

Serie

RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

61

MIGRACIÓN
DE ENFERMERAS
DE AMÉRICA LATINA
*Área de América Central,
México y el Caribe Latino*



**Organización
Panamericana
de la Salud**



*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*

61

MIGRACIÓN
DE ENFERMERAS
DE AMÉRICA LATINA
*Área de América Central,
México y el Caribe Latino*

Washington, D.C.
Octubre de 2011



Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud – Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud
“Migración de Enfermeras de América Latina: Área de América Central, México y el Caribe Latino”
Washington, D.C.: © 2011
Serie Recursos Humanos para la Salud N° 61.

ISBN: 978-92-75-33260-3

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. MÉXICO
7. AMÉRICA CENTRAL
8. REGIÓN DEL CARIBE

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

PRESENTACIÓN	VII
AGRADECIMIENTOS	IX
PRIMERA PARTE: LA MIGRACIÓN DE ENFERMERAS DE AMÉRICA CENTRAL, MÉXICO Y EL CARIBE LATINO.....	1
1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. MATERIAL Y MÉTODO	5
3. RESULTADOS	7
4. DISCUSIÓN	19
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	21
6. REFERENCIAS	23
ANEXO: PERSONAL DE ENFERMERÍA Y DE PARTERÍA SEGÚN ESTADÍSTICAS SANITARIAS MUNDIALES DE LA OMS (2009)	25
SEGUNDA PARTE: INFORMES ANALÍTICOS DE LOS PAÍSES	27
1. BELICE.....	29
<i>Análisis situacional</i>	<i>29</i>
<i>Reseña</i>	<i>29</i>
<i>Tendencias generales de las migraciones.....</i>	<i>31</i>
<i>Población activa de enfermeras</i>	<i>32</i>
<i>Educación de enfermeras.....</i>	<i>33</i>
<i>Tendencias en la migración de enfermeras.....</i>	<i>35</i>
<i>Razones de la migración de enfermeras.....</i>	<i>36</i>
<i>Pautas y normativas de la migración.....</i>	<i>38</i>
<i>Impacto económico de las migraciones de enfermeras</i>	<i>40</i>
<i>Resultados de las migraciones en los servicios de salud.....</i>	<i>42</i>
<i>Discusión</i>	<i>44</i>
<i>Expectativas futuras</i>	<i>44</i>
<i>Otras recomendaciones.....</i>	<i>45</i>
<i>Referencias.....</i>	<i>47</i>
<i>Anexo 1.A: Lista de entrevistados</i>	<i>48</i>
2. COSTA RICA.....	49
<i>Introducción</i>	<i>49</i>
<i>Material y método</i>	<i>49</i>
<i>Contexto</i>	<i>50</i>
<i>Consideraciones finales.....</i>	<i>57</i>
<i>Recomendaciones</i>	<i>58</i>
<i>Referencias.....</i>	<i>59</i>
<i>Bibliografía.....</i>	<i>60</i>
3. EL SALVADOR.....	61
<i>Introducción</i>	<i>61</i>
<i>Material y método</i>	<i>62</i>

Resultados.....	63
Discusión	69
Conclusiones.....	70
Recomendaciones.....	70
Referencias.....	71
Bibliografía.....	71
4. GUATEMALA.....	73
Introducción.....	73
Material y método.....	74
Resultados.....	75
Regulación.....	78
Razones y fines de la migración de enfermeras.....	80
Magnitud	80
Economía de las migraciones.....	82
Consecuencias de las migraciones.....	83
Discusión	84
Conclusiones y recomendaciones.....	85
Entrevistas.....	86
Referencias.....	87
Bibliografía.....	89
5. HONDURAS.....	91
Introducción.....	91
Material y método.....	91
Contexto.....	92
Magnitud de las migraciones.....	93
Razones y fines de la migración.....	95
Regulación y políticas.....	97
Economía de las migraciones.....	97
Consecuencias en los servicios de salud y el mercado de trabajo de enfermería.....	98
Discusión	98
Conclusiones y recomendaciones.....	99
6. MÉXICO.....	101
Introducción.....	101
Material y método.....	101
Resultados.....	102
Regulación y políticas de migración.....	110
Economía de las migraciones.....	112
Consecuencias de las migraciones en los servicios de salud y en el mercado de trabajo.....	112
Discusión	114
Conclusiones y recomendaciones.....	114
Referencias.....	116
Anexo 6.A: Programas académicos acreditados por el COPAES al 31 de diciembre del 2007.....	118
Anexo 6.B: Informantes claves.....	121
7. NICARAGUA.....	123
Introducción.....	123
Material y método.....	123
Resultados.....	124
Discusión	130
Conclusiones.....	130
Recomendaciones.....	131
Referencias y bibliografía.....	132
8. REPÚBLICA DOMINICANA.....	133
Introducción.....	133
Material y método.....	134
Contexto.....	135
Sistema nacional de salud en República Dominicana.....	139

<i>Características de la educación en enfermería en República Dominicana</i>	141
<i>Resultados</i>	141
<i>Regulación de las migraciones</i>	143
<i>Discusión</i>	146
<i>Conclusiones</i>	146
<i>Recomendaciones</i>	147
<i>Referencias</i>	148
<i>Anexo 8.A: Formulario encuesta sobre migración de enfermeras en República Dominicana</i>	150

Presentación

La migración de personal de salud constituye un problema en aumento en la Región de las Américas, de importante impacto en el Caribe del Este y algunos países de Centroamérica y de amenazantes consecuencias en América del Sur. En los últimos años la emigración ha creado problemas para el funcionamiento de los sistemas de salud siendo tema de discusión en los foros internacionales que buscan modos efectivos para enfrentar la situación. Un factor principal de emigración está constituido por el reclutamiento internacional activo de países industrializados.

Así, la migración de recursos humanos del sector de la salud ha ido creciendo conforme se incrementa la contratación internacional del personal de salud dentro del ámbito nacional y entre países. Se ha determinado que entre el 25% y el 28% de los médicos que ejercen en los Estados Unidos de América, el Reino Unido, Canadá y Australia se han graduado fuera de esos países, y entre el 40% y el 75% de esos médicos provienen de países de bajos ingresos. Por su parte, estudios sobre la migración de enfermeras del Caribe del Este han mostrado que algunos países adolecen de alto porcentaje de vacantes de enfermería debido a la emigración de enfermeras.

El tema fue priorizado por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en la Resolución sobre las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud y fue objeto central de la Conferencia Iberoamericana de Ministros y Ministras de Salud (Montevideo, 2006) que discutió el tema de la migración de personal de salud y de consecuentes reuniones similares en los últimos años, encontrándose incluido en recientes resoluciones de la OMS. La OMS ha aprobado el Código de Prácticas para el Reclutamiento Internacional de Personal de Salud que obtuvo el consenso global y que se encuentra en proceso de implementación en los países.

El logro de las metas de los principales acuerdos internacionales, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y la renovación de la Atención Primaria de Salud (APS), así como las iniciativas globales y los objetivos y políticas nacionales de salud que procuran el acceso universal a servicios de salud de calidad, exige que la cuestión de los recursos humanos para la salud sea abordada por los gobiernos de la Región, y que se establezcan políticas nacionales eficaces para la gestión responsable de las migraciones, siendo imperativo el fortalecimiento de los intercambios entre los Estados Miembros en los asuntos de interés común.

En este contexto, la OPS viene desarrollando una iniciativa de análisis, debate y cooperación técnica en materia de migración de personal de salud, una de cuyas estrategias es el estudio de migración de enfermeras de los países de América Latina y el Caribe.

El presente informe constituye parte del estudio regional sobre Migración de Enfermeras de América Latina que se inició en 2006 a partir de una reunión regional sobre el tema, realizada a fines de 2004 en Lima y que ya cuenta con dos publicaciones. El estudio cuyos resultados incluimos aquí se refiere a la migración de enfermeras de América Central y el Caribe de habla hispana. Se trata de un estudio multicéntrico en el que participaron referentes nacionales de todos los países de América Latina y que fue 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 OPS/OMS, con la central contribución de la Facultad de Enfermería de la Universidad Andrés Bello, de Chile.

Silvina Malvárez
Asesora Regional de Enfermería y Técnicos en Salud
OPS/OMS

Agradecimientos

Este 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 (OPS), bajo la coordinación general de la Dra. Silvina Malvárez, Asesora Regional de Enfermería y Técnicos en Salud.

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

A los investigadores regionales:

Luz Angélica Muñoz González
Alicia Reyes Vidal

A los investigadores nacionales y colaboradores especiales:

BELICE

Laura Tucker-Longsworth

COSTA RICA

Joyce Cabrera Sandoval

EL SALVADOR

Dinorah de Salazar
Ana Susana Calderón Díaz

GUATEMALA

Rutilia Herrera Acajábón

HONDURAS

Reina Lidylia Grogan Núñez

MÉXICO

Rosa Amarilis Zárate-Grajales
Clara Rocío Castro González

NICARAGUA

Nubia Elena Herrera Pérez

REPÚBLICA DOMINICANA

Dulce Emilia Medina
Regina Silvero

COLABORADORES ESPECIALES

Eduardo Mandiola Muñoz
María Cristina Cometto
Patricia Gómez

Primera parte: La migración de enfermeras de América Central, México y el Caribe Latino

Silvina Malvárez
Luz Angélica Muñoz González
Alicia Reyes Vidal

1. 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 cuánto tiempo pueden permanecer en un país de acogida y en qué condiciones. Comprende a los trabajadores migrantes temporales, inmigrantes permanentes, refugiados y solicitantes de asilo, pero no incluye al movimiento cada vez mayor de personas que migran en condiciones irregulares o indocumentados que caracterizan la migración mundial.

El fenómeno de migración de profesionales de la salud tiene importantes implicancias en las políticas de salud tanto de los países receptores como en los emisores, influye en los sistemas de salud y en la planificación de los recursos humanos para aumentar la cobertura y garantizar la atención en salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la próxima década se estima una creciente necesidad de recursos humanos en salud, lo que ha impulsado la migración de los profesionales especialmente médicos y enfermeras y este fenómeno se proyecta con mayor intensidad en el futuro, con repercusiones importantes en el abordaje de los problemas de cobertura de salud, en los países emisores y en la regulación de las profesiones.

En virtud de la importancia del tema, durante los años 2006 y 2007, la OPS/OMS realizó una investigación denominada “Estudio Regional de Migración de Enfermeras en América Latina”, para estudiar el fenómeno de la migración de enfermeras para su mejor comprensión, análisis y proyecciones en el contexto de la profesión, formulando el primer estudio regional de este tipo. La primera etapa estuvo dedicada a los países de América del Sur.

La motivación para el estudio de las migraciones está ligada a la evidencia de la intensificación de los flujos migratorios en los últimos quince años y a un cambio en la dirección y composición de ellos. Las estimaciones demográficas realizadas por las Naciones Unidas en 2002 muestran que el número de personas nacidas en un país que residen en otro asciende a alrededor de 175 millones. Este número constituye cerca del 2,0% de la población mundial. Para 1990, la cifra global era de 120 millones, que representaba alrededor del 2,3% de la población del mundo. Este notable crecimiento en valores absolutos y porcentuales concita un gran interés de parte de los gobiernos y las organizaciones preocupadas por entender y regular las tendencias migratorias (1).

El presente informe corresponde a la segunda etapa del mismo estudio multicéntrico descriptivo de la Migración de Enfermeras en América Latina, Área de Centro América, México y el Caribe Latino. La investigación responde a la iniciativa del Área de Sistemas y Servicios de Salud/Proyecto de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS en Washington.

El propósito del estudio fue obtener un panorama regional sobre la migración de enfermeras en este caso de Centro América, México y el Caribe Latino en cuanto a magnitud, características e impacto del fenómeno migratorio. Además, obtener conocimiento sobre políticas institucionales, normas y tratados, aspectos económicos y consecuencias para los servicios de salud. Para esto se describe la situación de trabajo de las enfermeras, su formación profesional, factores que influyen en su migración y el impacto que esto constituye para los países receptores.

El trabajo fue coordinado por OPS con el apoyo de la Universidad Andrés Bello de Chile y con la participación de enfermeras investigadoras de instituciones académicas de los ocho países: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y la República Dominicana.

El análisis de la información reportada por los países mostró que el flujo migratorio tiene expresión diferente en los países centroamericanos, al igual que lo observado en Sudamérica. En países como Belice, Costa Rica, Guatemala y México la inmigración de profesionales de enfermería no es un asunto de gran impacto. En cambio, si lo es la emigración, transformándose en un problema complejo de resolver, porque

no existen mecanismos institucionales explícitos para retenerlas (2, 3, 5, 7). Los reportes de los países centroamericanos coinciden en que las instituciones de salud tienen que enfrentar el desafío de mejorar los contratos de trabajo, oportunidades laborales y de capacitación para aumentar la retención de enfermeras, además de, implementar programas especiales orientados a la retención de enfermeras (2, 7).

Los factores que contribuyen a la migración de enfermeras son similares en los países caribeños, información que coincide con la reportada por Salmon *et al.* (2007) (15). En todos los países, fueron las propuestas atractivas de trabajo que se ofertaron desde países desarrollados, con mejores salarios, contratación inmediata como profesionales, estabilidad laboral, reconocimiento de la especialidad, posibilidades de perfeccionamiento y traslado al país importador con la familia incluida, razones que coinciden con lo encontrado en la literatura (10, 16, 17).

En el ámbito internacional se mantiene la preocupación por la competencia de las enfermeras que migran, por lo cual se recomienda que coordinadores de enfermeras, y otros agentes interesados, deban asegurarse de que las enfermeras extranjeras sean clínicamente competentes y capaces de ofrecer una atención segura y de alta calidad.

En general, en los ámbitos laborales se discute el tema de los permisos de trabajo y las convalidaciones de las enfermeras. Además, se ha constatado que enfermeras migrantes no tienen acceso a los beneficios de asignaciones uniformes, la posibilidad de acceder a educación continua y que se les discrimina. La inequidad en el tratamiento de personas viola los derechos humanos, razón por la que se respalda la vigilancia de obligaciones y responsabilidades para establecer un proceso formal de eliminar las prácticas de marginalización (9, 17, 18).

Los procesos para ejercer la profesión para enfermeras(os) inmigrantes están regulados por procesos de convalidaciones implementados en las instituciones nacionales y, como consecuencia de la globalización, se han formalizado tratados y convenios bi- y multilaterales que dan marcos legales y de protección a las enfermeras que migran (16).

Un tema transversal de la migración en Centroamérica, México y el Caribe Latino, tuvo que ver con la escasa sistematización de registros oficiales concernientes a la emigración de profesionales de enfermería, situación que coincide con lo encontrado en Sudamérica (19).

2. Material y método

Se trata de un estudio exploratorio cuantitativo y cualitativo. La unidad de análisis estuvo constituida por ocho países de Centro América y del Caribe: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y la República Dominicana. Se obtuvo aprobación de los Comités de Ética de las instituciones respectivas y el consentimiento informado de las enfermeras participantes.

La información relacionada a la magnitud de la migración de enfermeras se obtuvo de registros de ministerios de salud, universidades y organizaciones profesionales.

La información sobre características se obtuvo por encuestas y entrevistas a una muestra de tipo intencional, a enfermeras de docencia y servicios, y autoridades directivas de enfermería y salud. En el caso de República Dominicana, se completó la información con entrevistas telefónicas a veinte enfermeras emigrantes ubicadas en Estados Unidos, Italia y España y cinco enfermeras inmigrantes procedentes de Venezuela, Cuba, Chile, España y Japón. Se solicitó consentimiento informado a los participantes. Las preguntas permitieron contar con información de: contexto de las migraciones, magnitud, razones y fines de la migración, regulación y políticas, economía y consecuencias de las migraciones en los servicios de salud y el mercado de trabajo. Las técnicas de recolección de datos fueron: la revisión de literatura internacional, regional y local, bases de datos y la consulta a fuentes primarias y secundarias, tales como informantes claves, jefas de enfermería, enfermeras que emigraron y regresaron, colegios profesionales, escuelas de enfermería, universidades, enfermeras docentes y de servicios, enfermeras extranjeras trabajando en el país.

En todos los países que participaron en el estudio existen serias limitaciones para determinar el número de enfermeras emigrantes e inmigrantes, sus características y motivaciones para la movilidad, por deficiencias en los registros oficiales, el elevado número de personas que viajan de manera irregular, falta de registros de entrada y salida confiables y debilidades de los sistemas de información y por último el fenómeno que se da en los países latinoamericanos, de enfermeras que laboran en los países receptores sin cumplir con los requisitos que impone la reglamentación vigente de cada país.

3. Resultados

Contexto

La situación migratoria a mediados de siglo en Centroamérica se explica por las altas tasas de crecimiento demográfico, la falta de dinamismo de las economías nacionales, las condiciones de pobreza, las crecientes demandas laborales y la concentración urbana de la industrialización sustitutiva de importaciones de los años sesenta. Así mismo se agrega la situación política militar de algunos países centroamericanos en la década de los setenta, sumada a una expansión de la ocupación informal y el aumento de las disparidades socioeconómicas entre los países, dentro y fuera de la Región. A partir de 1998 los efectos del Huracán Mitch profundizaron en todos los niveles los factores que explican e influyen en los flujos migratorios, acentuando las brechas de desarrollo económico y social entre los países y regiones, lo que agravó los riesgos de las comunidades más vulnerables.

Consecuentemente se han agregado a los flujos migratorios laborales, los movimientos de distintos sectores de la población relacionados a los conflictos bélicos y a las condiciones políticas, lo que ha aumentado la emigración hacia fuera de la subregión. La población refugiada y desplazada adquirió gran magnitud en los años ochenta, estimándose en aproximadamente dos millones de personas que abandonaron sus hogares y lugares de residencia. La paz y el fortalecimiento de los procesos democráticos implicaron un retorno creciente de población desplazada y de refugiados a sus países de origen. El patrón migratorio subregional actual se ha ido consolidando desde la década de los ochenta y la población emigra hacia el norte, mayoritariamente hacia los Estados Unidos y en menor medida México y Canadá. El Salvador es el país que posee el mayor ritmo de emigración, el 40% del total emigratorio de Centro América. Por otra parte disminuye la migración intrarregional. Desde los años setenta a los noventa los centroamericanos que residían en otro país de la misma subregión pasan del 50% al 7,5% respectivamente.

