

MIGRACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD

Dr. Enrique Soto*
Dr. Alarico Rodríguez**
Dr. Ricardo Acuña***

“Carecer de una política de migración del personal de salud es tener una política de emigración”

Daniel Purcallas

“...lo doloroso no es la emigración en sí, sino que se nos van los que la podrían remar por todos nosotros”

Darwin Desbocatti

En los Informes sobre Desarrollo Humano de la PNUD, los registros demográficos de Uruguay muestran una baja tasa de crecimiento poblacional, con una alta concentración en áreas urbanas, situación que lo diferencia con la mayoría de los países de la región.

A partir de 1960 se registran en el país saldos negativos en relación con las corrientes migratorias. Los

períodos de crisis, social, política y económica, acentuaron los flujos de emigración, superando en algunos períodos el crecimiento vegetativo del país⁽¹⁾. La tasa de fecundidad en el 2004 se ubica por debajo de los ni-

(1) Cabella, Wanda; Pellegrino, Adela. Emigración: Diagnóstico y aportes para discutir políticas. In: Juan José Calvo y Pablo Mieres (eds): Importante pero Urgente. Políticas de población en Uruguay. Montevideo. Rumbos-UNFPA, 2007.

veles de reemplazo de la población⁽²⁾. La demografía uruguaya es similar a la de los países desarrollados en lo referente a la mortalidad y fecundidad pero diferente en la tendencia migratoria⁽³⁾.

En la perspectiva de una acentuación de la situación actual (emigración, envejecimiento, descenso de los índices de fecundidad y natalidad, incremento del crecimiento relativo en sectores de la sociedad y concentración urbanística sobre la costa) es esperable que se produzcan por lo menos dos efectos en lo relativo al sector salud: a) un perfil epidemiológico particular, lo cual debería reorientar las políticas de salud y la formación de recursos humanos en la dirección de las necesidades demográficas, y b) una pérdida de recursos humanos en el área de la salud, que integran las corrientes emigratorias, con particular seducción por los niveles salariales y posibilidades de desarrollo profesional en otros países.

En la proyección que realiza el Instituto Nacional de Estadística (INE) hacia el año 2025, la población se incrementará en 6%, la edad mediana pasará de 32 años a 36,5, la población menor de 15 años descenderá en 4% y la población por encima

de los 65 años pasará de 13,2% en la actualidad a 15,7%.

Una encuesta realizada por Equipos Mori en el año 2000, concluía que Uruguay posee una emigración entre los años 1993 y 2000 próxima al 10% de personas mayores de 17 años. Tiende a diagnosticarse esta situación como "estructural" (instalada a partir de 1960), la cual puede descender o incrementarse de acuerdo a las coyunturas. Las encuestas realizadas coinciden en que el perfil del emigrante responde a un patrón sociodemográfico caracterizado por la edad, donde el 60% es menor de 40 años (un tercio de los cuales no alcanza los 30 años), cuatro de cada diez han llegado al nivel educativo terciario, 14% son profesionales u ocupan cargos gerenciales, predominan los hombres (1,5 a 1) y la mitad reside en la capital.

Las corrientes migratorias se pueden generar dentro del territorio, pero fundamentalmente son preocupantes las orientadas hacia los países de la región o hacia otros destinos en donde atractivos tales como la estabilidad laboral y económica, parecen ser los argumentos más importantes.

Es posible que en el destino final incidan otros factores como el lenguaje, el origen de los antepasados y un mercado de trabajo con estímulos hacia determinado desarrollo laboral y profesional.

(2) Agenda Uruguay 2020. Coordinadores: Rodrigo Arocena, Gerardo Caetano. 2007. Ediciones Santillana.

(3) Disertación de la Soc. Adela Pellegrino, 7 de junio 2007.

Fuera de los períodos catalogados de crisis social, política y económica, en donde estaría de cierta forma justificado un incremento de las corrientes migratorias, también observamos que el fenómeno se mantiene –aunque de menor intensidad– en los momentos de estabilidad y con índices económicos y sociales favorables, lo cual constituye un fenómeno sociológico multicausal insoslayable a la hora de analizar las migraciones en Uruguay.

Existe una marcada tendencia en los países con mayor desarrollo económico (especialmente en Europa y EEUU) a realizar restricciones selectivas, incrementar la regulación y filtrar los perfiles del inmigrante. La mayoría de estos países se encuentran en una zona de escaso crecimiento vegetativo, que incluso llega a ser negativo con las lógicas repercusiones que ello conlleva en la seguridad social, particularmente en los países europeos.

