trabajo. Aspiraciones de calidad de vida: Las inmigrantes tienen claramente importantes proyectos de vida personal y familiar, deseos de adquisición de vivienda, optar a mejores niveles de remuneración, contar con seguridad previsional y estabilidad financiera. Estas aspiraciones pueden variar en función de la edad y estado civil y la situación socioeconómica en el país de origen al momento de migrar.

Señalan que sus planes originales de inmigración se han visto alterados, ya que al emigrar por razones familiares, con el deseo de formar familia, se encuentran con otras variables como la reinserción profesional. Informan de variados cambios y transiciones en su migración, tales como cambios de residencia y el trabajo dentro de la Región Metropolitana de Chile. A estos cambios se suman la relación con la ciudad y sus características, como las proyecciones de vida y problemas del ejercicio profesional, por lo que deben adquirir experiencias, conocimientos y práctica en un campo de desarrollo profesional muy diferente en el que se desempeñaban en su país de origen. Así mismo las enfermeras inmigrantes en su mayoría desta-

can las barreras de carácter burocrático en la regularización de la revalidación del título y adquisición de visa de trabajo y los puentes en el proceso de integración laboral en Chile.

Se señalan factores como la composición y los niveles de remuneración para los egresados, además del déficit en materia previsional del sistema de salud en sus países de origen (Perú y Ecuador), los que sirven de catalizadores en la decisión de buscar mejores horizontes para el desarrollo profesional en el extranjero. También se menciona las limitadas oportunidades de especialización como otro de los factores que impulsa a buscar nuevos horizontes para el ejercicio y desarrollo profesional en el extranjero.

A este cuadro interno en sus países de origen se suma por contraste la atracción que genera Chile, país que aparece como relativamente cercano en lo geográfico y lo lingüístico y con un desempeño macroeconómico y político considerado como estable y exitoso (con una buena imagen internacional), que lo posesionan como uno de los países de destino más frecuente para la emigración en la Región de América Latina.

Otro elemento que emerge de las entrevistas es que el conocimiento previo de alguien que ya emigró (o es del país de destino migratorio) ayudan a reafirmar esta imagen positiva del país. Se indica que el conocer las experiencias de otros, tales como colegas, familiares y amigos en Chile es un factor que también incide para tomar la decisión de emigrar.

## *Impactos*

Impacto sociocultural: Las inmigrantes también han tenido experiencias de rechazo, discriminación, aceptación, respeto, experiencias de soledad, nostalgia y dificultad social y económica.

Impactos en la trayectoria de inserción laboral: si bien en los aspectos cuantitativos señalan indiferencia en el tema de discriminación en la inserción laboral, en la dimensión subjetiva se indicó en algunos casos, discriminación negativa, como se señala en el párrafo:

“Cuando entré al consultorio me sentía observada..., y eso es normal, tú eres “la peruanita”, no eres una persona, sino “la peruanita”...y bueno uno trata de darse a conocer... “Yo soy X”, tengo un nombre, soy una persona...soy una enfermera”. (Enfermera radicada hace 10 años en Chile).

Impacto en lo profesional: adaptación al contexto epidemiológico del país. Validación y adquisición de conocimientos, liderazgo y respeto en el campo profesional. Cambios en las competencias dentro del amplio campo profesional de Enfermería y la importancia de ‘adaptarse’ y ‘ganarse’ los espacios y la gente en el trabajo. Identificación de alternativas progresivas de inserción laboral bajo la forma de voluntariado, práctica profesional y contrato temporal como cuidadoras, paramédicas o auxiliares.

Las redes de apoyo de las enfermeras peruanas y ecuatorianas durante el traslado asentamiento, responde en forma colectiva en la reinserción laboral y social que impacta en forma positiva esta etapa. Comparten espacios en la vivienda, solidarizan cuando se quedan sin dinero, comparten experiencias de soledad y se ayudan mutuamente recibiendo ayuda desinteresada de familiares o amigos que residen en Chile, y por lo tanto se incorporan firmemente a una red de apoyo. Las inmigrantes identifican variadas formas de inserción laboral y desempeños, para lo cual están calificadas como cuidadores informales entre otros.

Para acreditarse laboralmente recurren a las enfermeras que están en el país para facilitar una inserción estudiando juntas, por otra parte identifican situaciones con la revalida que no es expedita, exceso de papeles y trámites y por otra parte, explican que la revalidación las ayuda a sentirse seguras de los conocimientos adquiridos en su país de origen y también les ayuda a entender las particularidades y diferencias en el sistema de salud de Chile. Así mismo sienten que la revalidación no garantiza la inserción laboral. La etapa de estabilización laboral incluye la adaptación y el encuentro del espacio laboral satisfactorio y en línea con los deseos de especialización y desarrollo profesional expresados al momento de emigrar.

Otro aspecto a considerar es que en general es más complicado para quienes tienen familia y pareja el alcanzar —en los plazos que estiman como razonables— sus metas de desarrollo profesional. Esto

debido a la dificultad para compatibilizar por un lado los diversos roles de madre, esposa, profesional y estudiante, y las demandas financieras de la especialización y el estilo de vida en términos de asentamiento y transporte de una ciudad como Santiago. Al mismo tiempo las redes familiares extensas son valoradas positivamente por aquellas enfermeras casadas con chilenos, ya que contribuyen compatibilizar de buen modo el cuidado y crianza de los hijos con las aspiraciones de desarrollo profesional.

## Conclusiones y consideraciones finales

Las inserción social de las inmigrantes se percibe como buena y productiva.

Se reconoce su calidad profesional y se encuentran satisfechos en su lugar de trabajo en cuanto a cargo y área en que se desempeñan.

Todos los indicadores estudiados avalan un proceso complejo, destacando factores positivos y una percepción atractiva hacia el país

Los entornos de trabajo se perciben como agradables y permiten un buen relacionamiento en los servicios de inserción laboral.

Los resultados del cuestionario aplicado constituyen una aproximación al fenómeno de la migración de enfermeras en Chile como país receptor, lo que permite explorar de la situación actual y su tendencia.

- Dificultad para ubicar a las enfermeras y lograr su amplia colaboración.
- Se observa el hecho de que algunas encuestadas prefieren el anonimato en la encuesta y no aceptan el consentimiento informado.
- Se observa una tendencia a la disminución de la inmigración de enfermeras en nuestro país.

Las enfermeras chilenas emigran preferentemente a Estados Unidos y Canadá, y las inmigrantes son de patrón intrarregional, es decir de países fronterizos, Perú, Ecuador, Colombia y en el último año de Cuba y Argentina.

Fortalecer y desarrollar la Red internacional de migración de enfermeras de América Latina, dedicada al estudio y gestión de migraciones.

Mejorar las estrategias de coordinación de los organismos de salud, profesionales, de estado, de educación, de redes para fortalecer los procesos de inserción laboral.

Evaluar el impacto que representa para los sistemas de salud de los países de origen y de destino, la migración de profesionales de enfermería calificados.

Estudiar la economía de la migración de enfermeras de América Latina y Chile.

## Referencias

1. Ministerio de Salud de Uruguay. OPS/OMS. "La Migración del Personal de Salud en la Región de las Américas, situación, perspectivas y sugerencias para la acción". 26 y 27 de Octubre 2006. VIII Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud.
2. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. Censo 2002. [Http://www.ine.cl/cd2002/index.php](http://www.ine.cl/cd2002/index.php).
3. La Tercera, "Los peruanos en busca del esquivo sueño chileno". Serie Especial: Luces y sombras de la nueva sociedad chilena. 12 noviembre 2006.
4. Estrada, B. "Los Intentos Estatales por Estimular el Factor Humano Nacional a través de la Inmigración Europea 1880-1920". MAPOCHO, N° 47 (Primer Semestre 2000) pp. 303-337.
5. CEDLA y otros, (Centro de Estudios para el Desarrollo Laboral y Agrario de Bolivia) 2000. Los derechos humanos de los migrantes. Capítulo Boliviano de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo, La Paz, Bolivia.
6. Villa, M. y Martínez, J., "Tendencias y patrones de la migración internacional en América Latina y el Caribe". 2001.
7. OPS, Serie 39, Desarrollo de Recursos Humanos, "Panorama de la Fuerza de Trabajo en Enfermería en América Latina", noviembre 2005.
8. Departamento de Gestión RR.HH. y desarrollo de las personas 2006 e Instituto Nacional de Estadísticas (INE).
9. The Wall Street Journal America, Las remesas son una medicina imperfecta para América Latina. Ciclo de Pobreza. 1 de Noviembre 2006.
10. Reyes, A. & Muñoz, L.A. Documento en Discusión Próxima Publicación en la Serie Recursos Humanos OPS. II Simposio Panamericano de Investigación en Recursos Humanos en Enfermería. Lima, 1 y 2 de Noviembre 2004. 2005.
11. Declaración de Santiago sobre Principios Migratorios, Reunión de Ministros del Interior del MERCOSUR y Estados Asociados, 17 de mayo de 2004, Santiago de Chile.
12. Rigoli F., Malvárez S., Dominguez K. "Migración de Enfermeras de América Latina a Estados Unidos y Canadá".





# 6. Colombia

---

**María Clara Quintero Laverde**  
**María del Carmen Gutiérrez Agudelo**

Colaboradores:

**Oscar Yesid Flórez Suárez**  
**Magda Lizeth Gómez Gómez**  
**Clara Rocío Castro González**

## Introducción

La sociedad actual está experimentando un incremento en los procesos migratorios en todos los países y continentes. La globalización, los acuerdos de apertura y de libre comercio y en general la economía mundial, contribuyen de manera importante a estos desplazamientos. Miles de personas en el mundo buscan nuevas oportunidades en el exterior, para mejorar en gran parte su situación económica, familiar y laboral.

Nuevos retos y paradigmas están presentes en el siglo XXI, entre ellos la globalización, que genera controversia, múltiples interpretaciones, significados opuestos. En este marco de procesos sociales, económicos y políticos deben ser vistos los procesos migratorios. Actualmente y de acuerdo con algunos datos emitidos por la Organización Internacional para las Migraciones OIM, más de 175 millones de personas han salido de sus países de origen, cifra que viene incrementando en los últimos años. Los procesos de migración y desplazamiento ocurren entre países similares y entre países en vías de desarrollo a países desarrollados.

Países como México, registra uno de los flujos migratorios más elevados en las últimas décadas hacia Estados Unidos. Colombia, históricamente ha sido un país caracterizado por un mayor número de migrantes nacionales, frente al número de inmigrantes extranjeros. Son muchos más los colombianos que toman la decisión de partir al exterior que el número de extranjeros que se radican en nuestro país; algunos autores denominan este fenómeno como una migración neta.

En los últimos años, la población urbana del país se ha venido incrementando por desplazamientos internos, producto entre otros, del conflicto armado, la violencia, la inseguridad y la pobreza.

## Objetivos

- Precisar la magnitud de la migración internacional de enfermeras en Colombia.
- Identificar las características de la migración de enfermeras en Colombia.
- Describir los procesos sociales, profesionales y laborales vinculados a la migración de enfermeras en Colombia.
- Describir las políticas y legislación de migraciones en Colombia.

## Metodología

A pesar de la búsqueda realizada a través de diferentes instituciones a nivel nacional, como la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería ACO-

FAEN y el Ministerio de Protección Social, no se encontraron enfermeras extranjeras en Colombia y en consecuencia fue imposible contactarlas, lo cual impidió el análisis de la inmigración, su caracterización y la realización de los grupos focales como técnica de investigación cualitativa para ampliar la información relacionada al proceso migratorio.

El caso de Colombia es muy particular, debido a que el fenómeno que se presenta es la migración de enfermeras colombianas a otros países, siendo su principal destino Estados Unidos y Canadá. Actualmente, se encuentran registrados en la Asociación Nacional de Enfermeros de Colombia (ANEC), 182 profesionales colombianos que han emigrado a otros países.

Al iniciar el estudio, se obtuvo la aprobación por parte del Comité de Ética de la Universidad de La Sabana, para la participación de la Facultad de enfermería en este proyecto de investigación, al que se incorporó un profesor de planta y tres estudiantes del programa. Con el fin de obtener información relevante dentro del desarrollo de la investigación, en la primera etapa, se contactaron a nivel nacional, algunos de los programas de enfermería, con el fin de contactar egresados en el exterior o inmigrantes trabajando en el país.

Se logró contactar vía correo electrónico a cerca de 50 enfermeras en el extranjero entre docentes, enfermeras de servicio y egresados de los programas, de las cuales respondieron 23.

Esta metodología, a través del contacto con los encuestados vía correo electrónico y chat, permitió obtener una respuesta positiva de parte de cada uno de los participantes y recoger además de las características, algunas opiniones, relatos, anécdotas y comentarios adicionales.

## Contexto

### *Aspectos generales*

Colombia se encuentra localizada en la esquina noroccidental de América del Sur, lo que le permite tener costas en los océanos Atlántico y Pacífico (1). Limita al norte con el Mar Caribe (con 1600 km de playas), al oriente con Venezuela, al sur oriente con Brasil, al sur con Ecuador y Perú, y al occidente con Panamá y el Océano Pacífico (con 1350 km de playas). Su capital es la ciudad de Bogotá, D.C. y su idioma es el español.

Extensión del territorio: su superficie total es de 2 070 408 km<sup>2</sup>, de los cuales 1 141 784 corresponden a tierras emergidas tanto continentales como insulares, y 928 660 a dominios marítimos. Se constituye así, como el cuarto país más grande de Sur América.

División política territorial: Colombia es un Estado Social Democrático de Derecho, organizado en forma de república unitaria, presidencialista, descentralizada, con autonomía en sus entidades territoriales: 32 departamentos, 1098 municipios, un distrito capital (Bogotá D.C.), tres distritos especiales (Cartagena, Santa Marta y Barranquilla), 1126 municipios y territorios indígenas. Su presidente es Álvaro Uribe Vélez y su vicepresidente, Francisco Santos Calderón.

### *Aspectos demográficos*

La diversidad étnica en Colombia es el resultado de la mezcla entre *amerindios*, colonos españoles y *esclavos africanos*, lo que da lugar a una población de *mestizos* y *blancos* (aproximadamente el 70% son mestizos), *negros* (10,5%), *indígenas* (3,4%) y *gitanos* (0,01%). Las proporciones de los diferentes grupos étnicos varían notoriamente según la región. Su población estimada de acuerdo con el censo de 2006 es de 43 593 035 habitantes.

## *Aspectos epidemiológicos*

Colombia es un país en transición en relación a la salud. Una parte de la población enferma de los países pobres hoy día mueren de dengue, malaria, fiebre amarilla, tuberculosis, desnutrición, mientras que los colombianos son víctimas de enfermedades que afectan a estadounidenses o europeos como lo son: cáncer, enfermedades cerebro vasculares, depresión, diabetes, trauma y sobre todo muerte a causa de la violencia.

El creciente proceso de urbanización, los cambios en la mortalidad y fecundidad, tienen una relación directa con el incremento en la cobertura de servicios públicos, el mejoramiento del nivel educativo de la población y el acceso a servicios de salud que inciden en la esperanza de vida al nacer y en el proceso de envejecimiento de la población. En 1910 la esperanza de vida era de 31 años; hoy es de 72,17 años y se espera que para 2020 sea de 75,56. De los 45 millones de colombianos que hoy viven en el país, se espera que en 2020 la población crezca a 56 569 277 habitantes, teniendo un anciano por cada nueve personas.

Frente a un mayor envejecimiento de la población, las enfermedades crónicas son la preocupación en materia de salud pública. En la población menor de cinco años son las infecciones respiratorias agudas y las infecciones intestinales la mayor causa de muerte. En el grupo de población de cinco a 14 años, los accidentes de tránsito y en el hogar son los principales problemas por enfrentar. Para la población de 15 a 44 años han aumentado los casos y muertes por VIH-Sida. De otro lado, han disminuido las enfermedades causadas por vectores como la malaria y dengue.

El deterioro de la salud de la población joven y adulta del país se debe al trauma y violencia. En cuanto al cáncer, se ha presentado un incremento constante, tanto de los casos como de las muertes. Las principales causas son: cáncer de pulmón, próstata, colon, recto, mama, útero y estómago. Las enfermedades cardiovasculares aumentaron la muerte y la discapacidad, siendo importante la prevención del tabaquismo, el sedentarismo, la obesidad, la hipertensión y la diabetes.

En la actualidad el país enfrenta problemas serios como las secuelas de la violencia, el estrés politraumático, la depresión, la ansiedad y el desplazamiento forzado de poblaciones; los estilos de vida y cambio en la conformación de la población y consumo de sustancias psicoactivas, generando problemas de salud pública en el país (2).

## *Generalidades sobre las migraciones*

El término “migración” tiene varias acepciones. Cuando se habla de “migración” se refiere al desplazamiento de personas, incluyendo el desplazamiento de refugiados, personas desarraigadas, migrantes de trabajo y migrantes económicos.

Cuando se usa el término “migrante” en el contexto del desarrollo, abarca solo aquellas situaciones donde la decisión de migrar es tomada libremente por la persona interesada, debido a “elección personal” y sin un factor obligatorio externo.

El beneficio de la migración varía con el nivel económico de los países de origen. La migración tiene un impacto diferente en el desarrollo de países de ingresos bajos y de ingresos medios. Los países de ingresos bajos y menos desarrollados, como es el caso de América Latina, están preocupados por la “fuga de cerebros”. Estos desplazamientos pueden afectar el progreso de los países de origen en cuanto a la pérdida de recursos humanos esenciales, así como a través del posible agotamiento de la mano de obra nacional, debido a los desplazamientos en todos los niveles de talento.

## *Políticas sobre migración*

Como respuesta a las necesidades de los inmigrantes, algunos países vienen trabajando en el establecimiento de medidas que promuevan un respeto a los derechos humanos, igualdad en oportunidades de vivienda, acceso a empleo, educación y salud, a través de normativas, legislación y reglamentación que no

siempre logran su propósito. Los países desarrollados promueven la venida de estudiantes y profesionales competentes para apoyar el mercado laboral.

Es innegable el reconocimiento que hacen los países al aporte de los migrantes, con desarrollo económico, cultural, político y social, pero a la vez refieren las dificultades que ocasiona la migración ilegal, que puede derivar en desempleo y conformación de grupos y pandillas, entre otros. Se requiere entonces de políticas claras de cooperación internacional en apoyo a los procesos migratorios. El Programa Internacional de Políticas de Migración desde 1998, ha promovido diferentes reuniones regionales en los temas de cooperación y fomento a la innovación, y en el año 2003 se crea la Comisión Mundial sobre Migración Internacional, como apoyo al trabajo que realiza las Naciones Unidas sobre este tema.

En el caso colombiano, la política pública de migraciones hace parte del Plan Nacional de Desarrollo del gobierno actual (2006-2010), cuyo propósito es determinar un marco normativo que beneficie los asuntos migratorios del país.

### *Marco regulatorio*

La formación del recurso humano en salud a nivel profesional ha correspondido en las últimas décadas al sector educativo, especialmente a las instituciones de educación superior, reguladas por la ley 30 de 1992, cuyos objetivos fundamentales se orientan a garantizar la autonomía, permitiendo un aumento de los programas de educación en un 81% en menos de cinco años, ofreciendo programas de duración diferente; a los 4 años aparecen entonces programas de 9 y 10 semestres, y el título otorgado es solamente enfermero (a).

La Ley 266 de 1996 “Por la cual se reglamenta la Profesión de Enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones”, en su Artículo 22, califica como ejercicio ilegal toda actividad realizada dentro del campo de competencias de la Ley por quien no ostenta la calidad de profesional de enfermería y no esté debidamente autorizada para ejercer como tal. Además crea el Consejo Técnico Nacional de Enfermería, organismo de permanente dirección, consulta y asesoría del gobierno nacional.

La Ley 911 de 2004 dicta las disposiciones en materia de responsabilidad odontológica para el ejercicio de la profesión de la enfermería en Colombia y establece el régimen disciplinario correspondiente.

En materia de educación, se encuentra la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACO-FAEN), organización colegiada que promueve, entre otros, la consolidación y desarrollo de la profesión en su proceso de construcción disciplinar, ha liderado en la Región los procesos encaminados a la calidad académica de los programas de enfermería de pregrado, especialización, maestría y doctorado en el país. El mercado laboral en Colombia reconoce únicamente los niveles de formación correspondientes a auxiliar de Enfermería, la enfermera y las posgraduadas (especialización, maestría y doctorado).

### *La formación en enfermería*

La duración de la carrera en las instituciones de educación superior oscila entre ocho y diez semestres, y el número de semanas por semestre se encuentra entre 16 y 22. No existe consenso frente a la conveniencia de establecer un número mínimo y máximo de créditos; no obstante, el número mínimo de créditos es de 153.

La definición de las competencias profesionales ha sido un trabajo conjunto de la mayor participación profesional posible, desde los sectores educativo, laboral y político, rescatando la identidad y visibilidad de la profesión.

Con relación a los postgrados ofrecidos, existe un doctorado en enfermería en la Universidad Nacional de Colombia, cuatro programas de Maestría en la Universidad de Antioquia, Universidad Nacional de Colombia, Universidad del Valle y en la Universidad de La Sabana, y 55 especializaciones.

## Magnitud de la migración de enfermeras

Quienes trabajan en la formación y desarrollo de recursos humanos en enfermería, como son las universidades con sus facultades y escuelas, al igual que numerosos estudios de la Organización Panamericana de la Salud, (OPS/OMS) y de otras organizaciones, han venido identificando escasez, problemas de distribución, diferentes y muy variados niveles de formación en enfermería, con denominaciones propias y particulares en América Latina, región centro y Caribe.

Por otra parte, el incremento en el número de programas de formación universitaria, en relación a las posibilidades del mercado laboral, determinan inquietud y preocupación por las cifras de desempleo de los profesionales de enfermería. Según la base de datos de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC), a través del Registro Único Nacional (RUN) (2006), actualmente hay 30 000 profesionales egresados de los 47 programas de enfermería del país.

**Cuadro 6.1: Profesionales egresadas por año**

Año	Profesionales egresadas	Año	Profesionales egresadas
2001	12 195 <sup>a</sup>	2005	23 705 <sup>a</sup>
2002	21 976 <sup>a</sup>	2006	28 800 <sup>a</sup>

Fuente: Adaptado del: Proyecto oferta y demanda de servicios de salud. Universidad de An ioqueia "Demanda actual de los cargos en el sistema de salud"

a. Universidad Javeriana, 2002.

De acuerdo con el Ministerio de Protección Social (2006), son 30 660 profesionales de enfermería. Según cómo se mire este dato, la cifra de 30 660 profesionales resulta baja en el contexto internacional, ya que arroja un índice inferior a 7 profesionales por cada 10 000 habitantes.

La falta de oportunidades en el país, comparada con la gran demanda de mano de obra competente en el exterior, se viene presentando en cifras aún no cuantificadas, con una salida de colombianos a España para trabajar como enfermeras; al igual que hacia Estados Unidos, donde han emigrado médicos y otros profesionales de distintas áreas (3).

Colombia, como la mayoría de los países de la Región, ha enfrentado cambios y permanentes reformas en los sistemas de salud, como la implementación de la ley 100 (1992), que reformó el sistema de seguridad social del país. La enfermería no ha estado ajena al efecto que estos cambios han generado para su desarrollo y ejercicio. El efecto financiero de estos cambios ha obligado al cierre de instituciones prestadoras de salud (hospitales públicos y/o universitarios), a pesar de la necesidad, pertinencia y trayectoria de los mismos.

El análisis de la magnitud de la migración de enfermera en Colombia condujo a identificar un importante número de emigrantes aunque no pudo identificarse ni un solo inmigrante.

A continuación se presentan datos obtenidos de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC), sobre el número de profesionales de enfermería que han emigrado a otros países en los últimos cuatro años.

Cuadro 6.2: Número y porcentaje de migrantes por país de destino

País de destino	Número de migrantes	Porcentaje
Estados Unidos	151	83,1%
Canadá	24	13,1%
Australia	2	1,0%
España	2	1,0%
Inglaterra	1	0,6%
Italia	1	0,6%
Dinamarca	1	0,6%
<b>Total</b>	<b>182</b>	<b>100%</b>

Fuente: Migración registrada en la Unidad de Registro de ANEC entre septiembre de 2002 y agosto de 2006.

Resulta interesante para el caso colombiano ver que, si bien no se encontraron registros de inmigrantes en enfermería a nivel profesional, existe una cifra significativa de estudiantes extranjeros, quienes adelantan programas de maestría y doctorado en Colombia, como es el caso de la Universidad Nacional de Colombia.

### *El fenómeno de la migración en Colombia*

El fenómeno de la migración en Colombia no es propio de la actualidad; sin embargo, para este informe se tuvieron en cuenta datos de este fenómeno en el país en las últimas décadas, y particularmente datos acerca del fenómeno en enfermería. En términos generales, pareciera que hay una constante que acompaña esta decisión: “Buscar oportunidades y mejorar la calidad de vida”.

Los lugares del país que carecen de oportunidades o por lo menos en donde éstas son escasas, conducen al abandono del sitio y a la disminución en el crecimiento de la población. Ya sea a nivel urbano o rural, la pobreza, el desempleo y violencia que sufre el país son una de las causas que impulsan la migración en Colombia, y de acuerdo a las últimas estadísticas arrojadas por el DANE con respecto al censo poblacional del 2005, se encuentra que aproximadamente 3 331 107 colombianos están fuera del país (1). A continuación se señalan los destinos de los colombianos que han salido del país:

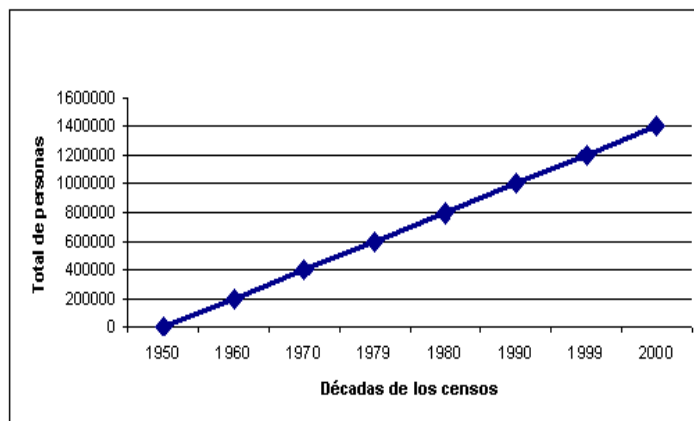
Cuadro 6.3: Porcentaje de migrantes por país de destino

País	Porcentaje
Estados Unidos	35,3
España	23,4
Venezuela	18,5
Ecuador	2,4
Canadá	2,2
Panamá	1,3
México	1,1
Costa Rica	1
Perú	0,3
Bolivia	0,1
Australia	0,5
<b>Otros Países</b>	<b>13,9</b>

Fuente: Censo General 2005 DANE (4).

Según el Censo realizado en el 2005-2006, únicamente un 3% de los hogares colombianos tiene experiencia migratoria internacional o uno de sus miembros ha vivido fuera. Este dato resulta muy interesante frente al incremento de movilidad que se viene dando en el país.

### Gráfico 6.1: Evaluación de la emigración colombiana



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE.

#### Cifras del éxodo

Se observó que 768 772 personas se habían registrado, en el año 2003, en los 166 consulados colombianos que funcionaban entonces en 80 países y el Censo 2005 (DANE) encontró 3 331 000 colombianos residentes en el exterior. Las mujeres fueron la mayoría (51,4%). El Ministerio de Relaciones Exteriores calculaba 4 021 273 nacionales fuera del país en el 2003 (5).

Desde el punto de vista económico, el Banco Interamericano de Desarrollo BID, en el año 2006, reporta un importante aumento en las remesas que envían los inmigrantes latinoamericanos que trabajan en Estados Unidos. Estos recursos pasaron de US\$ 30 000 millones a US\$ 45 000 millones entre el 2004 y el 2005. Igualmente reporta que los giros por remesas de trabajadores colombianos en el exterior (US\$ 842 millones), prácticamente igualaron las exportaciones de petróleo (US\$ 830 millones).

Igualmente, el BID reportó que durante el 2006 (6), la entrada de remesas de trabajadores colombianos en el exterior, representó a la economía colombiana ingresos por US\$ 3890 millones y esta cifra representa un crecimiento del 17% frente al monto de 2005, que sumó US\$ 3314 millones. El 2,9% del Producto Interno Bruto —PIB—, está representado en las remesas enviadas por trabajadores colombianos que residen en el exterior, con un importante efecto sobre la economía. Son tan importantes estos dineros que ingresan al país, que incluso las remesas superaron en el 2006, a las exportaciones de café (US\$ 1461 millones), de carbón (US\$ 2913 millones) y detrás del petróleo (US\$ 6328 millones), ocupan el segundo lugar de las divisas nacionales. Ante este panorama, ha surgido un debate en cuanto a la importancia de la llegada de dichos dineros.

El índice de desempleo es del 13% y subempleo de 38%, (Censo 2005-2006). Estas condiciones ligadas a la pobreza, la inseguridad y la falta de oportunidades son las causas de las migraciones de los nacionales, que según fuentes del Banco de la República, indican que en los últimos 4 años, 760 000 personas salieron del país y no regresaron, yendo las migraciones en aumento progresivo (7).

La migración colombiana genera inquietud y riesgo al país, y estaría asociado a la debilidad de las políticas públicas de desarrollo que eviten la salida de profesionales y técnicos con alta cualificación. Igualmente, la falta de oportunidades y en ocasiones la retribución salarial no corresponde a la alta inversión realizada por sus familias en educación (8).



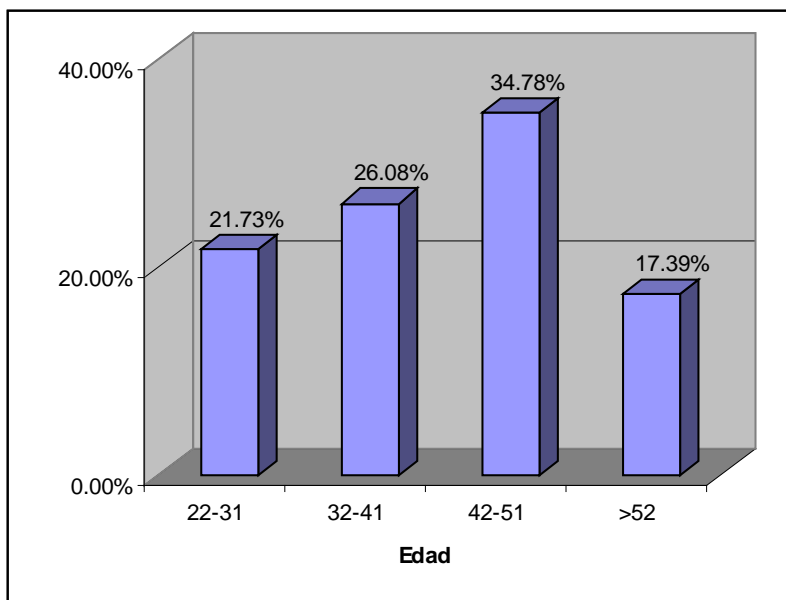
La Confederación de Trabajadores de Colombia CTC, actúa ante el fenómeno que se presenta de emigración de colombianos en búsqueda de empleo digno y mejores condiciones socioeconómicas. En ese contexto, actualmente se trabaja en el país el proyecto: “Participación Sindical en los procesos Migratorios”, que desarrolla la CTC en Colombia con el apoyo de la Unión General de Trabajadores —UGT—, en España, mediante el convenio con El Instituto Sindical de Cooperación al Desarrollo —ISCOD—, con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional —AECI— y la cooperación del Ministerio de Asuntos Exteriores de España.