Finalmente el problema de la migración indocumentada es un tema relevante de la relación migratoria entre países de origen y de destino de los flujos migratorios subregionales, en especial cuando se trata de la migración hacia los Estados Unidos. Las restricciones para el ingreso en los países de destino y tránsito tienen y tendrá impacto en la migración indocumentada y en el desarrollo de mecanismos irregulares para evadir los controles (http://ca2020.fiu.edu/Workshops/Salvador_Workshop/Taller_CA.htm).

Composición y distribución de la fuerza de trabajo

Tabla 1: Personal de enfermería por 10 000 habitantes

País	Densidad ^a	Observaciones
Belice	15-17,1	Sin año y sin fuente
Costa Rica	16,0	2005, según Ministerio de Salud
El Salvador	8,1	2001, según indicadores básicos de la OPS
Guatemala	3,6	Nivel técnico universitario, 2005, según documento interno de Escuela Nacional de Enfermeras
Honduras	3,2	1999 según datos de la OPS
México	18,4	Personal profesional y no profesional; 2004, sin fuente; solo enfermeras profesionales: 10,4
Nicaragua	1,4	2006, según datos de la OPS
República Dominicana	3,0	2000, según Rep. Dominicana, Observatorio de Recursos Humanos en Salud
Media en las Américas	30	(OPS. 2007, Salud en las Américas, Volumen I Regional: período 2005-2010) http://www.paho.org/hia/home.html

^a Personal de enfermería por 10 000 habitantes, según datos entregados por investigadoras.

Tabla 2: Población total de personal de enfermería

País	Población de personal de enfermería ^a	Año
Belice	434 profesionales del sector público en todo el país, empleados por el Ministerio de Salud	
Costa Rica	7398 profesionales 11 187 auxiliares	2007
El Salvador	15 191 personal de enfermería de todo tipo	2005
Guatemala	4045 profesionales de enfermería	2005
Honduras	1972 profesionales 5761 auxiliares	
México	193 800 total de enfermeras (109 904 solo profesionales)	2004
Nicaragua	719 profesionales de enfermería (estimación aproximada)	2006
República Dominicana	2955 profesionales en salud pública y asistencia social	2008

^a Relación enfermeras profesionales/auxiliares, según datos entregados por investigadoras de países.

La escasez de enfermeras está afectando a todos los países en estudio. A pesar de los esfuerzos realizados para contratar personal, existen puestos vacantes en todas las áreas.

Belice reportó que “Las proyecciones indican que se necesitarán 900 enfermeras para prestar servicios profesionales en hospitales y clínicas de atención primaria durante los próximos años. Si las proyecciones son correctas, las instituciones de atención de salud enfrentarán un desafío aun mayor para aumentar el número de enfermeras en 50% (2).

México reportó: “Para alcanzar cuando menos un nivel medio de 40 enfermeras por cada 10 000 habitantes, estarían haciendo falta 227 493 enfermeras; pero la situación se torna más grave en el caso de que se pretendiera alcanzar el indicador con personal profesional, ya que se requeriría de 312 819 enfermeras adicionales (3).”

El equipo de trabajo de la República Dominicana reportó una estadística de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) del año 2008: enfermeras empleadas: 2235; enfermeras requeridas: 7784; diferencia: -5549 (4).

Situación laboral y salarial de las enfermeras

Entre los factores determinantes de la migración se señalan las condiciones laborales que tienen las enfermeras como: inestabilidad laboral, flexibilización de la contratación, condiciones deficientes de trabajo, limitaciones para disponer de equipos y materiales imprescindibles para el mejoramiento efectivo de la calidad de la atención, sobrecarga laboral, derivado de la escasez de profesionales de enfermería y desvalorización de la enfermera.

En general, en los países estudiados se observaron diferencias en los salarios percibidos por las enfermeras, siendo estos ostensiblemente bajos en Nicaragua con respecto a Costa Rica y Belice.

A modo de ejemplo, podemos mencionar que en Costa Rica “El salario mínimo fijado por el Ministerio de Trabajo, al iniciar el 2008 era de US\$ 800 para licenciados; US\$ 680 para bachilleres; y US\$ 555 para auxiliares de enfermería (3).” Mientras que el ingreso de una enfermera en Nicaragua es de aproximadamente US\$ 225 por mes, siendo cuatro veces inferior al sueldo inicial en las instituciones de salud de Belice y en México el sueldo promedio de una enfermera es cuatro veces menor al de una enfermera en los EUA. Guatemala, Honduras y Nicaragua reportan que un gran porcentaje de personal de enfermería labora en más de una institución por necesidades económicas y por eso puede afectar la calidad de la atención por exceso de trabajo.

Características de la formación de enfermeras

En los informes se observa una mayor preocupación por la formación de los profesionales de enfermería, la cuál debería traducirse en cambios curriculares acordes al contexto social y acreditación de las carreras, para garantizar una educación de calidad.

La formación de enfermeras se entrega en instituciones universitarias, tanto públicas como privadas, con grados académicos de bachiller, licenciatura y estudios de postgrado.

Actualmente se aprecia una mayor preocupación por el análisis y la reorientación de los currículos de enfermería en la formación, con profundización del conocimiento de la persona con visión holística, considerando el entorno físico y social como un elemento básico para el cuidado.

Los niveles de formación de enfermería en los distintos países estudiados, van desde cursos de capacitación a licenciatura en enfermería. Los currículos que otorgan el grado de licenciado, tienen una duración máxima de cinco años de formación (El Salvador, Costa Rica). En varios de estos países existen programas de profesionalización de auxiliares de enfermería (República Dominicana, México).

En relación a la formación de postgrado, los programas ofrecidos son principalmente especializaciones y maestrías. En el caso de México, también ofrece programa de doctorado.

Todos los países mencionan la importancia de la acreditación de los programas para el aseguramiento de la calidad en la formación profesional, sin embargo México es el único país que posee en la actualidad un sistema de acreditación de sus programas académicos.

Se aprecia en los informes una disminución progresiva de estudiantes que postulan a las carreras de enfermería; no obstante, también se señala el aumento en la matrícula de estudiantes en programas de profesionalización, dirigido a bachilleres técnicos y/o auxiliares de enfermería, debido a las facilidades económicas y sistemas de becas ofrecidas por los organismos de salud.

Tabla 3: Costos de formación de las enfermeras licenciadas

Costo promedio total de la carrera de licenciado en enfermería en US\$	
Belice	6275
Costa Rica	5774
El Salvador	7610
Guatemala	Sin Información
Honduras	11 840
México	9430
Nicaragua	1200
República Dominicana	2380
Fuente: Informes de los países	

El costo total promedio de la formación de la licenciada en enfermería en Centro América es muy variado y oscila entre US\$ 1200 (Nicaragua) y US\$ 11 840 (Honduras). En los informes de países se señala que hay diferencia de costos de formación según tipo de universidad y también se estipula que hay diferencias sustantivas en los costos para formar una enfermera general (US\$ 4550) y para formar un licenciado en enfermería (US\$ 9430), como se establece en el informe de México.

Magnitud de las migraciones

Inmigración

Con respecto a la inmigración obsérvese la siguiente tabla.

Tabla 4: Enfermeras/os inmigrantes de los países de América Central, México y República Dominicana (1997-2007)

País	Número de enfermeras/os inmigrantes ^a
Belice	187
Costa Rica	145
El Salvador	Sin datos
Guatemala	11
Honduras	Total 156 (10 permanentes y 146 licencias temporales)
México	Sin datos
Nicaragua	Sin datos
República Dominicana	27

^a Según datos entregados por investigadoras.

La mayoría de los países centroamericanos son expulsores netos de población. El único país estudiado que tuvo saldos migratorios positivos durante el período 1995 y 2005 fue Costa Rica, un país de atracción para la migración de las enfermeras en Centro América.

Conforme los registros del Colegio de Enfermeras de Costa Rica, en el período comprendido entre 1997-2007, se han incorporado 145 profesionales extranjeras/os, lo que significaría un 5% respecto a las profesionales costarricenses incorporadas en el período 2000-2007. De las/los 145, 40 son de nacionalidad nicaragüense, 27 colombianas, 23 panameñas, 16 cubanas. El 25% restante (39 personas) corresponde a Estados Unidos, Guatemala, Perú, El Salvador, Chile, Honduras, Ecuador, Venezuela, Brasil, Chi-

na, España, Francia, México y República Dominicana. El 47% poseen el título académico de licenciatura, 43% bachillerato y 9% maestría (3). Su preparación académica indica que son enfermeras calificadas las que emigran hacia este país.

Belice también puede ser considerado un país atractivo hacia donde emigrar, sin embargo por su condición de país de habla inglesa es paso previo para llegar a países como Estados Unidos, el Reino Unido y Canadá. La certificación emitida por el Consejo de Enfermeras y Matronas de Belice goza de reconocimiento y es considerada como válida en países desarrollados. La lectura de la lista de verificaciones evidenció que aproximadamente 25% eran enfermeras extranjeras que, posteriormente, emigraron a Estados Unidos, Canadá y el Reino Unido (2).

Además, existen acuerdos de cooperación en el área de la salud entre Belice y Cuba y entre los militares federales de la República Federal de Nigeria y el Gobierno de Belice. El Registro del Consejo de Enfermeras y Matronas de Belice muestra que 187 enfermeras extranjeras han recibido certificaciones. La mayoría de ellas son nigerianas. Estos son los países de origen y el número de enfermeras procedentes de ellos: Nigeria 110, Guyana 24, Nicaragua 15, Estados Unidos 11, India 6, Guatemala 5, Canadá 4, Jamaica 4, Cuba 3, Inglaterra 2, Trinidad 1, China 1 y Filipinas 1. Datos obtenidos de las diez principales instituciones de salud señalan que de un total de 323 enfermeras que trabajan en estas instituciones 153 son extranjeras (2).

En El Salvador existen enfermeras inmigrantes, pero no fue posible cuantificar el fenómeno debido a que no disponen de información sistematizada. La mayoría de las personas encuestadas (encuesta de opinión) manifestaron conocer de 1 hasta 5 enfermeras extranjeras radicadas en el país que han inmigrado de Honduras, Guatemala y Nicaragua (4).

Por falta de registros, Guatemala sólo reporta muy contados casos. Desde 1997 a 2003 a través de la Escuela Nacional de Enfermeras, se incorporaron 3 enfermeras de origen salvadoreño y están en lista de espera 1 enfermera española y 1 colombiana. Actualmente, 1 cubano inició el proceso de incorporación (5). En las entrevistas realizadas con enfermeras profesionales de diferentes hospitales privados del país se informó de 1 enfermera profesional y 3 auxiliares de origen nicaragüense y 1 auxiliar hondureña (5).

El Colegio de Profesionales de Enfermería de Honduras informó de 10 enfermeras extranjeras registradas, ya que la mayoría de las enfermeras inmigrantes no ejerce la profesión y usualmente son las que llegan por matrimonio (6). Los encuestados reportaron que la inmigración permanente es poco frecuente, sin embargo, se autorizaron 146 licencias temporales durante el año 2004. Las licencias temporales se entregaron a personas que llegaron como parte de brigadas médicas para ayudar a la población después del huracán Mitch y a enfermeras religiosas que son enviadas a prestar servicios en hospitales de sus congregaciones (6).

Finalmente en República Dominicana se observó en la última década, que han inmigrado aproximadamente 27 enfermeras, las cuales ocupan puestos de atención directa de enfermería un 37%, de gerentes un 44,4% y de voluntarias un 18,6%. Estas enfermeras provienen de Puerto Rico, Venezuela, Italia, México, España, Chile, Guatemala, Japón, Portugal y Haití, un 62% de ellas llegaron después del año 2000 (9).

México y Nicaragua no aportan datos sobre la inmigración de enfermeras al país.

Emigración

Con respecto a la emigración, obsérvese la siguiente tabla:

Tabla 5: Número de enfermeras/os emigrantes (1997-2007) según datos entregados por investigadoras

País	Número	Observaciones
Belice	88	+ 10 en trámites para salir al extranjero
Costa Rica	104 aprox.	+ 24 en trámites para salir al extranjero
El Salvador	Sin datos	Sin embargo se conoce casos
Guatemala	12	Informalmente se habla de más casos
Honduras	53	+ 7 en trámites para salir al extranjero
México	Sin datos	Sin embargo se habla de muchos casos
Nicaragua	13	Se habla de más casos
República Dominicana	124 aprox.	1996 -2007

De acuerdo a los informes de países la emigración de los profesionales se señala que en Belice a través del Registro del Consejo de Enfermeras y Matronas muestra que constantemente se solicita la revisión de títulos para enviarlos a agencias internacionales de contratación. En la lista aparecen 98 enfermeras nacionales. 88 han emigrado y las otras 10 tienen planes de incorporarse al mundo laboral de enfermeras en otros países en 2008 y 2009. El Referral Hospital de Belice es especialmente afectado por la partida constante de enfermeras beliceñas.

Por otra parte el Colegio de Enfermeras de Costa Rica, no garantizó una base de datos con registros de calidad respecto al número de enfermeras/os que estarían laborando fuera del país (3). Por esta razón, la información se obtuvo desde un estudio relacionado con la fuerza de trabajo de enfermería en América Latina realizado por la OPS (10), donde se informó que aproximadamente 100 enfermeras habrían emigrado entre el 2002 y 2003. Asimismo, un estudio realizado para la OIT (11) mostró que había cuatro profesionales trabajando fuera del país y 24 profesionales estaban realizando trámites para irse (10).

En El Salvador no existen registros específicos sobre migrantes. En base a una encuesta a personas claves se obtuvo la información que el 90% de enfermeras conoce entre 1-5 personas de su rama que han emigrado en los últimos diez años: 77% a EUA, 10% a Canadá, el resto a Australia, España e Italia (4, 11).

La Dirección de Migración y la Asociación de Enfermeras de Guatemala no registran datos. La Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala informa que desde 1989 a la fecha nueve personas han solicitado documentos académicos para realizar trámites en los Estados Unidos, todas ellas residen en el Estado de California (5).

El Colegio de Profesionales de Enfermería de Honduras declara que hay 36 casos registrados de enfermeras que han emigrado. Además el Centro Universitario de La Ceiba informa 17 casos registrados, de los cuales 16 emigraron a los EUA (6).

Como en casi todos los países anteriormente señalados, en México no existen estudios que permitan conocer la magnitud del fenómeno migratorio de las enfermeras. Por medio de una encuesta de opinión, solamente una persona aportó datos concretos señalando que anualmente son de 35 a 40 enfermeras mexicanas las que solicitan la transcripción de documentos de estudios profesionales del español al inglés, como parte de los trámites para migrar de manera legal a los EUA (7).

Así también en Nicaragua por datos no oficiales obtenidos a través de consultas a personal clave, se evidenció que el equipo de trabajo de la Dirección de Enfermería del Ministerio de Salud, considera la emigración de enfermeras como un problema muy complejo con tendencia al incremento gradual, lo cual

afecta negativamente la calidad de los servicios de salud en cada nivel de atención, especialmente en el ámbito hospitalario (8).

Diferente fue la fuente de información en República Dominicana donde los datos fueron obtenidos a través de entrevistas a 420 enfermeras. Se observó que de las 124 enfermeras que emigraron, menos del 50% se fue a los EUA y el restó lo hizo a España, Italia, Puerto Rico, Holanda y otros países (9).

Razones y fines de la migración de enfermeras

En América Central, México y el Caribe hispano, las razones que explican la migración de enfermeras no son muy diferentes al resto a las descritas en América del Sur. Por lo general, las enfermeras migran motivadas por la búsqueda de mejores oportunidades y el deseo de experimentar movilidad social. Estas aspiraciones contrastan con una serie de limitaciones para el ejercicio de la profesión en sus países de origen. Entre estas se cuentan la escasez de recursos y poca eficiencia administrativa de los sistemas de salud para brindar una atención de salud de calidad, condiciones deficientes para el desarrollo profesional, bajos niveles de remuneración, y empleo inadecuado, inestable y con situaciones que limitan el desarrollo profesional y personal de la enfermera.

Pese a estas similitudes, no se puede pasar por alto una serie de factores de tipo geográficos, demográficos e históricos que son específicos para esta subregión que ayudan a contextualizar las razones y motivaciones de la migración de enfermeras. En el caso de los países centroamericanos podemos mencionar su historia política y social, que marcada por conflictos de guerra civil en la última parte del siglo XX, generaron la migración forzada de grandes contingentes de población. Esto, sumado a la vulnerabilidad económica de sus poblaciones, las características de sus instituciones y sistemas de salud, configuran un cuadro que motivaría la búsqueda de oportunidades más allá de las fronteras nacionales. En este panorama la estabilidad social y económica de Costa Rica lo posicionan como un país con ventajas comparativas para el ejercicio profesional de la enfermería en la subregión centroamericana.

Además de las disparidades de ingreso, la cercanía con los Estados Unidos es un factor importante a considerar. Este país que por su nivel de desarrollo económico e importancia geopolítica se ha constituido en el destino migratorio principal de la migración centroamericana y caribeña en general, es percibido como un destino atractivo para el cumplimiento de las aspiraciones de mejoramiento en la calidad de vida y el desarrollo profesional de las enfermeras. En algunos países la razón o fin de la migración es explicitado específicamente en los siguientes términos: “convertirse en una enfermera registrada (*registered nurse*) en los Estados Unidos, refleja un conocimiento cercano de la experiencia histórica de migración de colegas al mencionado país y hasta qué grado el currículo de enfermería a nivel de educación superior en algunos de estos países ha sido influido por Estados Unidos.

Otro factor a considerar desde el punto de vista demográfico es la mayor tasa de envejecimiento poblacional que caracteriza a los países desarrollados, situación que ha incentivado el surgimiento de una industria global de reclutamiento de recursos humanos que capta enfermeras de países en desarrollo asegurándoles mejores condiciones de trabajo y calidad de vida en los países de destino.