En los diversos mercados de trabajo se suelen generar demandas y necesidades en los dos extremos: áreas muy especializadas y otras vinculadas a servicios o actividades poco específicas.

Dentro de las actividades especializadas, ocupan el primer lugar quienes se dedican al rubro “salud”, seguido por información y comunicaciones.

Existe consenso en relación a que la migración de profesionales de la

salud está relacionada con las carencias de los mercados laborales en los países expulsores y tiende a extraer de estos los cuadros más jóvenes y calificados, que son los que más fácilmente se insertan en el mercado laboral receptor. Los médicos emigrantes tienen los rangos de edad de mayor productividad para los profesionales, en los que el país acaba de invertir y aún no ha recibido el retorno esperado de dicha inversión, mediante la esperada prestación de servicios a la población⁽⁴⁾.

En los países desarrollados se da la confluencia de varios factores que favorecen la generación de condiciones que tienen a seducir a quienes se desempeñan en el sector salud de los países emergentes. Los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) cuentan con una población envejecida portadora, en general, de enfermedades crónicas y una pluripatología que requiere de mayor demanda de servicios asistenciales. A su vez, no han generado recursos humanos acordes a las demandas (en EEUU se forma un 30% de los médicos necesarios). Proyecciones realizadas en España concluyen que a la escasez actual de profesionales de la salud, se sumará un mayor déficit en los próximos años llevando la situación

(4) Migration de professionnels de la santé dans six pays. M. Awases, A. Gbary, J. Nyoni, R. Chatora. WHO Brazzaville, 2004.

a un estado crítico en casi todas las especialidades. Este panorama está acentuado por las corrientes migratorias regionales europeas, generado por desigualdad en las remuneraciones y oportunidades de desarrollo profesional.

Se estima que el 10,5% de los médicos activos en EEUU (cerca de 900.000) son inmigrantes. Países como Canadá, Australia, Bélgica, Suecia, Nueva Zelandia y Noruega, superan el 25% en tales condiciones. La demanda anual de residentes de especialidades médicas en EEUU supera en unos 6.000 a los médicos que egresan de las escuelas de medicina de ese país, por lo que estas plazas son cubiertas con médicos provenientes del exterior, de los que muchos terminan adquiriendo residencia permanente en aquel país⁽⁵⁾.

Una investigación publicada en *New England Journal of Medicine*⁽⁶⁾, realizado en The George Washington University, establece que la cuarta parte de los médicos que ejercen en Estados Unidos, Australia, Canadá y el Reino Unido son inmigrantes, de los cuales entre 40% y 75% provienen de países emergentes.

(5) Lincoln C. Chen, M.D., and Jo Ivey Boufford, M.D., Fatal Flows-Doctors on the Move. *New England Journal of Medicine*, vol. 353-1850-1852, oct. 2005, number 17.

(6) Fiftzhugh Mullan. Universidad de George Washington. *NEJM* 2005.

Esta situación no solo afecta el componente demográfico y social de los países en vías de desarrollo, sino que gran parte de los recursos invertidos con esfuerzo por la sociedad en la formación de recursos humanos terminan beneficiando a los países ricos. En dicho estudio se menciona a la India (60.000), Filipinas (18.000) y Pakistán (11.000), como los países con el mayor número de médicos emigrantes, a los que se suma África subsahariana en los últimos años.

Mientras otra investigación establece que el peso de los profesionales de salud extranjeros en los países de la OCDE llega al 30% de su fuerza de trabajo y hay evidencia de la tendencia a la aceleración de este fenómeno durante la última década⁽⁷⁾.

Al mismo tiempo se generan intensos fenómenos migratorios regionales de los países con elevados niveles de desarrollo. A título de ejemplo, la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos de España ha expresado su preocupación ante la emigración de médicos españoles hacia Portugal, Francia y el Reino Unido, en donde se estima que trabajan unos 5.000 profesionales españoles.

Es así que se genera una corriente migratoria en donde España capta profesionales provenientes especialmente de Europa del Este y Amé-

(7) Human Resources for health, Overcoming the crisis. *Joint Learning Initiative*. Harvard University Press, 2004.

rica Latina, entre otras razones para cubrir los puestos laborales que van dejando los médicos españoles que a su vez emigran hacia otros países del continente europeo.

Diversos factores sociosanitarios, como el envejecimiento de la población o la llegada de corrientes inmigratorias masivas a territorio español, han modificado el perfil de la demanda de profesionales hacia determinadas especialidades. Esta realidad está relacionada con las regiones españolas en donde se registra mayor impacto migratorio. La comunidad autónoma de Cataluña da prioridad a los especializados en: anestesiología, pediatría, gineconología y radiodiagnóstico; en Extremadura: anestesiología, gineconología, oftalmología y medicina interna; y en Castilla La Mancha: anestesiología, traumatología, cirugía y radiología.