## Resultados y análisis de los datos

### *Magnitud de la migración de enfermeras, características demográficas y sociales*

El análisis de las características demográficas y sociales se realizó sobre una muestra de 23 enfermeras viviendo en el extranjero, la cual se llevó a cabo por medio de encuestas telefónicas.

Gráfico 6.2: Edad y sexo



Como se puede observar en el gráfico 6.2, la mayor proporción se presenta entre las edades de 32 a 41 y de 42 a 51 años, que corresponde a la población adulta, datos que podrían ser interpretados como que el profesional de enfermería tiene una mayor estabilidad y experiencia laboral que le permite buscar nuevas oportunidades y alternativas de empleo en otros países.

Con respecto a los profesionales recién egresados, son considerados como adultos muy jóvenes que carecen de esta experiencia y de recursos económicos para migrar. Otra variable es el sexo, donde la prevalencia es mayoritariamente femenina. Lo anterior está en correspondencia con la tradición en Colombia y en otros países donde la mayoría de profesionales de enfermería son mujeres.

Gráfico 6.3: Estado civil

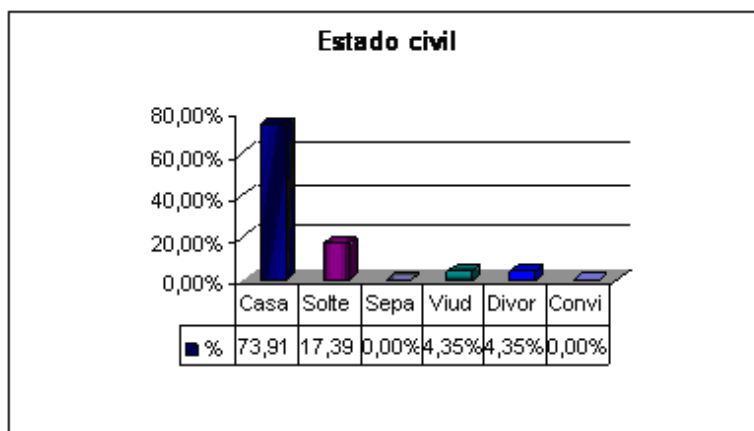


Gráfico 6.4: Número de hijos

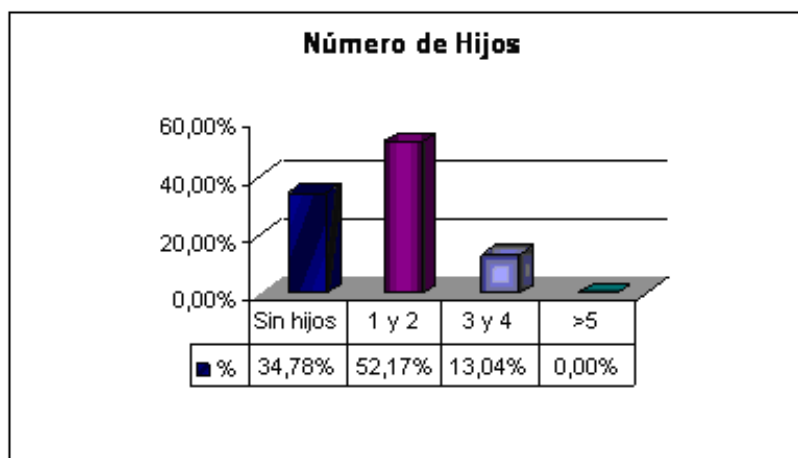
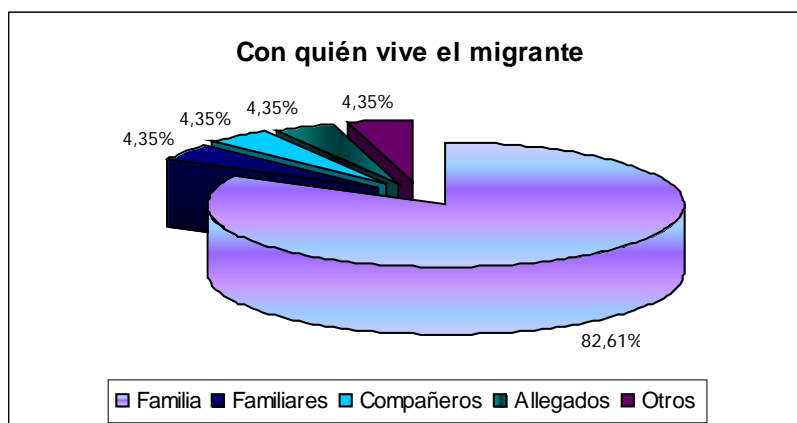


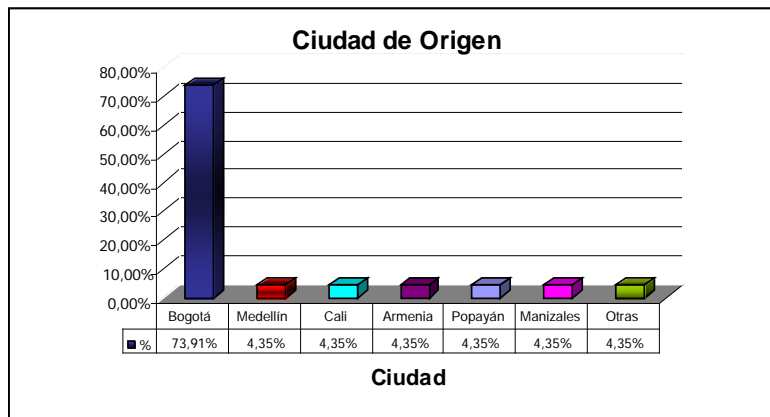
Gráfico 6.5: Personas con quien convive el migrante



Al relacionar las tres variables, estado civil, número de hijos y personas con quien convive el migrante, se encontró una alta proporción de asociación en relación a que los profesionales de enfermería son casados, con familia constituida por su cónyuge y con más de un hijo. El núcleo de convivencia es su propia familia, que le permite tener mayor estabilidad y mejor oportunidad de crecimiento y desarrollo profesional, personal y familiar. En relación al estado civil soltero, aunque solo es de un 17,39%, estaría asociado posiblemente a que no tiene hijos y por lo tanto convive con familiares y compañeros; su migración está apoyada en la búsqueda de nuevos mundos y retos en su vida profesional más que la familiar.

Se observa en el gráfico 6.6, que en una proporción alta del 73,9% su procedencia es Bogotá; este resultado está en correspondencia con la alta demanda y concentración de programas de tradición en universidades públicas y privadas de enfermería en la ciudad.

**Gráfico 6.6: Procedencia de los migrantes**



**Gráfico 6.7: Tipo de vivienda del migrante**

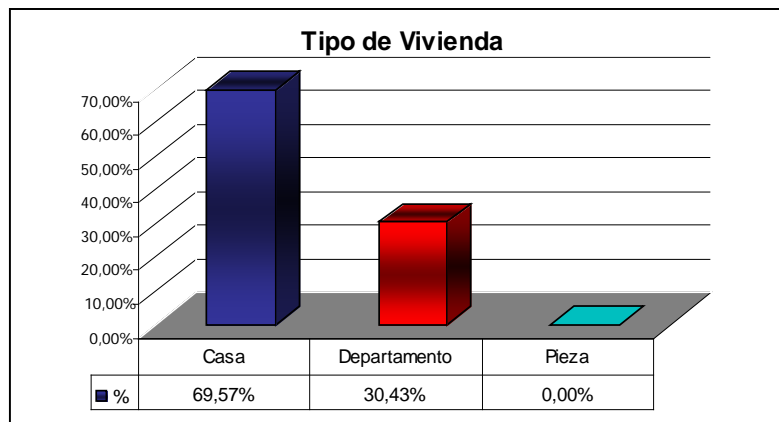


Gráfico 6.8: Acceso a internet del migrante

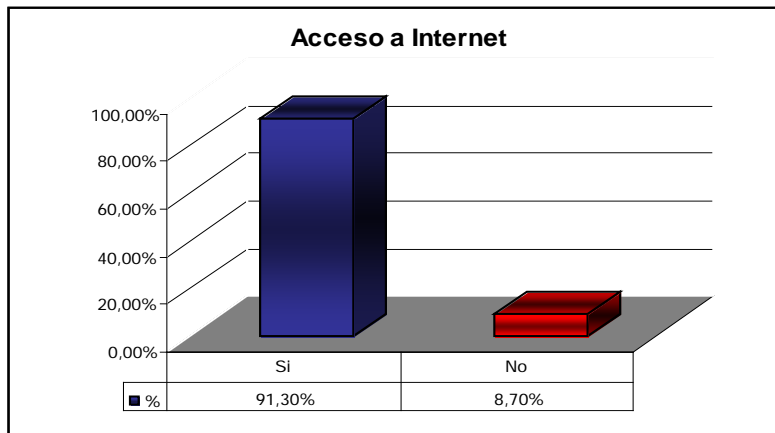


Gráfico 6.9: Acceso de teléfono del migrante

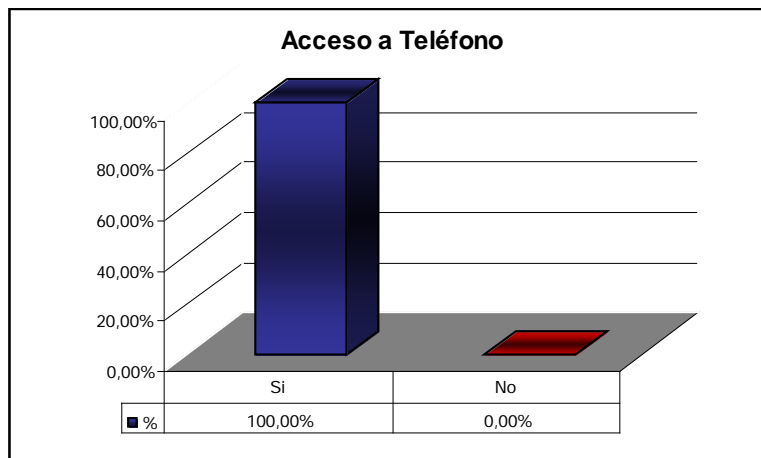
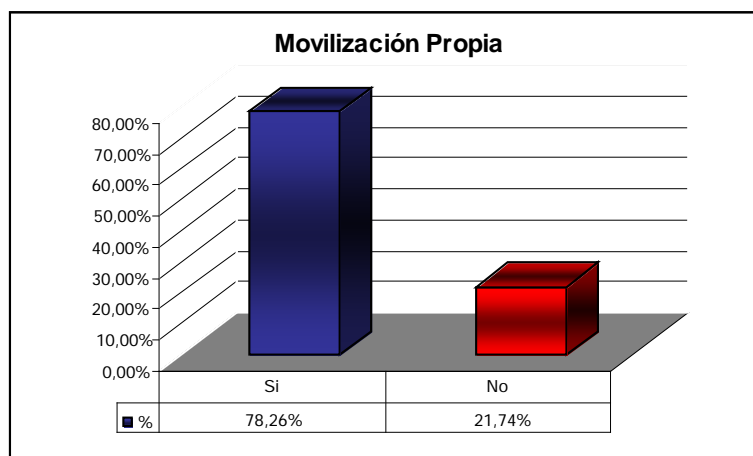
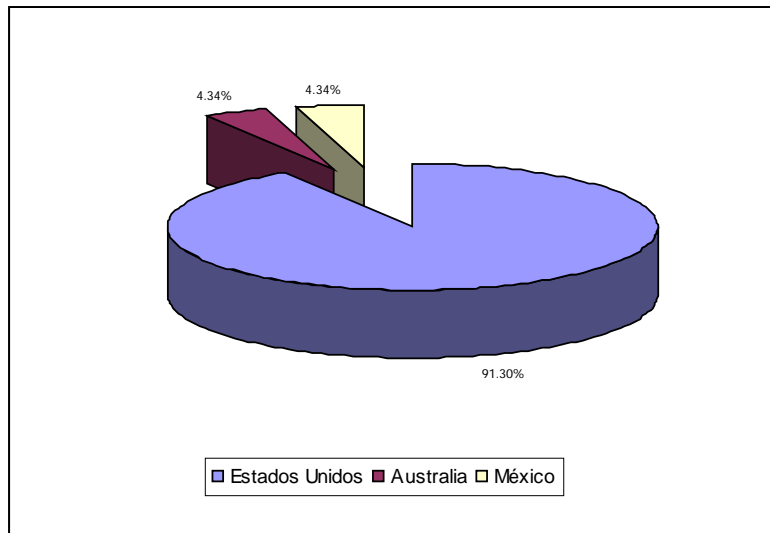


Gráfico 6.10: Movilización propia del migrante



Al analizar estas variables se puede concluir que los profesionales que migran, viven con una comodidad satisfactoria y con recursos estables que benefician su estancia en el país y la de su familia, dadas por tener servicios o acceso al teléfono e internet que les permite establecer comunicación permanente con otros familiares.

Gráfico 6.11: Países de destino de las enfermeras encuestadas



El principal destino de los profesionales de enfermería migrantes colombianos encuestados, es hacia Estado Unidos con un 91,30% (gráfico 6.11), debido en parte al interés que se tiene en viajar a Norte América, por el desarrollo tecnológico, industrial y económico que ofrece este país, además de las oportunidades y facilidades de empleo.

*Tiempo de permanencia en el país, legalización y proyección*

Gráfico 6.12: Años de permanencia en el país

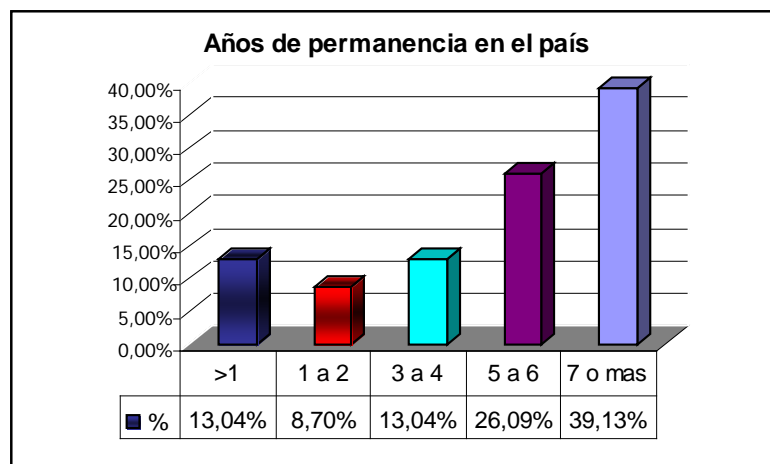


Gráfico 6.13: Estado legal en el país

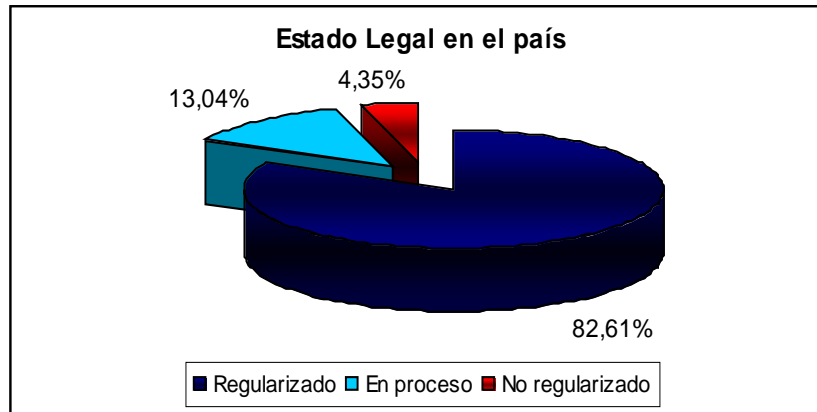
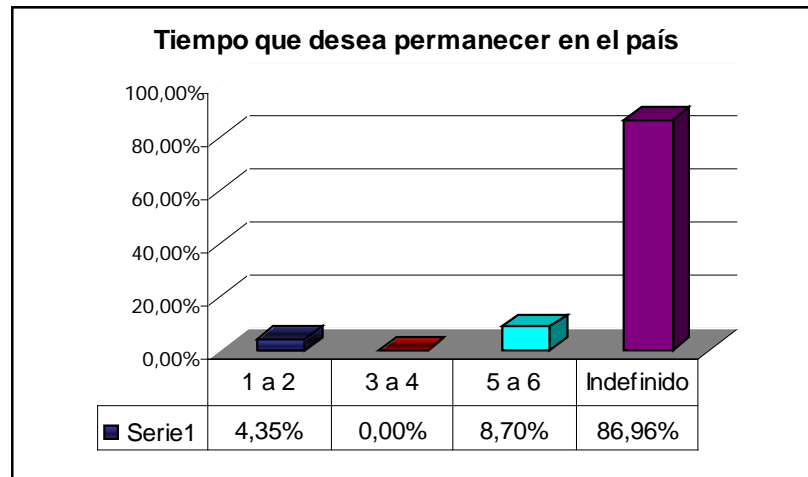


Gráfico 6.14: Tiempo que desea permanecer en el país



La relación que se analiza entre la legalización de su permanencia y el tiempo es significativa, si se observa que en un 82,61% las personas tienen regularizado su estado legal en el país de destino y en un 65,23% tienen una permanencia mayor a 5 años, tiempo suficiente para poder acceder a los beneficios de obtener residencia o nacionalidad en otros países.

Además, el deseo de mantenerse y radicarse en ese lugar es muy alto, con un 86,96% que asociado a lo anterior, corrobora la relación existente entre la búsqueda de la realización personal y familiar, junto a la permanencia en el país destino.

## Razones por las que abandonó su país y aspiraciones

Gráfico 6.15: Razones por las que abandonó su país

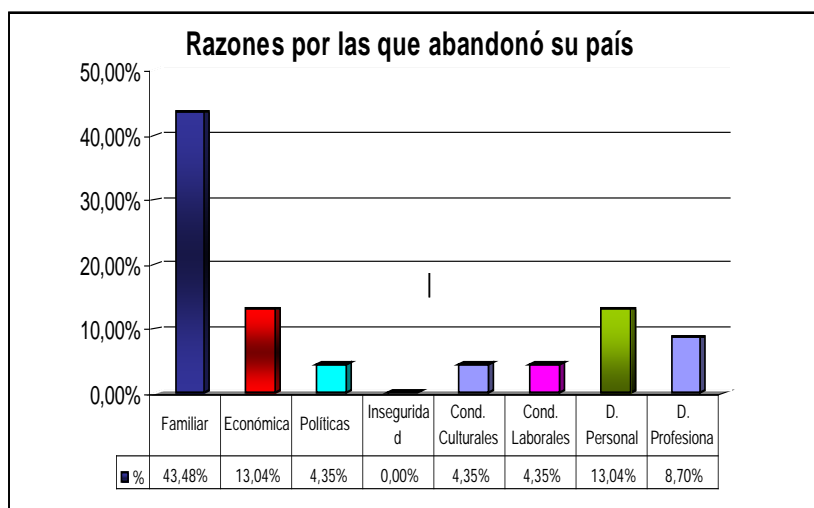
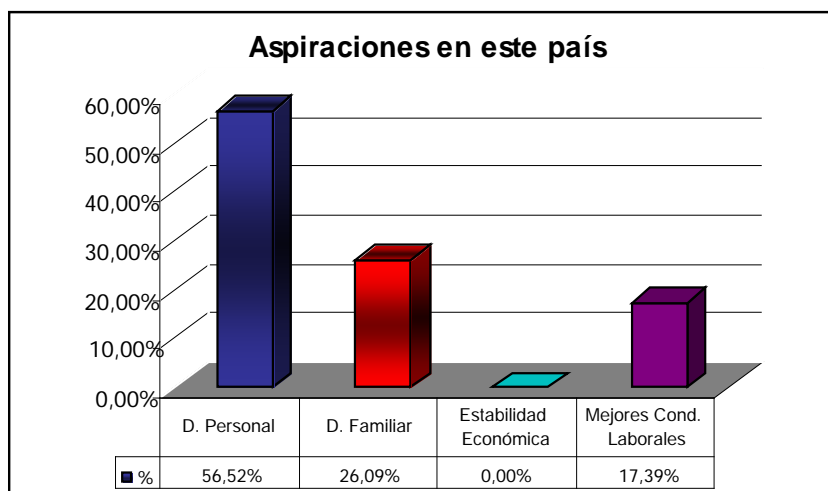
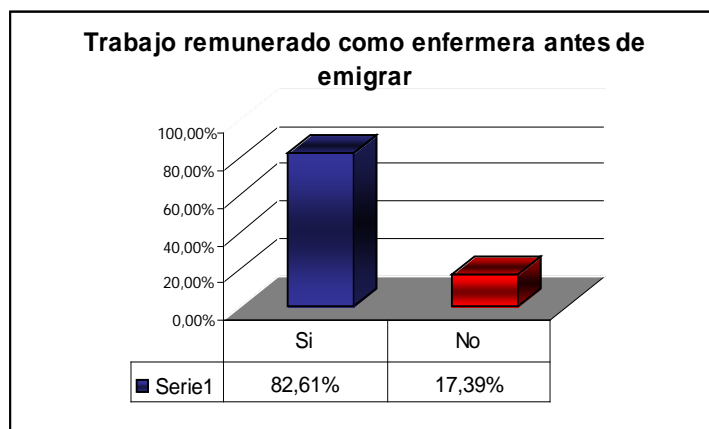


Gráfico 6.16: Aspiraciones en este país



En estas respuestas, se ratifica la importancia que tienen las expectativas del desarrollo personal y familiar que inciden en alto grado al momento de tomar la decisión de migrar, donde hay un alto predominio del aspecto familiar como la principal razón para abandonar el país. Este resultado podría estar relacionado con la composición y estructura familiar que tienen los profesionales que migran o se trasladan preferiblemente con su núcleo familiar.

Gráfico 6.17: Trabajo remunerado como enfermera antes de migrar



En relación a la variable remuneración antes de migrar, se resalta el alto porcentaje de profesionales correspondiente al 82,61%, que a pesar de tener trabajo remunerado, migra a otro lugar. Esta situación no condiciona la permanencia en nuestro país, contrario a las creencias que relacionan el desempleo con la migración. Sin embargo, un 17,39% de los profesionales encuestados que han migrado, podrían estar asociados con el desempleo.

### *Características profesionales y laborales de las enfermeras migrantes*

Los gráficos 6.18, 6.19 y 6.20, indican que el nivel de formación y titulación de los encuestados corresponde en un 100% al título universitario de enfermera/o, pues solo se reconoce este título, lo que reafirma la importancia que tiene la obtención del título universitario para el migrante. Con respecto al título en el país a donde migró, se encuentra que estos títulos han sido reconocidos en un 56,52%, revalidado en un 17,39%, porcentaje altamente satisfactorio en un 73,9%.

El 13% refiere “en trámite” y otro 13% no responde. Podría deberse a que aún no han aprobado los exámenes de cualificación establecidos.

Gráfico 6.18: Nivel institucional de las enfermeras migrantes

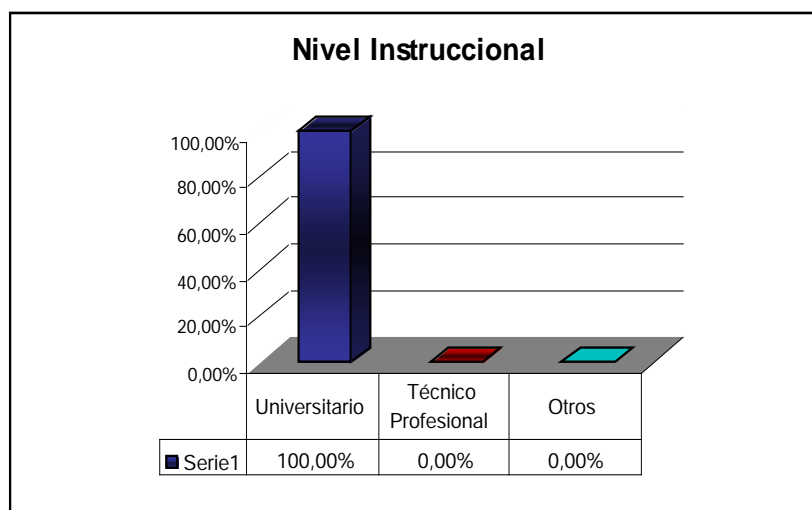




Gráfico 6.19: Título obtenido de las enfermeras migrantes

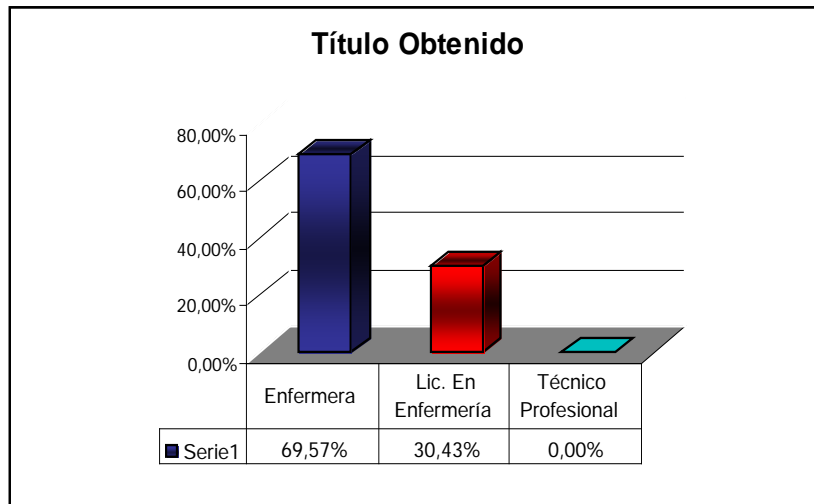
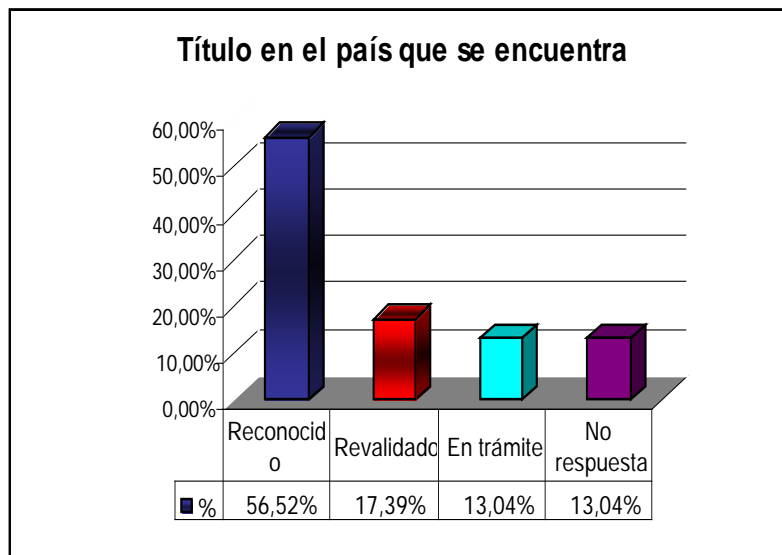


Gráfico 6.20: Título en el país que se encuentra



Se aprecia en los gráficos 6.21 y 6.22, que los profesionales que han realizado estudios de postgrado solo corresponden a un 30,43%. Podría concluirse que los años de egreso del programa de pregrado están por encima de los cinco años, con un 69,5%, tiempo en que el egresado trabaja para adquirir experiencia laboral.

Gráfico 6.21: Años de egreso del pregrado

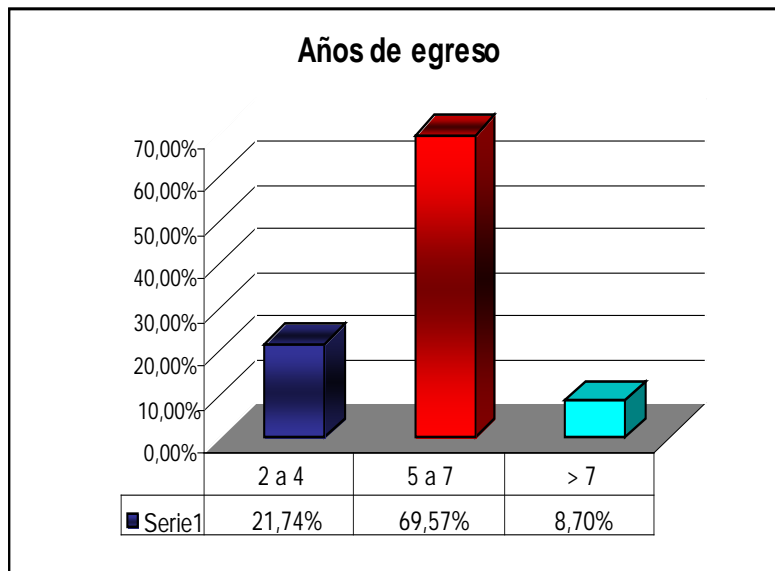


Gráfico 6.22: Estudios de postgrado

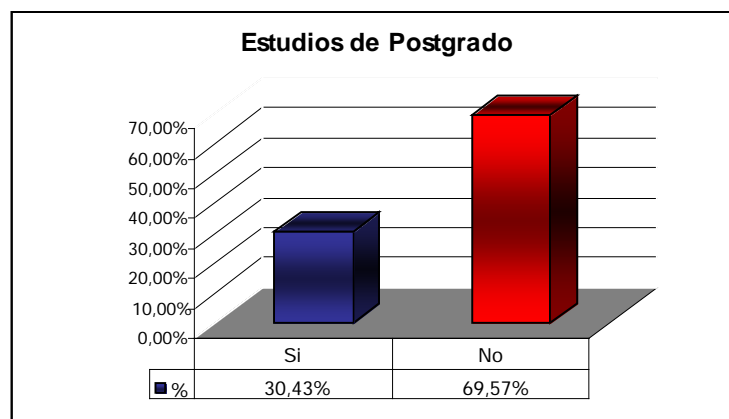


Gráfico 6.23: Cargo que ocupa actualmente

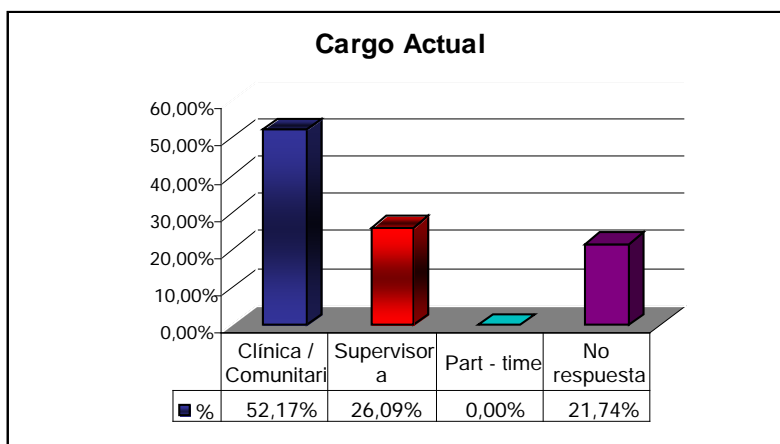
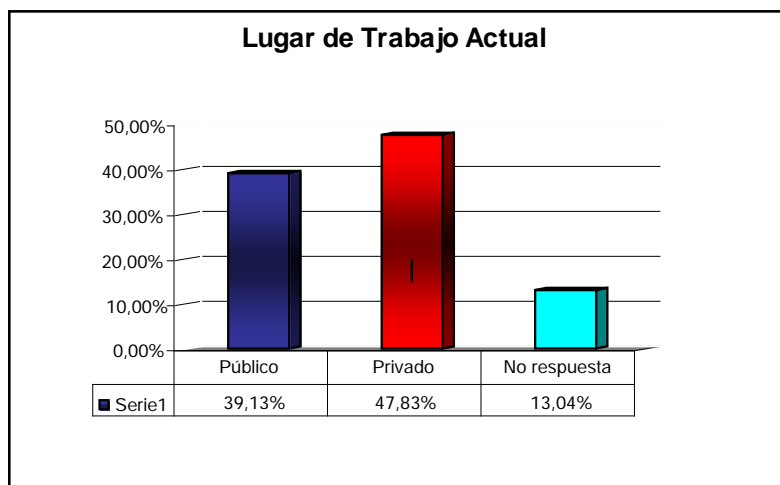


Gráfico 6.24: Lugar en que se desempeña





Al observar los gráficos 6.27, 6.28 y 6.29, se puede deducir que existe una relación directa entre el tiempo para conseguir empleo en enfermería y el tiempo requerido para la validación del título profesional, los cuales oscilan en promedio entre 12 y 18 meses. Un porcentaje significativo de 56,52% realiza otros trabajos ajenos a enfermería antes de ejercer en su profesión, con el fin de sostenerse económicamente.