En resumen, un panorama interno de menos oportunidades se contraponen con las bondades de un panorama externo con ventajas para el ejercicio profesional, y que es además percibido como un medio más propicio para el logro de las aspiraciones de mejoramiento en las condiciones laborales y de vida. El componente de riesgo asociado a la migración es de algún modo atenuado por el conocimiento directo e indirecto de familiares y otras profesionales de enfermería que sirven como redes de apoyo para el migrante durante la fase inicial del proceso migratorio, o bien los servicios de las ya mencionadas agencias internacionales que intermedian y reducen la incertidumbre asociada a los aspectos burocráticos que regulan de modo específico la migración de profesionales entre países.

En el caso de la inmigración de enfermeras a esta subregión es posible identificar dos conjuntos de factores que contribuyen a arraigarlas en la región de estudio. El primero es de carácter familiar, como el tener un cónyuge de origen centroamericano o caribeño lo cual contribuye a ejercer profesionalmente en

la Región en condiciones que pueden ser desventajosas comparadas con aquellas del país de origen. El segundo factor tiene que ver con una opción personal y preferencial de trabajo por motivos de tipo humanitario, característicos de organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales y de desarrollo, o de congregaciones religiosas que operan en la subregión.

Regulación y políticas migratorias

Los problemas migratorios centroamericanos son complejos y afectan de una u otra manera a todos los países, ya sean estos de origen, tránsito o destino de las migraciones. Las migraciones en la subregión son consecuencia de las diferencias existentes en el desarrollo económico y social entre los países centroamericanos, especialmente con respecto a los Estados Unidos de América y en menor medida, Costa Rica, México y Canadá, lo que estimula el crecimiento de las migraciones clandestinas, expulsiones y deportaciones desde los territorios de los países receptores.

Las políticas migratorias como aspiración de los estados con respecto al asentamiento de extranjeros en su territorio, no tienen formulaciones específicas o expresas en los países centroamericanos, sin embargo se están haciendo esfuerzos para diseñar acciones coordinadas entre los países para enfrentar los desafíos migratorios: Comisión Centroamericana de Directores de Migración (OCAM) y Sistema de Información Migratorio en América Central (SICA), organismos regionales responsables de la coordinación institucional de políticas y procedimientos que demanda la problemática migratoria centroamericana.

La migración de enfermeras en Belice da cuenta de la incorporación de enfermeras cubanas, en virtud del acuerdo técnico de cooperación entre estos dos países, los profesionales de la salud de ciertas áreas, como la enfermería, son enviados a Belice para trabajar en conjunto con sus colegas nacionales. El Gobierno de Cuba acordó, entre otras cosas, facilitar el tránsito de recursos humanos necesarios para prestar atención médica integral en distintos recintos públicos de salud, por un plazo de dos años. Al término de su estadía, los profesionales regresan a Cuba. Un análisis minucioso del registro de enfermeras en el país da cuenta de sólo tres enfermeras cubanas. El registro del Consejo de Enfermeras y Matronas señaló que las enfermeras que trabajan en Belice en virtud del acuerdo de cooperación técnica no están bajo la supervisión del Consejo de Enfermeras, sino que quedan directamente bajo la tutela del Ministerio de Salud y del Ministerio de Inmigración.

Otro flujo migratorio de enfermeras hacia Belice, tiene como país de origen la República Federal de Nigeria, facilitado por el acuerdo Esquema del Cuerpo de Asistencia Técnica (*Technical Aid Corps Scheme*), que al igual que en el caso del acuerdo con Cuba, las enfermeras nigerianas están bajo la tutela del Ministerio de Salud. Las enfermeras reciben un sueldo proporcional a sus capacidades y se les otorga la posibilidad de permanecer en Belice tras el término de sus funciones. Lo más interesante es que desde el inicio de este acuerdo de cooperación técnica en la década de 1990, las enfermeras nigerianas viajan a Belice solas, en base a las recomendaciones realizadas por colegas nigerianas, y en la actualidad constituyen un porcentaje importante de la población de enfermeras extranjeras que cumplen funciones en Belice.

No cabe duda que el tema migratorio ha cobrado vital importancia en Costa Rica. La última década se ha caracterizado por el arribo masivo de nicaragüenses y de otros países de la subregión, buscando oportunidades laborales, lo que se traduce en muchas personas en situación ilegal dentro del país, dificultando su inserción social y laboral. La entrada y salida de personas del territorio costarricense está regida por la Ley de Migración y Extranjería N° 8487, decretada con fecha 12 de agosto del año 2006. En relación al ejercicio profesional de enfermeras inmigrantes en Costa Rica, está regulada por el Reglamento de la Ley N° 2343 del Colegio de Enfermeras de Costa Rica, el cual establece en su artículo N° 70 un margen del 10% para emplear enfermeras/os extranjeras/os (3).

Otra situación es la de El Salvador donde los profesionales de la salud inmigrantes deben de realizar un proceso de incorporación académica con el Ministerio de Educación y Ministerio de Relaciones Exteriores, posteriormente obtener la autorización de la Junta de Vigilancia y Consejo Superior de Salud Pública, para ejercer la profesión. No existen tratados internacionales para la migración del personal de enfermería (4),

por lo tanto las enfermeras de El Salvador para poder emigrar, tienen que cumplir con un proceso de acreditación en el país receptor.

En Guatemala la ley de migración, decreto número 95-98 del Congreso de la República de Guatemala, indica que el Estado se organiza para proteger a la persona y a la familia, su fin supremo es el bien común; normará sus relaciones con otros Estados, de conformidad con los principios, reglas y prácticas internacionales, bajo el propósito de contribuir al mantenimiento de la paz y la libertad. La regularización migratoria contempla requisitos, como investigar papelería presentada, realizar entrevista personal para emitir un dictamen favorable y la persona pueda permanecer en Guatemala. Según esta ley todas las personas extranjeras que inmigran deben cumplir con una serie de requerimientos. No se menciona a ninguna profesión en particular, únicamente dice que los profesionales que desempeñen funciones como tales deben cumplir con las leyes de observancia general en el país, así como cumplir con las específicas que corresponde La Ley de Servicio Civil y su Reglamento rige el procedimiento para la autorización y nombramiento de personas extranjeras,¹ donde quienes deseen laborar en el Ministerio de Salud deben legalizar en el país de origen y en Guatemala los documentos y exigencias correspondientes (5).

En Honduras existen normas regulatorias para profesionales inmigrantes relacionadas a los requisitos para el ejercicio en el territorio nacional: título refrendado por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y por el representante consular de Honduras en su país de origen, Resolución extendida por la Secretaría de Gobernación y Justicia donde se otorga la residencia legal en el país y su colegiatura en el Colegio de Profesionales de Enfermería de Honduras, quien le otorgará una licencia por dos años renovable, para ejercer legalmente en el país (6).

En México, los tratados de libre comercio incluyen la movilidad temporal de personas, lo que facilita la migración de profesionales calificados. Dentro del tratado específico entre Canadá, Estados Unidos y México, está el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS) que afecta la migración de enfermeras y demás profesionales de la salud. La Modalidad 4 del AGCS se centra especialmente en la prestación de servicios de salud por las personas procedentes de otros países, sobre una base de contratación temporal. La Modalidad 4 del AGCS tiene para la migración de enfermeras efectos que todavía no son muy claros pero probablemente fomentará su incremento, sobre todo de los más calificados, mediante acuerdos bilaterales entre los países y favorecerá sin duda el reconocimiento bilateral de títulos y una mayor armonía de las calificaciones de enfermería entre distintas naciones (7).

En Nicaragua, actualmente no existen normas o leyes que regulen la emigración del personal de salud, sin embargo existen políticas regionales de facilitación del tránsito de personas, como es el Acuerdo de Managua (CA4 de 1993) que se constituye en el instrumento vigente que regula el tránsito de personas, que incluye a las Repúblicas del El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. En relación a los profesionales de enfermería, existe el Tratado de Integración Centroamericana (CAFTA) el cual favorece la salida de las enfermeras nicaragüenses hacia los otros países de la Región, pues las restricciones de movilización en la zona centroamericana no existen (8).

En República Dominicana las políticas migratorias son controladas por la Dirección General de Migración (DGM), que es el organismo gubernamental que vela por el cumplimiento de las normas relativas a la migración (9). Se rigen por la Ley General de Migración promulgada con fecha 15 de agosto del año 2004, que incluye el proceso de regularización de extranjeros establecidos en la República Dominicana.

Economía de las migraciones

La migración internacional ha cambiado en los últimos decenios ya que los países que integran el estudio, se han convertido en importantes expulsores de mano de obra. De este modo las tendencias migratorias subyacen con un conjunto de factores relacionados con el agotamiento del patrón de desarrollo que se caracterizaba por una industrialización liviana, escasa dinámica de la generación de empleos, persistencia

1. Congreso de la República de Guatemala. Ley de Servicio Civil. Acuerdo gubernativo 18-98 y 564-98. Decreto N° 17-48. Guatemala 2005.

de agudas desigualdades sociales y las convulsiones sociopolíticas de la década de los ochenta. Así, las insuficiencias estructurales del proceso de desarrollo permitieron la visibilidad del fenómeno migratorio en toda la Región. El panorama de la emigración no es muy claro por las consecuencias de los desastres naturales que han generado incertidumbre sobre la evolución de las economías y el cambio social.

Costa Rica y Panamá escapan a esta caracterización, ya que el primero ha mantenido su condición de atracción migratoria intrarregional por su especificidad sociopolítica y por otra parte, Panamá ha mostrado un cierto distanciamiento de los problemas que afectan a los demás países. Con todo, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua se visualizan como los países más vulnerables, mostrando tendencias migratorias similares entre las que destaca la orientación preferente de los flujos hacia los Estados Unidos, donde los emigrantes buscan mejores condiciones de vida y una respuesta a sus expectativas laborales. Esta atracción se refuerza por la información de los medios de comunicación y en forma especial por la dinámica de las redes sociales (citar <http://www.crmsv.org/investigacion/remesasCEPAL.htm>).

En relación a las remesas se reconoce que son una de las expresiones más atractivas de la migración internacional y los países estudiados los señalan como región que posee especial protagonismo por la importante fuente de divisas para las economías pequeñas y para el desarrollo de las zonas de origen de los migrantes. Las remesas alcanzan una proporción significativa del producto interno bruto.

El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua registran los mayores índices de pobreza de la Región en las áreas rurales, con casi 80% de las familias en esta situación, lo que se ha venido sumando a las áreas urbanas. Es así como los miembros de familias con mayor capital humano y financiero opten por una estrategia migratoria como medio de tener ingresos superiores en el exterior, fenómeno que también se aprecia entre los nicaragüenses en Costa Rica, para insertarse y ayudar a las familias y eventualmente hacer frente al ahorro y a la inversión productiva.

Los canales utilizados para el envío de remesas, lo constituyen especialmente las instituciones bancarias y agencias especializadas en estos envíos (*couriers*) que los realizan a cambio de una comisión.

Los montos de las remesas enviadas se incrementaron durante la década de los noventa. Las cifras oficiales estimadas para 1996, realizadas a través de un estudio preliminar, mostraban que los montos se acercaban a 1100 millones de dólares en El Salvador, a 363 millones en Guatemala, en Honduras a 128 millones y a 95 millones en Nicaragua.

Es así como en Belice (2) se reportó que el “Impacto económico de las migraciones de enfermeras se puede apreciar desde varias perspectivas, entre las que se cuentan los beneficios para las enfermeras migratorias y para sus países de origen, y el costo para las instituciones contratantes. Las enfermeras que emigran hacia países desarrollados perciben mejores salarios, seguros de salud y otros beneficios integrados en un paquete económico. A las enfermeras nacionales también se les ofrece la oportunidad de emigrar con sus familias, lo cual significa una pérdida en la fuerza laboral, en la enseñanza y en el capital humano. Las enfermeras migratorias a menudo son profesionales que poseen experiencia y certificaciones de especialización en ciertas áreas de la enfermería”.

Respecto a Costa Rica la CEPAL refiere que es un país “con muy baja percepción de remesas” ya que se encuentra dentro de los países que no alcanzan los US\$ 500 millones; sin embargo el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) estimó que 300 000 personas recibieron US\$ 600 millones en el 2007, es decir, unos US\$ 2000 mensuales por persona. Un 71% de quienes envían remesas a Costa Rica lo hacen desde Estados Unidos, un 13% desde Europa, un 12% de Latinoamérica y un 3% de Canadá. Las/os veinte enfermeros/as inmigrantes encuestadas en este estudio, reconocieron en un 40% que enviaba dinero a su país de origen; sin embargo, no tenían un patrón definido en cuanto a cantidad y frecuencia (3).

Se sabe que El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua son países expulsores de mano de obra y no es la excepción las enfermeras, que se consideran mano de obra calificada, lo cual representa un costo importante personal y del Estado, cuando estos profesionales emigran.

En El Salvador el monto de las remesas que envían a sus familias las enfermeras que emigraron se investigó en el Banco Central de Reserva, el cual lleva un registro de las remesas que recibe el país, sin embargo, estos datos son generales y no están registrados por profesión (4).

En el caso de Guatemala no ha sido afectada en gran manera por migración internacional de personal de enfermería, porque se da mucho la migración nacional. En este informe, se reporta sólo el caso de una enfermera residente en Boston, quién envía remesas de US\$ 600 quincenal, teniendo un salario de US\$ 16 la hora como técnica en endoscopia (5).

Las condiciones de salarios en países desarrollados son favorables, es por esto que en el caso de Honduras es un estímulo para emigrar a Estados Unidos, Italia, España y Nueva Zelanda, por lo que pueden enviar remesas familiares mensuales que oscilan entre US\$ 300 y US\$ 400 al mes (6).

En el informe de México se menciona que el 1,5% de las remesas totales que ingresan al país, fueron realizadas por enfermeras, cifra que sería de US\$ 345 000 000 (7), y estas remesas son utilizadas por las familias para mejorar la calidad de vida y para acceder a ciertos beneficios de programas especiales de fomento agropecuario y rural.

La emigración de las enfermeras en Nicaragua no sólo tiene repercusión negativa en la prestación de los servicios de salud, sino que también representa una importante pérdida económica, pues la inversión que se hace en el proceso de formación prácticamente se va perdiendo de acuerdo al número de profesionales que deciden migrar. El fenómeno social de la emigración de enfermeras tiene una repercusión negativa en la economía nacional, por la inversión que realiza el Estado y la familia en la formación de una enfermera. No se dispone de registros oficiales específicos sobre el monto de las remesas enviadas por enfermeras que se encuentran fuera del país (8).

Para República Dominicana, así como para los demás países estudiados, la formación de las enfermeras significa un alto costo de inversión del Estado, representando alrededor de US\$ 409 854 anuales. El costo total de la emigración de las enfermeras al extranjero es de aproximadamente US\$ 4 988 000. Respecto a remesas enviadas al país, el 72,6% las enfermeras encuestadas enviaron remesas a sus familias que oscilan entre US\$ 200 a US\$ 500 y/o euros (9).

Los flujos de remesas que reciben los países de América Central y el Caribe, con excepción de Costa Rica, representan una forma de mejorar la economía y la calidad de vida de las familias de las enfermeras emigrantes, que permanecen en el país de origen. Las enfermeras reconocen el envío de dineros en distintos montos y éstas constituyen una parte importante del total de las remesas que ingresan a los países emisores de profesionales de salud calificados.

El impacto económico de las migraciones no sólo se manifiesta en los flujos de remesas, sino que también incide en las dinámicas socio productivas en los lugares de origen y destino de los traslados, pero su mayor impacto está dado en la expulsión de la población en edad productiva y con un nivel de educación superior como es el caso de las enfermeras, que erosiona la capacidad productiva de los países y repercute en la atención e salud de la población.

4. Discusión

Al igual que los países latinoamericanos, en este estudio se evidenció un déficit de profesionales de enfermería, con el consiguiente deterioro de la relación profesional de enfermería-usuario/paciente, cobertura y calidad de la atención de salud, sobretodo en poblaciones en situación de pobreza, lo que ha acentuado la exclusión social y la inequidad en salud (12).

En 1989 el estudio conducido por Hartz (13) publicado en el *New England Journal de Medicina* ya se informaba que la relación enfermera/paciente fue uno de los cinco mayores indicadores de predicción de los niveles de mortalidad. Lo anterior, se ha expresado en aumento significativo del número de personas viviendo con VIH-SIDA y la mortalidad materna infantil que continúa con tasas altas. Needleman (14) señaló que si todos los hospitales incrementaran su plantilla de enfermeras tituladas, se evitarían más de 6700 muertes intra-hospitalarias y alrededor de 60 000 eventos adversos, reduciendo la morbilidad y el ausentismo laboral (6).

El análisis de la información reportada por los países mostró que el flujo migratorio tiene expresión diferente en los países centroamericanos, al igual que lo observado en Latinoamérica. En países como Belice, Costa Rica, Guatemala y México la inmigración de profesionales de enfermería no es un asunto de gran impacto. En cambio, si lo es la emigración, transformándose en un problema complejo de resolver, porque no existen mecanismos institucionales explícitos para retenerlas (2, 3, 5, 7). Los reportes de los países centroamericanos coinciden en que las instituciones de salud tienen que enfrentar el desafío de mejorar los contratos de trabajo, oportunidades laborales y de capacitación para aumentar la retención de enfermeras, además de, implementar programas especiales orientados a la retención de enfermeras (2, 7).

Los factores que contribuyen a la migración de enfermeras son similares en los países caribeños, información que coincide con la reportada por Salmon *et al.* (15) (2007). En todos los países, fueron las propuestas atractivas de trabajo que se ofertaron desde países desarrollados, con mejores salarios, contratación inmediata como profesionales, estabilidad laboral, reconocimiento de la especialidad, posibilidades de perfeccionamiento y traslado al país importador con la familia incluida, razones que coinciden con lo encontrado en la literatura (10, 16, 17).

En el ámbito internacional se mantiene la preocupación por la competencia de las enfermeras que migran, por lo cual se recomienda que coordinadores de enfermeras, y otros agentes interesados, deban asegurarse de que las enfermeras extranjeras sean clínicamente competentes y capaces de ofrecer una atención segura y de alta calidad.