Tomando como ejemplo de nuestra región a Chile, podemos observar que aproximadamente el 10% de los médicos son inmigrantes, la gran mayoría proveniente de países latinoamericanos, en especial de Ecuador y Colombia. Uruguay ocupa el quinto lugar entre los médicos inmigrantes en Chile con el 0,87% del total, según un trabajo publicado en el año 2004 en la Revista Médica de Chile⁽⁸⁾.

(8) Oscar Román, Miguel Acuña, Miriam Señoret. Disponibilidad de médicos en Chile al año 2004. Rev Med de Chile. 2006; Vol. 134; N° 8: 1057-64.

La emigración de médicos uruguayos muestra un flujo ascendente hacia países de la OCDE, aunque existe también una corriente regional hacia países en donde se perciben mejores remuneraciones y posibilidades de alcanzar un desarrollo profesional diferente, como el caso de Argentina, Chile y Brasil.

Si bien, no contamos con datos suficientes que permitan tener un panorama aproximado a la situación de los profesionales que han emigrado, se están implementando mecanismos de información a los efectos de poder realizar estudios más precisos.

El Uruguay forma todos los integrantes del equipo de salud con excelentes condiciones técnicas y humanas. En la página web del SMU se informa que existen aproximadamente 13.300 médicos (uno cada 250 habitantes). En el exterior se encuentran unos 1.130 médicos, aunque se presume que esta cifra puede ser superior.

En 1974, la proporción de médicos formados en Uruguay residentes en el exterior superaba apenas el 3%, a partir de 1987 se produce un notorio incremento superando el 9%, para mantenerse en cifras estables durante la última década hasta nuestros días, en el entorno de 8% a 9%.

En el informe publicado por la Facultad de Medicina en junio del año 2007, denominado Migraciones Internacionales del Personal Sanita-

rio⁽⁹⁾, se analiza el perfil de los médicos que han emigrado. Algo más de la mitad (53,5%) tienen menos de siete años de recibido. Este número resulta relevante dado que un número muy significativo (46,5%) son profesionales con más de siete años de recibidos, y, por lo tanto, poseen edades en el entorno de los 40 años. El estudio de referencia fue realizado tomando como fuente de información la solicitud de los certificados de reválidas del título de médico, entre noviembre del año 2005 y diciembre del 2006, totalizando 197 pedidos en dicho lapso. Los destinos predominantes fueron España y Chile. En el desglose por especialidad, aparecen la anestesiología, ginecología, pediatría, medicina intensiva y cardiología con la mayor tendencia emigratoria.

La emigración genera impactos sobre la sociedad desde varios puntos de vista: sociológicos, económicos, sanitarios y de seguridad social. Pero también motiva una fuerte repercusión sobre quienes emigran y sus familias. Las expectativas e incertidumbres generadas por la inserción en una nueva sociedad, con nuevos códigos, a veces hasta con idioma diferente, costumbres y hábitos propios, constituyen una situación de estrés que el emigrante debe sobrellevar. Desde el punto de vista psico-

lógico la emigración constituye una pérdida. Quien emigra se desvincula de su entorno, sus rutinas y seguridades.

Una publicación realizada por el Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas⁽¹⁰⁾ expresa –sobre el trabajo realizado por Karen Aroian acerca de los inmigrantes en EEUU– que existen cinco categorías para asumir las demandas que el proceso de migración o reasentamiento comporta en los inmigrantes:

Novedad. La capacidad de adaptación a nuevas costumbres, hábitos y códigos sociales de la comunidad receptora, requiere de un proceso de aprendizaje que no siempre es fácil de sortear. Este factor, sumado a la falta de información sobre los aspectos sustanciales de la convivencia, requiere del inmigrante un esfuerzo de adaptabilidad como una de las primeras barreras a superar.

Ocupación. Es uno de los elementos centrales en el inmigrante, otorga la posibilidad de inclusión en la sociedad, subsistencia y desarrollo profesional. De las características de la ocupación se verán colmadas las expectativas o caerá en una nueva frustración con sus consecuencias.

(9) Migraciones Internacionales del Personal Sanitario. Informe de la Facultad de Medicina. Junio, 2007.

(10) Diana C. Sardiña García. La evaluación de la readaptación psicológica a la inmigración y el reasentamiento. Hojas Informativas de los Psicólogos de Las Palmas. N° 52. Época 2. Enero 2003. Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas.