Gráfico 6.27: Tiempo que se demoró en obtener la revalidación del título

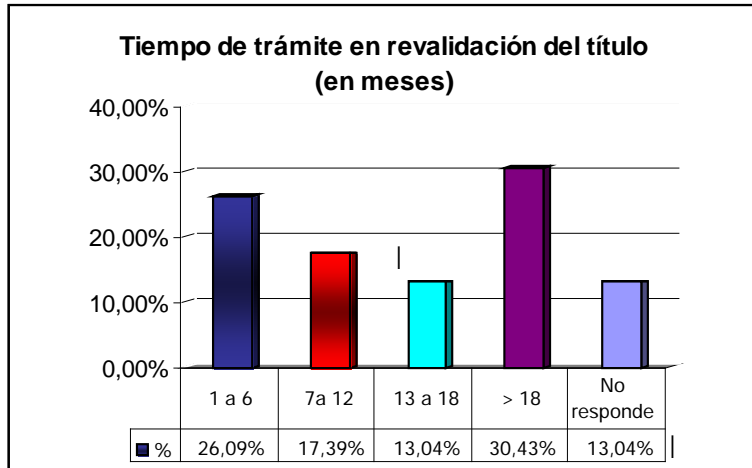


Gráfico 6.28: Tiempo que se demoró en conseguir empleo

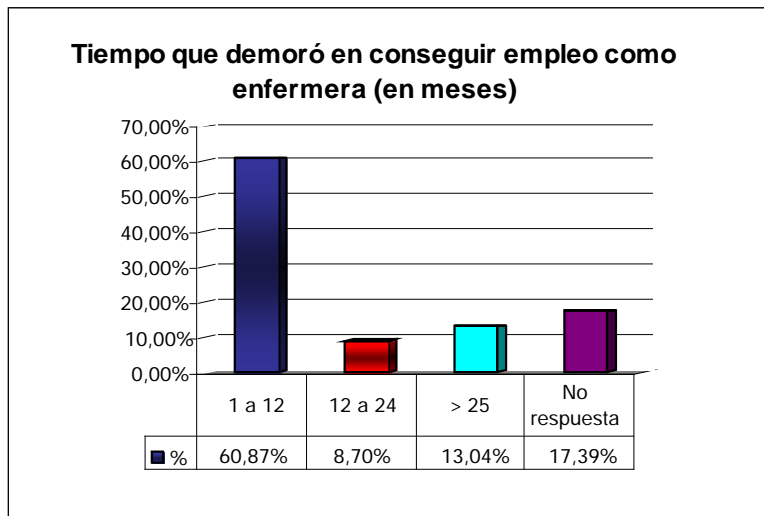


Gráfico 6.29: Trabajos previos ajenos a la profesión

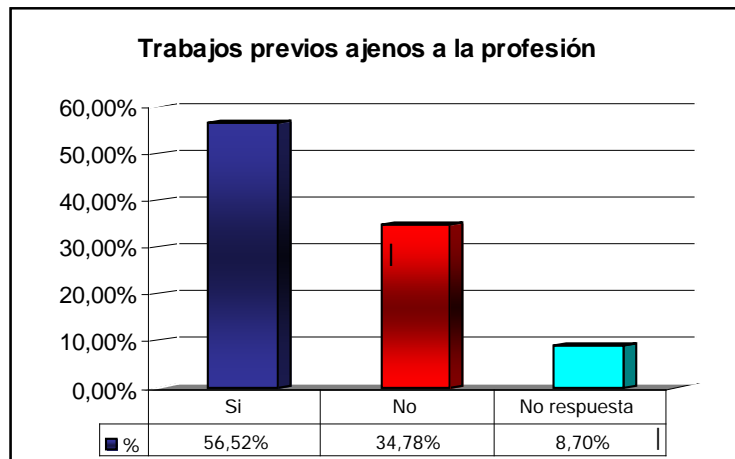


Gráfico 6.30: Valoración profesional

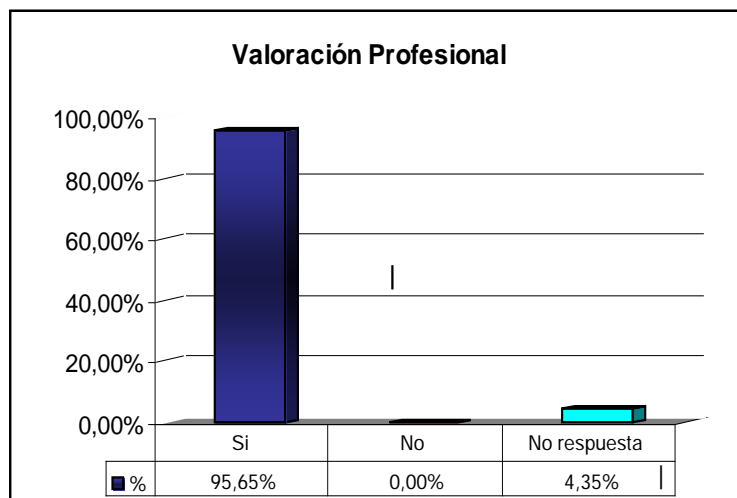


Gráfico 6.31: Inserción social

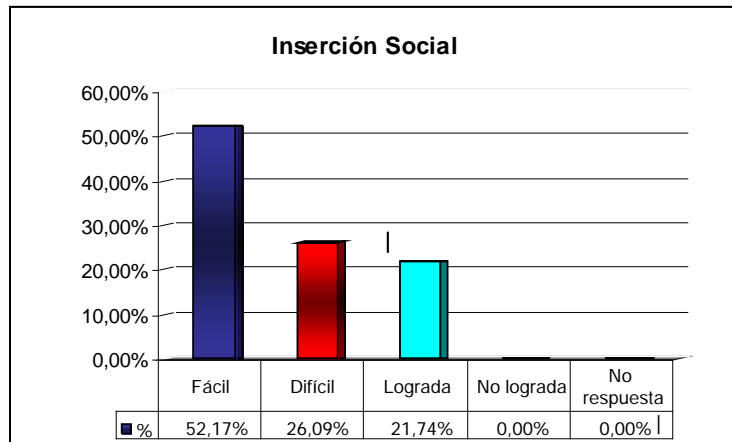


Gráfico 6.32: Impacto de la inserción social

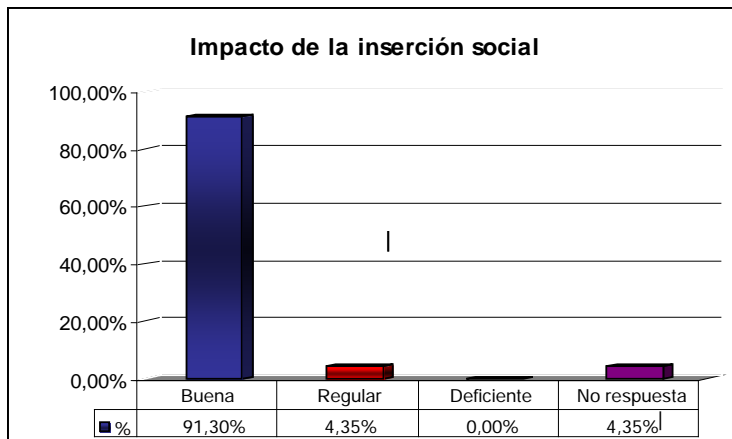


Gráfico 6.33: Sentimiento de discriminación

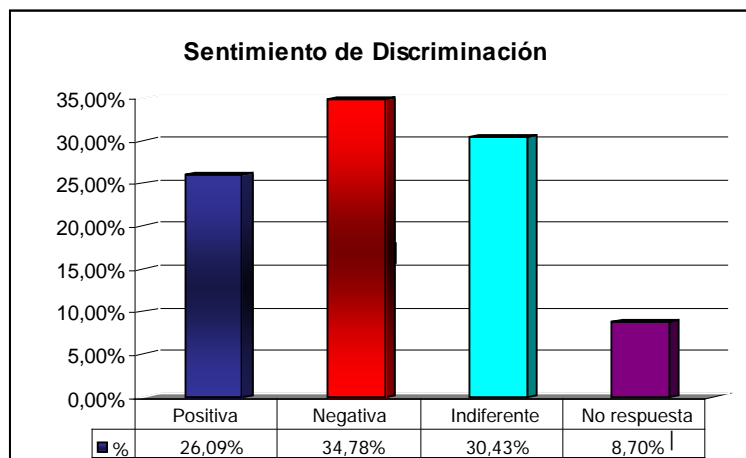
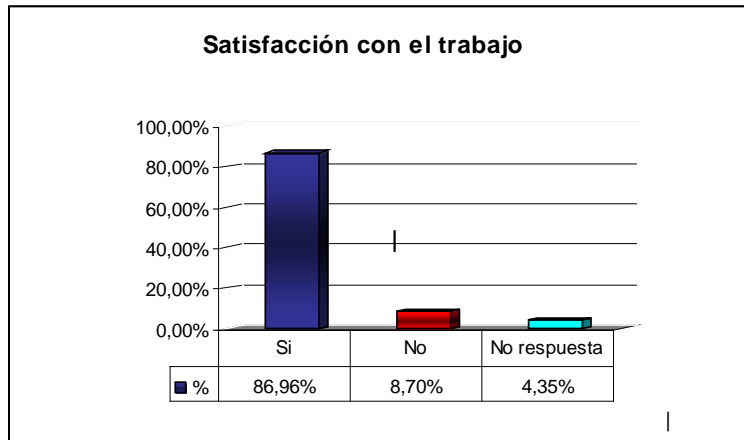
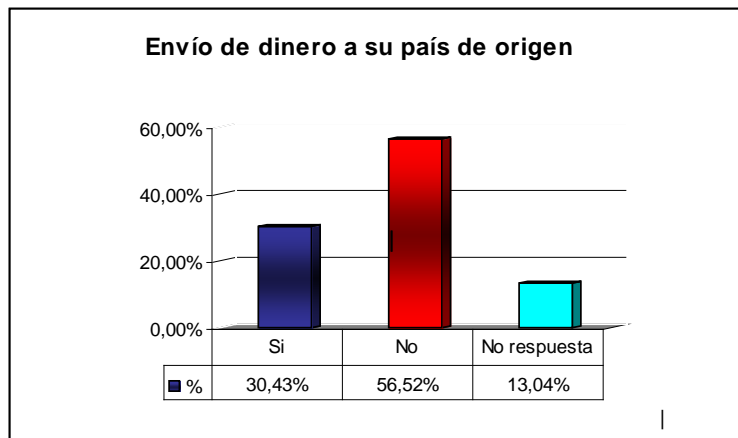


Gráfico 6.34: Satisfacción con el trabajo



Con base en los datos observados en los gráficos, relacionadas con la valoración profesional, su impacto, la discriminación y su satisfacción con el trabajo, es relevante que los profesionales de enfermería que han migrado a otros países se sienten valorados en un 95,65%, altamente satisfactorio con respecto al impacto, dado en la inserción social. De otro lado, existe un sentimiento de discriminación positivo del 26,09%, sobre el cual sería importante indagar.

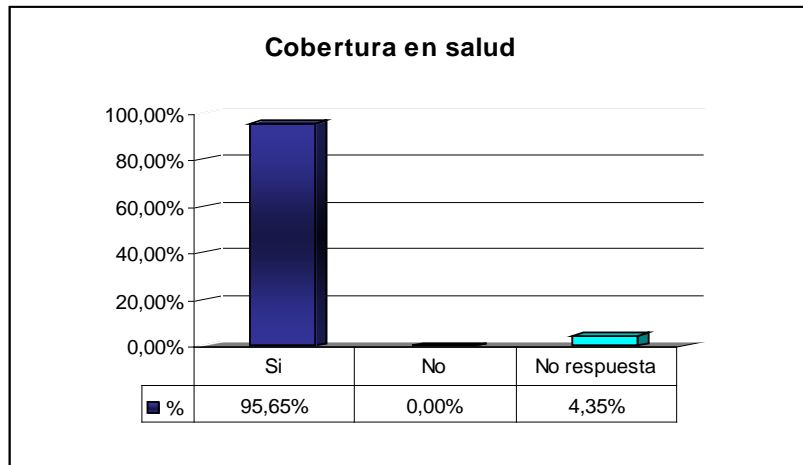
Gráfico 6.35: Envío de dinero al su país de origen y monto del envío



Sobre el envío de dinero al país, solo el 30,43% lo hace. Lo anterior podría relacionarse con que son pocos los solteros que han emigrado, dado que un alto porcentaje son casados y por lo tanto no requieren enviar dinero, ya que conviven allí con su familia.



Gráfico 6.36: Cobertura en salud e inclusión en el sistema provisional



Es altamente satisfactorio observar que un 95,65% de los encuestados tienen cobertura en salud y no reportan datos sobre su inclusión en el sistema pensional.

*Satisfacción económica, con los recursos institucionales y ambiente de trabajo*

Gráfico 6.37: Satisfacción con su situación socio-económica

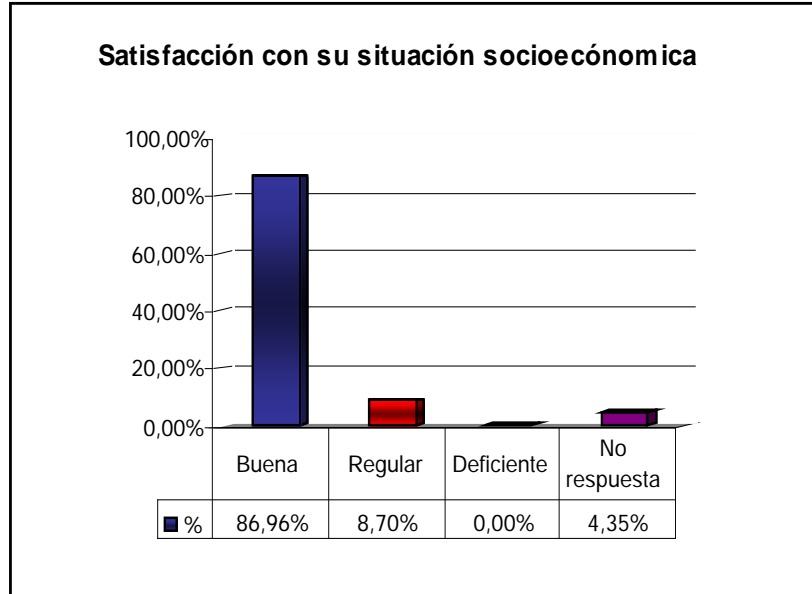


Gráfico 6.38: Satisfacción con su salario

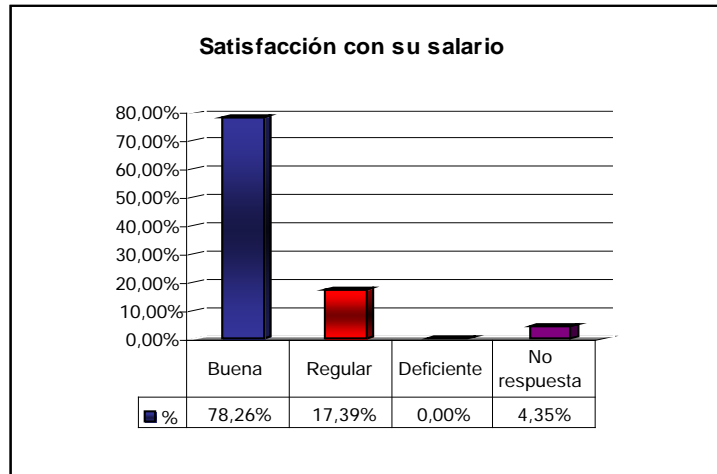


Gráfico 6.39: Satisfacción con la tecnología y recursos

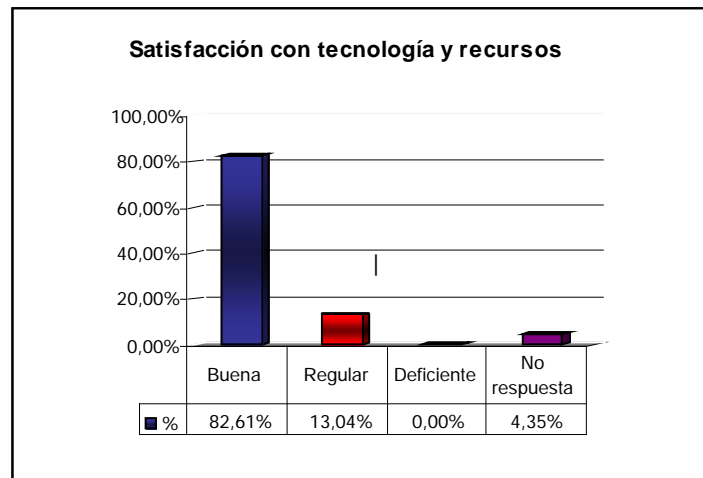


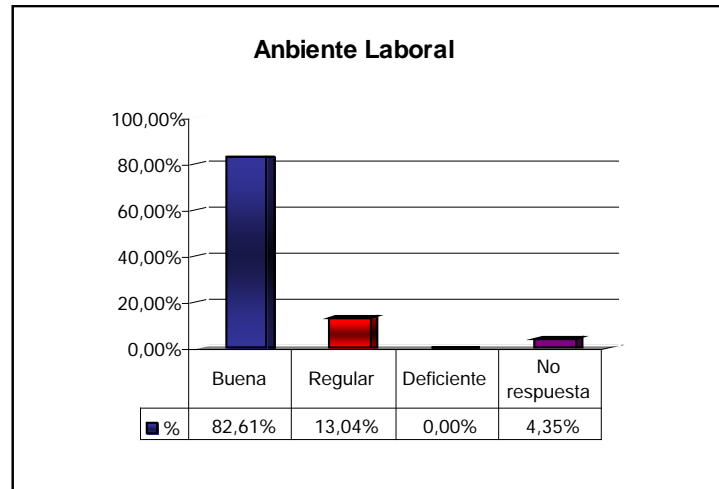
Gráfico 6.40: Satisfacción con la supervisión en su puesto de trabajo



Gráfico 6.41: Posibilidades de promoción laboral



Gráfico 6.42: Ambiente laboral



Con respecto a los gráficos relacionadas con la satisfacción económica, salarial, los recursos, el ambiente laboral y la promoción en el trabajo se encontró que en general, con porcentajes que están por encima del 78% se califica como buena; aspectos que motivan y promueven el crecimiento personal y profesional.

## Conclusiones

- La migración de profesionales de enfermería de Colombia se atribuye más a la motivación familiar y a la búsqueda de alternativas personales y familiares, ya que en un alto porcentaje, las enfermeras encuestadas son casadas con más de un hijo.
- La ciudad de donde procede la mayoría de migrantes es Bogotá, debido a que en la ciudad capital hay en la actualidad 10 programas para la formación de enfermeros a nivel de educación superior.
- La migración de profesionales de enfermería se da más hacia Estados Unidos, país que ofrece diversas alternativas laborales y educativas a pesar de la limitación del idioma.
- Es importante resaltar el alto porcentaje de profesionales de enfermería que ejerce su profesión en otros países en instituciones de salud, con su título convalidado, lo que garantiza bienestar social y económico, traducido en un reconocimiento a la formación recibida en Colombia.
- Se destaca la satisfacción de los migrantes con el ambiente laboral y las posibilidades de promoción que ofrecen las instituciones a las que se encuentran vinculadas.
- Se considera de gran relevancia ahondar en algunos aspectos importantes como las dificultades para la convalidación del título profesional y el sentimiento de discriminación que algunos expresaron como positivo.
- Finalmente, se hace necesario avanzar en otros estudios sobre el fenómeno migratorio, a través del desarrollo de investigaciones que aporten a la comprensión social, académica y económica de este fenómeno y a clarificación de políticas y marco regulatorio de las migraciones.

## Referencias

1. Sistema de información geoestadística de Colombia. Disponible en: <http://www.dane.gov.co>. Bogotá: DANE [Consultado el 28 de mayo de 2007].
2. OMS. Estadísticas sobre la salud en el país. Indicadores básicos, leyes, recursos, emergencias e incidencias de enfermedades. Disponible en: <http://www.who.int/country/col/es> [consultado agosto 10 de 2008].
3. Publicado en el diario “El Tiempo”. Bogotá: 4 de octubre de 2006.
4. DANE - Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.dane.gov.co>. Bogotá Dane [consultado mayo 28 de 2007].
5. Publicado en el diario “El Tiempo”. Bogotá: 10 de febrero de 2007.
6. Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible En: [www.iadb.org/index.cfm?language=Spanish](http://www.iadb.org/index.cfm?language=Spanish) [Consultada: mayo de 2007].
7. Tomado del diario “El Tiempo”. Bogotá. Consultado el 14 de octubre de 2006.
8. Alviz Fernández, A. Presidente Confederación de Trabajadores de Colombia CTC. Los trabajadores y la emigración. Ponencia en Jornada sobre Migraciones Laborales, Universidad de La Sabana, 19 de octubre de 2006.

## Bibliografía

- ACOFAEN. Soto, M. I. y Valdivieso, M. I. Ponencia: Aspectos Generales sobre Oferta y Demanda. 56° Congreso de Directoras. Valledupar – Cesar: Septiembre 28 y 29 de 2006.
- ACOFAEN. Documento síntesis sobre la principal problemática en la formación del recurso humano de enfermería. Bogotá: mayo de 2007.
- Banco de la República de Colombia. Series estadísticas. Disponible en: <http://www.banrep.gov.co>. [Consultado noviembre de 2007].
- Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. En: [http://www.dane.gov.co/files/banco\\_datos/Migracion/migracion\\_interna\\_Clbia.pdf](http://www.dane.gov.co/files/banco_datos/Migracion/migracion_interna_Clbia.pdf). [Acceso 29 de Enero de 2007].
- Departamento Nacional de Planeación. Visión Colombia Segundo Centenario: 2019. Planeta: Bogotá, 2005.
- Facultad de Ciencias Humanas UN. Colombia: Migraciones, transnacionalismo y desplazamiento. Unilibros: Bogotá 2006.
- Memorias Jornada sobre Migraciones Laborales. [En CD]. Universidad de La Sabana, 19 de octubre de 2006.
- OPS/OMS. Análisis de la regulación de Enfermería en las Américas. Documento en construcción – versión 2, Colombia. Washington: marzo de 2008.
- Organización Internacional de las migraciones. En: <http://www.iom.int>. [Acceso 29 de Enero de 2007].

# 7. Ecuador

---

**Carmen Falconí Morales**  
**Jannett Brito**

## Introducción

En el año 2004, en el marco del IX Coloquio de Investigación en Enfermería (Lima, Perú), se realizó la jornada Internacional de Investigación en Recursos Humanos de Enfermería; allí se debatió por primera vez el tema de la migración internacional de enfermeras, a fin de realizar una exploración sobre este fenómeno en América Latina y establecer coincidencias, diferencias, implicaciones e impactos.

En el mencionado evento, se realizó un taller de discusión inicial sobre este complejo asunto, junto a otros abordajes compartidos por los representantes de los países en donde la migración se ha convertido en asunto de trascendental importancia por sus efectos sociopolíticos, económicos, legales, laborales, culturales y psico-emocionales. Se expuso el tema “Ecuador: Migración y escasez de enfermeras: aportes para la discusión”, cuestión de singular importancia por la posible incidencia del movimiento migratorio en la falta de enfermeras, demostrada por los indicadores de baja disponibilidad de este recurso profesional.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador (INEC), en el año 2004, existía una relación de 5,5 enfermeras/10 000 habitantes en el país, una situación similar que ocurre precisamente en los países donde el desplazamiento poblacional es importante, tal el caso de nuestro país.

En la reunión de Lima, quedó clara la poca información científica disponible, al mismo tiempo que las observaciones no sistemáticas indicaban un flujo importante de enfermeras migrantes a algunos países latinoamericanos.

Producto de las coincidencias de los hallazgos en varios países del norte, Centro y Sudamérica, se continúa con el actual proyecto, el mismo que permitirá pasar de una información general sobre la migración latinoamericana a una información cuali-cuantitativa de lo que acontece con las enfermeras migrantes en nueve países Sudamericanos: Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú, Colombia, Uruguay y Venezuela, habiéndose integrado últimamente a este estudio multicéntrico, Paraguay y Brasil.

En nuestro caso, se toma como espacio referencial de este trabajo el año 2000, pues la época es coincidente con un periodo de alta inestabilidad política y deterioro del bienestar más elemental por el colapso financiero del país y por la adopción del esquema de dolarización en el año 1999, hechos que incidieron en salidas masivas de ecuatorianos.

Asimismo porque de un promedio sostenido de migrantes de alrededor de 22 000 y 17 000 en el primero y segundo lustros de la década de los años ochenta del siglo pasado (que era lo que se observaba también en décadas anteriores), la migración ecuatoriana se dispara a 130 000 emigrantes/año en el periodo 2000-2003. Por lo tanto, este trabajo toma en cuenta estos hechos contextuales para fines de su realización.<sup>5</sup>

Es importante señalar que este estudio multicéntrico constituye una primera fase, pues aspira también a indagar en una siguiente etapa, la situación en Europa y Norte América que, en el caso de las enfermeras ecuatorianas, parecen encontrar opciones laborales en Estados Unidos, España, Italia, Canadá y Chile.

Al respecto, Acosta (1) señala que en el censo de los EUA del año 2000, el aumento de ecuatorianos que residen en ese país se incrementó de 191 198 (1990) a 260 599 (2000), considerando que esta cifra subestima significativamente la cantidad real de inmigrantes ecuatorianos, debido a que no incluye a los

---

5. Según datos de Alisei y Ciudad, en el Informe sobre La migración en el Ecuador (1997-2003).

que se encuentran en condición ilegal. Según su análisis, los ecuatorianos constituyen el octavo grupo hispano-latino con mayor población residente en los EUA y el segundo grupo sudamericano más grande detrás de Colombia.

Los mismos autores consideran que diversas estimaciones nacionales conceden un papel preponderante a la emigración irregular y plantean que en una prudente estimación, se puede considerar que esa cifra podría elevarse a 700 000 ecuatorianos los que salieron en esa época y residían en EUA hacia el año 2000. De la misma manera, mencionan que en España (2004), el número de ecuatorianos podría ser de alrededor de 450 000 a 500 000, cifra que debe ser mayor, según las autoridades españolas por el proceso de regularización en marcha. A la par, refieren que en Italia podrían estar residiendo unos 70 000 ecuatorianos. Además habría agrupaciones de ecuatorianos en Francia, Portugal y Bélgica.

Adicionalmente, la ONU menciona que alrededor de 200 000 profesionales han dejado el Ecuador en busca de mejores condiciones de vida en España, EUA, Italia y en menor intensidad en Chile y Colombia. También es importante hacer notar que se está dando un proceso sostenido de refugiados provenientes de Colombia desde el año 2000. Además, el Centro Caribeño de Demografía (CELADE) señala que casi la mitad de migrantes latinoamericanos son mujeres (2).

En definitiva, el número de compatriotas que residen fuera del Ecuador, podría encontrarse fácilmente en el rango entre 1,4 y 2,5 millones de personas (1). En otras palabras, se hace notar la dificultad real existente de medir con precisión el flujo migratorio, y situación idéntica podría encontrarse en el presente estudio, que aborda la migración de enfermeras.

Si bien varias investigaciones se han realizado sobre este asunto en Norte América y El Caribe de habla inglesa, muy pocos y no sistemáticos trabajos, se han efectuado en los países de América Latina. En el Ecuador, esta afirmación se corrobora con la existencia de escasos estudios que analizan el fenómeno migratorio de estas profesionales; así se ha ubicado un trabajo realizado por la Federación Ecuatoriana de Enfermeras (FEDE) sobre “Migración de profesionales y trabajadores de la salud”; otro estudio sobre “Características de la migración en la provincia de Loja”, en el que se incluyen grupos profesionales, trabajo que fuera realizado por la Universidad de Tennessee; y otro estudio del Consejo Nacional de Salud (CONASA) y la Comisión Nacional de Recursos Humanos de Salud (CONARHUS) a través del Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Ecuador, “Migración de médicos y enfermeras recién graduados en ciudades seleccionadas del Ecuador 2003-2004”.

El presente estudio es parte del proyecto multicéntrico, gestionado por la OPS/OMS: Área de Salud basada en la Atención Primaria para la Salud, Proyecto de Recursos Humanos para la Salud, con la colaboración de la Universidad Andrés Bello de Chile.

Se aporta información cuantitativa y cualitativa exploratorio sobre la migración de enfermeras en el Ecuador, la misma que será insumo para el estudio regional que se viene realizando en 13 países latinoamericanos, constituyendo la primera etapa de un proyecto más amplio. La siguiente, abarcará los otros países y se extenderá a Portugal, Italia y España por ser estos países preferentemente receptores de poblaciones de migrantes.

En cuanto a los hallazgos de la investigación y principalmente en lo referente a la inmigración de enfermeras, este trabajo puede ser considerado pionero en nuestro medio, pues no se ha encontrado ningún estudio que indague sobre este aspecto en el Ecuador ni en otros de Latinoamérica.

## Objetivos

- Establecer la magnitud de la migración internacional de enfermeras en el Ecuador.
- Describir las características de las enfermeras que inmigraron al país.

- Especificar procesos sociales, culturales, socioeconómicos, políticos, legales, profesionales y laborales vinculados a la migración de enfermeras en el Ecuador.
- Describir políticas y legislación sobre la migración de enfermeras.

## Metodología

Se consultaron varias fuentes consideradas como la institucionalidad pública encargada de las tareas migratorias en el Ecuador, para obtener la información cuantitativa nacional referida a la magnitud de la inmigración de enfermeras en el Ecuador; se indagó en instituciones gremiales y académicas de enfermería, organismos públicos de salud (Ministerio de Salud Pública), organismos técnicos nacionales e internacionales y en el organismo rector de la educación superior en el Ecuador (CONESUP).