En general, en los ámbitos laborales se discute el tema de los permisos de trabajo y las convalidaciones de las enfermeras. Además, se ha constatado que enfermeras migrantes no tienen acceso a los beneficios de asignaciones uniformes, la posibilidad de acceder a educación continua y que se les discrimina. La inequidad en el tratamiento de personas viola los derechos humanos, razón por la que se respalda la vigilancia de obligaciones y responsabilidades para establecer un proceso formal de eliminar las prácticas de marginalización (9, 17, 18).

Los procesos para ejercer la profesión para enfermeras(os) inmigrantes están regulados por procesos de convalidaciones implementados en las instituciones nacionales y, como consecuencia de la globalización, se han formalizado tratados y convenios bi- y multilaterales que dan marcos legales y de protección a las enfermeras que migran (16).

Un tema transversal de la migración en Centroamérica, tuvo que ver con la escasa sistematización de registros oficiales concernientes a la emigración de profesionales de enfermería, situación que coincide con lo encontrado en Latinoamérica (19).

5. Conclusiones y recomendaciones

- En los países centroamericanos, es necesario disminuir las inequidades sanitarias básicas, proteger el entorno humano, promover la salud, mejorar la cobertura y acceso a atención de salud, asegurar la calidad y la eficiencia de los servicios.
- La emigración de profesionales de enfermería fue reconocida como un problema complejo, con impacto negativo tanto en lo social como económico, siendo la población la que sufre el alto costo del deterioro de la calidad y la limitación del acceso a la atención de salud.
- Es perentorio mejorar las oportunidades y condiciones laborales en términos de garantías económicas, de reconocimiento y de capacitación, con sistemas explícitos de promoción que faciliten el progreso profesional y salarial de acuerdo a su desempeño.
- Es urgente establecer vínculos para compartir información que pueda fortalecer el proceso de convalidación de títulos y la emisión de permisos de trabajo a enfermeras.
- Así mismo es perentorio regular la migración de enfermeras con procesos que convaliden y verifiquen los antecedentes curriculares y de titulación, para garantizar estándares educativos y competencias profesionales.
- La inexistencia de sistemas de información sobre la migración de profesionales de enfermería limitó la precisión del problema, tanto en su magnitud, como en sus características y causas. La falta de fuentes de información sobre la movilidad internacional de personal de salud constituye un déficit clave a la hora de intentar la gestión responsable de las migraciones.
- Las autoridades de salud y relaciones internacionales pueden contribuir a subsanar esta barrera definiendo medidas de registro para el personal de salud. Así también las organizaciones profesionales.
- Las instituciones formadoras deben establecer alianzas con las instituciones de salud con el fin de fortalecer la pertinencia de los programas de formación de recursos de enfermería, tanto en el nivel de pregrado como de postgrado.

6. Referencias

1. Luchilo L. La estimación de la movilidad y migración internacionales de recursos humanos en ciencia y tecnología. Centro de Estudios sobre Ciencia, Desarrollo y Educación Superior (REDES), Argentina. Disponible en: <http://www.ricyt.org/interior/difusion/pubs/elc/6.pdf>. (Consultado en mayo 2010).
2. Tucker-Longworth L. Informe técnico de Belice sobre migración de enfermeras en América Central. 2008.
3. Cabrera J. Informe técnico de Costa Rica sobre migración de enfermeras en América Central. 2008.
4. Salazar D y Calderón A. Informe técnico de El Salvador sobre migración de enfermeras en América Central. 2008.
5. Herrera R. Informe técnico de Guatemala sobre migración de enfermeras en América Central. 2008.
6. Grogan R. Informe técnico de Honduras sobre migración de enfermeras en América Central. 2008.
7. Zárate-Grajales RA. Informe técnico de México sobre migración de enfermeras en América Central. 2008.
8. Herrera ME. Informe técnico de Nicaragua sobre migración de enfermeras en América Central. 2008.
9. Medina D y Silvero R. Informe técnico de República Dominicana sobre migración de enfermeras en América Central. 2008.
10. Malvárez S y Castrillón MC. Panorama de la Fuerza de Trabajo en Enfermería en América Latina. Washington, D.C.: OPS; 2005. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/ift26346.pdf>.
11. Valverde JM y Cabrera Sandoval J. Trabajadores de la Salud y Migraciones en Costa Rica, San José de Costa Rica. 2007.
12. Little L y Bucham J. Autosuficiencia de la enfermería en el contacto mundial. Centro Internacional sobre la Migración de la Enfermeras. 2006. Disponible en: http://www.icn.ch/SelfSufficiency_SP1.pdf.
13. Hartz A, *et al.* Hospital characteristics and mortality rates. The New England Journal of Medicine. Vol. 321, N° 25 (1989); p. 1720–1725.
14. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. [Nivel de plantilla de enfermeras y calidad de los cuidados en los hospitales] Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. N Engl J Med [New England Journal of Medicine]. 2002. 346(22):1715-1722.
15. Salmon ME, Yan J, Hewitt H, Guisinger V. Managed Migration: the Caribbean approach to addressing nursing services capacity. Health Service Research 2007 June; 42:3 Part II; 1354-1372.
16. Stilwell B, Diallo K, Zurn P, Vujicic M, Adams O, Dal Poz M. Migration of health-care workers for developing countries: strategic approaches to its management. World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization; 2004: 595p.
17. Staab S. En búsqueda de trabajo. Migración internacional de las mujeres latinoamericanas y caribeñas. Bibliografía seleccionada. Comisión Económica para América Latina y El Caribe, CEPAL, Unidad Mujer y Desarrollo Serie, 127. Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/8/13908/lcl2028e.pdf>.
18. Drevdahl D y Dorcy KS. Exclusive inclusion: the violation of human rights and US immigration policy. Advance in nursing science 2007October/December; 30 (4) 290-302.

19. Diallo K. Data on the migration on the health-care workers:sources, uses and challenges. Bull World Health Organ 82(8):601-607. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/82/8/601.pdf>.
 20. Informe estado de la Región en desarrollo humano 2008. Un informe desde Centroamérica y para Centroamérica. Editor Programa Estado de la Nación de Costa Rica. Disponible en: <http://www.iadb.org/intal/italcdi/PE/2008/02232.pdf>. (Consultado en mayo 2010).
- Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 2009. Washington, D.C.: OPS; 2009.

Personal de enfermería y de partería según Estadísticas Sanitarias Mundiales de la OMS (2009)

País	Número	Densidad 2000-2007 ^a
Belice	303	13
Costa Rica	3653	9
El Salvador	5103	8
Guatemala	44 986 ^b	41 ^b
Honduras	8528	13
México	88 678	9
Nicaragua	5862	11
República Dominicana	15 352	18

^a Por 10 000 habitantes.

^b Los datos corresponden a un año anterior a 2000.

Fuente: OMS. 2009. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2009, tabla 6. Disponible en: http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS09_Table6.pdf.

A nivel mundial, hay 28 enfermeras y parteras por cada 10 000 habitantes, desde tan sólo 11 por cada 10 000 en la Región de África hasta 79 en la Región de Europa.

Segunda parte: Informes analíticos de los países

1. Belice

Laura Tucker-Longworth²

Análisis situacional

En 2006, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS y OMS) crearon una iniciativa para analizar los patrones y problemas relacionados con la migración de enfermeras en América Latina. El proyecto es responsabilidad del Programa de Enfermería del Proyecto de Recursos Humanos para la Salud, OPS, Washington. El marco referencial para analizar los patrones de migración de enfermeras surgió de varios proyectos, a saber, Desafíos Críticos para una Década de Recursos Humanos en Salud en las Américas, Metas Regionales en Materia de Recursos Humanos para la Salud, aprobado en la Conferencia Sanitaria Panamericana en octubre de 2007, y la Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud.

Se han realizado análisis de patrones de migración de enfermeras en nueve países de Sudamérica, lo cual también se han extendido a Estados Unidos, Canadá, España, Portugal e Italia. Otros países informantes son Belice, Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Puerto Rico.

Reseña

La escasez de enfermeras a nivel mundial ha causado el desplazamiento de profesionales desde sus países de origen hacia otros países. Existe una tendencia emergente en la cual los países desarrollados o de altos ingresos contratan constantemente enfermeras nativas de países de menores ingresos. Esto ha producido la desaparición virtual de enfermeras altamente calificadas en lugares que ya carecen de enfermeras, lo cual podría eventualmente tener un impacto negativo en la capacidad de los servicios de salud de prestar atención preventiva y curativa. Este problema ha sido mencionado en la siguiente declaración de la OMS:

“La pérdida de recursos humanos a través de la migración de profesionales de la salud hacia países desarrollados generalmente provoca una pérdida en la capacidad de los sistemas de salud de los países en vías de desarrollo de entregar atención de salud en forma equitativa. La migración de trabajadores de la salud también socava la capacidad de los países de cumplir los compromisos globales, regionales y nacionales, tales como las Metas de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, referidas a la salud, e incluso impiden el desarrollo de los países” (OMS 2004 a) (1).

La información proporcionada por la Organización Internacional para las Migraciones señala que cerca de 191 millones de personas, es decir 3% de la población mundial, viven y trabajan fuera de sus países de origen (2). Las enfermeras conforman un grupo de profesionales altamente calificadas con una presencia muy visible en los patrones mundiales de migración. En Estados Unidos, las estimaciones señalan que en el año 2000 habían 181 000 enfermeras tituladas provenientes de otros países que se desempeñaban en el mundo laboral estadounidense, lo cual representa un 9,1% de la población total de enfermeras activas (3). Los datos proporcionados por la División de Población de las Naciones Unidas indican que más de un millón de personas emigró desde el Caribe, en donde la población total alcanza a 37 millones (4). Se ha informado que en la primera mitad de la década (2001-2003), había aproximadamente 13 000 puestos de

2. MSN. RN. Nursing & Healthcare Services Consultants Ltd. (NHS).

enfermera en el Caribe y 9724 enfermeras para ocupar los cargos, lo cual se tradujo en un déficit de 3322 puestos de enfermeras que quedaron vacantes (5).

Para el Caribe, capacitar la cantidad necesaria de enfermeras de nivel inicial para reemplazar los puestos dejados por enfermeras que han emigrado es un desafío. La tasa de formación de enfermeras es inferior al número de puestos laborales que se deben ocupar. Por ejemplo, 900 enfermeras emigraron del Caribe durante un período de tres años (2001-2003); 1199 enfermeras se graduaron de escuelas de enfermería, lo cual representa una cobertura de sólo 36% de las vacantes proyectadas (4).

En general, los factores que influyen en la migración de enfermeras se denominan factores de expulsión y factores de atracción. Los factores de expulsión hacen que las enfermeras tomen la decisión de dejar sus países de origen, mientras que los factores de atracción son las condiciones que hacen que otro país resulte más promisorio. Se han identificado distintos factores de expulsión que hacen que las enfermeras caribeñas emigren. Entre otros, se cuentan los motivos económicos, malas condiciones laborales, falta de oportunidades de desarrollo profesional, falta de oportunidades de ascensos laborales, la no participación en la toma de decisiones y la falta de apoyo de parte de los supervisores en los países de origen. Del mismo modo, las enfermeras jamaicanas han identificado los mejores paquetes de remuneraciones, mejores condiciones laborales y las oportunidades de desarrollo profesional como factores que las atraen hacia otros países (6). En Barbados, se cree que los patrones tradicionales de migración en el Caribe, la contratación activa por parte de agencias extranjeras y nacionales y el contacto personal con colegas que trabajan en otros países influyen en las migraciones.

La migración de enfermeras ha acaparado la atención de la comunidad de enfermeras de todo el mundo. En Belice, como en otros países, las enfermeras extranjeras desempeñan un rol clave en la prestación de servicios de salud. El propósito de este informe es analizar las migraciones de enfermeras en la actualidad en Belice, utilizando las pautas creadas por la OPS y la OMS. Más específicamente, el informe:

- discute las tendencias generales de migraciones en Belice;
- describe la composición de la población de enfermeras activas y los factores relacionados con la educación de enfermeras en el país;
- analiza los patrones de migración de enfermeras en término de los factores que inciden en tal decisión;
- explica las normativas y leyes de inmigración que favorecen o restringen la migración de enfermeras;
- determina el impacto económico de la migración de enfermeras en los países de origen y destino, y
- analiza el impacto de la migración de enfermeras entre las enfermeras nacionales y extranjeras.

Se emplearon varios métodos para facilitar la recopilación de datos sobre migración de enfermeras en Belice. Se analizó la literatura internacional, regional y nacional relacionada con la migración de enfermeras. Entre los métodos de recopilación de información se cuentan entrevistas y discusiones con agentes clave de instituciones de salud de los sectores público y privado (anexo). Cuando fue posible, los entrevistados compartieron material documentado. El proceso facilitó el entendimiento de la situación de la migración de enfermeras y resultó ser una pieza fundamental para el análisis de problemas relacionados con migración de enfermeras en el ambiente laboral.

Se sostuvieron entrevistas telefónicas con enfermeras extranjeras que han emigrado hacia Estados Unidos. Se realizaron discusiones con enfermeras que estaban en el proceso de migrar con el fin de obtener empleo en otro país.

Las enfermeras extranjeras que trabajan en Belice expresaron su disposición a responder por escrito en lugar de sostener una discusión grupal con el autor del informe. Las preguntas fueron elaboradas a partir de las pautas del informe y fueron enviadas a veinte personas de cuatro hospitales públicos y privados.

Los factores limitantes que representaron desafíos importantes para elaborar este informe fueron los siguientes:

- falta de datos confiables sobre migración de enfermeras nacionales y extranjeras;
- falta de respuesta coordinada a la migración de enfermeras en Belice;
- falta de informes publicados e inéditos sobre la educación de enfermeras y las prácticas de enfermería en un contexto nacional;
- tener que confiar en las respuestas anecdóticas de participantes clave, y
- lenta respuesta a la solicitud de información documentada.

Tendencias generales de las migraciones

Las migraciones en Belice comenzaron a mediados del siglo diecisiete, con las primeras colonizaciones británicas, cuando la población indígena ya se había reducido considerablemente (7). Las postrimerías del siglo XVIII y el siglo XIX se caracterizaron por la importación de esclavos de descendencia africana. En la década de 1840, los Garifuna, que habían escapado del colonialismo británico y francés en St. Vincent, se establecieron en el pueblo costero de Dangriga, al sur de Belice. En el período comprendido entre 1847 y 1855 comenzaron a llegar miles de refugiados Maya y mestizos que habían huido a Belice debido a la Guerra de Castas en la península de Yucatán (7).

Belice es una ex-colonia británica que se independizó en 1981. Es la única nación anglófona en Centroamérica, aunque el español es una lengua prominente en todo el país. Limita al norte con México, al este con el mar Caribe y al oeste y al sur con Guatemala. Las estructuras políticas, las tendencias culturales y la economía de Belice son más similares a las de los países anglófonos del Caribe. Una encuesta sobre el ámbito laboral realizada en abril de 2007, determinó que la población aproximada de Belice es de 309 760 personas, con un 45% de la población menor de 18 años (8).

En el año 2000, la población extranjera ascendía a 34 276, lo cual corresponde a un aumento de 34% respecto de 1991. Los inmigrantes de Estados Unidos y México representan un 12% de la población, con cifras menores en los casos de nativos de China, Taiwán y otras nacionalidades. Existe un patrón de migración regional en el cual la mayoría de las poblaciones extranjeras son de Centroamérica. La cantidad de centroamericanos que vive en Belice aumentó de 74% en 1991 a 76% en 2000 (9). Los expertos en estadísticas creen que un patrón de inmigración a un país tercermundista puede explicar ciertas discrepancias en los números de quienes declararon haber inmigrado a Belice antes de 1980. En general, se entiende que los inmigrantes ven a Belice como el paso previo para llegar a Estados Unidos y Canadá (9).

En su informe de inmigración, el Instituto Estadístico señaló que los datos de emigración están mal estimados debido a dos razones: (a) falta de información sobre hogares completos que han migrado y (b) el hecho que no se realizó o no existió voluntad para generar información sobre migraciones, especialmente si los integrantes del núcleo familiar no son residentes legales en el país al cual emigraron (9). No obstante, las tasas de emigración han disminuido de 3050 durante la década de 1980 a 2181 en la década de 1990. La mayoría de los emigrantes se trasladaron a Estados Unidos y sólo un 5% se dirigió a Centroamérica.

Los datos de la Oficina de Censos de Estados Unidos registran 8860 inmigrantes beliceños en 1970, con un aumento en un período de 2,25 décadas de 46 517 (tabla 1.1) (10). Las características de los emigrantes beliceños son interesantes en el sentido de que son principalmente mujeres (55%), 51% tiene entre 15 y 24 años de edad y 20% tiene entre 25 y 34 años. Los datos sugieren que Belice está perdiendo un alto número de ciudadanos que se encuentran en sus años de productividad. Aun más interesante es el hecho de que la mayoría de los emigrantes han completado la educación secundaria o superior para cuando se van de Belice. Esto perpetúa la fuga de cerebros (*brain drain syndrome*) que es común en países en vías de desarrollo.

Tabla 1.1: Población extranjera originaria de Centroamérica en Estados Unidos de 1970 a 2004

País	1970	1980	1990	2000	2004
Belice	8860	14 436	29 957	40 150	46 517
Costa Rica	16 691	29 639	43 530	71 870	120 316
El Salvador	15 717	94 447	465 433	817 335	1 201 002
Guatemala	17 356	63 073	225 739	480 665	698 745
Honduras	19 118	39 154	108 923	282 850	407 994
Nicaragua	16 125	44 166	168 659	220 335	248 735
Panamá	20 046	60 740	85 737	105 175	113 053
TOTAL	113 913	345 655	1 127 978	2 018 380	2 836 362

Fuente: Oficina de Censos de Estados Unidos, 2000.