Pérdidas. El conjunto de factores afectivos, materiales y sociales no son fáciles de procesar en corto tiempo. El manejo de la situación de “duelo” permite confrontar lo que se ha perdido y abandonar apegos idealizados en demasía para reinvertir energía emocional en nuevas relaciones.

Idioma. La facilidad de comunicación favorece la inserción y evita situaciones de estrés sobregregadas a su situación.

Discriminación. La sociedad receptora no siempre cuenta con los valores humanitarios y solidarios para aceptar al inmigrante. Existen una variedad significativa de situaciones en las cuales de diferente forma se puede manifestar la discriminación. A su vez, en las sociedades con alto número de inmigrantes suele darse entre éstos una fuerte competitividad.

La emigración es una realidad que debemos aceptar por diferentes razones. Convivimos con los factores que la generan. Como fenómeno sociológico y estructural deseamos encontrar los mecanismos para desestimularla y en lo posible revertirla.

Como sostiene Daniel Purcallas, la migración es parte del derecho humano del uso del conocimiento y habilidades individuales en la búsqueda de una vida mejor, pero los efectos negativos que la contratación internacional de personal de salud ocasiona a los sistemas sanitarios de los

países pobres plantea un problema moral.

En el mercado de trabajo globalizado los flujos de migración desde los países pobres hacia países con economías más fuertes aumentan las desigualdades en la salud al disminuir las capacidades de sistemas sanitarios débiles, e impacta negativamente en la salud de las poblaciones, en momentos donde más se requiere su fortalecimiento. Si bien se debe tener en cuenta que el aporte que las remesas de los emigrantes en general, y los de la salud en particular, envían a sus países de origen resultan de importancia para las economías de los países de menores ingresos, estas remesas no compensan la inversión de los gobiernos en formación de médicos y los servicios que ellos habrían de desarrollar de permanecer en sus propios países⁽¹¹⁾.

En el caso de la profesión médica, las condiciones laborales y salariales contribuyen a encontrar pocas oportunidades de desarrollo profesional, siendo absorbidos por una fuerte dependencia laboral (muchas veces ligados a contratos laborales desventajosos) como mecanismo para subsistir.

En el otro extremo, las generaciones más jóvenes ven retardada la oportunidad –si es que la encuen-

(11) Migration and Health Workers Special Theme. Bulletin of the WHO Vol. 82, number 8 august 2004 (559-636).

tran– para alcanzar una satisfacción laboral estable. En dicho período de incertidumbre y falta de perspectivas es posible que se generen las mayores decisiones de emigración.

Los aspectos vinculados al trabajo y la profesión médica parecen ser los determinantes del mayor número de los médicos que emigran.

Una planificación sanitaria adecuada con el objetivo de alcanzar los mejores índices posibles para la población, requiere de políticas que prioricen los recursos humanos en todos los aspectos.

En este sentido, desde principio del siglo XXI asistimos a la re-emergencia del tema de los RHS en la agenda política. Es así que desde diversos organismos surgieron iniciativas: Fundación Rockefeller, Joint Learning Initiative, “Human Resources for Health, Overcoming the Crisis” (2004) y “Action Learning Network” (2005); World Health Forum (BM y OMS): ODM y Recursos Humanos (África); Banco de Desarrollo: Invertir en Recursos Humanos; OMS: IMS y Día Mundial de la Salud 2006; OPS: resoluciones sobre gestión de recursos humanos (2001), y la Iniciativa de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud (2004); “Llamado a la Acción de Toronto”(2005) para una década de Recursos Humanos en Salud (2006-2015); OIM, “Asociaciones en el ámbito de la migración: Alen-

tando la participación empresarial y de la sociedad civil” (2006); OMS, 59^a Asamblea Mundial de la Salud; “Declaración Ministerial de Oslo” (2006); VIII Conferencia de Ministros de Salud de Iberoamérica (2006).

En la VIII Conferencia Iberoamericana de Ministros de Salud, los asistentes reconocieron algunos de los problemas y las consecuencias para los sistemas de salud de las migraciones de los RHS. Es así que se declara que en los últimos años la emigración ha creado problemas para el funcionamiento de los sistemas de salud en algunos países y se ha convertido en tema de discusión en los foros internacionales, buscando modos efectivos y accesibles para enfrentar esta situación.

Se reconoce en la declaración que la migración permanente del personal de salud genera efectos adversos sobre la calidad de los servicios de salud en los países de origen y puede generar problemas a la calidad de los servicios en los países receptores, en virtud de las diferencias lingüísticas, culturales y de los requisitos y condiciones laborales.