Una encuesta, de cuestionario previamente diseñado y una entrevista, se realizaron a 20 profesionales enfermeras extranjeras que se encontraban trabajando en instituciones públicas o privadas del país a la fecha de realización de este trabajo. El tamaño de la muestra fue definido por el equipo Regional de Investigación para cada uno de los países, la misma que correspondió a una muestra no probabilística y de tipo intencionado o de criterio, pues no se conocía objetivamente el universo y eran enfermeras que representaban casos típicos de la población.

Se consideró como inmigrante a la enfermera de nacionalidad extranjera que trabaja actualmente en el país.

Antes de realizar la encuesta, se obtuvo de las enfermeras inmigrantes el consentimiento informado para una voluntaria participación en este estudio y confidencialidad de la información. La encuesta a 19 enfermeras se realizó en Quito y una sola fue hecha en Guayaquil, durante el primer trimestre de 2007, por la dificultad inicial de ubicación de las enfermeras extranjeras.

Coincidentemente, todas las encuestadas son de sexo femenino, pero no se excluyó la variable de género en este estudio.

Adicionalmente, se efectuaron varias entrevistas con algunos directivos de enfermería de instituciones públicas y privadas, así como con algunos funcionarios de diferentes dependencias públicas relacionadas con la migración y con el registro de profesionales universitarios y de salud.

También se obtuvo información adicional por entrevista telefónica o personal con parte de las mismas encuestadas, a fin de conocer las razones personales, familiares, sociales, laborales y profesionales que conducen a emigrar y las consecuencias e impactos en ellas, en sus familias, en la profesión y en la misma organización a la que se encuentran vinculadas.

Se indagó en fuentes de información nacional y profesional, referidas a los dos flujos de movimiento de las enfermeras: inmigración y emigración.

## Contexto

### *Contexto demográfico y socio económico*

Los datos generados por el INEC (Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos), informan que aproximadamente el 1 de enero del 2009, 14.000.000 de personas habitan el Ecuador.

Esta población es étnicamente diversa, siendo los mestizos el grupo más numeroso y representativo del ecuatoriano promedio, constituyendo éste aproximadamente el 77,42% de la población actual. Los blancos, en su mayoría criollos descendientes de colonos españoles, como también inmigrantes europeos más recientes, integran alrededor del 10,45% de los ecuatorianos. Los amerindios, pertenecientes a diversas nacionalidades o agrupaciones indígenas, representan alrededor del 6,83%.



En lo referente al sexo de la población, se puede establecer que alrededor del 49,4% se encuentra compuesta por hombres, y un 50,6% por mujeres. Estas cifras varían aún más a favor de las mujeres en las provincias de la sierra central ecuatoriana.

Aproximadamente el 54% de la población reside en los centros urbanos, mientras el resto se desenvuelve en el medio rural (3).

La población alfabeta de 15 años y más corresponde al 92%. Su crecimiento medio anual de PBI es de 6,9 y la población que está bajo la línea internacional de pobreza es de 15,8% (4).

### *Contexto epidemiológico*

De acuerdo a los indicadores de mortalidad, Ecuador presenta una tasa de mortalidad general en hombres de 521,2 por 100 mil habitantes y en menor proporción la tasa en mujeres que corresponde a un 441,5 por 100 mil habitantes. La razón de mortalidad materna es de 22,3 por 100 mil nacidos vivos y una tasa de mortalidad infantil de 22,3 por 1000 nacidos vivos en el año 2006. La tasa de mortalidad estimada por homicidio es de 16,1 por 100 mil habitantes; de suicidio 5,0 y accidentes de transporte terrestre 17,8 del año 2000 al 2004. Se observa un subregistro de mortalidad de un 12% y causas mal definidas e ignoradas de un 11,6% en los mismos años (4).

### *Contexto de salud*

El sistema de salud del Ecuador se caracteriza por su segmentación. Como en otros países andinos de la zona, un sistema de seguridad social financiado por cotizaciones de los trabajadores del sector formal coexiste con sistemas privados para la población de mayor poder adquisitivo y con intervenciones de salud pública y redes asistenciales para los más pobres.

La estructura del sector salud en Ecuador, como se ha indicado, está claramente segmentada. Existen múltiples financiadores y proveedores: Ministerio de Salud, Seguro Social IESS, ICS, ONG y otros, que actúan independientemente solapándose en ocasiones sus actuaciones.

La cobertura de la seguridad social es relativamente baja (IESS 10% y seguro campesino 10%) y la red asistencial pública muy limitada quedando aproximadamente sin cobertura un 30% de la población. Otros prestadores que cubren pequeñas cuotas de aseguramiento son: la Sociedad Ecuatoriana de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA), la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) y los servicios de la Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional.

La consulta nacional de 1997 atribuye cuatro roles del Estado en salud:

- Rectoría.
- Promoción de la salud.
- Garantía de acceso equitativo a la atención.
- Provisión descentralizada de los servicios.

La estructura dependiente del Ministerio de Salud Pública está muy debilitada por la falta de presupuesto y su capacidad de liderar el sector salud es por el momento limitada.

La red de servicios de salud dependiente del Ministerio de Salud Pública (MSP) se estructura de forma regionalizada con dos niveles de descentralización: el provincial (direcciones provinciales de salud) y cantonal (áreas de salud). Las áreas de salud no siempre coinciden con la delimitación del cantón.

El gasto en salud total per cápita en dólares internacionales (2001) es de US\$ 177. Dicho gasto, presenta una gran desigualdad en relación con el tipo de cobertura. Se estima que el gasto per cápita para los afiliados al IESS es de US\$ 145 mientras que para la población subsidiaria del MSP es de US\$ 33, es decir una cuarta parte (5).

## *Contexto migratorio*

En el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, archivo de materiales definitivos del Censo Nacional del año 2001 (VI de Población y V de Vivienda), fue revisada la información sobre población económicamente activa, por grupos principales de ocupación según provincias y áreas; solamente se encontró que la información está agrupada en categorías, por ejemplo: profesiones científico-intelectuales, técnicos y profesionales de nivel medio, etc., lo que no permitió obtener información concreta referida a las enfermeras.

En la misma institución, se consultó el Anuario de Migración Internacional 2004, que utiliza la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones emitida por la OIT, (CIUO versión 1988) en la que se encuentra que las enfermeras a nivel superior se ubican en la categoría 2, que equivale a la de profesiones científico-intelectuales, que es la misma que utilizó el INEC en el Censo (2001) del país.

Según esta fuente, ingresaron al Ecuador en el año 2004, un total de 818 927 extranjeros. De este total, en la categoría 2, donde se incluye a las enfermeras, constan 461 400 extranjeros.

De acuerdo al registro de ingresos y salidas de ecuatorianos y extranjeros, realizado por la Dirección Nacional de Migración / Departamento de Estadísticas en el año 2005 se señala que noventa y nueve enfermeras/os diplomadas ecuatorianas no regresaron al país en ese año.

En el Consejo Nacional de Educación Superior (CONESUP), se revisó el archivo sobre Registro de Títulos Profesionales, en el período comprendido entre el año 2000 hasta el febrero del 2007, encontrando el registro del título universitario de veintiocho extranjeras, de nacionalidades: colombiana (24), boliviana (1), cubana (1), mexicana (1) y de otra nacionalidad no confirmada (1). La mayoría registró su título como licenciada en enfermería; solamente 4 de ellas inscribieron el título de enfermera. En el mismo CONESUP, de 5624 enfermeras que registraron sus títulos profesionales en el período 2000-2007, solamente veintiocho extranjeras constan en esos registros (0,5%) siendo 24 de nacionalidad colombiana. Para el registro de profesionales, CONESUP exige el título respectivo. Se estima que puede haber subregistro de este dato, porque no todas las instituciones obligaban a esta inscripción sino hasta hace poco tiempo; sin embargo por la vigencia de la Ley de Educación Superior, actualmente es exigida.

Por otra parte, en la Dirección Nacional de Control Sanitario y Vigilancia del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, fueron revisados los archivos de Registro de las Profesionales de Enfermería, lo que se realiza después de haber cumplido el requisito legal del año de salud rural, previo al ejercicio profesional en el Ecuador; encontrándose que en los Libros 11 al 14, correspondientes al período 2000-2006, solamente 9 enfermeras extranjeras de nacionalidad colombiana, legalizaron su título en esta dependencia pública.

Finalmente, se indagaron otras fuentes de información y no se encontró ningún registro sobre migración de enfermeras en: Colegio y Federación de Enfermeras/os, en el Consejo Nacional de Salud y Consejo Nacional de Recursos Humanos en Salud (CONASA-CONARHUS), en RRHH de la OPS/OMS-Ecuador.

Para el acceso a información nacional se observaron todas las formalidades exigidas por las diferentes organizaciones públicas, pero algunas instituciones no respondieron oportunamente, ni tampoco permitieron la consulta de los datos.

## *Contexto educacional*

La formación de recurso humanos en salud en el Ecuador se da principalmente en el sector público. La carrera de enfermería es la más ofertada, mientras lo contrario sucede con obstetricia.

Como en otros países de América Latina, en la década de los 80 y 90 se desarrolla un fuerte proceso de expansión de la formación en ciencias de la salud en el sector privado. Por otro lado se ha documentado, como en otros países, una acentuación del proceso de feminización del sector salud, a nivel de la formación, pasando de 59% en 1981 a 64% en el 2001.

Aún cuando no existen cifras oficiales, se estima que la migración de médicos ecuatorianos es importante y tiende a incrementarse. Así se ha reportado que de los 800 colegiados que tiene la provincia de

Manabí, cerca de 200 médicos de esta provincia, trabajan en Chile y Argentina. Así mismo, se estima que alrededor de 2000 médicos ecuatorianos de los 20 000 registrados, laboran en Europa y América (6).

### *Contexto político y legislación sobre la migración de enfermeras*

Se indagó en diferentes instituciones sobre la existencia de acuerdos, convenios, políticas o legislación relacionada a la movilidad de personal sanitario y principalmente de enfermeras.

En el Ministerio de Salud Pública, la Dirección de Relaciones Internacionales está ejercida coincidentemente por una enfermera inmigrante, quien refirió sobre la vigencia del Convenio Hipólito Unanue para asuntos relacionados con personal sanitario a nivel de la Comunidad Andina de Naciones, de la cual el Ecuador forma parte junto con Perú, Colombia y Bolivia. Indicó que en el país no se conceden visas especiales para enfermeras, solamente que en casos de urgencia sanitaria o desastre y que el país lo requiera.

En la Dirección Nacional de Asuntos Migratorios del Ministerio de Relaciones Exteriores, se mencionó que en esta dependencia se registran las visas concedidas a personal sanitario que ingresa al Ecuador a través de fundaciones u organizaciones no gubernamentales. Es frecuente que al país ingresen grupos de profesionales, generalmente provenientes de EUA o Europa, a realizar atención en diferentes áreas de especialidades médicas; las enfermeras suelen también integrar esos equipos.

El país concede visas temporales de 2 años de duración como máximo; las visas de turismo no permiten ejercicio profesional a extranjeros, solamente las de inmigración. Las enfermeras deben observar los requisitos generales de concesión de visas y no existe preferencia alguna.

Por otra parte, en la Cancillería Ecuatoriana se mencionó que en el año 2005, se efectuó la XI Reunión del Comité Andino de Autoridades de Migración y se refiere a la existencia del Anteproyecto del Reglamento Instrumento Andino de Migración Laboral, resultante de la X Reunión del Comité Andino de autoridades de migración.

Existe la decisión 545 o Instrumento Andino de Migración Laboral, donde se declara la vigencia de los enunciados contenidos en la Declaración de Principios y Derechos Fundamentales en el Trabajo de la OIT (1998), referidos al trabajo y libertad de trabajo, condiciones equitativas, unidad familiar y el derecho a la información.

Se plantea en ese mismo proyecto, la creación de la Oficina de Migración Laboral, que asumirá la supervisión de la situación laboral, cuyas funciones actualmente están a cargo de las dependencias que aprueban los contratos laborales de los trabajadores extranjeros.

Por otra parte, en el Ecuador se está observando en el último tiempo la presencia de organizaciones o funcionarios que intentan reclutar profesionales para ocupar cargos en países con elevada necesidad de enfermeras. Al respecto se ha constatado en Internet la existencia de varias de ellas para asesorar y ofrecer la posibilidad de emigrar a Italia, EUA, Canadá, Chile (ej.: <http://www.empleoschileareasalud.com>).

En algún caso inclusive han formalizado convenios con universidades estatales ecuatorianas con este propósito. Algunas de estas organizaciones ofrecen homologación y reconocimiento de título profesional, permiso de trabajo, permiso de permanencia, asesoría legal para la obtención de visa, curso del idioma extranjero, etc.

## Resultados

### *Características de las enfermeras que inmigraron al Ecuador*

La información de la encuesta guarda relación con dos dimensiones: a) Aspectos demográficos y sociales; b) Características profesionales y laborales de las 20 enfermeras extranjeras a quienes se encuestó.

Básicamente los datos cuantitativos recogidos permiten establecer estos aspectos, y los cuadros estadísticos y gráficos que se presentan más adelante se explican por sí solos.

En cuanto a las características de la inmigración de enfermeras, considerando diferentes variables demográficas y sociales, se encontró que el 100% son de sexo femenino, en edades de más de 42 años (75%), de origen colombiano (35%) y estadounidense (25%), están casadas (65%), con 1-2 hijos (50%), y movilización propia (70%).

El 100% de las enfermeras inmigrantes tiene regularizado su estatus legal y el 75% está residiendo en el Ecuador hace más de 7 años.

De la misma forma mencionaron que las razones para migrar fueron familiares y por desarrollo personal, antes trabajaban en área urbana y tenían un trabajo permanente (80%). De las que trabajaban en sus países de origen, lo hacían en área urbana (50%), en el sector privado (43%) y en hospitales (82%) y por más de 4 años (65%).

Por otra parte, en cuanto a diferentes aspectos laborales y profesionales, el 95% de las enfermeras inmigrantes tienen educación superior, el 60% son licenciadas, tienen título reconocido (50%), revalidado (15%) y en trámite de legalización (20%). El 45% refiere tener formación de postgrado, están graduadas hace más de 7 años (85%). Quienes tienen postgrado lo han obtenido en las áreas de: auditoría, anestesia, emergencias, gerencia en salud, salud pública, salud escolar, enfermedades tropicales, medicina natural y tradicional.

El cargo actual que ocupan es en enfermería clínica o comunitaria de jornada completa (35%) y en funciones de supervisión o coordinación (25%), existiendo otras áreas de desempeño, tales como: auditoría, representante de ventas, etc.

Trabajan en hospitales y están mejor preparadas para la enfermería clínica (70%), se ubican en sector privado (80%) como enfermeras de planta (45%), con contrato (35%), y en cuidado domiciliario, solo el 5%. El 25% gana entre US\$ 401 y US\$ 600, otro 25% entre US\$ 801 y US\$ 1000 y un 20% gana más de US\$ 1000.

Otras cuestiones socio-laborales encontradas fueron que han logrado el reconocimiento del título profesional en períodos cortos de menos de 6 meses (40%), o en menos de 18 meses (20%). El tiempo para encontrar trabajo ha sido menor a un año para el 65%.

En cuanto a aspectos emocionales, el 85% expresa que existe valoración profesional, que han logrado insertarse socialmente de manera difícil (40%), y refieren una percepción de discriminación positiva (55%), percepción negativa (20%) e indiferente (25%). Se sienten satisfechas en el cargo (80%).

Algunas variables culturales, socioeconómicas y laborales indican que no recomendarían migrar a sus familiares (55%) y que no hubo migración previa a otro país (90%), y que el 65% no envía dinero a sus países. Además, el 50% se siente satisfecho con la situación económica y el otro 50% no está satisfecho. Por otro lado, el 65% está satisfecho con la tecnología disponible en su medio laboral y con la supervisión en su puesto de trabajo (55%). Opinan que existen posibilidades de promoción regular el 55%; y en similar porcentaje (20%) encuentran que son muy buenas o deficientes las opciones de promoción. El 55% encuentra que el clima laboral es regular.

Tienen cobertura privada de salud (65%) y pública (20%). De la misma forma que el 60% están afiliadas al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS); el 15% no respondió.

### *Procesos sociales, profesionales y laborales vinculados a la migración de enfermeras en el Ecuador*

En base a los hallazgos cuantitativos expuestos sobre las características de la inmigración de enfermeras, puede complementarse con información cualitativa recogida de directivos de varias organizaciones de salud y en instituciones públicas sobre diferentes procesos vinculados a la migración.

## *Sociales*

En un hospital privado, sin fines de lucro, que mantiene altos estándares de calidad de atención sanitaria y funciona por más de medio siglo en el país, se identificó que todas las enfermeras extranjeras provienen de EUA. Todas coinciden que lo hacen por cumplimiento de una misión relacionada a su creencia y práctica religiosa. Se ubican en proyectos de salud o educación pertenecientes a la misma organización.

La decisión de permanencia en el Ecuador es variable y personal. Algunas han conformado sus familias en Ecuador; indican que no perciben remuneración nacional, sino de fondos de la organización norteamericana. Se han identificado mucho con la cultura ecuatoriana y la mayoría de ellas suele permanecer por períodos largos en el Ecuador y refieren alta satisfacción laboral y compromiso social.

Por el contrario, en un hospital privado de reciente creación, se observa la dinámica de reclutamiento de diferente personal de salud extranjero y de jóvenes profesionales enfermeras que ha inmigrado al país. En algunos casos han venido motivadas/os por la similitud de nuestra cultura con la del país que provienen; por la economía dolarizada vigente en el Ecuador, pero les ha llamado la atención el bajo reconocimiento social que tienen las enfermeras en el Ecuador, si se compara con el observado en su país, así como las bajas remuneraciones. Este aspecto ha generado desmotivación por la profesión y se ha traducido en que algunas de las que optaron inicialmente por cargos de enfermeras, se han ubicado en puestos administrativos en la misma institución; sin embargo, reconocen que la formación de enfermería, les ha permitido un óptimo desempeño en estas nuevas posiciones. Algunas de ellas han venido también al Ecuador por razones familiares.

Relacionada a la misma organización, intenta funcionar con metodologías y tecnología de última generación (guías de cuidado, historia clínica electrónica, etc.) y eso en cambio, genera un estímulo para el desempeño profesional, sobretodo de las enfermeras jóvenes.

Las mismas encuestadas indican que últimamente se está observando una inmigración sostenida de enfermeras cubanas y peruanas, quienes se ubican en las provincias de la costa, principalmente en las provincias de Guayas y El Oro.

Por otra parte, en el proceso de búsqueda de enfermeras inmigrantes, se ubicó a algunas colegas ecuatorianas que han experimentado la condición de inmigrantes en países como: España, Canadá, Italia, Chile, Brasil, Alemania; pero que al no encontrar condiciones cualitativamente superiores a las que tenían en su país de origen, decidieron regresar a trabajar en el Ecuador. Algunas de las que regresaron al país también cambiaron de actividad y se dedicaron a diferentes negocios. Otra enfermera ecuatoriana resultó favorecida en el sorteo de visas estadounidenses, pero de igual manera regresó a trabajar al Ecuador.

Finalmente, se ubicó el caso de una enfermera que por razones familiares (matrimonio) vino a residir al país y decidió obtener la nacionalidad ecuatoriana; así como el de una enfermera inmigrante latinoamericana que ejerce un cargo administrativo de elevada jerarquía a nivel de la administración central del organismo público nacional de salud.

## *Profesionales*

El personal extranjero de enfermería es de alta calificación y muchas de ellas gozan de reconocimiento y aprecio en su ambiente laboral.

De las enfermeras inmigrantes encuestadas, varias están vinculadas a organizaciones o empresas privadas. Existe la limitación gremial, por la Ley de Defensa Profesional, de que las enfermeras extranjeras no pueden ejercer en instituciones públicas hasta que cumplan con los requisitos establecidos tanto por el propio Ministerio de Salud y por la Federación Ecuatoriana de Enfermeras/os y Colegios Profesionales; algunas de las encuestadas efectivamente se encuentran a la fecha, trabajando en el sector público.

El nivel de remuneración es variable y algunas colegas extranjeras se han ubicado en empresas farmacéuticas o de equipos e insumos médicos, principalmente en ventas, en donde la remuneración es alta,

sobretudo el beneficio legal de las utilidades u otros beneficios asociados al volumen de venta. Por otra parte, gozan de oportunidades frecuentes de actualización o entrenamiento.

### *Laborales*

A pesar de que el 95% de las encuestadas indicó tener educación superior y de poseer el título de Licenciada en Enfermería e incluso niveles de postgrado, llamó la atención que en varias instituciones privadas, no se les exige el registro de su título profesional en el Ecuador, para poder ejercer profesionalmente. Además que por la escasez de enfermeras en varios hospitales, principalmente privados, se está dando inicio al reclutamiento de enfermeras extranjeras, preferentemente de Colombia.

Es ampliamente conocido en el medio, que las enfermeras vinculadas a hospitales y clínicas privadas, perciben niveles bajos de remuneración. Obviamente existen las debidas excepciones. También se pudo conocer que algunas enfermeras extranjeras que trabajan en el sector privado, no reciben los beneficios legales, no se cumplen las condiciones contractuales y tampoco gozan de estabilidad y seguridad laboral.

## Conclusiones

Si bien este estudio inicialmente fue orientado a investigar lo que acontece en relación a la inmigración de enfermeras, también se indagó sobre la magnitud de emigración; pero tal como se mencionó en los hallazgos del estudio, no se pudo establecer de manera objetiva este aspecto, puesto que a la “enfermera” se la incluye en una categoría más genérica en varios instrumentos estadísticos nacionales. Es decir, no se encontró registros migratorios particularizados para las enfermeras en el Ecuador.

Se consultaron las fuentes más confiables sobre migración: el Censo de Población y Vivienda 2001 del INEC y el Anuario de Migración Internacional, también elaborado por el INEC (2004), en los que se incluye a la enfermera en categoría de profesionales científicos e intelectuales; mas en otras instituciones que también tienen a su cargo el control migratorio, los registros nacionales utilizan una categorización diferente. En la Dirección Nacional de Migración, la información referida a enfermería contiene datos sobre enfermeras diplomadas, que resulta ser una categoría que no corresponde con los títulos que emiten actualmente las universidades ecuatorianas, lo que dificulta contrastar los datos y su interpretación.

Se pierde valiosa información de interés para la profesión de Enfermería y para el mismo sector salud, porque datos que podrían ser procesados como el de “ocupación”, que aparece como campo obligatorio a ser registrado en los documentos migratorios vigentes (por ejemplo en Acuerdo de Cartagena/Tarjeta Andina de Migración), no se lo procesa estadísticamente en la dependencia que lleva este registro nacional, a diferencia de la nacionalidad, sexo y edad que sí lo procesan. Este registro andino proporcionaría datos más objetivos de las enfermeras que entran y salen legalmente por puertos aéreos o marítimos. No se conoce de la existencia de registros de la movilización por vía terrestre.

Por otro lado, el hecho de que los datos resulten contradictorios e incompletos (a lo que se añade lo referente a la migración ilegal de enfermeras), es coincidente con lo que ocurre con la información sobre la migración ecuatoriana en general, lo que dificulta establecer objetivamente la magnitud nacional de la migración de enfermeras. Parecería ser necesario realizar un censo migratorio de enfermeras a nivel institucional, para poder cuantificar el fenómeno en sus dos aspectos: emigración e inmigración. Un país latinoamericano ya lo realizó hace pocos años (Perú) y de lo que se conoce, se obtuvo importante información para la regularización, control y desarrollo profesional, entre otros aspectos.

Como hallazgos de esta investigación, se pudieron conocer diferentes situaciones respecto a las características demográficas, socio-económicas, culturales, legales, profesionales y laborales de enfermeras de variada nacionalidad que han inmigrado al Ecuador.

La mayoría de enfermeras inmigrantes son de nacionalidad colombiana, lo que se explicaría por la similitud cultural, social, lingüística y otros aspectos similares entre ambos países. La información obtenida

en relación a las condiciones de su inserción social y profesional en el Ecuador resultan ser más bien favorables.

A juzgar por los escasos profesionales que han inscrito su título en el CONESUP o en el propio Ministerio de Salud Pública, la inmigración es baja en nuestro medio. En cuanto a las organizaciones que vinculan laboralmente a las enfermeras extranjeras, al no estar legalizado su estatus profesional, puede significar la posibilidad de contratación de profesionales en condiciones remunerativas y laborales inferiores, y el profesional inmigrante resulta perjudicado.

El hecho de que el profesional no tenga regularizado su estatus legal y profesional, podría incidir en la seguridad del cuidado al paciente, porque las instituciones no pueden garantizar el tipo de personal con el que cuentan. Ello podría determinar que las instancias involucradas, principalmente universidades, organizaciones gremiales y sanitarias, modificar que sus procedimientos, políticas o normativas a fin de que puedan obtener el registro obligatorio de profesionales y así avanzar hacia un cuidado de salud más seguro y de menor riesgo, lo que a su vez daría más garantías al profesional.

En síntesis, se debería fortalecer diferentes bases de datos y sistemas de información, no solamente en el Ecuador, para conocer de manera más confiable y objetiva la incidencia de la migración de enfermeras/os en los sistemas sanitarios de América Latina. Una migración regulada, con enfoque estratégico y proactivo, podrá contribuir a optimizar las condiciones para el desempeño de los profesionales que se movilizan inter-países por diferentes razones y así reducir los efectos adversos para la prestación de salud de calidad. Resultará interesante el conocer de manera cada vez más sistemática y objetiva, dichos impactos en nuestros países latinoamericanos.

## Referencias

1. Acosta, A., López. S. y Villamar, D. (2006). Quito: Centro Andino de Estudios Internacionales.
2. Riveros. G. "Lo real e ilusorio de las migraciones" en Revista latinoamericana Señales, año 6, ed. 56, Septiembre /2006.
3. Wikipedia Enciclopedia Libre. Se encuentra en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Ecuador\\_\(pa%C3%ADs\)#Demograf.C3.ADa](http://es.wikipedia.org/wiki/Ecuador_(pa%C3%ADs)#Demograf.C3.ADa).
4. Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud de las Américas. Indicadores básicos 2006.
5. Wikipedia La Enciclopedia Libre. Se encuentra en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Salud\\_en\\_el\\_Ecuador](http://es.wikipedia.org/wiki/Salud_en_el_Ecuador).
6. Migración de recursos humanos en salud. Estudio Subregión Andina / Organización Panamericana de la Salud, Red andina de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina. – Lima: Organización Panamericana de la Salud; 2006. 191 p.

## Bibliografía

- Albornoz, V. ¿Cuántos han migrado? El Comercio, cuaderno 1, Abril 8/2007.
- Consejo Nacional de Salud. (2006). Revista Ecuatoriana de Salud. Quito: OPS/OMS.
- Comunidad Andina/Secretaría General. "Informe de la XI Reunión del Comité Andino de Autoridades de Migración". Lima, Enero 24/2005.
- Diallo, Khassoum. "Data on the migration of health-care workers: sources, uses and challenges". Bulletin of the World Health Organization. August 2004, 82(8).
- Deyal , T. "El fenómeno de la migración de las enfermeras del Caribe" [en línea]. Disponible en: <http://www.mujireshoy.com>.

Enfermería e Inmigración [en línea]. Disponible en: [http://www.seapremur.com/Revista\\_Junio2004/Enfermeria](http://www.seapremur.com/Revista_Junio2004/Enfermeria).

“Italia se abre a las enfermeras del Ecuador”. El Comercio, cuaderno 2. Septiembre 10/2006.

Ministerio de Salud Pública del Uruguay. “La migración del personal de salud en la Región de las Américas, situación, perspectivas y sugerencias para la acción”. Montevideo, Octubre 2006.

UNPFA. “Hacia la esperanza. Las mujeres y la migración internacional” en Correo Poblacional. Vol 14, N° 4, Diciembre 2006.





# 8. Paraguay

---

César Cabral  
Elsa Ramos de Velázquez

## Introducción

La magnitud de la migración a nivel internacional es importante: Paraguay no queda exento de este fenómeno. La migración intra o extra países puede tener efectos positivos en lo que respecta a la transparencia de conocimientos especializados y la contribución al enriquecimiento cultural, pero a su vez, es posible que genere pérdida de recursos humanos para los países de origen, lo que puede originar tensiones políticas económicas y sociales en los países de destino. La posibilidad de manejar la migración internacional está vinculada a la opción de permanecer en el propio país, lo cual requiere un crecimiento económico sostenible con equidad y estrategias de desarrollo compatibles a ese objetivo.

El Paraguay cuenta con una superficie de 406 752 km<sup>2</sup> y con una población aproximada de 6 619 642 habitantes. Los habitantes del Paraguay, en su mayoría, provienen de la unión hispano-guaraní; el castellano y el guaraní son los idiomas nacionales.

Se trata de un país donde en los últimos años se observa el incremento de la corriente migratoria hacia países tanto limítrofes como europeos.

Los datos de migración en Paraguay se remontan a fines del siglo XIX cuando la inmigración, especialmente europea, trae como consecuencia la migración interna rural-rural o rural-urbana iniciada conjuntamente con la inmigración y la emigración. Argentina ha sido el primer y más importante país receptor de paraguayos, le sigue en importancia Brasil, aunque en menor cantidad que la emigración a Argentina, lo que nos habla de emigración a los países limítrofes.

Fue a partir de la década del 60 cuando este flujo tendió a fijar residencia en el país de destino; gran parte de ellos (23,7% del total de paraguayos) decidieron adoptar la nacionalidad argentina.

Ficher, Palau y Pery (1997) aclaran que la emigración paraguaya a otros países fue diferente a la de Brasil y Argentina, por el nivel de formación laboral e intelectual, pues estuvo caracterizada como una migración calificada, como es la emigración de profesionales a Estados Unidos en la década de los 60.

Del fenómeno migratorio identificado en los últimos años, se sabe que gran parte de las migraciones en América Latina es producida hacia países vecinos, siendo cada vez más importante el aumento de la migración hacia los países desarrollados. Esta migración a nivel nacional e internacional se relaciona con los desequilibrios económicos, la pobreza, la degradación del medio ambiente, la falta de seguridad y paz.

Existen acuerdos migratorios en Paraguay y Argentina y se estima que hay entre 300 000 a 400 000 paraguayos residentes en el país vecino y muchos de ellos tienen dificultades para ingresar al mundo laboral por falta de documentos exigidos para la radicación.

En el crecimiento de los flujos migratorios transfronterizos, el mayor ritmo de crecimiento de las ciudades transfronterizas paraguayas estuvo afectado por motivos económicos, a lo que se suma la aparición de nuevas figuras migratorias, como lo es el estudiante binacional.

Los indicadores denotan que el estado de salud y las condiciones de vida de los habitantes han mejorado, sin embargo se puede constatar una gran variabilidad y numerosas desigualdades en lo que a salud se refiere. En cuanto a esto, el país cuenta con políticas de recursos humanos, no obstante persisten problemas, tanto numéricos como estructurales, que afectan la atención de salud de la población.

Además de la problemática citada, la emigración de los profesionales de enfermería esta afectando en gran manera la salud del pueblo, debido al éxodo de los profesionales altamente calificados.

## Objetivos

- Establecer la magnitud de la migración internacional de enfermeras en Paraguay.
- Describir las características de las enfermeras que inmigraron al país.
- Especificar procesos sociales, culturales, socioeconómicos, políticos, legales, profesionales y laborales vinculados a la migración de enfermeras en Paraguay.
- Describir políticas y legislación sobre la migración de enfermeras.