Población activa de enfermeras

El Ministerio de Salud es el principal proveedor de atención médica en Belice, lo cual se realiza a través de seis distritos administrativos: Corozal, Orange Walk, Belice, Cayo, Stann Creek y Toledo. Hay varias instalaciones de atención gubernamentales, las cuales incluyen un hospital de derivaciones nacional, tres hospitales regionales y tres hospitales a nivel distrital. Se ofrecen servicios de atención primaria en 37 centros de salud que incluyen tres policlínicos de nivel 2 y nueve policlínicos de nivel 1. Las comunidades rurales reciben atención en 43 postas de salud atendidas por enfermeras rurales (*rural health nurses*). En el sector privado, hay dos hospitales en la Ciudad de Belice, uno en Cayo y uno en Toledo.

Las enfermeras constituyen el mayor grupo de profesionales de la salud y representan el 66,25% de tales profesionales en el país. El Ministerio de Salud da empleo a aproximadamente 434 enfermeras que cumplen funciones en hospitales y clínicas del sector público de todo el país. De ese total, 286 son enfermeras tituladas (*registered nurses*), 65 de las cuales están certificadas para cumplir funciones como enfermeras practicantes de psiquiátrica, enfermeras de salud pública, enfermeras anestestistas, enfermeras de salas de operaciones y una enfermera en oftalmología. Aproximadamente 39 enfermeras practicantes cumplen una labor clave en la prestación de servicios de salud junto con 54 que han recibido capacitación como enfermeras rurales.

La escasez de enfermeras está afectando a instituciones de todo el país. Hay informes de distintas partes de la nación sobre personal experimentado que ha sido contratado para trabajar en Estados Unidos, el Reino Unido y Canadá. Las enfermeras además se jubilan a la edad de 55 años según lo establecen las Normativas del Servicio Público, mientras que otras se trasladan a cargos de enfermería o de otro tipo más atractivos dentro del país. A pesar de los esfuerzos realizados para contratar personal, existen puestos vacantes en todas las áreas, los cuales se mantienen debido al desgaste continuo y al alejamiento de las enfermeras extranjeras al término del período de contratación.

El Esquema Nacional de Seguros de Salud ha sido implementado en regiones centrales y meridionales, en donde se ha ofrecido al público niveles óptimos de servicios de salud. A fin de mantener este programa y facilitar la implementación a nivel nacional, se necesitará de más enfermeras. Las proyecciones indican que se requerirán 900 enfermeras para prestar servicios profesionales en hospitales y clínicas de atención primaria durante los próximos años (11). Si las proyecciones son correctas, las instituciones de atención de salud enfrentarán un desafío aun mayor para aumentar el número de enfermeras en 50%.

Cuando los países en vías de desarrollo pierden enfermeras, se hace más difícil implementar programas en un plazo constante libre de obstáculos. Los recursos humanos juegan un papel fundamental para cumplir con lo establecido en las Metas de Desarrollo del Milenio y la actualización de los servicios de salud para implementar servicios de atención preventiva y curativa para enfermedades crónicas no contagiosas. Se sabe que el número y la calidad de los recursos humanos se relaciona directamente con el éxito de los

programas de salud primaria, las inmunizaciones y los servicios de atención óptimos para mujeres y niños (12). La disponibilidad de profesionales de la salud se determina utilizando la densidad de los recursos humanos por 10 000, lo cual se desglosa en niveles bajo (18,4), mediano (27,7) y alto (122,6). Los países que se sitúan por debajo del estándar mínimo de 25 enfermeras (por cada 10 000 personas) no llegarán a la meta de tener un 80% de nacimientos asistidos por una enfermera profesional (12). Se puede categorizar a Belice como un país de baja densidad debido a que se dice que la tasa de enfermeras se sitúa en el rango de 15 a 17,1 enfermeras, lo cual está por debajo de la norma mínima de 18,4.

Educación de enfermeras

La capacitación formal de enfermeras comenzó en 1894 en el antiguo Hospital de la Ciudad de Belice en Eve Street. En 1892, la presencia de la fiebre amarilla y otros problemas en la colonia británica llevó a la presentación de una propuesta al Consejo Legislativo para establecer una capacitación formal para enfermeras. La educación de enfermeras comenzó formalmente en 1894 y ha evolucionado en el tiempo con el desarrollo constante del currículum para satisfacer las necesidades en materia de salud de Belice y de la Región. En 1982, se instauró oficialmente un currículum de tres años para capacitar enfermeras profesionales (13).

El Consejo Regional de Enfermeras (*Regional Nursing Body*), constituido por las Enfermeras Jefe de Gobierno (*Chief Nursing Officers*) de la comunidad caribeña, se fundó en 1972 para “establecer los estándares educativos en la Región” (13). Tras ello, se crearon los Exámenes Regionales para la Certificación de Enfermeras (*Regional Examinations for Nurse Registration o RENR*, por su sigla en inglés) para homogeneizar el nivel de preparación educacional de las enfermeras de la Región y posibilitar el libre desplazamiento de enfermeras por razones laborales entre países caribeños participantes. Desde 1991, las estudiantes de enfermería de Belice han rendido los RENR, lo cual es un requisito para obtener la certificación otorgada por el Consejo de Enfermeras y Matronas de Belice (*Nurses & Midwives Council of Belize*).

Con el patrocinio del Ministerio de Salud, la Escuela de Enfermería Bliss graduó un promedio de 30 enfermeras profesionales, 15 matronas y 30 enfermeras de nivel inicial (*practical nurses*) anualmente. Las estudiantes recibían estipendios mensuales de US\$ 200, colegiatura gratuita, casa y comida en el hogar creado por el Baron Bliss Trust para complementar el sistema de aprendices que era parte de la educación de las enfermeras.

El 1 de abril de 2000, se transfirió la responsabilidad de la educación de enfermeras del Ministerio de Salud al Ministerio de Educación. La Universidad de Belice nació a partir de la fusión de cinco instituciones de educación terciaria. Los formadores de enfermeras de la Escuela de Enfermería Bliss y las líderes de las enfermeras tuvieron éxito en su lucha por establecer un nuevo currículum para las enfermeras profesionales. El currículum fue elevado a la categoría de bachillerato para respetar las disposiciones del Colegio Regional de Enfermeras en cuanto a que el grado de bachiller sea el nivel mínimo de una enfermera profesional en el año 2011. Los programas que ofrece la Facultad de Enfermería de la Universidad de Belice son:

- Enfermería de Nivel Inicial: 3 semestres
- Enfermería Rural: 6 semestres
- Partería Intermedia: 3 semestres
- Bachillerato: 8 semestres

El proceso de fusión fue una gran oportunidad para actualizar la calidad de los estudios de enfermería y para mejorar la imagen de las enfermeras. Sin embargo, ocurrieron cambios graves que redujeron el número de postulantes al programa. Se eliminaron los beneficios de escolaridad gratuita, comida y alojamiento; se ofrecieron unas pocas becas, pero el número de postulantes al programa disminuyó. Las estudiantes deben someterse a horarios extenuantes debido a la necesidad de trabajar a medio tiempo y asistir a clases. Las enfermeras practicantes también cursan asignaturas en la Universidad de Belice para

prepararse a fin de avanzar en sus carreras profesionales. No obstante, deben enfrentar el desafío de tener que trabajar a tiempo completo y mantener un equilibrio entre el trabajo y los compromisos familiares.

Hasta la actualidad, los gestores de los servicios de salud siguen mostrándose reacios a otorgar horarios de trabajo adecuados a las enfermeras a fin de que puedan completar sus estudios y obtener certificados de matronas. Este es un fenómeno interesante si se considera que las enfermeras realizan el 95% de los partos en Belice. En segundo término, la preparación de las enfermeras a nivel de grado universitario es fundamental para asegurar la gestación de enfermeras con la capacidad de pensar en forma analítica y que puedan realizar estudios de posgrado con especialización.

Entre 2000 y 2003, hubo un ingreso promedio de 18 estudiantes de pregrado por año, sin embargo es posible que la tendencia se esté revirtiendo pues ciertos informes señalan que 40 enfermeras ingresaron al programa en 2006 (tabla 1.2).

Tabla 1.2: Ingreso de estudiantes de enfermería y graduados de la Universidad de Belice

Año	Ingreso	No. de estudiantes	Especialización	No. de graduados
2000	Bachiller ciencias enf.	21	Profesional	21
	Partería práctica	32		
2001	Bachiller ciencias enf.	19	Profesional	16
	Partería (RN)	12	Partería practicante	29
	Enfermería nivel inicial	18		
2002	Bachiller ciencias enf.	15		
	Enfermería nivel inicial	11		
2003	Bachiller ciencias enf.	18	Profesional	24
	Enfermería nivel inicial	24	Practicante	6
	Enfermería pract. psiq.	13	Partería (RN)	11
			Salud rural	1
2004	Bachiller ciencias enf.	22	Bachiller ciencias enf.	10
	Enfermería nivel inicial	13	Practicante	8
2005	Bachiller ciencias enf.	25	Enfermería pract. psiq.	12
	Enfermería pract. psiq.	1	Bachiller ciencias enf.	8
	Enfermería nivel inicial	16	Practicante	13
2006	Partería (RN)	23		
	Bachiller ciencias enf.	40	Bachiller ciencias enf.	7
	Practicante	17	Practicante	19
			Partería	23

Fuente: MdS, 2006.

Aunque un ingreso de 40 estudiantes al programa de pregrado en enfermería en la Universidad de Belice es estimulante, es claramente inadecuado para satisfacer la necesidad de contar con 286 enfermeras tituladas y 363 enfermeras practicantes avanzadas (*advanced practice nurses*). El ingreso de 80 estudiantes al programa de pregrado en 2008 y en forma constante hasta 2012, podría significar que para 2016 se cuente con 400 enfermeras tituladas. Esto no augura la solución inmediata a las actuales necesidades de contratación, pero podría usarse como estrategia de largo plazo para solucionar el problema de la escasez de enfermeras en Belice.

Según la información proporcionada por la Universidad de Belice, al menos 50% de los estudiantes cubren sus propios gastos. Las becas son entregadas principalmente por el Gobierno de la Nación, y unos pocos estudiantes aprovechan las becas de trabajo que ofrece la Universidad de Belice. El costo de escolaridad del programa de pregrado en enfermería (135 créditos a un valor de US\$ 45 por crédito) asciende a US\$ 6075. Entre los gastos adicionales se incluyen los libros y los cargos anuales de la universidad, lo cual corresponde a US\$ 200 aproximadamente. El ingreso per cápita según informa el Banco Centra es de US\$ 7623 (14). A pesar de que los estudios de enfermería son relativamente baratos, el ingreso per cápita de la mayoría de las familias hace imposible solventar el costo de la educación terciaria.

La Facultad de Enfermería de la Universidad de Belice da cuenta de una escasez de docentes calificados de enfermería. La Enfermera Jefe de Gobierno, en un memorando enviado al gabinete en 2006, señaló que:

La Universidad de Belice reúne todas las condiciones para capacitar a todas las enfermeras que requiera el país. Sin embargo, se necesitan recursos económicos y humanos adicionales para gestionar programas de enfermería acelerados si se busca generar una cantidad adecuada de enfermeras para satisfacer las necesidades de los sectores público y privado en virtud de la implementación en todo el país del Seguro de Salud Nacional y del desgaste de las enfermeras actualmente en servicio (15).

Al momento de la fusión, la mayoría de los docentes de la Escuela de Enfermería poseían diplomas en el área de la educación en estudios de enfermería, con un bajo número de enfermeras certificadas al nivel de bachillerato. A pesar de los compromisos previamente adquiridos por el Ministerio de Educación para apoyar la obtención de grados de magíster por parte de los docentes, las autoridades posteriores en la jerarquía de la universidad no respetaron este compromiso. Esto produjo el éxodo de enfermeras experimentadas que cumplían funciones docentes y que ahora se encuentran trabajando y realizando estudios superiores en Estados Unidos. Hay aproximadamente siete docentes en la Facultad de Enfermería que están capacitados al nivel de magíster y que son responsables de dictar todas las asignaturas y realizar la supervisión clínica de las estudiantes. A la fecha, no hay docentes de la Facultad de Enfermería que posean formación al nivel de doctorado.

Aparte del hecho de que la universidad no ha podido contratar docentes de enfermería a nivel local, tampoco ha mostrado disposición para invertir en la educación de docentes de enfermería a nivel de magíster o doctorado. Esto significa que la universidad no podrá responder a las necesidades de capacitación necesarias para generar el número de enfermeras tituladas y al nivel requerido para la prestación de servicios de salud en Belice.

Tendencias en la migración de enfermeras

El Registro del Consejo de Enfermeras y Matronas de Belice muestra que 187 enfermeras extranjeras han recibido certificaciones. La mayoría de las enfermeras extranjeras son nigerianas, y más de 110 se han inscrito en el Consejo. Con la excepción de tres hombres, la mayoría son mujeres extranjeras de entre 30 y 50 años de edad, y en su mayoría son enfermeras tituladas, salvo unas pocas enfermeras practicantes que se desempeñan en salas de operaciones.

Tabla 1.3: Países de origen y el número de enfermeras procedentes de ellos

País	No. de enfermeras	País	No. de enfermeras
Canadá	4	India	6
China	1	Inglaterra	2
Cuba	3	Jamaica	4
Estados Unidos	11	Nicaragua	15
Filipinas	1	Nigeria	110
Guatemala	5	Trinidad	1
Guyana	24		

El Consejo no puede verificar el número de enfermeras que regresan a sus países o emigran a otros países. De todos modos, constantemente se solicita la revisión de títulos para enviarlos a agencias internacionales de contratación. Una lectura acuciosa de la lista, muestra que de 109 verificaciones aproximadamente 25% eran enfermeras extranjeras que, posteriormente, emigraron a Estados Unidos, Canadá y el Reino Unido. De las 98 enfermeras nacionales que aparecen en la lista, 88 han emigrado y las otras 10 tienen planes de incorporarse al mundo laboral de enfermeras en otros países en 2008 y 2009.

Los datos obtenidos de ciertas instituciones de salud señalan que 153 enfermeras extranjeras constituyen aproximadamente 43% de las enfermeras activas en Belice (tabla 1.4).

Tabla 1.4: Número de enfermeras extranjeras en lugares de trabajo especificados

No.	Lugar de trabajo	No. de enfermeras extranjeras	País de origen	No. total de enfermeras beliceñas
1.	Referral Hospital	64	Nigeria, Nicaragua, Guyana, Cuba, India	99
2.	Central Health Region	5	Nigeria, Nicaragua, Guyana	42
3.	Corozal Community	5	Nigeria, Guyana	23
4.	Northern Regional	14	Nigeria, Guyana, Nicaragua	48
5.	Western Regional	9	Nigeria, Guyana, Cuba	41
6.	San Ignacio Community	6	Guatemala, Nigeria, Cuba	17
7.	Southern Regional	25	Cuba, Nigeria, Guyana	23
8.	Punta Gorda	5	Nicaragua, Nigeria	11
9.	Hospital privado (a)	10	Cuba, Guyana, Nicaragua, Guatemala, Nigeria	3
10.	Hospital privado (b)	10	Inglaterra, Guatemala, Nigeria, Guyana, Nicaragua	16
Total		153		323

El hospital de derivaciones de Belice se ve especialmente afectado por la partida constante de enfermeras beliceñas. Se dio cuenta de una tasa de desgaste del 6% en 2001, lo cual aumentó a más de 12% en 2004. En la actualidad, más de 39% de las enfermeras son extranjeras. Algo similar ocurre en Southern Regional Hospital, con 52% (25) de enfermeras extranjeras.

Razones de la migración de enfermeras

El análisis realizado con coordinadores de enfermeras y funcionarios de recursos humanos respecto de las razones por las cuales las enfermeras beliceñas migran a otros países arrojó respuestas similares en todo el país. Se encontraron las siguientes respuestas para la migración de enfermeras nacionales:

- La contratación activa por parte de agencias internacionales aumentó el interés en inmigrar.
- Las agencias internacionales facilitan las cosas: ayudan en el preparación de exámenes, simplifican los preparativos para viajar a otro país para tomar exámenes de certificación y ayudan a encontrar un lugar donde vivir.
- Se les ofrece la oportunidad de emigrar a otro país con sus familias.
- El costo de los exámenes no se cobra en el Reino Unido.
- Se reconocen los títulos del Consejo de Enfermeras y Matronas de Belice en otros países.
- Emigran por razones económicas, pues los sueldos son mucho más altos, lo cual permite pagar préstamos adeudados, comprar una casa y un auto propios.

- Buscan cursar estudios de enfermería superiores en áreas de especialización. En Belice no existen tales posibilidades ni becas. Los empleadores de los países de acogida les reembolsan el valor de la escolaridad.
- La migración les permite optar a mejores expectativas de progreso gracias a las oportunidades de capacitación que ofrecen los lugares de trabajo.
- Los lugares de trabajo de Belice son estresantes y existe un grado de insatisfacción generalizado con las condiciones laborales y la falta de seguro médico.
- Las relaciones entre la dirección y el personal son malas, y las enfermeras sienten que los directores son insensibles a sus necesidades.
- Se experimentan altos niveles de agotamiento debido a la escasez crónica de enfermeras y a la falta de compensación y reconocimiento por realizar su trabajo en condiciones tan adversas.
- Insatisfacción con los estilos de liderazgo y gestión. Las enfermeras han expresado su insatisfacción con la falta de inclusión en el proceso de toma de decisiones en asuntos que afectan la labor de enfermería.
- Las enfermeras de salas de operaciones se sienten frustradas por la falta de un programa sólido de seguridad ocupacional para monitorear los niveles de ventilación y gases sanguíneos en las salas de operaciones. En general, las enfermeras se sienten preocupadas por la falta de equipos protectores en áreas de alto riesgo, lo cual las expone gravemente a lesiones en sus lugares de trabajo.
- Todas expresan su frustración por la falta de apoyo de parte de los coordinadores de enfermeras para solucionar sus problemas.

La contratación activa de enfermeras beliceñas comenzó en 2001, cuando una empresa de contratación estadounidense llegó a Belice para entrevistar enfermeras interesadas. Las enfermeras pagaron aproximadamente US\$ 500 por el material necesario para prepararse para los exámenes de certificación NCLEX y otros gastos. La agencia desapareció y las enfermeras comenzaron a buscar otras agencias y opciones. En la actualidad, se ha establecido un grado de confianza con la agencia de contratación O'Grady Peyton International. Las enfermeras señalan que O'Grady Peyton cumple sus promesas de realizar un procesamiento total de los trámites de inmigración, de ofrecer recursos por Internet que aseguren éxito en los exámenes NCLEX, de entregar capacitación adicional en los lugares de trabajo y de ofrecer varias opciones de empleo como enfermera.