Se agrega que si bien la información sistemática sobre migración de personal de salud en Iberoamérica debe ser mejorada para permitir un análisis en profundidad y la definición de propuestas e intervenciones, los datos existentes indican que

las migraciones pueden relacionarse con las carencias de oportunidades y tienden a concentrarse en los profesionales más jóvenes y cualificados. El impacto de la emigración del personal de salud es mayor en los países donde la inversión en el sistema educativo es limitada y en los que la rápida salida del personal impide reponerlo en una forma apropiada.

Se reconoce que la migración es parte del derecho al libre movimiento de las personas y al uso del conocimiento y habilidades individuales en la búsqueda de mejores oportunidades; pero los efectos negativos que la contratación internacional de profesionales de la salud ocasiona a los sistemas sanitarios de muchos de nuestros países son reales y plantean un serio problema ético.

De la conferencia surgió el firme propósito de abordar el tema migraciones en salud desde un enfoque iberoamericano que tenga en cuenta sus peculiaridades, complejidades y dificultades tanto para el diagnóstico del fenómeno como para elaborar alternativas que atenúen los problemas que puedan generarse en el corto, medio y largo plazo, y un grupo de trabajo para analizar el fenómeno migratorio interactuando con los agentes involucrados (gobiernos, escuelas de formación, empleadores públicos y privados y asociaciones de profesionales de la salud) y considerando los aportes de la Organi-

zación Internacional de Migración (OIM), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y con el respaldo de la Secretaría General Iberoamericana y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a través de la Red Regional de Observatorios de Recursos Humanos para la Salud. La voluntad de promover acuerdos y negociaciones para abordar el fenómeno de la migración de recursos humanos en salud que permitan mantener un equilibrio razonable de dicho fenómeno. Asimismo, el compromiso de mejorar las oportunidades de contratación, de desarrollo profesional y de educación médica permanente en los países y servicios de origen. También la voluntad de promover programas que faciliten el retorno del personal de salud mediante políticas de oferta de empleo, reconocimiento de créditos académicos y otras medidas de estímulo.

Si bien en la conferencia se reconocieron las carencias de información, se debe destacar que la mayoría de los países disponen de datos limitados sobre los recursos humanos de salud y, en consecuencia, de las necesidades anuales de nuevos recursos, de los retiros que ocurren año a año y de la emigración de su personal de salud. Si bien la migración del personal es reconocida por muchos países como un problema importante,

son pocos los esfuerzos dirigidos a contar con mejor información al respecto. En una encuesta realizada en el 2005 en 28 países de la región, sólo tres consideraron que tienen conocimiento de las tendencias de migración interna y externa de las principales profesiones de la salud⁽¹²⁾.

Será necesario contar con un banco de datos actualizado sobre el destino de los emigrantes y su situación a los efectos de mantener los lazos sociales y profesionales indispensables que contribuyan a transitar una situación particularmente difícil en la mayoría de los casos. Esta base de datos, y toda política de migración médica, deben ser construidas en conjunto entre los ministerios de Salud, Trabajo, el SMU, unidades de planificación de la fuerza de trabajo en salud, y la Facultad de Medicina para lograr acuerdos nacionales que puedan ayudar a reducir las razones de la migración y a limitar sus impactos. Los sindicatos y las asociaciones profesionales tienen un papel importante en la discusión y regulación de las migraciones del personal de salud

y en la prevención de la explotación de los trabajadores migrantes, al difundir información y prestar apoyo a las eventuales víctimas de abusos.

Para finalizar, la emigración, como epifenómeno de una situación originada en una desvaloración de la profesión médica, es sintomática de la necesidad de discutir su rol en nuestra sociedad. A los aportes sobre profesionalismo médico deben introducirse los elementos particulares de nuestra realidad. Será necesario, a partir de esta síntesis, elaborar una concepción de la profesión médica acorde a los requerimientos de nuestra sociedad y a las expectativas de nuestra vocación en el plano humano, científico y social.

*** Médico, vicepresidente del CASMU, miembro del CES y de la Comisión de Asuntos Internacionales del SMU.**

**** Médico, representante de América Latina en el Consejo de la AMM. MR Comisión de Asuntos Internacionales del SMU.**

***** Médico, director de la CJPPU. Miembro del Grupo de Trabajo Migraciones de RHS.**

(12) Consulta Regional: Recursos Humanos en Salud, Desafíos Críticos <http://www.observatorio.org/esp/consultas.html> y http://www.scieio.br/pdf/rlae/v14n1/en_v14n1a02