## Metodología

La magnitud de la migración se obtuvo revisando fuentes secundarias de organismos oficiales de la A.D.E. La metodología utilizada para la caracterización de la migración es de tipo cuantitativo y cualitativo. Para la etapa cuantitativa se realizaron encuestas a enfermeras latinoamericanas que desempeñan la profesión en el país. El estudio fue sometido a la consideración del Comité de Ética de la Universidad Evangélica de Paraguay.

Se encuestaron a 20 enfermeras inmigrantes, que respondieron las preguntas con características demográficas, sociales, profesionales y laborales; previo consentimiento informado. Posteriormente se realizó un estudio cualitativo a través de grupos focales.

## Contexto

### Contexto demográfico

De acuerdo al censo 2002, Paraguay tiene 6 119 642 de habitantes, de los cuales 50,56% son hombres y 49,44% mujeres. La población del área urbana corresponde al 56,3% y la rural 43,3%. Se presentan los indicadores demográficos.

**Cuadro 8.1: Indicadores demográficos**

Indicadores	2001	2002	2003	2004
Tasa bruta de natalidad por 1.000 habitantes	27,7	27,2	26,7	26,3
Tasa bruta de mortalidad por 1.000 habitantes	5,8	5,8	5,7	5,7
Tasa global de fecundidad (hijo/mujer)	3,6	3,5	3,4	3,4
Esperanza de vida al nacer (en años)	7,3	70,6	70,8	71,0
- Hombres	68,2	68,5	68,7	69,0
- Mujeres	72,5	72,8	73,0	73,2

Fuente: Censo 2002. Proyecciones DGEEC, año 2004

Cuadro 8.2: Macro indicadores de gastos de salud

Concepto	2001	2002	2003	2004
PIB (Millones de guaraníes)	26 118 840	31 976 903	38 805 548	42 102 405
Gasto Total en Salud/PIB (%)	8,4	7,8	6,6	6,5
Gasto MSPBS/PIB (%)	1,3	1,3	1,1	1,1
Gasto IPS/PIB (%)	1,4	1,0	1,1	1,3
Gasto Público en Salud/PIB (%)	2,9	2,6	2,2	2,3
Gasto Privado en Salud/PIB (%)	5,4	5,2	4,4	4,3
Gasto Público en Salud/Gasto Público Total (%)	7,2	5,8	5,9	6,7
Gasto el MSPBS/Gasto Administ. Central (%)	5,9	5,8	5,1	5,4
Gasto de los Hogares/PIB (%)	4,7	4,5	3,7	3,6

Fuente: Sector Público: Presupuesto Obligado. SICO. Ministerio de Hacienda, IPS. Sector Privado: DGEEC.MSPBS y BCP

### Contexto servicios de salud

En las dieciocho regiones sanitarias se encuentran 1452 licenciadas en enfermería y obstetricia, lo que corresponde a un indicador de 2,79 enfermeras por 10 mil habitantes. En Asunción se encuentra la mayoría de las licenciadas, 564, con un indicador de 10,99% enfermeras por 10 mil habitantes. Las razones más bajas en este indicador se encuentran en la región de Canindeyú y Boquerón.<sup>6</sup> De acuerdo a la misma fuente, para una población de 5 206 101 habitantes, existen 3276 médicos en el país, lo que representa 6,29 médicos por 10 mil habitantes. En la capital existe 31,44 médicos por 10 mil habitantes, contrastando con Boquerón y Caazapa que tienen 1,94 médicos por 10 mil habitantes.

### Formación de personal de salud

El número total de escuelas de enfermería ha aumentado en los últimos años, esto teniendo en cuenta la falta de control y regulación por parte del Estado.

En este sentido, el año pasado y este año se ha creado por ley la Facultad de Ciencias de la Salud, la cual anteriormente regía como institutos superior, con la formación de nivel de auxiliares y técnicos, y estaba bajo la supervisión del Instituto Nacional de Salud, entidad dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social —que en un trabajo interinstitucional con el Ministerio de Educación y Cultura venían supervisando a estos Institutos—.

Según datos recogidos en el presente estudio a través de informantes claves, actualmente en el Paraguay existen 10 escuelas de enfermería, sin contar con las filiales que se encuentran en el interior del país y que corresponden a la Universidad Nacional (sector público) y a la Universidad Católica (sector privado).

Cuadro 8.3: Número total de escuelas de enfermería = 10  
(Escuela pública: 1, Escuela privada: 9)

Instituto Andrés Barbero – U.N.A	Universidad Católica – U.C.A.
Universidad Autónoma Paraguay – U.A.P.	Universidad Evangélica
Universidad de las Americas – UNIDA	Universidad Pacifico – U.P.
Universidad del Norte – UNINORTE	Universidad Tecnológica Intercontinental – U.T.I.C
Universidad Internacional María Serrana	Universidad Autónoma San Sebastián

6. Censo Integral de Funcionarios Públicos 2003 (MSPBS, IPS) de RRHH MSPBS 2004. Planilla de RRHH IPS 2004. Censo 2002 DGEEC.

La duración de la Carrera de Enfermería nivel licenciatura es de 4 años, con un currículo de 5000 horas teórico-prácticas.

### Contexto migratorio

El peso de la población extranjera en relación al total nacional es reducido. Históricamente, el Paraguay es un país de emigración antes que de inmigración, especialmente si se compara a vecinos de la Región como Argentina o Uruguay. La incidencia de extranjeros en relación a la población total es de 3.4% tanto para el año 1972 como en el 2002. Si bien se mantiene el peso porcentual, se trata de 81 100 personas en 1972 y de 173 176 personas en el 2002 (cuadro 8.4).

La inmigración internacional está compuesta principalmente por Brasil y Argentina. Las personas de estos dos países representan el 77,4% del total de extranjeros en 1972 y alcanzan 83,6% en el 2002. La población brasileña es mucho mayor que la argentina, llegando actualmente a 47,1% y 36,5% respectivamente.

Según el último censo, se encuentran más inmigrantes varones que mujeres y en el sector urbano más que en el rural, aunque en la distribución por área de residencia si. En la urbana el 29% es de nacionalidad brasileña y 48,8% argentina, mientras que en la rural, 72,1% es brasileña y 19,5% argentina. Esto es, la migración argentina, antigua y reciente, es a los centros urbanos para el comercio y los servicios; mientras que la migración brasileña, a las zonas fronterizas para las actividades agropecuarias, fundamentalmente de antigua data.

Cuadro 8.4: Cantidad de inmigrantes por país

<b>País de nacimiento</b>	<b>Cantidad</b>
Argentina	63 153
Brasil	81 592
Bolivia	1 118
Chile	2 336
Uruguay	3 239
EUA	1 747
Méjico	1 778
Alemania	1 838
España	979
Corea	2 822
Japón	2 197
China	865
Resto Mundo	8 760
No Informado	752
<b>Total</b>	<b>173 176</b>

Fuente: Censo 2002, DGEEC

### Resultados

#### Magnitud de la inmigración de enfermeras, sus características

Los principales resultado de este estudio dan cuentas de las características y de la magnitud de proceso migratorio que viven las enfermeras paraguayas.

Las cifras que se observan en la tabla siguiente, a juicio de la Asociación Paraguaya de Enfermería están subdimensionadas, ya que según esa entidad se habla aproximadamente de una cifra estimativa de 400 enfermeras que emigraron en los últimos dos años, especialmente a Europa.

Estas cifras no representan la magnitud real de enfermeras migrantes, ya que las oficinas nacionales de migraciones no constatan en la salida la profesión, a no ser que estén establecidas en el pasaporte o cédula de identidad. Para ello, se necesitaría establecer registros pertinentes que permitan objetivar los datos de los profesionales que salen de sus países de origen. La dificultad principal reside en que los profesionales pueden salir varias veces hacia los países fronterizos.

**Cuadro 8.5: Recursos humanos en enfermería que ha emigrado en el año 2006 y primer semestre 2007**

Categoría	Número	País Receptor	Número
Licenciados	54	Italia	54
Auxiliares	89	España	80
		Argentina	4
		Estados Unidos	3
		Sudáfrica	1
		Noruega	1
Total	143	Total	143

Fuente: Informante Clave en la Dirección de Enfermería en el MSPBS, mayo 2007.

### *Políticas de migración*

De acuerdo a la información suministrada por actores relevantes en el presente estudio, no existe una política definida de migración por parte de las Instituciones del Estado responsables de la salud y la educación en el país.

En este sentido, han señalado la preocupación que está generando la emigración de enfermeras calificadas a Europa y EUA, agudizando aun más la problemática del sector de enfermería en el país, atendiendo ya el déficit de personal de enfermería tanto en cantidad como en calidad para las necesidades de cobertura y atención de la salud. La situación se agrava, teniendo en cuenta que la mayoría de las licenciadas en enfermería que emigran son altamente calificadas.

### *Normas migratorias e instituciones de registro de enfermería*

- Constitución Nacional de la República del Paraguay
- Ley N° 978/96 de Migraciones
- Decreto Reglamentario N° 18 295/97

Los profesionales de la salud en general deben presentar la documentación que lo acredita título emitido por Universidad Nacional; en caso de título emitido por universidad en el extranjero, debe ser reconocido y revalidado en las instancias administrativas pertinentes), a fin de obtener su Registro Profesional para el ejercicio de su actividad en la Dirección de Control de Profesiones y Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

**Cuadro 8.6: Enfermeras extranjeras con títulos expedidos fuera del país registrados en el MSPBS, año 2007**

País	Cantidad	País 1	Fecha Inscripción
Uruguay	1	Argentina	19/08/91
Canada	1	Canada	19/11/86
Canada	1	Canada	19/11/86
EUA	1	EUA	25/03/96
Canada	1	Canada	19/11/86
Argentina	1	Argentina	11/10/02
Francia	1	Francia	
Perú	1	Perú	20/06/96
Uruguay	1	Argentina	28/05/98
Cuba	1	Cuba	16/02/95
Chile	1	Chile	
Total	11		

Fuente: Dirección de Control de Profesiones MSPBS, abril 2007

Total de títulos de enfermería registrados: 3502

Total de títulos de extranjeros registrados: 35

Títulos extranjeros de ciudadanos extranjeros representan el 0,31% sobre el total de personas registradas con título de enfermería.

### *Magnitud de la emigración*

Los datos que se adjuntan fueron recogidos de informante clave en la Dirección de Enfermería del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Es importante señalar que de acuerdo a la entrevista realizada a la presidenta de la Asociación Paraguaya de Enfermería, la misma habla de aproximadamente una cifra estimativa de 400 enfermeras que emigraron en los últimos dos años; los países donde se dirigen son Italia 95%, España y EUA. En cuanto al grupo etario, es el de 25 a 35 años, en plena edad productiva, lo que causa gran preocupación para el gremio.

Cabe destacar que no existe un control o un registro de la cantidad de enfermeras que han emigrado, sin embargo el problema ha sido tomado con mucha responsabilidad por la A.P.E. y la Dirección de Enfermería del MSPBS, quienes se encuentran abocados a la tarea de control y registro de la magnitud de la emigración atendiendo la problemática del sector. Los datos adjuntos son del año 2006 y del primer trimestre 2007.

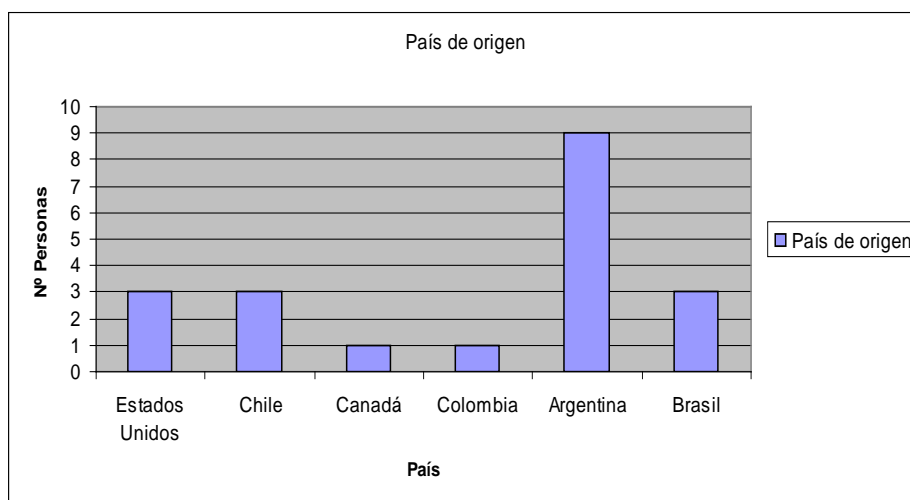
Es importante señalar también que de acuerdo a los datos obtenidos, el sector de auxiliares de enfermería es aparentemente el de mayor número. Como el nivel de preparación y titulación no es reconocible en otros países, se sabe que la mayoría de ellas van a España a trabajar en otro rubro, siendo lo más frecuente la de quehaceres domésticos y en algunos casos como cuidadoras de adultos mayores.

En relación a las licenciadas en enfermería se tiene la certeza que la mayoría de las enfermeras que emigran son altamente calificadas y van con contrato asegurado, siendo seleccionadas por agencias reclutadoras que realizan esa tarea representando a los hospitales, sobre todo de Italia. En este sentido, se debe mencionar que la agencia se encarga, junto a algunas escuelas de enfermería, a preparar a las personas que han sido seleccionadas, tanto en el aspecto del idioma como en otros menesteres.

## Análisis de las encuestas

Se encuestaron a 20 enfermeras inmigrantes cuyo país de origen eran Argentina (9), Brasil (3), Chile (3), Colombia (1), Estados Unidos (3) y Canadá (1).

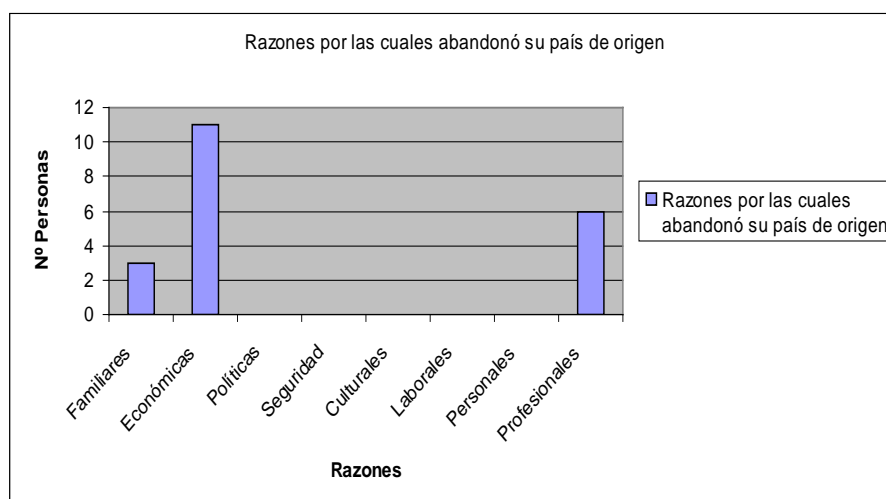
Gráfico 8.1: País de origen



La mayoría son de sexo femenino y casadas. Casi todas viven con la familia. Tienen entre 1 y 2 hijos (8), 3 a 4 hijos (6). Viven en casa con acceso a teléfono y a internet (18). La totalidad tiene más de siete años de residencia en el país.

Las razones por las que las enfermeras abandonaron el país son mayoritariamente económicas (11), profesionales (6) y familiares (3).

Gráfico 8.2: Razones para emigrar



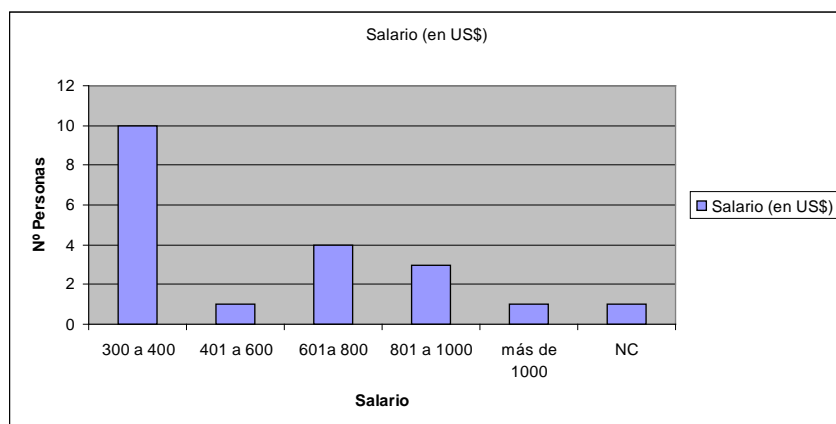
Las enfermeras tienen experiencia laboral previa (12) y ocho señalan que no la poseen. Las encuestadas obtienen el título en Paraguay (17), en Estados Unidos (2) y en Canadá (1). El tiempo de egreso de la mayoría (9) es de cinco a siete años, entre dos a cuatro años (6) y señalan más de siete años (5).



La mayoría de las enfermeras desempeñan sus funciones en el área clínica o comunitaria (13) y se desempeñan como supervisoras o coordinadoras (5). Laboran en el área intrahospitalaria (14), en comunitaria (4) y en otras (2). Se adscriben preferentemente al sector privado (11), y en el área pública (6). Doce de ellas trabajan a contrata y cinco de planta.

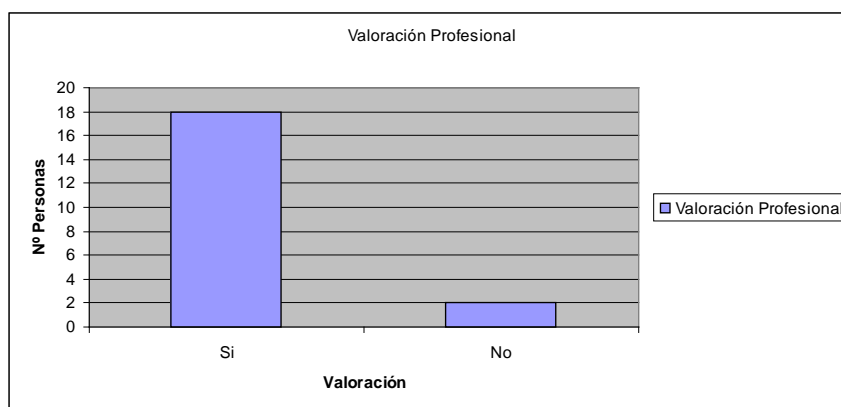
En relación al salario diez enfermeras señalan percibir entre US\$ 300 a US\$ 400 mensuales, y más de US\$ 600 a US\$ 800, cuatro; entre US\$ 801 y más de US\$ 1000, cuatro emigrantes.

**Gráfico 8.3: Salario**



En relación a la valoración profesional, 18 de ellas se estiman muy valoradas y solamente 2 perciben una subvaloración profesional. Así mismo señalan como una inserción difícil (10) y fácil (9). La mayoría (15) percibe un muy buen impacto en su lugar de trabajo y 13 de ellas estiman un sentimiento de satisfacción e identidad en la labor desempeñada. La pregunta sobre si recomienda o no emigrar, es respondida por 11 como positiva y 8 como negativa. La mayoría (19) no tiene experiencia de migración previa.

**Gráfico 8.4: Valoración**



## *Economía de las migraciones*

### **Costo**

En cuanto a la información recogida sobre la inversión que hace el estado, en caso de las universidades privadas se obtuvo a partir de informantes claves; la Asociación Paraguaya de Enfermería (APE) estima el

monto en US\$ 14 000 por estudiante, costo que no contempla los gastos en que el estudiante incurre diariamente. Se informó también que el estado subvenciona a las universidades privadas, teniendo en cuenta que todos sus estudiantes realizan sus prácticas en los hospitales e instituciones públicas, obviamente con los recursos del país.

### Cuadro 8.7: Remesas familiares

Año	Europa					Asia		Resto del Mundo	Total
	España	Alemania	Italia	Francia	Otros	Japón	Otros		
2004	19 844,9	1158,3	1278,1	320,1	1424,1	2298,7	81,1	1079,2	27 484,5
2005	25 507,8	1544,4	3088,0	1323,4	2790,2	1888,4	124,9	1181,8	37 448,9
2006	43 041,8	870,5	1508,8	362,2	1972,2	24 005,8	248,0	1832,9	73 842,2

Fuente: Gerencia de Estudios Económicos. Banco Central del Paraguay. BCP, marzo 2007.

### Cuadro 8.8: Ingreso de divisas en miles de dólares

Año	América Latina				América del Norte		Total
	Argentina	Brasil	Chile	Otros	EUA	Otros	
2004	1987,8	372,8	1059,4	1365,0	34 602,0	115,8	39 502,8
2005	17 834,7	174,0	979,3	2382,2	20 950,8	1242,1	43 563,1
2006	4 695,4	114,7	1170,7	3008,0	38 880,4	394,9	48 264,1

Fuente: Gerencia de Estudios Económicos. Banco Central del Paraguay. BCP

Es importante destacar que los montos establecidos en las tablas, se refieren a las divisas enviadas por las familias paraguayas sin discriminar sector ni otra diferenciación sobre el origen de los mismos.

En este sentido no disponemos de datos específicos sobre remesas de las enfermeras que han emigrado a otros países.

### *Experiencia e impacto de la migración*

#### **Análisis de datos cualitativos**

El aspecto cualitativo muestra las vivencias de las enfermeras inmigrantes de Paraguay en los aspectos laborales y sociales. Las informantes claves fueron de nacionalidad brasileña, argentinas, chilenas, francesas, norteamericanas y canadienses.

Se utilizó la técnica rompe hielo, denominada “La lámpara de Florence Nigthingale”. Consistió en colocar en círculo a las participantes; posteriormente, se hizo circular dos velas prendidas, una de color amarillo y otra blanca, que representaba la luz que ilumina a la enfermera. Al golpeteo de manos de un asistente, la vela se hacía circular entre las participantes, al cese debía hablar la persona que le tocó la vela blanca sobre el motivo de su emigración, si era del grupo de inmigrantes. Si se trataba de una enfermera anfitriona debía referirse al tema de la migración en general.

Las enfermeras inmigrantes manifiestan razones familiares, relacionadas a circunstancias personales que intervienen en la decisión de emigrar. Se menciona el matrimonio con ciudadanos originarios de Paraguay. Otros apuntaron a razones familiares ajenas a la profesión: “el motivo se debe a que mi esposo es paraguayo, emigró a Estados Unidos y luego decidió volver a su país”. También en el grupo se mencionan razones religiosas: “yo vine directamente de Quebec a Paraguay como misionera”. Un grupo indicó razones políticas para la inmigración familiar, buscando seguridad personal y social.

Señalan además razones de orden económico, por lo que inician la búsqueda de mejores condiciones socioeconómicas y de trabajo, manifestando su insatisfacción laboral y profesional. Por ello es significativo que ésta sea una de las razones más aludidas para decidir optar por la búsqueda de trabajo en otro país. Aspiran a desarrollarse profesionalmente. La inserción laboral es facilitada cuando hay familiaridad con el tipo de trabajo.

En el traslado y país de destino, las enfermeras inmigrantes despliegan intensos esfuerzos en la búsqueda de trabajo y revalidación de títulos. Expresan dificultades en los aspectos legales con las dificultades en la documentación.

Destacan aspectos positivos, cuando se estabilizan, como satisfacción laboral y logro de una relación contractual, expresando sentimientos de bienestar por el reconocimiento a su desempeño y competencia laboral en otros ámbitos como el académico. Los discursos evidencian esta dimensión: “me siento muy bien...tengo el respeto y el reconocimiento personal y profesional”. Asimismo señalan el arraigo, en el establecimiento de vínculos de afecto con el país, expresando: “me siento más paraguaya que cualquiera y no quiero regresar a mi país... no tengo tantos recuerdos de mi infancia en Brasil”.

Otro grupo de inmigrantes destaca el proceso paulatino y gradual para la aceptación y establecimiento en el país, marcado por episodios acotados de discriminación o rechazo, señalando: “...es el sentido de la discriminación, al reconocer que era extranjera, me hacían sentir mal.... Al ser la mejor egresada, decían ¿cómo es posible que una extranjera salga mejor alumna?...”; “Me hacían sentir como una extranjera ocupando el puesto que debería estar ocupado por una paraguaya”. Por otra parte también se evidencia frustración, originada por el fracaso inicial en la lengua del país de destino.

El impacto profesional positivo se relaciona con la satisfacción en el trabajo; su búsqueda presenta situaciones de adaptación y aprendizaje de la realidad epidemiológica del país de destino. De este modo, existen experiencias de buena acogida con las redes sociales del país, “siempre me sentí bien, personalmente los paraguayos siempre nos recibieron bien”.

Como impacto negativo es importante señalar que en el grupo ha resaltado con mayor fuerza el tema de la “documentación” tanto para la radicación, revalidación como para el registro profesional. Señalan: “yo tuve muchos problemas con la documentación de radicación, estudié aquí pero tuve que naturalizarme para poder trabajar...”; “a pesar de haber estudiado en este país siempre tuve problemas con el registro profesional”. Estiman que la revalidación no es expedita y se hace necesario tener claro como funciona el sistema con relación a documentos, trámites, exámenes y búsqueda de trabajo.

En este sentido es importante destacar como impactos negativos, los procesos y procedimientos migratorios y de registro profesional: documentación, registro e idioma guaraní.

Las emigrantes logran tener sus espacios de competencia profesional en forma gradual ganándose de las personas el respeto y su reconocimiento.

## Conclusiones y recomendaciones

Si bien es cierto que la migración tiene aspectos positivos, relacionados con la adquisición de una nueva cultura y la oportunidad de promoción económica, desde el punto de vista social afecta a todo el núcleo familiar y por ende a la sociedad entera y al país.

En lo que a salud se refiere, se puede constatar la falta de profesionales calificados en el país debido a la emigración, con lo que se percibe una atención poco confiable.

Es por ello que se deben plantear estrategias, tanto a nivel ministerial como de las asociaciones de enfermería, de las escuelas y universidades, de las agencias de acreditación, a fin de lograr solucionar esta problemática mediante la implementación de planes a largo y mediano plazo.

## Bibliografía

- Centro Paraguayo de Estudios de la Población (1996). Encuesta Nacional de demografía y salud reproductiva. Asunción, Paraguay: CEPEP.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (1998). Oportunidad pérdida en la atención integral a la niñez. Asunción, Paraguay: MSPyBS.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2002). Investigación sobre mortalidad materna y sus consecuencias familiares y sociales. Asunción, Paraguay: MSPyBS.
- Mora, M. (1984) Estadística para enfermería. Madrid, España: Editorial Pirámide.
- Organización Panamericana de la Salud (1978). Manual de clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción. Washington DC, EUA: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (1992). La investigación en salud en América Latina: estudio de países seleccionados. Washington DC, EUA: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (1995). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. (10ª ed. revisión) Washington DC, EUA: OPS. (Publicaciones científicas).
- Organización Panamericana de la Salud (1995). Estadística de la salud de las Américas. Washington DC, EUA: OPS.
- Secretaría Técnica de Planificación (2000). Diagnóstico sociodemográfico del Paraguay. Asunción, Paraguay: STP.



# 9. Perú

---

Sonia Velásquez Rondón

## Introducción

En los últimos años se ha observado un creciente incremento de entidades formadoras, las que cuentan con escuelas y facultades de enfermería; para el año 1980 existían 24 universidades con estos programas y para noviembre del 2006 aumentó a 47.

La situación es aun más grave porque las universidades privadas tienen así mismo filiales distribuidas en diversas ciudades del país, alcanzando el número de 31 filiales para el año 2005 (Actas de ASPE-FEEN); en consecuencia el número de egresadas se ha incrementando, lo que ha generado sobre oferta.

Se estima que el número de egresadas de las universidades para el caso de enfermería es de 4500, existiendo un promedio anual de plazas ofertadas por las instituciones de salud de 850. Este número limitado ha determinado que las enfermeras busquen otras opciones para trabajar, siendo una de ellas la migración; existe otro grupo de bajos recursos económicos que no puede acceder a esa alternativa, siendo subempleadas o dedicando sus esfuerzos a otro tipo de actividad.

El sector salud es el mayor empleador en el país, pero en los últimos años ha ido descendiendo la oferta a pesar que la proporción de enfermeras respecto a los indicadores internacionales es baja, y que en el hecho de sincerar las cifras de enfermeras que requiere el país se encuentre escasez.

El Estado peruano invierte en formar enfermeras con la finalidad de lograr desempeños adecuados que protejan la salud de la población, siendo aun mayor la inversión en las universidades públicas. Sin embargo, todas las entidades usan los servicios del Estado para su formación, debiendo éste velar por la protección del talento humano que egresa de las instituciones peruanas; es por esta razón que se realiza la presente investigación, que tiene como propósito evidenciar una situación que se está dando y que puede generar dificultades a la sociedad en el recambio generacional.

El número de enfermeras para el año 2007 fue 48 368 (Colegio de Enfermeras del Perú); si la tendencia continua incrementándose, los recursos humanos que se formen en el país servirán para la emigración, y las tasas de morbi-mortalidad seguirán altas debido a la falta de planificación de los recursos humanos en enfermería.

La formación de recursos humanos ha constituido para el país una gran preocupación no solo por su competencia sino también por la situación deficitaria en el sector salud.

En los últimos años se ha presentado un crecimiento acelerado de las universidades, lo que ha incrementado el número de escuelas y facultades de enfermería en el país (totalizando 47); varias de ellas cuentan con sedes descentralizadas (31 filiales), cada una con un promedio de 350 estudiantes. Esto ha determinado una sobrepoblación estudiantil, cuyo número de vacantes no es producto de una planificación del Estado, dando lugar a un alto número de enfermeras que no cuenta con plazas para trabajar.

La primera barrera que tienen las enfermeras, después de concluir una formación universitaria de cinco años, la constituye el servicio civil del graduando, amparado en la ley N° 23 330, en la cual los profesionales de salud deben prestar servicio al Estado durante un año en zonas urbano marginales, siendo esta prestación un requisito para trabajar. Sin embargo las plazas asalariadas a nivel nacional son inferiores a la cantidad de egresados, lo cual produce malestar y preocupación debido a que los sorteos son dos veces al año, favoreciendo un porcentaje menor para percibir remuneración, y las demás deben realizar este servicio sin remuneración y durante un año. Concluido el tiempo, la búsqueda de trabajo es una constante, al igual que la inexistencia de plazas.

La inversión familiar para la formación de una enfermera ha sido alta; debe continuar después de titulada, tiempo que también tiene que ser solventado por la familia, existiendo varias circunstancias que pudieran explicar la migración de las enfermeras del país. Así mismo, las cadenas de intermediarios existentes, con conexiones a instituciones extranjeras, ofrecen trabajo ventajoso en Europa, conformando grupos de enfermeras y contratan sus servicios, facilitan tramites, capacitación y traslado. Esta situación no es siempre informada por temor a quedar sin empleo.

La migración vista desde esta perspectiva responde a la escasez de trabajo en el país, produciendo impacto en la familia, temor de la enfermera frente a una nueva cultura, tipo de trabajo, lugar de la vivienda y su alto costo, hábitos alimentarios diferentes y discriminación. En muchas oportunidades debe proveer un porcentaje de su salario a las empresas de reclutamiento.

La falta de reconocimiento social de la profesión, que determina el incumplimiento de los estándares internacionales con número insuficiente de enfermeras en las instituciones de salud, la ausencia de plazas en zonas de extrema pobreza, la falta de motivaciones de todo tipo, los bajos salarios, la inestabilidad laboral, entre otros, son elementos que predisponen a las enfermeras a buscar nuevas opciones laborales y se ubiquen fuera de la patria.