Se entregó un cuestionario a veinte enfermeras extranjeras de instituciones de salud a nivel urbano y distrital, en el cual se les solicitaba que explicaran las razones por las cuales inmigran a Belice. Al igual que las enfermeras beliceñas, las enfermeras extranjeras emigran por razones económicas, para educar a sus hijos y para mantener a sus familias. Otras razones mencionadas son la oportunidad de aprender sobre los sistemas de salud de otros países y enfrentar nuevas experiencias en un entorno tecnológicamente superior (tabla 1.5).

Tabla 1.5: Razones por las cuales las enfermeras extranjeras inmigran a Belice

- (1) Una relación personal me llevó a buscar empleo en Belice.
- (2) Falta de oportunidades laborales en Nigeria debido a la alta población.
- (3) Vine a trabajar como matrona porque el país tiene escasez de matronas.
- (4) Una amiga que trabaja aquí me instó a trabajar en Belice.
- (5) Quería aprender sobre el sistema de salud de otro país.
- (6) No tenía trabajo en mi país y necesitaba un cambio.
- (7) Vine para mejorar mi situación económica: para mejorar la educación de mis hijos, para ayudar económicamente a mi familia en mi país.
- (8) Vine como voluntaria en un acuerdo mutuo entre mi país y Belice.
- (9) Buscaba una oportunidad para participar en un entorno profesional de mayor nivel y usar equipos modernos. Hasta el momento, eso no ha ocurrido.
- (10) Los sueldos de Belice son más altos que los sueldos de mi país.
- (11) La pobreza, los bajos sueldos y el deseo de desarrollo personal me trajeron a trabajar en Belice.
- (12) Quiero adquirir más conocimiento sobre la profesión de enfermera y buscaba un cambio de ambiente.
- (13) Quiero viajar por países caribeños.
- (14) Belice está cerca de Estados Unidos y me gustaría desarrollar mis habilidades tecnológicas.
- (15) Quería tener la experiencia de trabajar con gente de otro país.
- (16) Estaba cesante en mi país y necesitaba un cambio.
- (17) Vine para mejorar mi situación económica: para mejorar la educación de mis hijos y para ayudar económicamente a mi familia en mi país.

Pautas y normativas de la migración

El ejercicio de la profesión de enfermería se rige por las Normas del Consejo de Enfermeras y Matronas, el cual obedece al Instrumento Legal N° 5 de 1989 de la Ley de Registro de Enfermeras y Matronas (*Nurse & Midwives Registration Act*), Capítulo 321 de las Leyes de Belice, edición revisada en 1990 (16). Estas pautas rigen la prestación, el suministro y la gestión de los servicios de enfermería por parte de enfermeras tituladas (*registered nurses*), enfermeras rurales (*rural health nurses*) y enfermeras practicantes avanzadas (*advanced practical nurses*).

En la actualidad, con la llegada del CARICOM *Single Market and Economy* (o CSME, por su sigla en inglés), el cual permite el libre desplazamiento de enfermeras por el Caribe, las pautas y normas para el ejercicio de la enfermería se están homologando en todos los estados miembros de la Comunidad del Caribe. Las pautas y normas comunes a ellos están descritas en lo que se conoce como el Proyecto Nacional (*Domestic Bill*) o simplemente *the Bill*.

A los profesionales extranjeros se les autoriza a ejercer la profesión en Belice en virtud de lo establecido en la Ley de Registro conocida como *Licensure by Endorsement* (sección 4.2), la cual señala que:

“Los profesionales egresados de programas acreditados que posean títulos de otros países o territorios podrán optar a una certificación por aprobación en Belice si los requisitos educacionales que prevalecen en otros países son sustancialmente equivalentes a los de Belice al momento de la graduación del postulante y si el postulante alcanza el estándar de aprobación mínimo establecido por el Consejo para exámenes de certificación” (16).

Esta cláusula presenta desafíos importantes para la aplicación de los criterios relacionados con la idoneidad de las enfermeras que solicitan la validación de sus títulos. No existe un sistema estructurado y formalizado para facilitar la validación de *currículum vitae* y de títulos extranjeros.

El Registro del Consejo de Enfermeras y Matronas confirma que es difícil convalidar títulos. Por ejemplo, no se tiene respuestas cuando se realizan llamadas telefónicas internacionales a escuelas de enfermería y no se ha especificado un método de convalidación. Esto presenta un dilema para el Consejo, el cual no puede procesar los antecedentes de tal número de postulantes. Además, hay una presión considerable de parte de los empleadores que desean un proceso expedito de revisión de antecedentes para llenar las vacantes que se desea cubrir con urgencia.

La oficina consiste en un registro y una secretaria que es supervisada por miembros del Consejo de Enfermeras. La Enfermera Jefe de Gobierno preside el consejo, el cual está integrado por docentes de enfermería, enfermeras en ejercicio, profesionales de la salud de la comunidad, la Asociación de Enfermeras de Belice y un miembro de la comunidad, los cuales se reúnen en forma periódica.

La Enfermera Jefe de Gobierno ha asegurado que este problema ya ha sido abordado por el Consejo Regional de Enfermeras (*Regional Nursing Body o RNB*, por su sigla en inglés). En discusiones recientes con la facción administrativa de RNB se acordó que, a fin de mantener los estándares óptimos para el ejercicio de la profesión y para proteger a la comunidad, se adoptarán medidas definitivas. Tales medidas consisten en la convalidación obligatoria para enfermeras extranjeras, lo cual deberá contar con la aprobación de todas las partes. Sin embargo, el consejo enfrentará una presión administrativa adicional, lo cual requerirá cambios estructurales para facilitar la implementación de esta nueva iniciativa.

También resulta de interés el reconocimiento por parte del Consejo de Enfermeras de que las enfermeras extranjeras emigran a Belice debido a varias razones. El consejo es consciente de que Belice es utilizado como el paso previo para llegar a países desarrollados, como Estados Unidos, el Reino Unido y Canadá. El Consejo de Enfermeras sabe que una certificación emitida por el Consejo de Enfermeras y Matronas de Belice goza de reconocimiento y es considerada como válida en países desarrollados. Esto facilita el traslado de ciudadanos extranjeros a países desarrollados por razones similares a las expresadas por las enfermeras beliceñas.

Acuerdo de cooperación en el área de la salud entre Belice y la República de Cuba

En virtud del acuerdo técnico de cooperación entre Belice y Cuba, los profesionales de la salud de ciertas áreas, como la enfermería, son enviados a Belice para trabajar en conjunto con sus colegas nacionales. El Gobierno de la República de Cuba acordó, entre otras cosas, facilitar el tránsito de recursos humanos necesarios para prestar atención médica integral en distintos recintos públicos de salud por un plazo de dos años. El Ministerio de Salud entrega estipendios de US\$ 250. Al término de su estadía, los profesionales regresan a Cuba.

Una búsqueda minuciosa del registro de enfermeras en el país da cuenta de sólo tres enfermeras cubanas. El registro del Consejo de Enfermeras y Matronas señaló que las enfermeras que trabajan en Belice en virtud del acuerdo de cooperación técnica no están bajo la supervisión del Consejo de Enfermeras, sino que quedan directamente bajo la tutela del Ministerio de Salud y del Ministerio de Inmigración.

En análisis con coordinadores de enfermeras del sector público, se descubrió que esto generó problemas administrativos de consideración. Debido a que el Consejo de Enfermeras no tiene potestad para controlar el desempeño del personal cubano, es difícil solicitar el traslado de profesionales desde los centros

de atención. Esto ha generado casos en que algunas enfermeras cubanas han circulado por el sistema de salud a pesar de las quejas de coordinadores de enfermeras.

Las enfermeras cubanas deben hablar inglés y se les imparten clases en inglés para asegurar un ejercicio seguro de la profesión en términos de comunicación, escritura y lectura de órdenes escritas y otros aspectos. Esto requiere de un monitoreo activo por parte de los miembros del equipo, quienes señalan que monitorear y cuidar a los pacientes junto a dificultades idiomáticas son tareas extenuantes.

Acuerdo entre los militares federales de la República Federal de Nigeria y el Gobierno de Belice en virtud del Esquema del Cuerpo de Asistencia Técnica (Technical Aid Corps Scheme)

Al igual que en el caso del acuerdo con Cuba, las enfermeras nigerianas están bajo la tutela del Ministerio de Salud. A diferencia de las cubanas, reciben un sueldo proporcional a sus capacidades y se les otorga la posibilidad de permanecer en Belice tras el término de sus funciones.

Lo más interesante es que desde el inicio de este acuerdo de cooperación técnica en la década de 1990, las enfermeras nigerianas viajan a Belice solas, en base a las recomendaciones realizadas por colegas nigerianas, y en la actualidad constituyen un porcentaje importante de la población de enfermeras extranjeras que cumplen funciones en Belice.

El Consejo de Enfermeras indica que las enfermeras nigerianas presentan sus antecedentes y, debido a la urgencia de percibir ingresos, a menudo se sienten contrariadas si no reciben de inmediato la convalidación. En análisis con Inmigración, se descubrió información relevante. Inmigración piensa que todas las enfermeras nigerianas ingresan a Belice en virtud del acuerdo de cooperación técnica y automáticamente emite permisos de trabajo cuando las enfermeras llegan al país. El Departamento de Inmigración no sabía que las enfermeras tenían que obtener una convalidación de sus títulos de parte del Consejo de Enfermeras antes de que se les entregara permisos de trabajo. Las expectativas de obtener la convalidación son altas y las conductas poco éticas se denuncian si alguien intenta eludir al Consejo de Enfermeras al solicitarle a una autoridad que instruya al Consejo a emitir una convalidación.

También resultó preocupante descubrir que se estaban realizando indagaciones en torno a denuncias de tráfico humano por parte de un grupo de enfermeras extranjeras. Las acusaciones fueron tomadas en serio por las autoridades pertinentes de Belice, quienes agotaron esfuerzos y descubrieron que las acusaciones no tenían fundamento. No obstante, la denuncia pone en alerta a la comunidad de enfermeras y a otras respecto del riesgo de contar con un sistema de migración de enfermeras no controlado y sin normativa, lo cual puede traducirse en la violación de sus derechos humanos en su periplo profesional por el mundo. Se necesitan normas de inmigración más estrictas para poner en práctica un sistema de monitoreo eficaz de las estrategias de contratación que se emplean en Belice a fin de identificar y eliminar las estrategias poco éticas e ilegales.

Impacto económico de las migraciones de enfermeras

Se puede apreciar el impacto económico de las migraciones de enfermeras desde varias perspectivas, entre las que se cuentan los beneficios para las enfermeras migratorias y para sus países de origen, y el costo para las instituciones contratantes. Las enfermeras que emigran hacia países desarrollados perciben mejores salarios, seguros de salud y otros beneficios integrados en un paquete económico. A las enfermeras nacionales también se les ofrece la oportunidad de emigrar con sus familias, lo cual significa una pérdida en la fuerza laboral, en la enseñanza y en el capital humano. Las enfermeras migratorias a menudo son profesionales que poseen experiencia y certificaciones de especialización en ciertas áreas de la enfermería.

Las enfermeras de Centroamérica, Nigeria y Guyana señalan que los sueldos en Belice son más altos que en sus países. Una enfermera titulada en Nicaragua percibe aproximadamente US\$ 225 al mes, lo cual es cuatro veces menos que el sueldo inicial en centros de salud de Belice. Las enfermeras nigerianas y guyanesas indican que ganan aproximadamente US\$ 410 al mes, lo cual es dos veces menos que el sueldo inicial en Belice. Una enfermera extranjera en Estados Unidos gana aproximadamente US\$ 44 000 al año (unos US\$ 3800 al mes), en comparación con los US\$ 33 000 que gana una enfermera que realizó sus estudios en Estados Unidos. Se cree que las enfermeras extranjeras perciben mejores sueldos debido a que son mayores, tienen más experiencia, trabajan más horas y cumplen funciones en estados donde los sueldos de enfermeras son más altos (3).

A nivel internacional, no hay informes que señalen que los costos de contratación por enfermera sean superiores a US\$ 35 000. Esto incluye el costo de trasladar las enfermeras a Estados Unidos para que tomen los exámenes de los consejos estatales y el costo de los programas de orientación que duran entre tres y seis meses. A nivel local, los coordinadores de la salud del sector público no han definido un valor monetario para la orientación continua de las nuevas enfermeras extranjeras contratadas. En el sector privado, se señala que los paquetes de contratación incluyen la entrega de alojamiento amoblado y una asignación por concepto de transporte con costo al recinto de salud de US\$ 5000 por enfermera contratada. El sector privado ofrece además seguro médico en el recinto a sus empleados. Todos los sectores señalan que se emplean horas de trabajo en cantidades considerables para ayudar a conseguir permisos de trabajo y convalidaciones de títulos para las enfermeras extranjeras.

El Banco Interamericano de Desarrollo señala que “los envíos de dinero a Latinoamérica y el Caribe (LAC) llegaron a US\$ 53,6 mil millones, convirtiendo a la Región en el mayor destinatario de envíos de dinero del mundo” (17). Los envíos a LAC son “fundamentales para la subsistencia de millones de familias y para la salud de muchas economías nacionales de la Región” (BID 2005). Se estima que Centroamérica recibió US\$ 7,8 mil millones, de los cuales Guatemala y El Salvador recibieron casi el 64%. Otros países, como Honduras y Nicaragua, recibieron cerca de mil millones de dólares, mientras que Panamá, Costa Rica y Belice quedaron más atrás con menos de US\$ 325 millones (18).

Las enfermeras migratorias de los países de LAC y Nigeria por lo general rehúsan declarar las verdaderas cantidades de dinero que envían a sus familias. Tal renuencia quedó manifiesta en el Informe del Censo (2000), el cual señala que las personas tendían a rehusarse a entregar información (9). El informe agrega que hubo un alto porcentaje de preguntas sin respuesta, a pesar de que a los encuestados se les pedía que señalaran rangos de ingresos en lugar de las cifras exactas. Las enfermeras centroamericanas que trabajan en Belice declararon que envían entre US\$ 1800 y US\$ 3000 al año.

No se pudo verificar los envíos de dinero por parte de enfermeras beliceñas que trabajan en otros países. No obstante, las enfermeras nacionales señalaron que los sueldos más altos que perciben en esos países facilitan el pago de préstamos hipotecarios, préstamos automotrices, permiten mejorar la educación de sus hijos y cubrir otros gastos esenciales de sus familias en Belice. Por ende, es razonable pensar que los envíos de dinero por parte de enfermeras beliceñas significan un aporte significativo a la economía de Belice.

El Informe del BID se refiere a los envíos de dinero a nivel nacional y señala: “el impacto de los envíos de dinero en la economía y la población beliceños son relevantes: se estima que 15% de los beliceños han emigrado a Estados Unidos”. Menciona además señala que en 2005 “los envíos per cápita alcanzaron los US\$ 300 y al quinto país más alto en términos de volumen. Los envíos de dinero representan cerca de 9% del PNB y en 2004 el flujo (los envíos) correspondió a más de la mitad del ingreso generado por el turismo y a dos veces el valor de las dos principales exportaciones beliceñas en 2004: los camarones y el azúcar. En 2005, los ingresos por concepto de envío de dinero correspondieron a un cuarto de los ingresos totales por exportaciones” (17).

Resultados de las migraciones en los servicios de salud

Se consultó con enfermeras y a coordinadores de recursos humanos para determinar en qué forma la ausencia de enfermeras nacionales y la presencia de enfermeras extranjeras modifican la prestación de servicios de enfermería y la atención de salud. Las respuestas fueron muy variadas y demuestran la necesidad urgente de crear un enfoque de país para tratar el problema de la migración de enfermeras en Belice.

La migración de enfermeras nacionales crea un vacío en el sistema de salud

Las enfermeras que emigran son aquellas que han acumulado experiencia en la prestación de servicios de enfermería y poseen certificaciones en áreas de especialización.

La partida de enfermeras beliceñas expertas socava la iniciativa para crear una planificación de sucesoión y crear sistemas clínicos escalonados en el campo de la salud. La ausencia de enfermeras profesionales experimentadas causa la pérdida de modelos a seguir y de expertas que cumplen roles clave en la capacitación de enfermeras más jóvenes sin experiencia.

Las enfermeras inexpertas deben asumir puestos de liderazgo y gestión para los cuales no están preparadas en forma idónea. Esto disminuye la posibilidad de que la organización se comprometa con actividades que garanticen los resultados esperados en pacientes. Por consiguiente, las enfermeras más jóvenes comienzan a padecer de angustia moral y emocional, y manifiestan síntomas de fatiga, insuficiencia y otros síntomas de agotamiento. Esto genera nuevos ciclos de migración pues esas enfermeras escapan de lo que perciben como una situación de atrapamiento y se sienten atraídas por ambientes más estimulantes en países desarrollados.

Las enfermeras experimentadas de distintos entornos de la salud deben asumir pesadas cargas relacionadas con tareas y trabajo adicionales en condiciones de escasez grave de enfermeras. Por ejemplo, las enfermeras nacionales señalan que las enfermeras extranjeras por lo general no son capaces de realizar tareas por las cuales han recibido un título. Por consiguiente, se tienen que encargar de enseñar y capacitar a enfermeras extranjeras constantemente. Además deben supervisar continuamente los estándares de desempeño y asegurarse de que se preste una atención que respete las diferencias culturales de los pacientes. Las enfermeras señalan que tales actividades generan un ambiente laboral estresante y restringen el tiempo que se necesita para planificar el cuidado y la atención de pacientes. Esto se traduce en otro ciclo de migración en el país (hacia otras instituciones), así como inmigración internacional, pues las enfermeras buscan entornos laborales más relajados en donde trabajar.