## Objetivos

### *General*

Determinar la magnitud y las características de la migración de las enfermeras en el Perú en el año 2007.

### *Específicos*

- Establecer la magnitud de la migración de enfermeras
- Determinar las características demográficas y sociales de las enfermeras emigrantes;
- Establecer las características profesionales y laborales de las enfermeras emigrantes
- Estudiar las experiencias e impacto de la migración y las repercusiones sociales de las familias de las enfermeras emigrantes.

## Metodología

El estudio de la magnitud de la migración se realizó consultando fuentes secundarias y entrevistas a informantes claves. No se encontraron enfermeras extranjeras trabajando en Perú. Sin embargo, dado el conocimiento que se tenía sobre la emigración se decidió recoger información sobre enfermeras peruanas emigrantes a otros países.

El estudio de caracterización presenta un diseño exploratorio y descriptivo y se hizo por encuesta. Se realizaron 25 encuestas a enfermeras peruanas, localizadas en distintos países. Se aplicó una encuesta que fue enviada por correo electrónico previo consentimiento informado. El instrumento comprendió variables con características demográficas, sociales, profesionales y laborales.

## Contexto

### *Migración de enfermeras de Perú*

La migración es parte de la historia del Perú, ya que los primeros flujos se han producido en el interior del país, donde las enfermeras se ubicaban en zonas de mayor desarrollo por las condiciones ventajosas que tenían, como capacitación, ambiente social y profesional óptimo, dejando los puestos de salud ubicados en las zonas rurales. De esta manera se producen grandes concentraciones de profesionales de la salud en las capitales de las ciudades populosas, donde tienen una mayor remuneración y calificación, porque en las zonas rurales no tienen incentivos.

El segundo flujo migratorio se dio hacia los países fronterizos, entre ellos Chile, Bolivia, Argentina, donde las condiciones de trabajo eran mejores que las del país. En consecuencia, en la década del 90 sale del país gran cantidad de enfermeras que se ubican en los países fronterizos; el tercer gran flujo se realizó hacia Europa y otros países, lo que aun continúa vigente.

Las razones de migración han sido variadas y pueden denominarse según las etapas de desarrollo del país:

### *Etapas violentista*

El afán de la supervivencia y la necesidad de olvidar las situaciones de muerte y peligro obligaron a abandonar sus tierras y aun la ciudad capital, donde la inseguridad era lo cotidiano. Esta huida en la que dejaban casa, trabajo, amigos, familia y país, merecía ser realizada frente a la supervivencia. La búsqueda de la fuente de financiamiento ha sido constante, hasta lograr que toda la familia haya logrado salir del país. Esta etapa ha tenido una larga duración y la justificación para la salida era mejorar la calidad de vida y en la mayor parte de casos, preservarla.

### *Etapas de crisis económica*

Se caracteriza por la extrema pobreza que se produjo en el país, donde se presentó una etapa de desempleo y de aguda crisis económica, donde las enfermeras se fueron del país, contactando a intermediarios que facilitaban los contratos de trabajo con el pago de altos intereses que eran descontados de sus salarios. Lograron el anhelado trabajo aunque las fueron desventajosas, pero no había otra alternativa: la familia tenía la necesidad de recibir el aporte de su hija y por lo tanto era momento de retornar lo invertido en su educación.

### *Etapas de saturación de plazas de trabajo*

Los dispositivos legales donde se implementa el trabajo de la enfermera —hasta los 65 años de edad—, hace que las instituciones de salud tengan personal por varios años, dejando sin oportunidad laboral a las enfermeras recién egresadas, quienes optan por buscar fuentes de trabajo en otras partes del mundo. Su juventud las hace tener mayores oportunidades y firman contratos de trabajo los cuales también son desventajosos, pero la situación laboral era nefasta en el país y lograr un contrato de trabajo era realmente imposible.

### *Etapas de redes migratorias*

Esta etapa se inicia en el momento en que las enfermeras emigrantes retornan al país en el periodo de vacaciones y muestran los logros alcanzados; frente a las compañeras de promoción y otras amistades se comprometen a buscarles fuentes de trabajo, a proporcionarles vivienda cuando lleguen y apoyarles mientras encuentran trabajo —tiempo que a veces es largo—. Esta comunicación constante ha mantenido a las



enfermeras en el extranjero con bienestar ya que su sufrimiento se atenuaba frente a la situación laboral difícil que se presentaba en el Perú.

### *Etapa de migración propiamente dicha*

Esta etapa se caracteriza porque las enfermeras se forman en las universidades con la idea de salir del país. Concluido su proceso de formación acceden a una segunda especialidad, maestría e idiomas que les habilite salir del país con mayor calificación. Incluso no realizan el Serums, ya que atrasa sus planes, las empresas llegan al país para evaluar a las enfermeras y firman contratos de trabajo, aceptando las condiciones que les proponen a pesar que no son ventajosas.

### *Situación de salud en Perú*

El Perú es un país ubicado en el continente sudamericano, con 27 947 000 habitantes; un área de 1 285 216 metros cuadrados, con una división geográfica de tres regiones: Costa, Sierra y Selva.

La población urbana es de 72,6% y la rural de 27,4%, y cuenta con 24 departamentos, 194 distritos y 1828 distritos, con una densidad demográfica de 20.8 habitantes por kilómetro. El crecimiento poblacional anual es de 1,44 y la tasa de fecundidad es de 2,7 hijos por mujer: en el área urbana es de 2,3 hijos por mujer y 4,3 en el área rural.

La población tiene las siguientes características: 54% es pobre y un 22% se encuentra en extrema pobreza, ubicándose en la Sierra y Selva. La población empleada es del 48,2%, subempleo 46,4% y el desempleo es del 5,4% (Instituto Nacional de Estadística e Investigación del Perú, 2005).

Las causas de mortalidad son las siguientes:

- Infecciones respiratorias
- Enfermedades cerebro vasculares
- Enfermedades del sistema urinario
- Enfermedades isquémicas
- Cirrosis y enfermedades crónicas del hígado
- Accidentes

Las causas de morbilidad son las siguientes:

- Infecciones agudas de las vías respiratorias
- Enfermedad de la cavidad bucal, glándulas salivales y maxilares
- Infecciones intestinales
- Otras infecciones agudas de vías respiratorias inferiores
- Desnutrición
- Helmintiasis

Los niños menores de 28 días son 46 874 y las mujeres en edad fértil de 15 a 49 son 7 468 017 (MINSa, 2006).

Cuadro 9.1: Población total del Perú por grupos etarios 2006

Edad	Población Total
1 - 4	2 386 015
5 - 9	3 008 509
10 - 14	3 003 103
15 - 19	2 794 130
20 - 24	2 619 952
25 - 29	2 457 553
30 - 34	2 176 314
35 - 39	1 906 476
40 - 44	1 669 513
45 - 49	1 396 741
50 - 54	1 150 014
55 - 59	913 121
60 - 64	715 313
65 - 69	566 998
70 - 74	421 153
75 - 79	275 090
80 - más	237 809
<b>Total</b>	<b>27 947 000</b>

Fuente: Oficina de Estadística del MINSA- 2006.

### Recursos humanos en salud

Uno de los activos más valiosos de la acción sanitaria lo constituyen los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud. En el Perú constituyen la piedra angular para satisfacer las necesidades de salud de la población, sin embargo existen desigualdades, pudiéndose observar que están localizados en las grandes ciudades y son pocos los que se encuentran en las regiones alejadas y de mayor pobreza.

En relación a la tasa de enfermeras en el Ministerio de Salud del Perú, es de 6,31 por 10 000 habitantes y en ESSALUD es de 9,83 por 10 000 habitantes.

La distribución de enfermeras por estratos de pobreza:

Cuadro 9.2: Estratos de pobreza por departamento y tasa de enfermera año 2004

Estrato de pobreza	Departamento	Enfermera
Aceptable	Arequipa	11,98
	Callao	4,84
	Lima	7,44
	Moquegua	16,43
	Tacna	10,10
Regular	Madre de Dios	10,77
	Ica	7,87
	La Libertad	5,30

Continúa en la página siguiente...

Continuación del Cuadro 9.2...

Estrato de pobreza	Departamento	Enfermera
	Lambayeque	4,01
	Tumbes	6,45
Pobre	Ancash	4,55
	Cusco	6,72
	Junín	7,60
	Pasco	4,98
	Piura	2,64
	Puno	6,65
	San Martín	2,73
	Ucayali	7,45
Muy pobre	Amazonas	3,98
	Apurímac	7,15
	Ayacucho	9,27
	Cajamarca	4,86
	Huancavelica	3,29
	Huanuco	6,18
	Loreto	2,45

Fuente. Observatorio de Recursos Humanos 2005.

Como se observa, en los estratos pobres y muy pobres tienen tasas de enfermeras bajas; su morbilidad y mortalidad es alta en relación al resto del país porque la promoción de la salud no se desarrolla adecuadamente por falta de enfermeras.

Cuadro 9.3: Tasas de enfermera por estrato de pobreza 2004

Estrato	Tasa
I	10,43
II	8,96
III	6,30
IV	5,49
V	7,49

Fuente: Instituto de Recursos Humanos 2004.

Los estratos de pobreza reflejan también una situación de inequidad respecto a los departamentos de mayor desarrollo, las enfermeras se concentran en las capitales de departamento dejando a las provincias lejanas sin los recursos humanos necesarios.

Como se ha planteado en el transcurso de la investigación, el déficit de enfermeras es evidente en todos los estratos.

### *Distribución de enfermeras en Perú*

La distribución de enfermeras en el territorio peruano muestra desigualdades y se detalla a continuación:

Cuadro 9.4: Distribución de enfermeras por departamento

Departamento	Población	No. de Enfermeras	Razón de enfermeras por 10.000	Razón de 10 enfermeras por 10.000
Loreto	848 778	270	3,2	849
San Martín	643 174	243	3,8	643
Piura	1 565 348	672	4,3	1565
Huancavelica	428 840	187	4,4	429
Amazonas	374 112	192	5,1	374
Ancash	997 882	557	5,6	998
Cajamarca	1 305 436	821	6,3	1305
La Libertad	1 478 554	966	6,5	1479
Puno	1 195 659	821	6,9	1196
Lambayeque	1 046 832	759	7,3	1047
Tumbes	184 044	136	7,4	184
Huanuco	701 839	552	7,9	702
Apurímac	402 084	323	8,0	402
Cusco	1 124 643	911	8,1	1125
Ayacucho	594 741	504	8,5	595
Junín	1 047 954	933	8,9	1048
Ucayali	386 347	349	9,0	386
Pasco	255 891	254	9,9	256
Ica	639 124	660	10,3	639
M. de Dios	88 365	94	10,6	88
Lima	8 284 804	8905	10,7	8285
Tacna	263 473	341	12,9	263
Arequipa	1 094 605	1631	14,9	1095
Moquegua	153 556	251	16,3	154
Nacional	25 106 174	21 332	8,5	25106

Fuentes: Oficina de Estadística MINSA 2005 y ESSALUD 2005.

Como se puede observar existe un déficit de enfermeras que se irá incrementando con los años si no se regula la migración.

### *La formación de enfermeras en Perú*

En el año 1957 se crea la primera Escuela de Enfermería en la Universidad Nacional de Huamanga, departamento de Ayacucho. En 1964 se crean los programas académicos de enfermería en las Universidades Mayor de San Marcos en Lima, Nacional de Trujillo, Nacional Pedro Ruiz Gallo, en Lambayeque, Nacional de San Agustín y Católica Santa María de Arequipa.

### Cuadro 9.5: Situación de la educación de enfermería en el Perú 2006

Año	Total	Públicas	Privadas
1985	25	20	5
1990	26	20	6
1995	34	23	11
2000	45	26	19
2005	47	26	19
2006	47	26	21

Fuente: Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Enfermería 2006.

Se observa una expansión regulada a partir del año 1995, sobre todo en las universidades privadas. La tendencia es que sigan en incremento las entidades privadas, debido a la alta demanda de enfermeras en el extranjero.

También se ha observado que cada universidad ha salido de su ámbito geográfico para trasladarse a otras regiones, donde funda una sede o filial, y se comporta como otra facultad con dependencia de la universidad central.

En la actualidad se ha creado el Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación del Sistema Educativo, que funcionará como el ente regulador de todo el sistema de formación.

### Cuadro 9.6: Autorización de funcionamiento de sedes o filiales de universidades

Año	Total	Públicas	Privadas
2000	15	2	13
2003	30	3	27
2005	39	3	36

Fuente: Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Enfermería 2006.

La cantidad de egresadas de enfermería de las universidades peruanas se ha incrementado, existiendo desempleo, subempleo; otro grupo decide emigrar en busca de trabajo que le permita satisfacer sus necesidades básicas.

#### *Políticas de migración peruana*

Los emigrantes peruanos que han abandonado el país desde el año de 1990 hasta el 2007 fueron 1 940 817 (Dirección General de Migraciones) y la cifra de enfermeras es de 14 424 para el 2007 (DMG).

La nueva política del país es lograr un información sobre las comunidades peruanas en el exterior para proporcionarles la protección con los dispositivos legales vigentes; es así que se creó la Secretaría de Comunidades Peruanas en el Exterior con decreto supremo 046 – 2005 – RE, del 1 de junio del 2005, cuya finalidad es “velar por el bienestar de las comunidades peruanas residentes en el exterior, promoviendo la protección y la defensa de los derechos en los países de destino, bajo los principios de presunción de veracidad, legalidad, celeridad, eficacia, simplicidad, participación y sobre todo no discriminación en la labor consular” (Ministerio de Relaciones Exteriores, 2007).

Según da a conocer el Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú, el tema de migraciones ha dejado de ser un asunto nacional y está enmarcado en las relaciones que el país realiza en el ámbito internacio-

nal, es decir, debe entablar relaciones bilaterales para el manejo conjunto de la situación de los emigrantes peruanos en diversos territorios del planeta, reconociendo que la emigración es un fenómeno complejo que se presenta en todos los países y que proporciona beneficios al país de destino al fortalecer su actividad productiva con la labor realizada.

El cuadro 9.7 muestra de manera acumulativa la salida de enfermeras al exterior:

**Cuadro 9.7: Migración de enfermeras**

Años	Número de enfermeras
1994	1125
1996	2226
1997	3286
1998	3675
1999	3593
2000	4114
2001	4089
2002	5704
2003	7801
2004	7340
2005	8838
2006	11 034
2007	14 424

Fuente: Observatorio de Recursos Humanos, Ministerio de Relaciones Exteriores 2006 (Cifras acumuladas)

## Resultados

El cuadro 9.8 muestra que la población que migra en el 88% corresponde al sexo femenino, siendo en mayor porcentaje en etapa productiva, oscilando entre los 22 y 41 años de edad.

**Cuadro 9.8: Población en estudio por edad y sexo, 2007**

Edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
22 - 31	1	4	5	20	6	24
32 - 41	2	8	8	32	10	40
42 - 51	-	-	5	20	5	20
51 a más	-	-	4	16	4	16
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>22</b>	<b>88</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Cuadro 9.9: Población en estudio por estado civil y número de hijos, 2007

Estado civil	Número de hijos				Total	
	Sin hijos		1 - 2			
	No	%	No	%	No	%
Soltera	18	72	-	-	18	72
Casada	-	5	20	5	20	
Separada	-	-	1	4	1	4
Divorciada	-	-	1	4	1	4
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>72</b>	<b>7</b>	<b>28</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

La mayor parte de la población en estudio tiene la condición de soltera, ya que han egresado de las universidades y emigran, por lo tanto es un grupo humano que solo vela por sus padres, un 28% tiene hijos los cuales quedan en el país (cuadro 9.9).

Cuadro 9.10: Población en estudio por compañía y tipo de vivienda, 2007

Compañía	Tipo de vivienda				Total	
	Casa		Departamento			
	No	%	No	%	No	%
Familia	-	-	7	28	7	28
Familiares	3	12	-	-	3	12
Compañeros	-	-	14	56	14	56
Sola	-	-	1	4	1	4
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>22</b>	<b>88</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Se observa en el cuadro 9.10 que el 56% de la población en estudio viven con sus compañeros y en departamentos. Son solo el 12% que esta viviendo con sus familiares, lo cual indica que las enfermeras peruanas se ayudan mutuamente para abaratar costos relacionados con la vivienda.

Cuadro 9.11: Tiempo de permanencia y deseo de futuro, 2007

Permanente	Futuro						Indefinido		Total	
	1 - 2		3 - 4		5 - 6					
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
1 - 2	1	4	-	-	-	-	-	-	1	4
3 - 4	-	-	5	20	-	-	-	-	5	20
5 - 6	-	-	1	4	-	-	-	-	1	4
7 a más	-	-	-	-	2	8	16	64	20	72
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>24</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>16</b>	<b>64</b>	<b>25</b>	<b>00</b>

El cuadro 9.11 muestra que el 72% de la población en estudio ha permanecido trabajando por más de siete años y el 64% refiere que se quedara fuera del país por tiempo indeterminado, esta situación muestra que las enfermeras no piensan regresar al no tener una estabilidad en el país.

Cuadro 9.12: Situación legal de las enfermeras emigrantes, 2007

Estatus legal	Total	
	No	%
Regularizado	22	88
En proceso	1	4
No regularizado	2	8
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

El 88% de la población en estudio esta regularizada su situación legal (cuadro 9.12), pudiendo hacer uso a su derecho a ejercer libremente la profesión, un 12% aun le falta cumplir este requisito a fin de evitar explotación e incumplimiento de derechos laborales.

Cuadro 9.13: Causas y motivación de migración, 2007

Causas	Motivación									
	Desarrollo personal		Desarrollo profesional		Estabilidad económica		Situación laboral		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Familiar	1	4	-	-	1	4	-	-	2	8
Económica	-	-	-	-	16	64	-	-	16	64
Política	1	4	1	4	-	-	-	-	2	8
Inseguridad	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Condición laboral	-	-	1	4	-	-	1	4	2	8
Desarrollo	-	-	1	4	2	8	-	-	3	12
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>19</b>	<b>76</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Las causa por las que emigraron las enfermeras fueron en un 64% por razones económicas y lo que buscaban era la estabilidad económica que no la tenían en el país (cuadro 9.13).

La falta de trabajo y el tiempo utilizado en su formación obliga a las enfermeras a buscar recursos que le permitan salir fuera del país ya que no hay probabilidad que logren tener un trabajo digno.

Cuadro 9.14: Población en estudio por salario y remesas, 2007

Salario	Remesa						Total	
	101 - 200		201 - 300		300 o más		No	%
	No	%	No	%	No	%		
901 - 1000	-	-	-	-	-	-	-	-
1001 a mas	22	88	1	4	2	8	25	100
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>88</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

El cuadro 9.14 muestra que las enfermeras emigrantes tienen un salario de más de US\$ 1000 en el 88% y envían remesas a su familia entre US\$ 100 y US\$ 200. El salario es muy superior al existente en el medio y es una de las causas por las que las enfermeras migran.



Cuadro 9.15: Impacto en la inserción social y productiva con la discriminación existente, 2007

Inserción	Discriminación						Total	
	Positiva		Negativa		Indiferente		No	%
	No	%	No	%	No	%		
Buena	-	-	-	-	24	96	24	96
Regular	1	4	-	-	-	-	1	4
Deficiente	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>24</b>	<b>96</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

EL 96% de la población en estudio manifestó que su inserción social y productiva en su grupo comunitario, es decir tienen sentimientos de inclusión, pero perciben que frente a ellas hay indiferencia por parte de las personas extranjeras donde ella se desempeña (cuadro 9.15).

Cuadro 9.16: Cobertura de salud y tipo de sistema 2007

Cobertura	Sistema				Total	
	Público		Privado		No	%
	No	%	No	%		
Si	22	88	1	4	23	92
No	-	-	-	-	2	8
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>96</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Se puede observar en el cuadro 9.16 que el 88% de la población en estudio tiene cobertura de salud, la cual corresponde al sistema público, de esta manera están protegidas tanto para accidentes de trabajo como de enfermedad. Sin embargo existe un 8% que no tiene cobertura de salud lo cual constituye una situación irregular.

Cuadro 9.17: Percepción del ambiente laboral, 2007

Ambiente laboral	Total	
	No	%
Buena	24	96
Regular	1	4
Deficiente	-	-
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Se puede observar en el cuadro 9.17 que el ambiente de trabajo y clima laboral en el lugar de desempeño refieren que es bueno en un 96%, solo un 4% perciben como regular el ambiente laboral.

Cuadro 9.18: Recomendación para emigración, 2007

Recomendación para emigrar	Total	
	No	%
Sí	24	96
No	1	4
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

El cuadro 9.18 muestra que la población en estudio en un 96% si recomendarían a sus colegas para emigrar, ya que las condiciones laborales existentes en el país no son las adecuadas y la inexistencia de vacantes para laborar.

## Conclusiones y recomendaciones

Las enfermeras emigrantes son 97,7% mujeres y tienen entre las edades de 21 a 31 años en el 43,6%, siendo el 67,7% solteras y el 30,9% casadas teniendo entre dos a tres hijos.

El 71,32% de enfermeras vive en departamentos con sus compañeros, 54,4% ha permanecido por más de siete años y no tiene fecha de retorno.

El 91,6% de enfermeras tiene su situación regularizada, y las causas de migración fueron las familiares en un 33,5% siendo la motivación principal la estabilidad económica en un 42,2%.

El 86,7% de las enfermeras trabajan en hospitales y clínicas, en el sector público en un 83,3% siendo de planta; su salario es mayor a US\$ 1000 en el 50,1% y envían remesas a su familia en promedio US\$ 150.

El 79,2% de la población en estudio refiere que el impacto de la inserción es positivo, el 83,3% de enfermeras posee cobertura de salud de tipo público, manifestando que tienen situación buena, así como satisfacción con su salario en un 92%.

El 91,3% de enfermeras se encuentran satisfechas con la tecnología y los recursos utilizados así como por la supervisión y el clima laboral es positivo en un 86,4%. El 95,6% de enfermeras recomendaría migrar por la situación que se vive en el país.

Se recomienda la realización de investigaciones identificando las causas de la migración desde la perspectiva de la emigrante. El desarrollo de programas de sensibilización y dispositivos legales para motivar el trabajo en el país.

Así mismo se recomienda realizar una coordinación con el Colegio de Enfermeras del Perú para hacer un seguimiento de los profesionales en el país y el desarrollo de una plataforma virtual para realizar el seguimiento de las emigrantes peruanas.

## Bibliografía

- Adams, E. Consideraciones clave para el desarrollo de un marco de apoyo a la integración internacional de enfermeras. Australia. Marco de apoyo a la integración internacional de enfermeras.
- Buchan, J. & Sochalski, J. Migración de personal de enfermería: Tendencias y políticas. 2006.
- Castrillón, M. La práctica de enfermería como objeto de estudio. Colombia. 2002.
- Castrillón, M. La Enfermería en América Latina, situación actual, áreas críticas y lineamientos para un plan de desarrollo. 2005.
- CEPAL, Migración internacional, derechos humanos y desarrollo en América Latina y el Caribe. 2006.
- Choque O., J. Migración en el Perú. 2007.
- Dejour, Ch. El factor humano. Brasil. 1997.
- González T., H. Los retos epistemológicos de las migraciones transnacionales. Revista Iberoamericana de Antropología. 2006.
- DREH. El Perú respondiendo a los desafíos de la década de los recursos humanos en salud. Serie bibliográfica. Lima, 2006.
- Jiménes, M. Marcada emigración de enfermeras costarricenses. 2006.
- Lip, C. Consultoría de recursos humanos en salud en la formación. Lima, Perú. 2005.
- Molina, O. Migración y remesas en el Perú como estrategia familiar de desarrollo. APDP. 2005.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Observatorio de recursos humanos en salud en las Américas 1999-2004. Lecciones aprendidas y expectativas para el futuro. 2004.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Informe Regional. Recursos humanos: factor crítico de la reforma sectorial en salud. Costa Rica. 1997.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Recursos humanos en Salud. 2002.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). Tendencias de la migración internacional 1995-2005.
- Velásquez, S. Regulación de recursos humanos en la Región Andina. 2005.
- Zárate, M. Situación de las escuelas y facultades de enfermería del Perú. 2003.

# 10. Uruguay

Trinidad Isabel Cal Schiari

## Introducción

La escasez de los recursos humanos de profesionales en enfermería a nivel mundial en general y en Latinoamérica en particular influye directamente en la prestación de cuidados de salud calificados en la población. La migración de enfermeras es un factor determinante en la disminución de estos recursos sobre todo en los países con dificultades económicas, donde el personal de enfermería no tiene buenas remuneraciones, tiene un entorno laboral poco estimulante y limitadas posibilidades de desarrollo profesional.

El Consejo Internacional de Enfermeras recomienda realizar esfuerzos para conocer mejor el problema de la migración de manera de poder participar en lineamientos de políticas que puedan actuar desactivando el motor migratorio. En algunos países de Europa, de EUA y el Caribe Inglés existen estudios sobre migración de enfermeras, en América Latina los mismos son escasos y no sistemáticos, en cambio en Uruguay este estudio sería el primero en abordar esta temática tan relevante.

De acuerdo con esta realidad y por la prioridad que la situación demanda, se impulsa esta investigación regional por parte de la Asesoría de Recursos Humanos de OPS en co-coordinación con la Universidad Andrés Bello y la Asociación de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE). Estas dos últimas instituciones son las investigadoras regionales que incorporan a 9 países de América Latina, entre ellos Uruguay. Este estudio aportará una primera base de datos que servirá como insumo para estudios sucesivos y para referencia en decisiones políticas al respecto.

Es importante señalar que en la VIII Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud llevada a cabo en Montevideo (Uruguay) en octubre del 2006 donde se trató "La Migración del Personal de Salud en la Región de las Américas, Situación, Perspectivas y Sugerencias para la Acción". Se incluye la problemática migratoria de todos los profesionales de la salud.

El objetivo de los mandatarios de los 22 países miembros fue analizar el proceso actual de las migraciones de personas de unos a otros países, regiones y continentes, los problemas que se plantean y las posibles soluciones, en el entendido que la migración del personal sanitario causa deterioro en la atención a la salud.

El período que se tomó para la realización del trabajo fue a partir de 1985 momento en que hubo cambios políticos importantes y que muchos uruguayos volvieron al país, como así también de países vecinos inmigraron ciudadanos atraídos por la nueva situación política que se estaba estableciendo.

Las enfermeras inmigrantes se encuentran en 90% en la Capital y 12,5% en el interior. Su localización fue muy dificultosa por la imposibilidad de tener acceso a los registros en algunas instituciones nacionales y la ausencia de los mismos en las organizaciones profesionales. Se contó con la colaboración de jefes de departamentos de enfermería de las instituciones prestadoras de servicio y de los propios encuestados.

## Objetivos

En línea con el proyecto se trazaron los objetivos siguientes:

- Conocer el número de enfermeras inmigrantes latinoamericanas que se encuentran en Uruguay.
- Conocer los procesos que afectan a las enfermeras inmigrantes desde el punto de vista, psicoemocional, social, económico, cultural, profesional y legal.

- Identificar las políticas migratorias en el país
- Obtener información cualitativa de las razones migratorias, las expectativas, la situación familiar, la inserción en el medio y la situación legal.

## Metodología

Se seleccionó un diseño exploratorio, dado que es la primera vez que se realiza un estudio de estas características en el Uruguay y descriptivo, en la medida en que se intenta caracterizar este fenómeno.

La metodología utilizada es de carácter cuantitativo y cualitativo.

La medición de la magnitud de la inmigración de enfermería fue difícil pues no hay organismos que concentren información sobre los movimientos. Se consultó el registro de uruguayos calificados inmigrados en el Departamento N° 20 del Ministerio de Relaciones Exteriores y también en el registro de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica del Uruguay.

La información sobre inmigración se obtuvo de la Universidad de la República, del registro de títulos de profesionales extranjeros.

Para la etapa cuantitativa de caracterización se realizaron encuestas a enfermeras latinoamericanas que desempeñan la profesión en el país, mediante formulario diseñado por la coordinación regional.

Se encuestaron siete enfermeras y dos enfermeros. Uno de los enfermeros se retiró de la muestra por estar saliendo del país sin expectativas de volver.

Se buscó información de las enfermeras extranjeras en fuentes primarias como instituciones oficiales. Dentro de los organismos oficiales los únicos que pudieron aportar, como se dijo, datos fueron Bedelía Central de la Universidad de la República y el Ministerio de Relaciones Exteriores. Las asociaciones profesionales con personería jurídica carecen de registros. Además, se estableció comunicación con los jefes de departamentos de enfermería de las instituciones de asistencia sanitaria que también aportaron datos.

Como fuente secundaria, se contactaron colegas de diferentes instituciones que nos orientaron hacia algunas enfermeras inmigrantes, y las/os propios encuestados contribuyeron a la ubicación de colegas extranjeros.

Para la etapa cualitativa se optó por utilizar entrevistas en profundidad, dadas las dificultades para conformar un grupo focal.

A pesar de que el número de enfermeras encuestadas hubiera podido conformar un grupo focal, este no pudo formarse por diferentes razones. La más importante: la imposibilidad de reunir a enfermeras, dada la época del año, el período de verano es donde se producen la mayoría de las vacaciones de los funcionarios.

Las entrevistas individuales se realizaron entre los meses de diciembre y marzo. El tiempo de duración fue de 30 a 45 minutos.

Para el análisis de las entrevistas se categorizaron las respuestas de acuerdo a los propósitos de la investigación y a los tópicos previstos en el proyecto.

En el proceso metodológico se presentaron dificultades importantes de mencionar. La primera dificultad fue tener acceso a los nombres. En la Caja de Jubilaciones y Pensiones de los Profesionales Universitarios (organismo que tiene el registros de todos los universitarios), no figuran los países de origen, solo tienen el registro del título. El Ministerio de Salud Pública que habilita al ejercicio de la profesión, tiene el registro de los títulos del país de la enseñanza pública y privada y los que la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República ha revalidado, pero sin identificar el país de origen.

A las dificultades para su localización se agregó la negativa de algunos encuestados para firmar el consentimiento informado por temor a ser identificados.

## Contexto

### *Contexto migratorio internacional*

La migración es un fenómeno mundial y como tal afecta a casi todos los países en mayor o menor medida. Varios factores influyen en la movilidad de personas desde su país de origen a otro lugar donde residen. Los cambios demográficos, las recesiones económicas de comienzo de siglo, con la consecuente inestabilidad laboral, y aumento de la tasa de desempleo tienen incidencia directa en esta situación; como contrapartida la liberación económica con demanda de mano de obra calificada por parte de los países mas ricos presentan ofertas tentadoras para las personas que deciden dejar su territorio, cruzar fronteras para lograr “beneficiosos contratos”.

El número de migrantes en el mundo se ha elevado a partir de la mitad del siglo XX estimándose a comienzo del siglo XXI que el 3% de la población mundial reside en un lugar diferente al que nace. A este porcentaje se debe adicionar la migración ilegal que no se puede cuantificar.

El efecto es mayor en los países receptores por ver desbordada su capacidad de contención, en cambio en los países que han sufrido emigración el impacto está dado por la pérdida de ciudadanos que afectan la vida social, cultural, económica y el desarrollo del país.

### *Contexto demográfico del Uruguay*

Uruguay es un país latinoamericano de 176 215 km<sup>2</sup>, situado en el Cono Sur. De acuerdo al último censo nacional de población y vivienda realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE año 2006) tiene una población de 3 305 723 habitantes, distribuidos en sexo masculino 1 587 040 y sexo femenino 1 707 685 (1).

**Cuadro 10.1: Contexto demográfico**

<b>Superficie total</b>	176 215 km <sup>2</sup>
<b>Población total</b>	3 305 723 habitantes
<b>Capital</b>	1 279 741 habitantes
<b>Resto del país</b>	1 325 968 habitantes
<b>Esperanza de vida al nacer</b>	74,54 años (hombres, 72 años; mujeres, 79 años)
<b>Tasa de fecundidad</b>	2,4 hijos por mujer
<b>Mortalidad infantil</b>	14%
<b>Principales causas de muerte</b>	1 <sup>er</sup> lugar: Enfermedades del aparato circulatorio; 2 <sup>do</sup> lugar: Tumores malignos
<b>Alfabetización</b>	99%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística Uruguay 2006.

**Cuadro 10.2: Datos de la población**

50% de la población sobrepasa los 31 años
17% mayor o igual a 60 años
13% 65 años o más
4,8% 80 años y más
Feminización del envejecimiento (60% son mujeres)

## *Contexto educacional*

El estado prestador de servicios asigna a la educación de gestión pública el 4,5% de PBI lo que permite que la enseñanza en los tres niveles desde primaria a la educación superior sea gratuita, esto ha traído como consecuencia que desde países hermanos de América Latina vengan muchos jóvenes a estudiar. La educación de gestión privada es llevada adelante con fondos que no pertenecen al Estado.

Una característica a subrayar: es un país con un altísimo índice de alfabetización, como se puede apreciar en la tabla anterior lo que, unido al envejecimiento de su población, le da un comportamiento de país desarrollado.

## *Contexto de los servicios de salud*

A partir del año 2008 se cambia el modelo del sistema sanitario y se comienza con el nuevo Sistema Integrado de Salud dando cobertura a niños y jóvenes hasta 18 años en el subsistema por el que quieran optar para atenderse, también pueden ingresar los pasivos y funcionarios públicos que no tenían cobertura de salud. Los funcionarios de la actividad privada que ya tenían cobertura en el antiguo sistema entran al nuevo en las mismas condiciones que los demás.

Este nuevo sistema está financiado por el aporte (de acuerdo a sus ingresos) de todos los trabajadores activos del país, por lo que la totalidad de la población uruguaya cuenta con cobertura. Actualmente, en el SNIS, interactúa el subsistema público y privado, conformando un sistema mixto. Mediante el Seguro Nacional de Salud se financia a todos los prestadores de salud, exigiendo el cumplimiento de determinados resultados sanitarios, tales como el control del embarazo y el control del niño hasta los 14 meses.

## *Contexto migratorio nacional*

La población del Uruguay tiene una historia con una fuerte impronta de inmigrantes europeos sobre todo de España e Italia que vinieron a comienzos del siglo XX. “Los efectos en el tamaño y composición de la población actual son consecuencias de los niveles de fecundidad y en menor medida de la mortalidad. También la inmigración y la emigración internacional aportan una influencia significativa a través del tiempo” (2).

En el escenario uruguayo se inscribe la temática migratoria del recurso humano de enfermería. En cuanto al contexto migratorio de nuestro país podemos mencionar la emigración y la inmigración (2).

Emigración: a diferencia de comienzos de siglo XXI, el final del siglo XX muestra un cambio notable en la población uruguaya en las corrientes migratorias. La situación política y la recesión económica que mantuvo el país en las últimas décadas, junto al enorme mercado laboral mundial y la facilidad en la comunicación que tiende puentes en cualquier lugar del mundo, han influido en la emigración de muchos uruguayos, trabajadores calificados, a diferentes países principalmente de Europa y Norte América.

## *Flujo emigratorio (3)*

Inmigración: la inmigración en Uruguay tuvo su punto más elevado a comienzos del siglo XX. A medida que fueron transcurriendo las décadas la inmigración se redujo en forma notoria como puede apreciarse en los siguientes cuadros.

Cuadro 10.3

Año	Cantidad de inmigrantes	Porcentaje de población	Procedencia	Porcentaje por país
1908	181 222	17%	Europa	73,74%
			Americanos	26,16%
			Otros continentes	0,1%

Cuadro 10.4

Entre los años 1975 y 1985	Emigraron 122.804 personas
Entre los años 1985 y 1996	La emigración se reduce a 68 170 personas

Cuadro 10.5

Continente	Número de personas
América	907
Europa	241
Asia	59
África	3
Oceanía	6
<b>En los últimos 5 años inmigraron hacia Uruguay</b>	Total 1216 personas

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Uruguay 2005 y Dirección Nacional de Migraciones, Uruguay 2006.

### Políticas migratorias

Las políticas migratorias están comprendidas en las leyes que datan de principios del siglo pasado, se han ido adecuando al curso de los tiempos y a las necesidades del país. Pueden citarse algunas como la ley 9064 de diciembre de 1992 que amplía la ley de 1932 que regula la entrada y permanencia de los ciudadanos extranjeros en el país, también de ese mismo año la Ley 16 340 por la que se conceden beneficios a extranjeros que hayan adquirido situación de retiro o jubilación en el exterior. Existen además convenios con países que integran la Organización Internacional de Migraciones (4) que acuerdan normas migratorias que amparan a los ciudadanos inmigrantes.

En general los inmigrantes base de la población uruguaya gozan de los derechos y deberes de los ciudadanos naturales, aunque para determinados trabajos se les exija un tiempo mínimo de permanencia en el país.

El Uruguay básicamente no tiene desde hace décadas un flujo importante de inmigración por el contrario es un país donde la emigración ha aumentado, sobre todo de jóvenes y de profesionales universitarios. El destino preferido de los mismos es en una mayor proporción hacia Europa (Italia y España sobre todo, por ser descendientes de ciudadanos inmigrantes de esos países), y hacia Estados Unidos en menor escala.

En este escenario se ubica al colectivo de enfermería y dentro de él a las enfermeras inmigrantes. Existen en el país dos niveles de formación y desempeño: profesionales y auxiliares. El presente estudio está dirigido solo a las enfermeras profesionales.

El número de profesionales en enfermería en el país no alcanza a cubrir las necesidades del sistema sanitario. Según la Caja de Profesionales Universitarios (CPU) que lleva el registro de todos los profesionales universitarios el número de enfermeras asciende a 4117, por lo que de acuerdo a la población total, existiría un déficit importante de licenciados en enfermería. Este aspecto asociado a la inadecuada distribución geográfica, componen un mapa asistencial deficitario desde el punto de vista de la atención de enfermería.



El porcentaje mayor de licenciados en enfermería se encuentra en la capital con una estimación de 70% en Montevideo y un 30% en el resto del país.

No existe al momento una política de RRHH de enfermería que permita un equilibrio sostenido de manera de garantizar la adecuada atención de la población por parte de éstos profesionales.

La formación de licenciadas en enfermería actualmente se realiza en dos universidades una pública sin costo de matrícula y otra privada con pago de matrícula.

Para la formación de auxiliares de enfermería se cuenta con una escuela pública y 26 escuelas privadas, con un promedio de egreso que supera los 120 egresados.

Se cuenta con un número pequeño de enfermeras inmigrantes de América Latina.

Desde 1973 a la fecha, se registra un total de 23 enfermeras inmigrantes, dato suministrado por la Beladía Central de la Universidad de la República, que es la oficina a la que compete el registro de reválida de los títulos universitarios para poder ejercer la profesión en el país.

Con esta evidencia puede decirse que el país no ha sido atractivo para la inmigración de enfermeras.

## Resultados

### *Magnitud de emigración de enfermeras del Uruguay*

En Uruguay la mayor corriente emigratoria de enfermeras se produjo en la década de los 70 por razones económicas y políticas. El destino preferido Suiza, Suecia, Dinamarca. Las enfermeras que se fueron por razones políticas volvieron al país y están ejerciendo la profesión, las que se fueron por razones económicas solo vienen de vacaciones.

En los últimos 10 años de Uruguay han emigrado enfermeras hacia Europa y EUA. No existe un registro que nos permita tener una estadística fiable al respecto.

El Ministerio de Relaciones Exteriores a través de su Departamento N° 20 es a quien le compete el registro de todos los uruguayos calificados que residen en el exterior, tiene un registro de 45 enfermeros emigrantes con destino bien dispares: en EUA, en Tailandia, en España y en Francia. Las autoridades del departamento explican que estos registros son voluntarios por parte de los ciudadanos por lo que no se puede considerar como datos finales ya que se estima que la migración es mayor, por lo que esta información debe tomarse como el comienzo de la exploración que se realiza en el exterior.

La Facultad de Enfermería de la Universidad Católica tiene registro de 5 enfermeros emigrantes a partir del año 2000 (año en que egresó su primera generación), con destino 2 a EUA, 1 a Inglaterra, 1 a España y 2 a Italia. A través de fuente secundaria sabemos con seguridad que en los últimos 10 años emigraron 23 enfermeras/os a Italia y 2 a EUA.

### *Magnitud de la inmigración*

Hasta el momento la Universidad de La República ha registrado 23 enfermeras, siendo el registro más antiguo del año 1973 y el más reciente en el año 2004.

Del total de enfermeros que registraron su título se pudieron encuestar y entrevistar 8, de los cuales 7 son del sexo femenino y 1 del sexo masculino.

Cuadro 10.6: Procedencia y magnitud de la inmigración de enfermeras en Uruguay

País	Número de enfermeros
Argentina	1
Brasil	2
Cuba	2
Chile	14
Colombia	1
Perú	1
Paraguay	1
México	1
Total	23

### Caracterización

Las ocho enfermeras inmigrantes encuestadas tienen su situación legal regularizada y manifiestan su deseo de permanecer indefinidamente en Uruguay. Siete de los ocho enfermeros aducen diversas razones para emigrar como desarrollo profesional y personal, familiar, condiciones laborales, políticas y solo una menciona los aspectos económicos. Todos coinciden en que sus aspiraciones en el país receptor son principalmente la estabilidad económica y el desarrollo personal y profesional.

Al momento de ser encuestados, 6 de ellos se ubicaban en el tramo de 42 años de edad y más y llevan residiendo más de siete años en Uruguay. Cinco de los ocho enfermeros tenían experiencia previa en su país de origen.

En cuanto a las características profesionales y laborales, los encuestados tienen formación universitaria, siendo mayoritariamente licenciados en enfermería y su título se encuentra reconocido o revalidado. Siete de ellos han realizado estudios de postítulo y postgrado de más de seis meses de duración, cuatro de ellos actualmente ocupan cargos de mayor responsabilidad ya sea en la clínica o en la docencia. El 50% se desempeñan en el área pública y el otro 50% en el área privada; siete de ellos tienen estabilidad laboral y solo uno es medio tiempo en calidad de suplente.

Los encuestados relatan que el trámite de reconocimiento demoró entre seis meses a más de 18 meses. Por el contrario, todos refieren encontrar trabajo como enfermera/o antes del año de permanencia en el país. Los ocho encuestados se sienten valorados en su trabajo y declaran que su inserción social y productiva ha sido lograda, siete de ellos manifiestan que el cargo y área en que ejercen actualmente les es satisfactorio de acuerdo a sus expectativas personales y profesionales. Solo uno demuestra insatisfacción por la remuneración recibida, la escasa tecnología y recursos para cumplir su cometido y el tipo de supervisión ejercida en su lugar de trabajo.

Los salarios que perciben actualmente las enfermeras que se dedican a la docencia, oscila entre US\$ 600 a US\$ 800 mensuales, mientras que las enfermeras/os clínicas refieren mayoritariamente recibir un salario entre US\$ 300 a US\$ 400 mensuales.

En relación a las remesas, solo una de las enfermeras envía dinero regularmente a su familia en un monto de US\$ 200 a US\$ 300 cada vez.

Desde la óptica de la inmigración se puede pensar que si bien las condiciones del país son en muchos aspectos auspiciosos para el inmigrante, seis de ellos manifiestan que no recomendarían a familiares, amigos o compañeros de trabajo, emigrar.

## *Razones, fines e impacto*

Como se señaló anteriormente la fase cualitativa se realizó a través de la técnica de entrevista en profundidad. Para el análisis de estos datos cualitativos se consideraron los tópicos sugeridos en los lineamientos del proyecto:

Razones para la migración, fines, deseos y aspiraciones, traslado y asentamiento, dificultades de apoyo e impacto de la migración.

### *Razones para la emigración*

De ocho enfermeros, cuatro fueron atraídos por las posibilidades de mejor inserción laboral con trabajo estable y oportunidades de desarrollo profesional "...motivos personales y propuestas de buenas condiciones laborales". "...me vine porque quería progresar"; "...acá pude hacer mis estudios universitarios en mi país es más difícil...". "Yo sabía que acá era más fácil hacer cursos, la enfermería estaba mejor...". Se desprende de las manifestaciones de las entrevistadas la importancia que tuvo la posibilidad de estudiar. Uno de ellos alude razones políticas. Uno igualmente esgrime razones familiares "emigré por razones familiares, mi esposo es uruguayo".

### *Fines, deseos y aspiraciones*

En éste tópico se continúa señalando las posibilidades de desarrollo profesional constituyéndose éste en una de las mayores aspiraciones y deseos que impulsaron a emigrar "...mi deseo es continuar desarrollándome profesionalmente y mejorar laboralmente porque debemos aspirar a estar mejor". "Acá se me brindó otra posibilidad de desarrollo...".

Se destaca cómo las expectativas familiares y personales refuerzan el deseo de permanecer en el país. "Sentirme bien con mi familia y en lugar de trabajo...". "...las aspiraciones en éste país son el desarrollo personal y profesional, digamos que lo he alcanzado, tengo una familia estable y mis hijos han podido estudiar lo que han elegido y hacer la vida que quieren...".

No obstante estas valoraciones positivas, existen opiniones que manifiestan alguna insatisfacción. "Tengo mi vida acá... aunque me gustaría que las colegas me integraran más...". "...terminé mis estudios ya mayor. A pesar de ello conseguí trabajo, tenía dos pero debido a la crisis del sector salud uno cerró, me gustaría poder encontrar otro trabajo más para poder estar mejor...".

### *Traslado y asentamiento*

La totalidad de las entrevistadas no señalan problemas en cuanto al establecimiento en el país. Algunas expresan que al estar casadas con uruguayos y tener familia en el país le fue más fácil. En este tópico podemos señalar que el hecho de que las enfermeras provengan de países con culturas similares les permite una integración más rápida.

### *Dificultades y apoyos*

Los inmigrantes que tenían familiares en el país no tuvieron tantas dificultades y se sintieron muy apoyadas. "...el hecho de estar casada con un uruguayo nos solucionó muchos problemas, no fue difícil ubicarnos acá, es más encontré un lugar en el mundo...". "Nosotros vinimos con el camino a medio recorrer porque la familia de mi esposo es de Uruguay." Sin embargo en un número menor se señalaron algunas dificultades de adaptación y siguen extrañando su país. Algunas presentan las dificultades normales de todo proceso de migración, pero que se han ido superando con el tiempo.

## Impacto de la migración

En general el impacto personal y profesional de la migración fue positivo, como también para sus hijos y su familia. Destacan las posibilidades laborales, de estudio y desarrollo profesional, las buenas relaciones laborales, el respeto por la profesión y la no discriminación por ser inmigrantes. "Ya estamos aquí y estamos bien, considero que hemos tenido mucha suerte, tenemos estabilidad laboral, buenos amigos, nuestra familia está contenta...". "Aterrizar en Uruguay me hizo feliz...".

En menor grado se hace referencia a la insatisfacción económica y al alejamiento del país. "Reconozco que este país me dio la posibilidad de estudiar aún siendo mayor, y tengo un buen trabajo, pero los salarios acá no son buenos y también se extraña su tierra".

## Conclusiones

En este primer acercamiento al tema de migración de enfermeras en Uruguay, se puede concluir que:

- La magnitud del flujo de inmigrantes es escasa y que las enfermeras que han llegado a este país han generado aportes importantes a la docencia y a la práctica profesional, integrándose con facilidad a los servicios porque no existe discriminación hacia ellas.
- El perfil de los profesionales que han inmigrado a Uruguay y que fueron encuestadas, son personas radicadas con su familia, con años de permanencia en el país y sus razones principales para emigrar fueron económicas familiares políticas y desarrollo profesional y personal.
- Se desempeñan en servicios públicos y privados, especialmente en la docencia y en la atención comunitaria, cuentan con estabilidad laboral alcanzando muchos de ellos cargos directivos en las instituciones.
- Al estar mayoritariamente asentadas con sus familias, no envían remesas a su país de origen.
- Hay acuerdo entre los encuestados que el trámite de reconocimiento o revalida de título es prolongado y que existen muchas oportunidades de trabajo en ese país, teniendo el inconveniente que la remuneración es baja.

A pesar de las pocas enfermeras/os encuestadas, el estudio representa un aporte muy importante, ya que es el primero en abordar la temática de la migración de enfermeras/os y constituye una base para futuras investigaciones, dando un acercamiento de la situación uruguaya al momento de la recolección de datos.

## Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística. Censo de Población y Vivienda 2005, Uruguay.
2. Instituto Nacional de Estadística. Comunicado de Prensa. Emigración Internacional. Julio 2005. Montevideo, Uruguay.
3. Ministerio de Salud de Salud Pública del Uruguay. VIII Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud. "La migración del personal de Salud en la Región de las Américas, Situación, Perspectivas y Sugerencias para la Acción. Octubre 2006. Montevideo Uruguay.
4. Organización Internacional de Migración (OIM) "A propósito de la Migración" <http://www.iom.int/jahia/Jahia/lang/es/pid/3>.



# 11. Venezuela

---

**Belkys Cárdenas**

Colaboradoras:

**Jenny Acevedo**

**Maria Berrios**

**Maritza Luna**

**Marialcira Quintero**

## Introducción

Venezuela es considerada demográficamente como un país joven, que ha cuádruplicado su población en las últimas décadas, hasta llegar en el 2008 a 28 007 968 habitantes. Este aumento poblacional ha obedecido al crecimiento natural, al desarrollo socioeconómico y de salud, y a un poderoso movimiento inmigratorio. Es uno de los países caribeños que más ha avanzado en su transición demográfica, pasando de una población principalmente joven y de crecimiento rápido, a poseer otra en vías de envejecimiento. La esperanza de vida es de 74,86, con una tasa de crecimiento x 1000 h de 17,0 (E-2005) y una tasa de bruta de mortalidad x 1000 h de 5,1. Es un país de 912 050 km<sup>2</sup>, con una densidad de 21,3 habitantes por km<sup>2</sup>, lo que lo sitúa entre los países de baja densidad.

En Venezuela existen dos tipos de migraciones: las internas y las internacionales. La población venezolana se desplaza de un estado a otro o de una ciudad a otra, debido a varios factores: primero, la masa poblacional busca áreas de mayor estabilidad económica, con mejores fuentes de trabajo, para así obtener un nivel de vida más aceptable; y segundo, en los núcleos urbanos existen mejores oportunidades educativas y efectivos servicios públicos.

La migración en Venezuela se incrementó en mayor proporción en la década de los años 50, al buscar requerimiento de mano de obra calificada para el progreso de la economía y desarrollo del país, situación que se repite a partir del año 1998 hasta los actuales momentos y por lo tanto el ingreso de extranjeros al país ha sido de manera continua. Así mismo han surgido migraciones de países vecinos con poblaciones que poseen un nivel de vida inferior al nuestro, lo cual ha originado la entrada de muchas personas indocumentadas y de bajo nivel educativo.

La tasa de migración para el año 1999 fue de 0,23 x 1000 h con una población de 23 203 460, y un porcentaje de inmigrantes sobre población total de 4,2, así como 0,9% de emigrantes. Dada la política del Gobierno actual en cuanto a la inmigración, se estima que la población de extranjeros ha aumentado, la cual deberá ser cuantificada en el próximo censo poblacional.

Por poseer Venezuela grandes extensiones de tierra fronteriza, pocos controles migratorios y elevados ingresos económicos generados por la industria petrolera, se ha convertido el país en un destino de vida atractivo.

De manera particular y a título de ejemplo se puede referir que el estado Zulia, por poseer límites fronterizos, no ha escapado a esta realidad: la población está estructurada por habitantes oriundos de la zona, así como por inmigrantes internos provenientes de otros estados y de migraciones de otros países, especialmente de Colombia.

## Objetivos

- Precisar la magnitud de la migración internacional de enfermeras en Venezuela.
- Identificar las características de la migración de enfermeras en Venezuela.
- Describir los procesos sociales, profesionales y laborales vinculados a la migración de enfermeras en Venezuela.
- Describir las políticas y legislación de migraciones en Venezuela.

## Metodología

El estudio es cuantitativo y cualitativo, exploratorio y descriptivo, sobre la migración de las enfermeras en Venezuela, fue desarrollado y coordinado por la Escuela de Enfermería de la Universidad de Zulia, en Maracaibo, estado de Zulia.

La información de contexto, políticas y marco regulatorio, obtenida y presentada tiene alcance nacional. El estudio cuanti-cualitativo se enfocó solo en el estado de Zulia, 14 enfermeras inmigrantes quienes accedieron a participar de la encuesta, firmando el consentimiento informado. El estudio fue sometido a la consideración del Comité de Ética de la Universidad del Zulia, que emitió el aval solicitado; así mismo se obtuvo el consentimiento informado de cada uno de los informantes claves.

## Contexto

### *Contexto demográfico*

De acuerdo al censo 2001 el número de habitantes de Venezuela según INE fue de 26 577 423 hasta el año 2005 y existe un aumento sostenido de la población venezolana. Además se registra una disminución de la natalidad y de la tasa de crecimiento por mil habitantes.

Al año 2005 la esperanza de vida al nacer era de 73,43 la tasa de alfabetismo era de 95, y el ingreso medio es de US\$ 4102 per cápita. En relación al presupuesto de salud en PBI, se registra que el 6% del gasto central es asignado a salud (1993-2004).

### *Nivel de desarrollo*

En el año de 1998 el Índice de Desarrollo Humano alcanzó la cifra de 0.6917, posteriormente fue creciendo hasta alcanzar 0,7796 en el año 2001. Producto del golpe de estado y del paro petrolero descendió en el 2003 a 0,7648. Para el año 2005 alcanzó la cifra de 0,8144, es decir se incrementó en 0,1227 y así Venezuela pasó del desarrollo mediano (0,500 a 0,799) al desarrollo humano alto (0,800 a 1).

Concentración urbana y rural: según OCEI para el año 2000, el 82,2% de la población se ubica en la zona urbana y 12,8% en la zona rural (cuadro 11.1).

**Cuadro 11.1: Población total (urbana y rural) de Venezuela 1998-2000**

<b>Población</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>
Urbana %	86,5	87,1	84,6
Rural %	13,5	12,90	15,4
<b>Total</b>	<b>23 242 434</b>	<b>23 706 711</b>	<b>24 896 379</b>

Fuente: Anuario estadístico OCEI.

## Contexto epidemiológico

### La mortalidad materna

La mortalidad materna aumentó 4% en 2004. En el año 2003 murieron el 57,7 mujeres por causas relacionadas con la maternidad por cada 100 000 nacidos vivos registrados. En el año 2004 esa cifra se incrementó a 59,9% de muertes por cada 100 000 nacidos vivos registrados, lo que significa seis muertes por semana. Desde el 1998 ha aumentado el 17%. (Trocha Barrio Adentro. Diario Últimas Noticias 12 de marzo de 2006, citado por Venescopio 2006). El Zulia ocupa el primer lugar en muertes maternas: en el 2003 hubo 47 casos, 2004 con 40 casos y en 2005 con 30 casos hasta el mes de noviembre de ese mismo año (Ministerio de comunicaciones e información. RNV70).

La mortalidad infantil ha tenido una disminución sostenida en todos los distritos desde el año 2000 al 2005, teniendo una tasa nacional de 16,82 por mil nacidos vivos, pero sí se visualiza diferencias significativas de las tasas entre distritos, a modo de ejemplo: Distrito Capital con una tasa de 14,76 y en el otro extremo el Distrito Amazonas con una tasa de 35,20 por mil nacidos vivos.

Mortalidad por TBC: Ocupa el lugar número 19 de las veinticinco principales causas de muerte diagnóstica, en el 2004 con 738 casos y un 0,67% sobre mortalidad diagnosticada por médico tratante o forense.

Mortalidad por VIH: Ocupa el lugar número 15 de las veinticinco principales causas de muerte diagnóstica, en el 2004 con 1396 casos y un 1,26%.

### Mortalidad por otras causas

Accidentes de todo tipo ocupa el lugar número tres de las veinticinco principales causas de muerte, en 2004 con una mortalidad diagnóstica de 8386 y un 7,15%. Entre ellas se tiene accidentes de tráfico de vehículos de motor con 5349 y 4,56% y otros accidentes con 3037 con y un 2,59%.

Suicidios y homicidios ocupa el lugar número cuatro de las veinticinco primeras causas con 9382 y un 7,15%; entre ellos se tienen homicidios 7348 casos y 6,27%, suicidios con 1034 y un 0,88%.

Resto de muertes violentas, 6572 casos con un 5,61%; este porcentaje es sobre mortalidad general.

## Contexto servicios de salud

Número de médicos por habitantes: la razón de médicos por 10 000 habitantes es 19,7. Número de enfermeras por 100 000 habitantes: razón de enfermeras por 10 000 habitantes es 7,9 (Ministerio de Poder Popular de Salud 2006: [rnv.gov.ve/noticias/index](http://rnv.gov.ve/noticias/index)).

La razón de médicos y enfermeras por 10 000 habitantes descendió hasta 1998, mostrando un incremento en el período comprendido entre 1998 y 1999, situándose en 19,7 para los médicos y 7,9 para las enfermeras. Esta tendencia puede deberse al escaso presupuesto destinado al sector en el período y a la migración de profesionales del sector público al sector privado, como consecuencia de los bajos salarios que ofrece el primero, aunado a un incremento de la población total mientras se mantiene constante la producción. Los indicadores correspondientes a 1999 pudieran responder al incremento en el gasto público en salud para ese año.

Desde el año 1997, decretó el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social no formar auxiliares de enfermería, y la mayoría (más de 70%) ha alcanzado el nivel de técnico superior universitario en enfermería, pero permanecen en el cargo como auxiliares de enfermería, porque no les han realizado el trámite administrativo para el ascenso.



## Cuadro 11.2: Recursos humanos en instituciones públicas, año 1997 y 2000

Institución	Tipo de Recurso					
	Médicos	Enfermeras	Auxiliares de Enfermería	Otros trabajadores	Personal administrativo	Servicios generales
MSDS <sup>a</sup>	11 242	8023	22 011	10 973 <sup>e</sup>	21 823	26 210
IVSS <sup>b</sup>	6063	N.D.	N.D.	30 729 <sup>f</sup>	12 937	N.D.
IPASME <sup>c</sup>	994	137	981	1690 <sup>f</sup>	314	N.D.
INAGER <sup>d</sup>	146	95	365	576 <sup>f</sup>	529	884

Fuentes: Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Instituto Venezolano de Seguro Social, Instituto de Previsión y Asistencia Social del Pensionado del Ministerio de Educación, Instituto Nacional de Atención Geriátrica.

a. Datos correspondientes al año 2000;

b. Datos correspondientes al año 1997;

c. Datos correspondientes al año 2000;

d. Datos correspondientes al año 2000.

e. Incluye 7639 odontólogos, 775 nutricionistas, 1642 bioanalistas y 917 técnicos radiólogos.

f. Incluye todo el personal asistencial.

## Cuadro 11.3: En la Misión Barrio adentro, abril de 2005

Recursos Humanos	Cubanos	Venezolanos
Médicos	14 369	1060
Enfermeras	303	2611
Médicos salud ocupacional <sup>a</sup>	10	

Fuente: Introducción a la situación de la salud en Venezuela. Misión Barrio Adentro (2005)

\* Apoyaran al INPSASEL (Instituto Nacional de prevención Salud y Seguridad Laboral)

a. La misión Barrio Adentro cubre las 24 entidades federales y los 331 municipios del país.

“Existe desempeño temporal de médicos y otros trabajadores de salud, movilizados por el Programa Integral de Salud Cuba para los países de América latina y África (PIS); en Venezuela el programa Barrio Adentro utiliza mas de 25 000 cooperantes cubanos en el campo de la salud. El MERCOSUR ha aprobado el intercambio libre de servicios profesionales a través de la Directiva CMC/DEC 13/97, estableciendo un cronograma de diez años para alcanzar un mercado libre y el reconocimiento total de títulos. En caso de los profesionales de la salud, se está en la fase de implementación de la Matriz Mínima aprobada en el sub grupo de trabajo N° 11 Salud MERCOSUR” (VIII Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud, octubre 2006).

El número total de enfermeras a nivel nacional en el año 2006 era de 42 000 registradas en la Federación del Colegio Profesionales de Enfermería.

### Contexto educacional

El programa de formación de enfermeras se desarrolla en 10 Universidades del país, cinco de ellas son catalogadas como universidades autónomas y las otras cinco como universidades experimentales y en Institutos universitarios, que a continuación se detallan:

Universidades Autónomas: Universidad del Zulia (LUZ) Universidad de los Andes (ULA), Universidad Carabobo (UC) Universidad de Oriente (UDO) y Universidad Central de Venezuela (UCV). Universidades Experimentales: Rómulo Gallegos (UNERG), Centro Occidental Lisandro Alvarado (UCLA), Francisco de Miranda (UNEFM), Universidad Bolivariana de Venezuela (UBV) y Universidad Nacional Experimental de la Fuerza Armada (UNEFA). Institutos Universitarios: Juan Pablo Pérez Alfonso, Instituto Universitario Jean Piaget, Colegio Universitario de los Teques Cecilio Acosta (CULTCA) y otros públicos y privados.

Los años de duración de los programas de pregrado de enfermería son cinco años, para obtener el grado de licenciado y tres años para obtener el título de Técnico Superior en Enfermería.

Se carece de datos nacionales de ingresos y egresos, tanto de universidades como de los institutos.

### *Contexto migratorio*

Se carece de datos sobre el total de inmigrantes en los últimos cinco años.

En el país rige la ley de extranjería y migraciones (Gaceta, año 2004) Esta ley en sus disposiciones generales regula todo lo relativo a la admisión, ingreso, control e información salida y migración de los extranjeros y extranjeras en el Territorio de la República.

Lo dispuesto en dicha ley se aplicará sin perjuicio de los tratados suscritos y ratificados por la República, los acuerdos de integración y las normas de derecho internacional e independientemente de su condición migratoria, es decir, no migrante, migrante temporal y migrante permanente.

Los extranjeros y extranjeras para el ingresar y permanecer en Venezuela, deben estar provistos de un pasaporte válido y vigente, con el respectivo visado u otro documento que autorice su ingreso o permanencia en el territorio de la República, de conformidad con las normas de la materia, tratados internacionales suscritos y certificados por la República Bolivariana.

Es interesante referirse al Título IV “De las autorizaciones laborales” y sus excepciones las que han permitido el ingreso de enfermeras cubanas sin obtener autorización laboral y sin tener que estar registradas en el Colegio de Enfermeras u otra organización de enfermería.