El impacto de las enfermeras extranjeras en el sistema de salud de Belice

Las enfermeras extranjeras desempeñan papeles importantísimos para la prestación de servicios de salud oportunos, eficaces y significativos. Reemplazan al alto número de enfermeras nacionales que emigran a otros países y *sirven de apoyo a las enfermeras nacionales que están agotadas tras llevar la carga de la grave escasez de enfermeras.* Su incalculable aporte permite *eliminar la práctica de las horas extraordinarias obligatorias.* Comparten la carga de la escasez de enfermeras y están dispuestas a trabajar en turnos adicionales remunerados.

Lenguaje: (I) Se debe enfrentar desafíos en el lugar de trabajo debido a la forma de hablar de las enfermeras extranjeras. El idioma hablado, en términos de tono de voz y expresión, a menudo se considera irrespetuoso, lo cual crea niveles de frustración entre las colegas y los pacientes. (II) Las enfermeras extranjeras deben poseer un conocimiento funcional del inglés debido a que los documentos de los registros de los pacientes están, por lo general, en inglés. Las enfermeras deben tomar cursos de inglés que con frecuencia son subsidiados por la institución. Del mismo modo, se invita y estimula a las enfermeras nacionales para que tomen cursos de español debido al gran número de pacientes hispanoparlantes que llegan a los recintos de todo el país.

Cultura: Se discute ampliamente el tema de la prestación de una atención que respete la diversidad cultural. Los coordinadores de enfermeras opinan que hay un déficit en la atención y las prácticas de apoyo por parte de enfermeras nacionales y extranjeras. *Esto se ha atribuido a la frustración por parte de las enfermeras nacionales y a la falta de un programa sólido y formal de orientación para nuevos empleados en lo que se refiere a los entornos laborales en recintos de todo el país. (El hospital de derivaciones tiene un programa formal de orientación que dura un mes, el cual incluye el monitoreo interno del desempeño de nuevos empleados).*

Relaciones profesionales: Existen antecedentes de rivalidad entre las enfermeras nacionales y extranjeras, lo cual se puede debe a la sospecha y a las actitudes negativas imperantes. Las enfermeras nacionales piensan que las enfermeras extranjeras reciben remuneraciones más altas para el nivel de ingreso. Las enfermeras beliceñas que han trabajado por más años para alcanzar tales niveles de remuneraciones consideran que eso no es normal. La Enfermera Jefe de Gobierno y otros coordinadores niegan que exista un trato preferencial y señalan que las enfermeras extranjeras perciben remuneraciones acordes con sus niveles de preparación y años de experiencia.

Experiencias negativas de enfermeras extranjeras: Las enfermeras extranjeras son conscientes de las tensiones que existen en los lugares de trabajo y consideran que con frecuencia se las trata injustamente. No se les da el tiempo suficiente para adaptarse a la cultura organizacional y al ambiente laboral. Tienen grandes dificultades con la limitación de recursos en sus lugares de trabajo, la falta de oportunidades de capacitación y enfrentan dificultades con el idioma criollo que hablan sus colegas y pacientes en el trabajo (tabla 1.6).

Tabla 1.6: Factores negativos

No.	Factores negativos
1.	Hostilidad
2.	Ninguna
3.	Se intenta que ciertos comentarios desagradables e historias faltas pasen como auténticos
4.	Actitud poco colaboradora del personal beliceño
5.	Escasez de oportunidades de capacitación y aprendizaje
6.	Mala concepción del tiempo necesario para adaptarse a un ambiente de aprendizaje distinto
7.	Las enfermeras de nivel inicial no respetan a sus superiores extranjeras
8.	Dificultad para comprender el idioma criollo
9.	A veces se dice que las enfermeras beliceñas no quieren trabajar con las extranjeras
10.	Uno ruega para que el turno de ocho horas pase rápidamente
11.	Me siento mal después de trabajar un año sin una asignación uniforme. Trabajé por 12 meses sin llegar tarde, estar ausente o enfermarme, pero se me niega un beneficio como ese
12.	Las enfermeras requieren un trato especial pues prestan la mayor parte de la atención en los hospitales
13.	Las enfermeras extranjeras deben recibir un buen trato, pues Dios Todopoderoso nos creó a todos y no distingue por razas
14.	Se necesitan más oportunidades de capacitación
15.	Es difícil aceptar la limitación de recursos
16.	No se realiza educación de salud con la comunidad
17.	Me tuve que comprometer e improvisar
18.	No se hizo nada para ayudarnos en nuestros nuevos trabajos

Discusión

La escasez de enfermeras ha sido definida como “un desajuste entre la demanda de empleo y la oferta de empleo” (19). El mercado laboral de enfermeras está experimentando una escasez de recursos humanos y las instituciones de salud de Belice aún no se han comenzado a preparar para enfrentar el desafío de la reducción de los fondos comunes de contratación. Distintos factores de expulsión y atracción afectan a las enfermeras activas de Belice. Sin embargo, se deben considerar otros factores para la contratación y retención de enfermeras. La edad promedio de una enfermera llegará a 45 años en 2010 y se espera que permanezca en ese rango hasta 2020 (20). Las enfermeras extranjeras que trabajan en Belice tienen rangos de edad de entre 35 y 45 años. Otros factores a considerar son el aumento de enfermedades crónicas como el VIH/sida, la violencia de pandillas y el uso de armas, los accidentes automovilísticos y la gran intensidad de cuidados de enfermería que requieren esos pacientes.

Los factores que contribuyen a la migración de enfermeras en Belice son similares a los de otros países caribeños. Salmon, Yan Hewitt y Gossinger (2007) han descrito tales factores, los cuales corresponden a:

- números relativos de enfermeras que se van de la Región;
- el flujo migratorio sin solución de enfermeras;
- pérdida de enfermeras experimentadas;
- pérdida de docentes de enfermería;
- falta de capacidad educacional para reemplazar a las enfermeras desertoras;
- la imagen y condiciones de trabajo de las enfermeras en algunos países;
- contratación altamente agresiva de enfermeras por parte de empresas que representan a empleadores de otros países con escasez de enfermeras;
- mayor demanda de atención de calidad por parte de las nacionales, y
- mayor intensidad y complejidad del trabajo (4).

En el ámbito internacional también se considera la preocupación expresada respecto de la competencia de las enfermeras que han recibido su capacitación en el extranjero. Los coordinadores de enfermeras y otros agentes interesados deben asegurarse de que las enfermeras extranjeras clínicamente competentes y capaces de ofrecer una atención segura y de alta calidad. Las estrategias sugeridas por el Consejo Internacional de Enfermeras incluyen la orientación eficaz, la guía de profesionales nuevos por parte de profesionales experimentados y la supervisión.

En general, en los ámbitos laborales se discute el tema de los permisos de trabajo y las convalidaciones ya que las enfermeras nacionales deben lidiar con problemas de competencia y contratación. Sin embargo, hay dilemas éticos que no han sido analizados formalmente... *como la exclusión social de las enfermeras extranjeras y los ambientes sociales poco seguros*. Algunas enfermeras extranjeras denuncian que no tienen acceso a los beneficios de asignaciones uniformes, la posibilidad de acceder a educación continua y que se las trata como extrañas (lo cual normalmente se conoce como *enajenación del otro*). Por otro lado, las enfermeras beliceñas sienten que las enfermeras extranjeras trabajan en su contra y tienen actitudes de superioridad. La inequidad en el tratamiento de personas viola los derechos humanos. Drevdahl (2007) respalda el uso de los marcos de derechos humanos porque son universales, implican obligaciones o responsabilidades y permiten la participación de todos los interesados (2). Es fundamental establecer un proceso formal en todas las instituciones para eliminar las prácticas de marginalización.

Expectativas futuras

Los países caribeños han apoyado la creación de un programa sólido de migración controlada de enfermeras. Se crearon estrategias en una reunión técnica en Barbados en 2001 (21). Belice enfrenta el desafío

de usar las estrategias sugeridas para contratar y retener enfermeras nacionales y extranjeras en el campo profesional de la enfermería. Los problemas que describe el plan estratégico son los siguientes:

- términos y condiciones del servicio: seguridad laboral, violencia en el lugar de trabajo;
- remuneraciones;
- reconocimiento y valoración de la enfermería (mejorar la imagen de la enfermera);
- contratación, educación y capacitación;
- reforma del sector de la salud: Planificación, utilización y despliegue (reestructurar los servicios de enfermeras, planificación de recursos humanos, etc.), y
- sistemas ineficaces de administración (orientación hacia normas, cultura organizacional, etc.).

Bajo el liderazgo de la Enfermera Jefe de Gobierno, se realizó un análisis nacional de enfermeras titulado *National Nursing Review* (2007) para crear un paquete económico atractivo para enfermeras que trabajan en Belice (22). El *National Nursing Review* es la respuesta de Belice a las estrategias regionales que se generaron en la reunión técnica de Barbados. El *National Nursing Review* será enviado al Gobierno de Belice para:

- informar al Gobierno sobre los términos y condiciones de servicio que hay que mejorar, incluso la adopción de programas de bienestar ocupacional y seguridad para los ámbitos laborales de enfermeras;
- ofrecer al Gobierno estrategias para atraer, contratar, generar y retener enfermeras como parte de la Iniciativa para las Migraciones Controladas en la Región;
- restaurar la confianza en el sistema gubernamental al ofrecer remuneraciones y estructuras de beneficios realistas adecuadas a los antecedentes educacionales, experiencia y productividad de los miembros, y a su aporte a la comunidad como servicio esencial, y
- asegurar la contratación equitativa y condiciones laborales, lo cual incluye proyecciones profesionales, remuneraciones y beneficios equivalentes a funcionarios de reparticiones públicas con educación y capacitación similares (22).

Otras recomendaciones

- El Departamento de Inmigración y el Consejo de Enfermeras y Matronas debe establecer vínculos para compartir información que pueda fortalecer el proceso de convalidación de títulos y la emisión de permisos de trabajo a enfermeras.
- Se debe obtener fondos para fortalecer la estructura organizacional del Consejo de Enfermeras para satisfacer la alta demanda de regular la migración de enfermeras a través de la verificación de antecedentes.
- Se debe implementar de inmediato exámenes para convalidar títulos de enfermeras de países ajenos a CARICOM.
- Establecer un sistema de escalafón clínico para facilitar el progreso profesional de las enfermeras.
- Invertir en la preparación educacional de los docentes de enfermería a nivel de magíster y doctorado.
- Adaptar los principios clave establecidos por el Consejo Nacional de Enfermeras para asegurar la contratación ética de enfermeras extranjeras (23). El CNE ha alertado a las asociaciones nacionales de enfermeras respecto de los factores que pueden infringir los derechos de las enfermeras extranjeras. Esos factores están incluidos en los principios clave que se crearon para posibilitar la contratación ética de enfermeras extranjeras y deben incluir lo siguiente:

- Se debe instaurar la planificación, gestión y generación eficaces de recursos humanos para asegurar un equilibrio entre la oferta y la demanda de enfermeras.
- Los cuerpos reguladores deben asegurar el ejercicio de la profesión por parte de enfermeras que reúnen los estándares educacionales, competencias y normas procedimentales necesarios.
- Las enfermeras extranjeras tienen el derecho a esperar un trato justo, lo cual incluye condiciones laborales, ascensos y educación continua.
- Tienen el derecho a recibir remuneraciones igualitarias por realizar un trabajo de valor igualitario.
- Las enfermeras extranjeras deben tener acceso a procedimientos conciliatorios cuando se vulneren o quebranten sus derechos.
- Tienen el derecho a orientación, guía y supervisión adecuadas en el ámbito laboral.
- Las enfermeras extranjeras tienen el derecho a circular libremente si cumplen con las normas de inmigración y laborales del país contratante, con las obligaciones en sus países.

Referencias

1. Buchan J, Kingma M, Lorenzo FM. International migration of nurses: trends and policy implications. Issue Paper.
2. Drevdahl D, Dorcy KS. Exclusive inclusion: the violation of human rights and US immigration policy. *Advance in nursing science* 2007October/December; 30 (4) 290-302.
3. Polsky D, Ross SJ, Brush BI, Sochalski J. Trends in characteristics and country of origin among foreign-trained nurses in the United States, 1990 and 2000. *American Journal of Public Health*. 2007 May 97 (5) 895-899.
4. Salmon ME, Yan J, Hewitt H, Guisinger V. Managed Migration: the Caribbean approach to addressing nursing services capacity. *Health Service Research* 2007 June; 42:3 Part II; 1354-1372.
5. Yan J. Health Services Delivery: Reframing policies for global nursing migration in North America-a Caribbean perspective. *Policy, Politics & Nursing Practice*. 2006; suppl August.
6. Hewitt H. International Nursing Migration: A Review of lessons from Jamaica. 2005. June 30.
7. Bolland N. Struggles for freedom: essays on slavery, colonialism, and culture in the Caribbean and Central America. 1st ed. 259-311. Belize: Angelus Press.
8. Statistical Institute of Belize. Results of the labor force survey. 2007.
9. Statistical Institute of Belize. Population census: Major findings. 2000.
10. Mahler S, Ugrina D. Central America: Crossroads of the Americas. Florida International University. 2006; April. Available from www.migrationinformation.org.
11. Ministry of Health. Policy Analysis and Planning Unit. Memorandum N° 61. 2006.
12. Panamerican Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). Health in the Americas. (CD-ROM). Washington, D.C.: OPS/WHO; 2007.
13. Herrman E. Origins of tomorrow: a history of Belizean nursing education. 1985.
14. Central Bank of Belize. Table of major indicators 2000-2005. Available from www.centralbankofbelize.com.
15. Ministry of Health. Memorandum N° 61. 2006.
16. Nurses and Midwives Council of Belize Revised Act, Rules and Regulations. June 2003.
17. Inter-American Development Bank. LAC Remittances; 2006. Available from idbdocs.iadb.org.
18. Agunias D. Migration Policy Institute. Remittance trends in Central America. April 1, 2006. Available from efficient.biz/ibagua/content/view.
19. Oulton JA. The global nursing shortage: an overview of issues and actions. *Policy Polit Nurs Pract*;2006;7(3S):34S-39S.
20. Barclay L. Retaining older nurses in hospital practice: a newsmake interview with Barbara J. Hatcher; 2006. June 21. Available from www.medscape.com/viewarticle.
21. Ministry of Health Barbados, PAHO/WHO Office of the Caribbean Program Coordination and the Regional Nursing Body. Draft Report: Technical meeting on managed migration of skilled nursing personnel. 2001; April 23-24.
22. Ministry of Health, Nurses and Midwives Council of Belize. National nursing review: Belize; 2007. August.

23. International Council of Nurses. Position statement: ethical nurse recruitment; 2001. Available at www.icn.ch/psrecruit.

Anexo 1.A: Lista de entrevistados

1. Marjorie Joseph-Parks. Deputy Director of Health Service/Chief Nursing Officer. Ministry of Health.
2. Mavis Palacio RN. Nursing Director, Karl Heusner Memorial Hospital.
3. Laurel Grant. Human Resource Director, Karl Heusner Memorial Hospital.
4. Augustina Elijio. Psychiatric Nurse Practitioner, Ministry of Health.
5. Catherine Godinez. Registrar, Nurses & Midwives Council of Belize.
6. Ivorine Bulwer. Former Director of Nursing, Karl Heusner Memorial Hospital.
7. Dorothy Wade. Director of Nursing, Universal Healthcare Services.
8. Lenna Williams. Human Resource Manager, Universal Healthcare Services.
9. Horace Guzman. Immigration Department.
10. Mathilda Valentine. Matron, Dangriga Hospital.
11. Bernadette Rivas. Sister-in-charge, Belmopan Hospital.
12. Vionney Shepher. Ward Sister, Belmopan Hospital.
13. Kimberly Garcia. Sister-in-charge, Orange Walk Hospital.
14. Josephine Garnett. Sister-in-charge, San Ignacio Hospital.
15. Rossana Herstig. Sister-in-charge, Corozal Hospital.
16. Jessica Nunez. Sister-in-charge, Punta Gorda Hospital.

2. Costa Rica

Joyce Cabrera Sandoval³

Introducción

Esta investigación trata el tema de la migración de enfermeras en Costa Rica y responde a la iniciativa del proyecto del Programa de Enfermería, de la Unidad de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud en Washington, quienes han decidido analizar la migración de enfermeras de América Latina en los países de Nicaragua, Honduras, Guatemala, Belice, El Salvador, Costa Rica, República Dominicana, México y Puerto Rico.

Por tanto el propósito de este estudio es obtener un panorama regional sobre la migración de enfermeras en Costa Rica en cuanto a magnitud, características, posibles factores asociados, normas y tratados vinculados a la migración, aspectos económicos y posibles consecuencias de las migraciones en el país. Aspectos que responden a los seis ejes transversales trazados para lograr los objetivos propuestos, los cuales son: contexto de las migraciones, magnitud de la migración de enfermeras, razones y fines de la migración de enfermeras, regulación y políticas de migraciones, economía de las migraciones y consecuencias de las migraciones en los servicios de salud y el mercado de trabajo.

Material y método

Es una investigación de tipo exploratoria, cuanti-cualitativa, interpretativa y analítica, con fuentes primarias y secundarias. Las técnicas de recolección de datos fueron: búsqueda de documentos y datos estadísticos en internet, visitas a centros de documentación, entrevistas a actores claves, aplicación de cuestionarios por medio de la línea telefónica y correo electrónico.

Limitaciones

La principal limitación de este estudio recae en la falta de una información sistematizada, ordenada, lógica, continua y precisa de datos estadísticos concretamente relacionados con la migración de enfermeras/os.

Alcances

Este estudio permitió no sólo caracterizar sino también contextualizar el fenómeno migratorio de las/los enfermeras/os en Costa Rica. De ahí que la meta de producir un documento a nivel de país fuera logrado, el cual se constituye en un referente para estudios posteriores.