Estas excepciones a la autorización laboral explicitan que quedan exceptuadas de la obligación de obtener la autorización laboral y para el ejercicio y otras actividades que motivan su otorgamiento, extranjeras y extranjeros comprendidas en el siguiente supuesto determinado en el artículo 17 y los puntos 3 y 5 que determinan que “los técnicos y profesionales que ingresan al territorio de la República para actividades amparadas en los convenios de cooperación y asistencia técnica” y que “los miembros de misiones científicas internacionales que realicen trabajos de investigación en el territorio de la República autorizados por el Estado Venezolano”.

El organismo encargado de controlar los movimientos migratorios conforme los acuerdo suscritos, es la Dirección de Migración y Zonas Fronterizas. Los ciudadanos deben cumplir requisitos para la entrada y salida por puntos de control migratorio. Así mismo los organismos oficiales proveen información para la recepción y tramitación de solicitudes de movimientos migratorios personal y oficial.

### *Marco regulatorio de la práctica profesional y de la movilidad de enfermeras en Venezuela*

El marco regulatorio de la práctica profesional y de la movilidad de las enfermeras, está dado a nivel internacional por los acuerdos de integración regional, como la Comunidad Andina de Naciones y el MERCOSUR. Venezuela como estado asociado del MERCOSUR se rige por la directiva MERCOSUR (CMC/DEC N° 13/97, Protocolo de Montevideo sobre el Comercio de Servicios en el MERCOSUR) que establece que “cada estado parte otorgará inmediata e incondicionalmente a los servicios y a los prestadores de servicios de cualquier otro estado parte un trato no menos favorable que el concede a los servicios similares y a los prestadores de servicios similares de cualquier otro estado parte o de tercero países y a sus propios servicios similares o prestadores de servicios similares”.

El Protocolo anteriormente mencionado se complementa con el MERCOSUR/CMC/DEC N°25/03, que se refiere a mecanismos para el ejercicio profesional temporario. Las directrices de este protocolo establecen los requisitos para que un profesional matriculado en un estado parte desarrolle una actividad en otro estado parte.

Venezuela es miembro de la Comunidad Andina, compuesta además por Colombia, Perú, Bolivia, Ecuador y la reciente incorporación de Chile.

La Comunidad Andina se rige por la decisión 439 de 1998 que define el marco general de principios y normas para la liberación del comercio de servicios en la Comunidad Andina y la decisión 510 del 2001, que adopta el inventario de medidas restrictivas establecidas por la decisión 439 y en ella hace referencia al reconocimiento de títulos, licencias, acreditaciones y títulos profesionales, en que solo se aplicarán medidas restrictivas si contrarían los principios de acceso a mercados y/o trato nacional.

Por último se tiene la decisión 545 “Instrumento Andino de Migración Laboral” en que se establecen normas que permitan de manera progresiva y gradual la libre circulación y permanencia de los nacionales andinos en la subregión con fines laborales, bajo relación de dependencia, sea en forma temporal o permanente.

### *Normas que regulan el ejercicio de la enfermería en Venezuela*

La ley de universidades de Venezuela, con la finalidad de legalizar el ejercicio profesional de los egresados universitarios en el extranjero, estableció el reglamento de revalida de títulos y de equivalencia de estudios, según decreto N° 1298 de 1969. El mismo contempla varios artículos sobre las disposiciones generales del reglamento de revalida de títulos y de equivalencias de estudios.

La profesión de enfermería en Venezuela está regida por la ley del ejercicio profesional de enfermería, aprobada el 1º de septiembre del 2005 por la Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela y publicada en la Gaceta Oficial N° 38 263, donde de acuerdo al Capítulo II: del ejercicio Profesional, el artículo N° 5 establece los requisitos para el ejercicio de la profesión de enfermería y establece que: “en el caso de haber obtenido los títulos referidos (en este caso el título de enfermera) en una institución educativa extranjera, estos deberán ser revalidados en la República Bolivariana de Venezuela de acuerdo con lo establecido en las respectivas leyes de la República.

También dicha ley establece que debe estar registrado en el Colegio de Enfermeras y Enfermeros de su respectiva entidad federal y a su vez, deberá ser registrado en la División de Regulación y Control de profesionales de Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

Al igual que en Paraguay en el artículo N° 7 se establece que los cargos de dirección, supervisión y coordinación de los departamentos de enfermería en organismos públicos y privados serán desempeñados por profesionales de enfermería venezolanos.

Existe la Federación de Colegios de Enfermeras(os) de Venezuela, es una corporación de carácter profesional gremial con personalidad jurídica y patrimonio propio, que se rige conforme a las leyes y reglamentos sobre la materia, su estatutos y los reglamentos internos de la organización. Existe también un Código Deontológico de Enfermería. Las enfermeras deben estar colegiadas en sus respectivas jurisdicciones.

La Resolución N° 531 de 1989 crea la Comisión Técnica Interinstitucional para el Desarrollo de Recursos Humanos de Enfermería en Venezuela.

La Resolución N° 659 del 9/4/85 establece normas para el desarrollo de la política educacional para el desarrollo de enfermeras.

La Resolución G-73 del 12/11/89 establece normas sobre las condiciones laborales de trabajo de enfermeras.

### **Cuadro 11.4: Requisitos para el ejercicio profesional según normas nacionales**

<b>País</b>	<b>Título habilitante</b>	<b>Servicio social obligatorio previo</b>	<b>Inscripción en los registros nacionales</b>	<b>Colegiatura obligatoria</b>
Venezuela	Si	No	Si	Si

Fuente: Venezuela Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

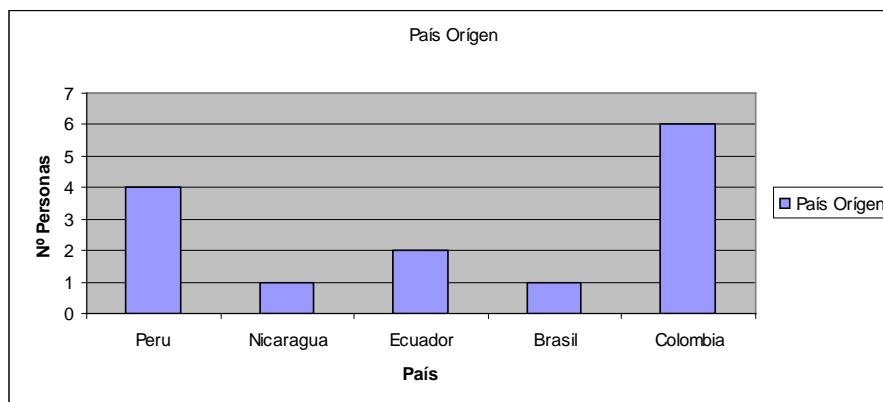
## Resultados

Para la presente investigación se identificaron 23 personas en el estado Zulia cuyos países de origen fueron Colombia (20), Perú (1), Chile (1) y Cuba (1); sin embargo, solo formaron parte del estudio 14, los restantes no participaron ni fueron consideradas en los resultados del estudio.

### *Análisis de las encuestas*

Se encuestaron a 14 enfermeras inmigrantes, todas ejerciendo en el Estado de Zulia y los resultados principales en relación a las características demográficas y sociales se presentan a continuación:

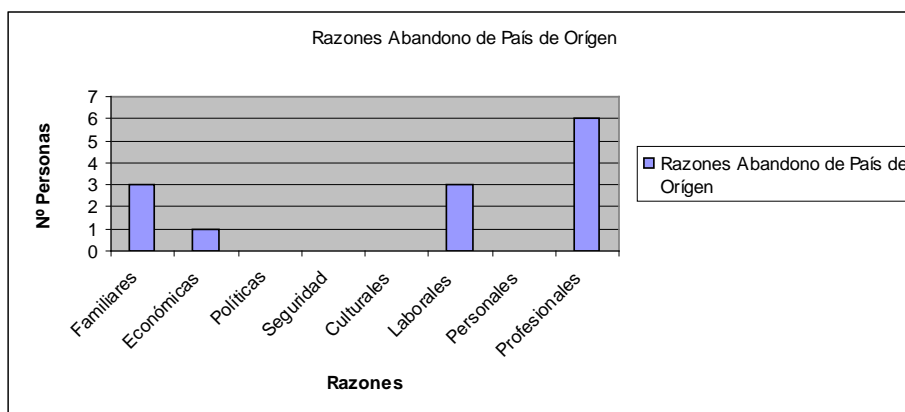
Gráfico 11.1



Las encuestadas proceden de Colombia (42,8%) de Perú 28,5%, Ecuador (14,2%), Nicaragua (7,15%) y Brasil (7,15%), es decir, mayoritariamente proceden de países limítrofes. Cabe mencionar que existe un numeroso grupo de enfermeras cubanas (400) que trabajan en las misiones de barrio adentro y no forman parte de este estudio, ya que regresarán a su país de origen de acuerdo a convenios de cooperación sin reválida y registro del Colegio, solo se tuvo acceso a una de ellas para una entrevista general.

Un 71,42% viven con su familia y son casadas; un 64,2% refiere no tener hijos; el 28,57% se ubica en el tramo de edad entre 22 y 31 años; el 21,42% en el tramo de 32 a 41 y el 50% de ellas tienen más de 42 años de edad. La totalidad de ellas tienen más de tres años de residencia en el país, siendo las de mayor frecuencia, siete años y más.

Gráfico 11.2

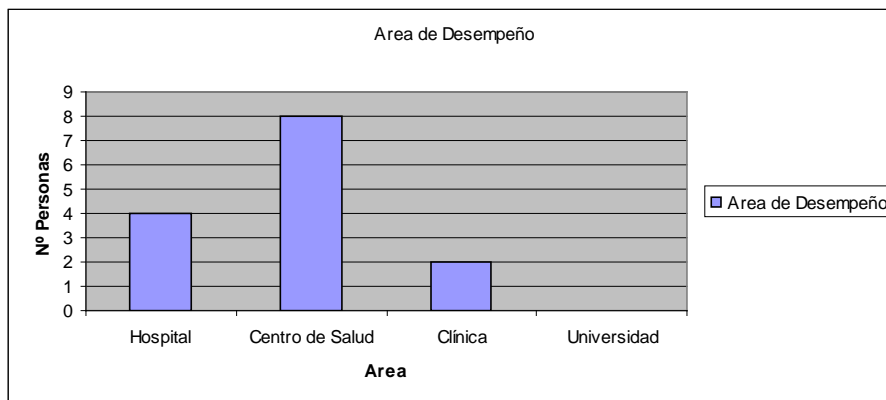


Las razones más mencionadas para abandonar su país de origen, son motivos profesionales (42,85%), laborales y familiares (21,42% cada uno) y solo una de las encuestadas, declara razones económicas.

El 71,4% manifiesta haber trabajado como enfermera en su país de origen, antes de emigrar y todas ellas tienen más de cinco años de egreso de sus estudios superiores.

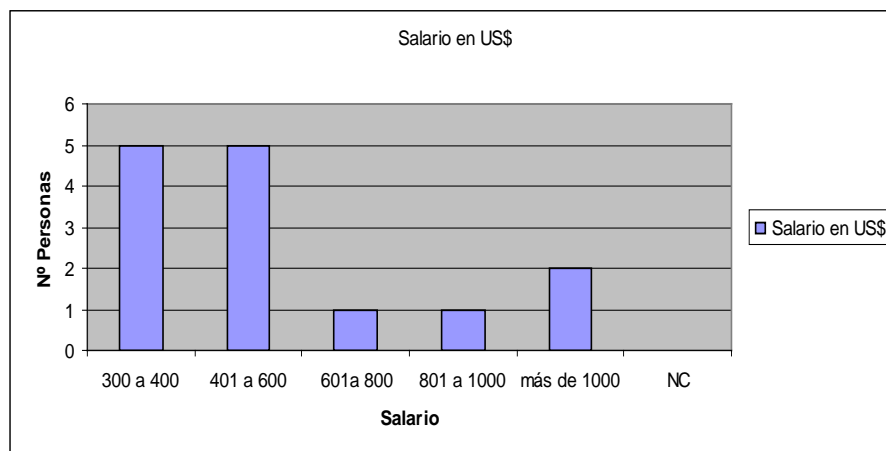
Actualmente el 37,4% de las encuestadas trabaja como enfermera clínica o comunitaria, el 28,57% como supervisora o coordinadora y el 21,42% como instrumentista, el 14,28% como enfermera clínica de medio tiempo.

Gráfico 11.3



El 57,14% de las enfermeras que aportaron información, se desempeñan en centros de salud y el 38,85% en hospitales o clínicas, ya sean privados (57,14%) o públicos (42,85%). El 85,71% tiene estabilidad laboral, ya que se encuentran en calidad de planta o contrata.

Gráfico 11.4

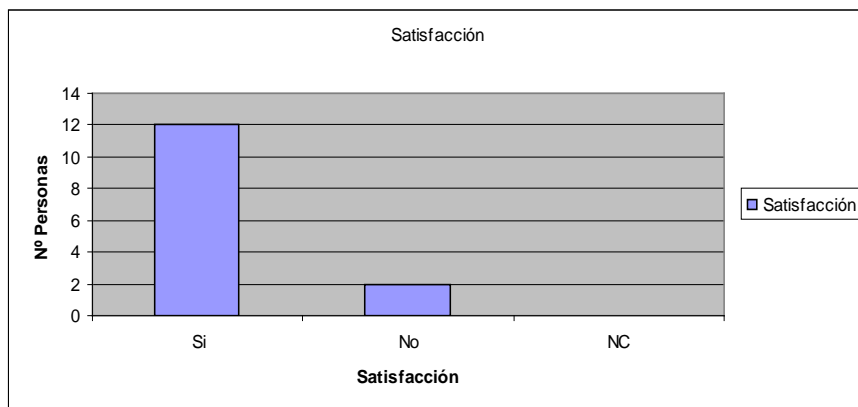


El 35,71% refiere tener un salario entre US\$ 300 a US\$ 400 mensuales, igual porcentaje dice recibir entre US\$ 400 a US\$ 600 mensuales, el 14,28% entre US\$ 600 a US\$ 1000, e igual porcentaje declara un porcentaje mayor a US\$ 1000 mensuales.

Las enfermeras encuestadas refieren en un 71,42% que hubo una demora de menos de un año, para encontrar trabajo como enfermera. Todas las encuestadas omiten respuesta al preguntarle su situación legal y de autorización de ejercicio profesional.

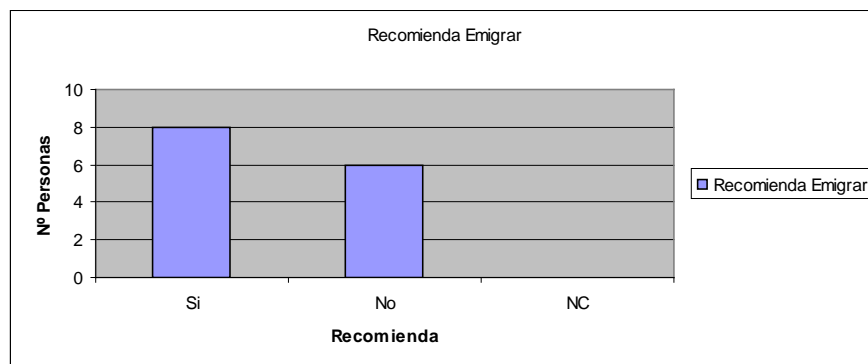
Las catorce encuestadas se sienten valoradas como enfermeras en su trabajo actual, un 71,42% dice que su inserción social fue fácil y que su sentimiento de inclusión en el grupo comunidad es bueno.

Gráfico 11.5



En relación a la pregunta si el cargo y área que desempeñan actualmente les es satisfactorio, de acuerdo a sus expectativas profesionales, un 85,71% dice sentirse satisfecha.

Gráfico 11.6



Llama la atención que a pesar de sentirse valoradas en su trabajo e incluidas en el ámbito social y productivo, el 42,85% no recomendaría emigrar a un familiar, amigo o compañero de estudios o trabajo.

### *Procesos e impacto de la inmigración de enfermeras en Venezuela*

Para estudiar los aspectos cualitativos, se aplicó a las enfermeras participantes, la dinámica de grupo rompe hielo denominada “superar obstáculos”, la cual consistió en pasar por encima de botellas de agua mineral con los ojos cerrados sin tumbarlas, siendo guiadas por su mismas compañeras. El objetivo de la misma fue identificar cómo se sentían al saber que no sabían a dónde ir, así como el estado de ánimo de las enfermeras al escuchar las ordenes de sus compañeras y liberar estrés para que se sintieran en confianza con los asistentes.

El fenómeno central de migración está vinculado a razones del país de origen de las emigrantes, como la situación económica deficiente. La falta de empleo, ha repercutido además en la inexistencia o falta de cumplimiento de políticas de trabajo, que influyen en la población general y por ende en forma directa sobre el personal de enfermería, por ser parte de ese entorno social.

Las enfermeras inmigrantes son personas que vienen de grupos familiares de escasos recursos económicos, que requieren trabajo estable y una adecuada remuneración para poder satisfacer sus necesidades personales y las de su grupo familiar. Esto se ha originado como solución a la crisis económica personal y familiar que viven en sus países de origen, emigrar a otros países en búsqueda de mejores salarios, estabilidad laboral y beneficios contractuales sociales y económicos, son fines.

Para lograrlo aspiran a obtener estudios de postgrado poder contar así con mayor remuneración, asumiendo riesgos personales y profesionales, tales como ejercer la enfermería en situación irregular o sin título o con título sin ser revalidado. En virtud de ser de habla hispana y de culturas similares, por existir déficit de enfermeras generales y de enfermeras especializadas, estos inmigrantes han podido ejercer en Venezuela de manera no regular. Esto les ha permitido desempeñarse en cargos administrativos o gerenciales, aunque en Venezuela, según la Ley de Ejercicio, solo debe ser ejecutado por enfermeras venezolanas o con título debidamente revalidado.

Solo se exige para trabajar, el título de licenciado en instrumentación quirúrgica, ya que no pueden ejercer como enfermeros en las unidades de hospitalización. Si lo hacen, deben haber cursado el programa de técnico superior en enfermería, situación que muchas no aceptan porque lo consideran pérdida de tiempo. En otras instituciones del sector privado del Municipio Maracaibo, se ubican en el área de pabellón como enfermeras instrumentistas.

En este sentido, en el sector el público, las enfermeras tienen que tener el título revalidado, inscrito en el registro principal del estado, en el Colegio de Profesionales de Enfermería y en el Ministerio de Salud y Asistencia Social, ahora Ministerio del Poder Popular para la Salud.

Las razones para emigrar de su país son condiciones laborales, personales, sociales, familiares y desarrollo profesional. Así mismo, la inserción profesional les proporciona satisfacción profesional al obtener más conocimientos sobre la tecnología y la farmacología que no son utilizadas en los países de origen. A su vez han logrado mejorar su situación económica, pero no han logrado cursar otros estudios, porque las limitan los aspectos legales de revalidación de título.

La migración ha traído como consecuencia más visible en este grupo de inmigrantes, el sentimiento de desarraigo del grupo familiar, lo que les afecta fuertemente al principio y continúa presente por la ruptura del grupo familiar y la fusión de hogares, aun en la etapa de consolidación. Este sentimiento interfiere en la armonía familiar y emocional de las migrantes, que se expresa en estrés y en una situación de duelo, tanto del profesional como de su familia, llegando incluso a causar estados depresivos; en el caso de familias con hijos menores impacta la relación madre-hijo, pudiendo llegar a rupturas familiares, el reclamo y el resentimiento, que se intensifica si no hay comunicación entre el emigrante y sus familiares.

El proceso de migración repercute sobre el desarrollo de los recursos profesionales, la fuga de profesionales y pérdida de la inversión en la formación de los recursos humanos.

En general las enfermeras incluidas en este estudio se muestran satisfechas con sus logros, tanto en lo profesional como en sus proyectos de vida, aun cuando aspiran a mejoras en sus ingresos. Expresan un nivel de conformidad con sus viviendas y acceso a financiamiento para el logro de sus metas; sin embargo, refieren dificultades para compatibilizar los diversos roles de madre-esposa-profesional y enfrentar sus sentimientos de desarraigo, con las demandas propias de los estilos de vida en el proceso de asentamiento en el país de destino.

Los diversos cambios las hacen vulnerables a los riesgos profesionales y a los de su salud.

## Conclusiones

El sistema de enfermería, por ser parte integrante del sistema social, también está reflejando la situación de migración global: tal es el caso observado en los últimos años con la migración de enfermeras zulianas a América del Norte. Es importante destacar que a raíz de la inclusión de Venezuela en este proyecto se

han identificando personas que ejercen la profesión de enfermería en el sector privado, con diferentes niveles de preparación y sin revalidar el título.

Se evidencia en la muestra recolectada, una cantidad importante (97%) sin reválida del título, y sin estar inscritos en el Colegio de Profesionales de Enfermería del Estado Zulia, entidad gremial que los agrupa.

En cuanto a las dificultades enfrentadas en el proyecto, fueron:

- Limitación en el acceso a registros públicos completos y actualizados.
- Limitación en el acceso a de registros públicos de enfermería.
- Algunos de los encuestados mostraron dudas para responder la encuesta
- La cultura de la comunicación electrónica aun está incipiente en el país y particularmente en enfermería, lo cual dificulta la rapidez de la obtención de datos.
- La incorporación de Venezuela al proyecto fue reciente, contando con poco tiempo para la recolección de la información.

Para cumplir con la metodología propuesta, la Escuela de Enfermería de la Universidad del Zulia sometió el proyecto a la consideración del Comité de Ética de esta Institución, quien emitió el aval solicitado.

El equipo de investigadores de Venezuela está comprometido con el desarrollo del proyecto y expresa su satisfacción por haber incorporado al país, al haber confiado a la Escuela de Enfermería de la Universidad del Zulia la realización este importante estudio para la enfermería de América Latina.

## Bibliografía

Anuario de Mortalidad (2004). Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Dirección de Epidemiología y Análisis Estratégico. Dirección de Información Social y Estadística.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (C.E.P.A.L) (2002) Migración Internacional Derechos Humanos y Desarrollo.

Instituto Nacional de Estadística (I.N.E) (2005) República Bolivariana de Venezuela en Cifra. Informe N° 2 [Documento en línea] Disponible: <http://www.ine.gob.ve>.

Reglamento de Revalida de Títulos y Equivalencia de estudios (Decreto 1292) (1969, enero 15) Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 28 826.

Ley del Ejercicio del Profesional de Enfermería (2005, Julio 26). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38 263 [Documento en línea]. Disponible: <http://www.asamblenacional.gov.ve>.





---

## LISTA DE PUBLICACIONES DE LA SERIE DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

### ÁREA DE SISTEMAS DE SALUD BASADOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

- 1 - **Relatoría de la Reunión sobre Formación y Utilización de Técnicos Medios de Salud en la Región de las Américas.** (Español)
- 2 - **Tesaurus sobre Recursos Humanos en Salud.** (Español)
- 3 - **Informe Taller Regional Intercambio de Experiencias en la Formación de Trabajadores de Atención Primaria en Salud.** (Español)
- 4 - **Study of International Health Activities at Schools of Nursing in the United States and some Schools in Latin America and the Caribbean.** (Inglés)
- 5 - **Proyecto Red de Formación de Técnicos en Salud RETS.** (Español)
- 6 - **Plan de Desarrollo de Enfermería para América Latina: Una Propuesta.** (Español)
- 7 - **Informe del Taller Regional sobre Gestión Descentralizadora de Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales en Salud (segunda versión).** (Español)
- 8 - **Recursos Humanos: Factor Crítico de la Reforma Sectorial en Salud Informe Reunión Regional.** (Español e inglés)
- 9 - **Relatoría Reunión de la Red de Técnicos de Salud RETS.** (Español)
- 10 - **Productividade e Desempenho dos Recursos Humanos nos Serviços de Saúde.** (Portugués)
- 11 - **El Desafío Educativo de las Reformas Sectoriales: Cambios en la Capacitación y la Evaluación para el Trabajo en Salud.** (Español)
- 12 - **Relatoría del Taller Centroamericano sobre Técnicos en Salud.** (Español)
- 13 - **Estudio de Actividades en Salud Internacional de Escuelas de Enfermería y Medicina en Canadá.** (Español, inglés y francés)
- 14 - **Hacia un Nuevo Abordaje en Administración del Personal de Salud.** (Español)
- 15 - **II Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública - Reforma Sectorial y Funciones Esenciales de Salud Pública: Desafíos para el Desarrollo de Recursos Humanos. Informe - México, D.F., México, 11-13 de Noviembre de 1998.** (Español e inglés)
- 16 - **Factores Restrictivos para la Descentralización en Recursos Humanos.** (Español)
- 17 - **Hacia el Logro de Equidad y Calidad de la Respuesta Social en Salud: Intervenciones en la Interfase de la Práctica y la Educación Médicas. Propuesta de Cooperación entre Países.** (Español e inglés)
- 18 - **El Servicio Social de Medicina en América Latina. Situación Actual y Perspectivas. (Informe de un Taller Regional, Washington, D.C., 9-11 de Abril de 1997).** (Español)
- 19 - **Formación de Postgrado en Salud Pública Centrada en el Ejercicio Profesional: Elementos Esenciales. (Informe de un Taller Regional, Ciudad de Guatemala, Guatemala, 11-14 de Agosto de 1997).** (Español)
- 20 - **Salud y Turismo en la Educación e Investigación en Salud Pública. Principales Implicaciones.** (Español solamente)
- 21 - **Calidad y Regulación de la Educación y del Ejercicio Profesional en Medicina. Revisión del Tema y Análisis de Situación en Seis Países de América Latina.** (Español)
- 22 - **Especialidades Médicas en América Latina: Análisis de su Disponibilidad e Institucionalidad en Ocho Países Seleccionados.** (Español)
- 23 - **Informe Reunión Evaluación de la Red de Técnicos en Salud (RETS).** (Español)
- 24 - **Informe del Taller sobre Procesos de Aprobación y Acreditación para la Educación de Enfermería (Ottawa, Canadá, del 28 al 30 de Mayo de 1999).** (Español)
- 25 - **Competencia como Principio para Preparación de Personal de Salud. Bibliografía Anotada.** (Español)
- 26 - **Calidad Educativa en la Acreditación de Programas de Formación de Especialistas y en la Certificación Profesional.** (Español)
- 27 - **La Reforma del Sector Salud y sus Implicaciones para la Práctica, la Regulación y la Educación de Enfermería: Un Estudio de Cinco Países.** (Español)
- 28 - **Propuesta para el Desarrollo y el Fortalecimiento de la Enfermería en América Latina y el Caribe.** (Español e inglés)

- 
- 29 - **La Contribución del Médico de Familia al Desempeño de los Sistemas y Servicios de Salud en la Región de las Américas.** (Español e inglés)
  - 30 - **Informe de la Conferencia Interamericana de Educación a Distancia del Personal de Salud: Balance y Futuro.** Ciudad de México, México, del 25 al 27 de abril de 2000. (Español)
  - 31 - **El Proyecto de Técnicos en Salud: Una Perspectiva Futura. Documento de Trabajo.** Puerto Rico, 26 y 27 de marzo de 2001. (Español)
  - 32 - **La Calidad de la Educación en Salud Pública: Un Desafío Impostergable. Relato de una Reunión de Consulta.** Santiago de Chile, Chile, Noviembre de 2001. (Español e inglés)
  - 33 - **Oficina de Trabajo: Evaluación de Procesos y Proyectos de Capacitación en Servicios de Salud.** Salvador, Bahía, Brazil, del 3 al 7 de Junio de 2002. (Español y portugués)
  - 34 - **Guía de Organizaciones de Profesionales y Trabajadores de la Salud en las Américas. Panorama Sindical en Salud de la Región de las Américas.** (Español)
  - 35 - **Panorama de Organizaciones de Profesionales y Trabajadores de la Salud en las Américas. Documento Técnico de Diagnóstico y Análisis del Panorama de las Organizaciones Profesionales y Sindicales en la Región de las Américas.** (Español)
  - 36 - **La Gestión del Trabajo en América Latina y el Caribe: Tensiones y Conciliación entre "la Vieja y la Nueva Agenda".** (Español y portugués)
  - 37 - **Mejorando la Calidad Profesional de los Médicos de Familia en Iberoamérica. Primera Reunión de Expertos en Certificación Profesional y Acreditación de Programas en Medicina Familiar.** Isla Margarita, Venezuela, Noviembre de 2003. (Español)
  - 38 - **De Persona a Persona. Atendiendo a las Comunidades donde vivimos: Modelos Seleccionados de Centros Comunitarios de Prestación de ARV. Un Resumen de Lecciones Aprendidas y Experiencias Exitosas.** (Español e inglés)
  - 39 - **Panorama de la Fuerza de Trabajo en Enfermería en América Latina.** (Español e inglés)
  - 40 - **Integration of Public Health in Undergraduate Training in Health Sciences: A Review. A Review of Lessons Learned and Experiences in Success.** (Inglés).
  - 41 - **Pensando la Construcción Curricular de las Residencias Médicas.** (Español)
  - 42 - **Revistas de Enfermería de América Latina. Directorio Libre.** (Español)
  - 43 - **Shaping Future Doctors: Identifying Trends And Needs In Educational Materials And Tools For Professional Training And Development In Medicine.** (Inglés).
  - 44 - **Serving The Underserved: Creating Partnerships In Medical Education Development.** (Inglés).
  - 45 - **Fortalecimiento de la Capacidad de la Fuerza de Trabajo en Salud Pública en Apoyo a las Funciones Esenciales de Salud Pública y a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Consulta a Expertos.** San José, Costa Rica, 16 al 18 de Agosto de 2005. (Español e inglés)
  - 46 - **Public Health Workforce. Selected Literature Review.** (Inglés)
  - 47 - **Fuerza de Trabajo en Salud Pública. Su Caracterización y Desarrollo desde una Perspectiva de Género. Grupo de Consulta.** San José, Costa Rica, 11 al 13 de Octubre de 2005. (Español e inglés)
  - 48 - **Fuerza de Trabajo en Salud Pública. Su Caracterización y Desarrollo desde una Perspectiva Étnica. Grupo de Consulta.** Lima, Perú, 30 de Mayo al 1 de Junio de 2006. (Español e inglés)
  - 49 - **Enseñanza de la APS en las Escuelas de Enfermería del Cono Sur.** (Español)
  - 50 - **Recursos Humanos en Salud en las Américas: Tendencias y Datos para la Acción.** (Español e inglés)
  - 51 - **Estrategias para Desarrollar las Competencias para la Salud Pública en la Fuerza de Trabajo: Basadas en Políticas Actuales y en Evidencias.** (Español e inglés)
  - 52 - **Estrategias para Superar la Escasez de Recursos Humanos en Salud en las Américas: Una Década de Recursos Humanos en Salud.** (Español e inglés)
  - 53 - **Recursos Humanos en Salud en la Organización Panamericana de la Salud: Orígenes y Evolución.** (Español solamente)
  - 54 - **Formación de Posgrado en Salud Pública y Funciones Esenciales de Salud Pública en Centroamérica y el Caribe.** (Español)
  - 55 - **Notas Preliminares sobre Migración y Escasez de Enfermeras en América Latina.** (Español)
  - 56 - **Regulación de la Enfermería en América Latina.** (Español)

- 
- 57 - **Atención de Enfermería a los Adultos Mayores.** (Español) (*En proceso*)
  - 58 - **Revistas de Enfermería de América Latina. Directorio Libre. Segunda Edición.** (Español)
  - 59 - **Enseñanza de la Enfermería en Salud del Adulto Mayor.** (Español) (*En proceso*)
  - 60 - **Migración de Enfermeras en América Latina: Área de América del Sur.** (Español)



ISBN: 978-92-75-33240-5



9 789275 332405