3. Licenciada en Enfermería, Especialista en Salud Mental, consultora independiente.

Contexto

Las migraciones en el continente latinoamericano

Tal como indica la CEPAL (1), la población latinoamericana es muy heterogénea en lo social, económico, cultural y étnico, lo cual hace rico y particular el fenómeno de las migraciones en este continente. Sin embargo señala que hay tres patrones que han dominado el tema de la migración en Latinoamérica: la inmigración de ultramar; el intercambio de personas entre los propios países de la Región; y la emigración hacia el exterior del continente y el Caribe. El 13% de la población total migrante internacional corresponde a la región latinoamericana, sólo en el año 2000 la CEPAL señala que 21 millones de personas se movilizaron, cifra que en el 2005 aumentó a 25 millones siendo el país con mayor atractivo para migrar los Estados Unidos.

La CEPAL señala un estimado del 4% de la población de América Latina y el Caribe en condición de emigrantes (3 millones) siendo México, Colombia y el Caribe los países con mayor salida, los inmigrantes registraron un 1%. Respecto a la migración interregional, la CEPAL menciona que hay 3 millones de personas movilizándose y los países de mayor atracción son Argentina, Venezuela y Costa Rica. No obstante se indica que hay países de destino como ciertos estados insulares del Caribe, México, Centroamérica y algunos del Cono Sur, que combinan condiciones de emisión-recepción y de tránsito-retorno según el caso. Además, la población migrante tiende a desplazarse fundamentalmente entre países geográficamente cercanos. Según los datos, generalmente la migración internacional de América Latina y el Caribe, tienen un sello caracterizado por la feminización, la concentración urbana, la migración de personal calificado entre países, la carencia habitacional de los migrantes y una tendencia importante a la inserción de trabajos domésticos.

Las migraciones en Costa Rica

El mapeo migratorio de Costa Rica se caracteriza principalmente por un movimiento eminentemente centroamericano, cuyo mayor segmento lo integra la población nicaragüense. Según el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE, División de Población de la CEPAL, alrededor del año 2000 Costa Rica contaba con una población inmigrante del 7,5% y 2,2% de emigrantes con respecto a la población total del país.

El Censo Nacional de Población del año 2000 determinó que el 7,78% de la población total costarricense correspondía a extranjeros/as, siendo los nicaragüenses los de mayor porcentaje con un 76,8% equivalente a 226 374, y de ese porcentaje el 47% eran mujeres. Asimismo se indicaba que la emigración para el 2000 era de 25 218 y para el 2001 de 22 423. Dichas cantidades son consideradas bajas debido a que Costa Rica no se conoce como un país expulsor; sin embargo el proyecto Estado de la Nación del 2000 destaca que en la década de 1990 el país tuvo un aumento del 65% de emigrantes calculado en 71 870. Los que salen se encaminan específicamente a Estados Unidos y el 40% corresponde a mujeres.

La Dirección General de Migración y Extranjería registró para el primer semestre del 2007 un total de 298 631 extranjeros/as legalizadas/os con residencia. Del total de residencias, 280 438 correspondían al continente latinoamericano y el Caribe, de esa cifra 222 990 eran de nicaragüenses, seguidas por colombianos y estadounidenses. En cuanto a asilados políticos se registran 136 personas; 7888 refugiados, de los cuales 6637 son de Colombia, 615 de Nicaragua, 507 de Cuba y 109 de Venezuela. El Centro de Población de la Universidad de Costa Rica, registró para el 2000, 336 529 inmigrantes de los cuales 258 498 eran nicaragüenses.

La migración de enfermeras

Emigrantes

Este apartado constituye el gran vacío de la presente investigación, ya que no existen datos estadísticos respecto a la migración de enfermeras/os. Al ser el Colegio de Enfermeras de Costa Rica el ente rector de la enfermería, se esperaba que en su base de datos hubiera un registro con el número de enfermeras/os que estarían laborando fuera del país; sin embargo el estudio evidenció que no es así. Aún con esa importante limitación se conoció por medio de un estudio relacionado con la fuerza de trabajo de enfermería en América Latina realizado por la OPS (2), que aproximadamente 100 enfermeras habrían emigrado entre el 2002 y 2003.

Asimismo un estudio para la OIT (3) evidenció en una muestra de 34 profesionales las siguientes características respecto a enfermeras/os emigrantes: cuatro profesionales laborando fuera; 24 profesionales realizando trámites para irse (algunas/os habían estado fuera pero no como enfermeras/os); y seis que habían ido y regresado. Los motivos que les impulsaban para irse eran de tipo laboral, ya que indicaron que la principal desventaja en el país es la contratación como técnicos y no profesionales; además porque afuera pagan mejores salarios, hay posibilidad de crecimiento profesional y personal, entre otros. Las desventajas de vivir fuera señaladas fueron: estrés, cansancio, labores fuertes, inestabilidad, horarios rotativos, desarraigo familiar y cultural, discriminación, el clima e idioma. En cuanto al viaje y la posibilidad de empleo en el país elegido, la mayoría mencionó que lo habían hecho por medio de intermediarios.

Inmigrantes

Según los registros del Colegio de Enfermeras de Costa Rica en el periodo comprendido entre 1997-2007, se han incorporado 145 profesionales extranjeras/os, cifra relativamente baja debido a que la misma significa un 5% respecto a los 2761 profesionales costarricenses incorporados en el periodo 2000-2007. De los/as 145 el 88% corresponde a mujeres y el 12% a hombres. En cuanto a la nacionalidad de la población inmigrante se comprueba que la mayoría proviene del continente latinoamericano, en donde la nacionalidad nicaragüense ocupa el primer lugar con un 28%, situación que coincide con los registros nacionales de inmigración debido a la cercanía limítrofe que ese país guarda con Costa Rica. Le siguen las nacionalidades colombiana con un 19%; panameña 16% y cubana 11%. El 25% restante responde a otras nacionalidades: Estados Unidos, Guatemala, Perú, El Salvador, Chile, Honduras, Ecuador, Venezuela, Brasil, China, España, Francia, México y República Dominicana.

En cuanto al título académico de la población inmigrante, la mayoría posee licenciatura con un 47%, bachillerato 44% y 9% maestría. Cabe resaltar que en Costa Rica la incorporación al Colegio de Enfermeras de Costa Rica es con el grado de bachiller, pero para optar por una plaza en el sector público, el título exigido es el de licenciatura; la maestría cuenta para efectos de carrera profesional en este mismo sector.

**Tabla 2.1: Enfermeras/os extranjeras/os en Costa Rica
Título académico por género, período 1997-2007**

Título académico	Mujeres	Hombres	Total	Porcentaje
Licenciatura	57	10	67	47
Bachillerato	55	6	61	43
Maestría	12	1	13	9
Otros	3	-	3	1
Total	128	17	145	100

Fuente: Colegio de Enfermeras de Costa Rica.

En lo que concierne a la edad, la mayoría de las/los enfermeras/os inmigrantes son personas adultas y en etapa productiva, así lo evidencia el 42% que se encuentra dentro del grupo de los 36 y 45 años, un 39% entre los 20 y 35 años y un 19% entre los 46 años y más.

Tabla 2.2: Enfermeras/os extranjeros en Costa Rica según edad, período 1997-2007

Edad	Mujeres	Hombres	Total	Porcentaje
20-35 años	48	7	55	39
36-45 años	52	8	60	42
46-55 años	18	2	20	14
56 y más	9	-	9	5
Total	127	17	145	100

Fuente: Colegio de Enfermeras de Costa Rica.

En cuanto al ámbito de trabajo donde ejercen las enfermeras/os extranjeras/os, se constató que la mayoría presta sus servicios en el sector público. En este aspecto el Reglamento de la Ley N° 2343⁴ del Colegio de Enfermeras de Costa Rica, establece en su artículo N° 70 un margen del 10% para emplear enfermeras/os extranjeras/os.

Tabla 2.3: Enfermeras/os extranjeras/os en Costa Rica Laborando en el sector público o privado, período 1997-2007

País	Sector público	Sector privado	No se sabe	Total
Nicaragua	25	11	4	40
Colombia	10	8	9	27
Panamá	10	8	5	23
Cuba	6	8	2	16
Otros	15	12	12	39
Total	66	47	32	145

Fuente: Colegio de Enfermeras de Costa Rica.

Razones y fines de la migración de enfermeras/os en Costa Rica

Los resultados obtenidos de un cuestionario aplicado a una muestra de 20 enfermeras/os inmigrantes, mostró los siguientes resultados. El criterio de selección para la muestra fue al azar, con base en el registro del Colegio de Enfermeras de Costa Rica. Del total de la muestra 18 fueron mujeres y dos hombres. Las nacionalidades de las/os participantes registraron: cuatro mujeres y un hombre nicaragüenses, cuatro colombianas, tres mujeres y un hombre panameños, tres cubanas, una peruana, dos mujeres chilenas. En cuanto al grado académico nueve tenían título de licenciatura, ocho de maestría (dos en Cuidados Intensivos y seis en Obstetricia) grado obtenido en Costa Rica; tres con bachillerato (ver tabla 2.4).

4. Ley Orgánica y Reglamento del Colegio de Enfermeras de Costa Rica, 1959.

Tabla 2.4: Población inmigrante entrevistada según género y grado académico, diciembre 2007

Sexo	Grado académico			Total
	Bachillerato	Licenciatura	Maestría	
Femenino	3	7	8	18
Masculino	-	2	-	2
Total	3	9	8	20

Fuente: Cuestionario aplicado en este estudio.

En cuanto a los factores impulsores que mediaron para dejar el país de origen, las/os encuestadas/os manifestaron diferentes razones que se clasificaron en cuatro tipos: familiar, político, académico y desempleo. Respecto a lo familiar el 60% indicó que vinieron a este país porque ya contaban con algún pariente y eso les facilitó radicarse; esta situación coincide con lo expuesto por Malvárez cuando indica “la elección del país de destino suele estar influida por la existencia de redes de familiares y de amigos que emigraron con anterioridad al mismo lugar” (4). Las/os que no tenían familiares inmigraron por situaciones conyugales específicamente: divorcio, separación o traslado laboral del esposo a Costa Rica. En el aspecto político, la muestra nicaragüense refirió que la guerra vivida en Nicaragua en 1989 fue el factor impulsor para emigrar, mientras que para las/os panameños fue el régimen militar de Manuel Noriega. En lo académico porque ganaron una beca; y en lo laboral porque estaban desempleados/as.

Respecto a las ventajas y desventajas encontradas en este país, las/os encuestadas/os manifestaron que son más las primeras que las segundas. Llama la atención que los términos descritos dentro de las ventajas, apuntan hacia un estilo de vida de desarrollo humano y social integral, ya que mencionaron: libertad, paz, salud, calidad de vida, comodidad, estabilidad, tranquilidad, acceso a préstamos bancarios, posibilidad de estudios para sí misma/o y sus hijos/as, practicar una religión sin restricción, asilo político, solidaridad, desarrollo personal, contar con un Colegio de Enfermeras que regula la profesión, ofrecimientos para laborar fuera del país y ser propietaria/o de bienes inmuebles.

Sobre las desventajas, estas guardan concordancia con aquellas que comúnmente afrontan las poblaciones migrantes en cualquier otro país, tales como la xenofobia e indiferencia, discriminación, trámites migratorios engorrosos y separación familiar y la contratación como auxiliares y no como profesionales, aún cuando el 80% de las/os entrevistadas/os laboraba como enfermeras/os en plazas fijas.

Refiriéndose a los aportes que la población extranjera le brinda al país, la totalidad respondió que sus contribuciones son muchas, tales como: cumplir con las obligaciones tributarias, proveer conocimientos científicos, tener pautas de comportamiento acordes con los principios jurídicos y sociales, transferencia cultural, ser productivos/as y colaboradores/as para que el país avance y traer la visión del país de origen. Dichos elementos se enmarcan dentro de lo que se conoce como las remesas “sociales”, término que las Naciones Unidas ha utilizado para referirse a todo agente de transformación política y social tanto de los países de origen como los de destino.

De igual forma el 100% de las/os entrevistadas/os manifestaron que viven con familiares tales como hijos/as, padre y madre, primas/os, sobrinas/os y esposo/a, es por eso que el 60% no tiene interés de volver a su país de origen. De las veinte personas entrevistadas el 90% tenía empleo y el 10% restante no trabajaba porque solo les ofrecen contratos como auxiliares. Del 90% que trabajaba el 20% lo hacía como auxiliar. Las razones por las que tomaron la decisión de salir de sus países, fueron: salarios no competitivos, subempleo, vida personal limitada por horarios extenuantes, falta de plazas y poco valor a la profesión.

Caracterización de la fuerza de trabajo de enfermería en Costa Rica

La población de enfermeras/os en el país reportada por el Colegio de Enfermeras de Costa Rica al finalizar el 2007 fue de 7398 profesionales y 11 187 auxiliares. El salario mínimo fijado por el Ministerio de Trabajo, al iniciar el 2008 era de US\$ 800 para licenciados; US\$ 680 para bachilleres; y US\$ 555 para auxiliares de enfermería.

Un estudio realizado en el 2003 (5), planteó que el 40% de 5011 incorporados al Colegio de Enfermeras de Costa Rica, tenía problemas de empleo, estimándose un 16% (800) en subempleo y un 24% (1200) en desempleo. Asimismo se indicaba que la Caja Costarricense del Seguro Social, CCSS (mayor ente empleador en el país) tenía contratados en el 2002 a 1917 licenciados en enfermería y 4426 auxiliares, cifras que significaban un 38% de profesionales y un 50% de auxiliares, es decir, por cada dos enfermeras habían cuatro auxiliares. En cuanto a la población extranjera se determinó que la misma llegaba a un 3% de enfermeras/os, en donde las nacionalidades nicaragüense y colombiana eran las de mayor inmigración. Asimismo el estudio denunciaba el éxodo de profesionales de enfermería hacia Estados Unidos y Canadá, pero sin brindar cifras.

Para el 2007 otro estudio auspiciado por la OIT, OMS y OIM, investigó la Migración de los Trabajadores de Salud en Costa Rica (3); en él se plasmaba un panorama laboral difícil para enfermería, caracterizado por: inestabilidad laboral, flexibilización de contratación, deplorables condiciones de trabajo, eliminación en algunos espacios y desvalorización de la/el enfermera/o como consecuencia de la reforma del sector salud. En el 2004, una investigación realizada por el Área de Planificación del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (6), señaló que de las 2200 enfermeras/os contratadas en la CCSS, un 95% laboraba en hospitales nacionales y un 5% en las áreas de salud.

El Diagnóstico de Necesidades de Formación para el año 2008, realizado por el Área de Planificación del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social, CENDEISSS, señalaba la necesidad de contar con 53 enfermeras obstétricas, 51 en salud mental y psiquiatría, 465 auxiliares y 170 asistentes de atención primaria. Estos datos muestran la marcada desproporción entre profesionales y técnicos, aún cuando para el 2004 la misma institución detectó la necesidad de 831 enfermeras/os para las áreas de geriatría, emergencias médico-quirúrgicas, cuidados intensivos, oncología y pediatría, entre otras.

Regulación y políticas migratorias

Ámbito internacional

Tal y como lo señala la Organización Internacional de las Migraciones, OIM, a nivel internacional se cuenta con una basta serie de regulaciones, normas, convenios multilaterales y acuerdos regionales y bilaterales relacionados con la migración de personas. Todo ese marco jurídico, según se indica, ha nacido en ambientes de cooperación entre Estados con el fin de beneficiar a la población migrante tanto de los países receptores como de los emisores. Algunos temas que cubren esas normas jurídicas internacionales se refieren a la libertad de circulación, a la trata de personas, el comercio y los derechos de los trabajadores migrantes, entre otros (7).

Ámbito nacional

En materia migratoria cabe mencionar la Reunión Binacional Costa Rica–Nicaragua realizada en el año 1997, en donde se acordó expedir permisos de trabajo temporal a nicaragüenses para laborar en la agricultura. En 1998 la amnistía que benefició a 140 000 migrantes centroamericanos. En 1999 el Decreto Ejecutivo N° 27457-G-RE de la Defensoría de los Habitantes relacionado con “Personas migrantes: un llamado a la solidaridad nacional”; y la Ley N° 8487 de la Dirección General de Migración y Extranjería.

Normativa migratoria para trabajadores de la salud

El estudio de Análisis Normativo Nacional e Internacional con respecto a las Migraciones, realizado por Ana Victoria Zapata para la OIT, destaca que “la normativa para los profesionales en Ciencias de la Salud no se encuentra unificada, de ahí que se debe hacer un recorrido por la legislación nacional para integrar el compendio de requisitos y deberes que los trabajadores legalmente tienen que cumplir”; no obstante Zapata señala que la legislación migratoria costarricense le permite a cualquier persona extranjera/o laborar en el país, siempre y cuando cumpla con los requisitos establecidos por la Ley de Migración y Extranjería.

Las dos vías legales, que los trabajadores en salud tienen para laborar en Costa Rica, según la Ley de Migración, es la obtención de la Residencia Temporal Libre de Condición, o poseer el estatus migratorio de Refugiado, ya que Costa Rica suscribió en 1998 la Convención Sobre el Estatuto de Refugiados. Cuando la condición migratoria se encuentra definida, el extranjero/a debe cumplir con los requisitos que exigen los Colegios Profesionales; respecto a este tema Zapata destacó que el Colegio de Enfermeras de Costa Rica, “es el que posee más desarrollo normativo, ya que regula rigurosamente todo el accionar profesional del personal en enfermería”, en donde el tema migratorio no es la excepción.

Los requisitos que una/un enfermera/o extranjera/o deben cumplir para incorporarse al Colegio de Enfermeras de Costa Rica, son el reconocimiento del título por parte del Consulado de Costa Rica y el Ministerio de Salud del país de origen, reconocimiento del Ministerio de Relaciones Exteriores de Costa Rica y de la Universidad de Costa Rica, esta última institución reconoce el título según lo establecido en la sesión N° 5154 del 7 de mayo del 2007 por el Consejo Superior Universitario. En cuanto a la permanencia de profesionales de enfermería extranjeras/os, en el país que vienen a brindar asesorías, el Reglamento de la Ley Orgánica de Enfermería, decreto N° 33368-S establece en su artículo N° 6 que “los profesionales de enfermería que ingresen al país en calidad de asesores y consultores de programas especiales, pasantías y voluntariado, deberán cumplir, para ejercer en Costa Rica, con los requisitos que establezca en condiciones de proporcionalidad, razonabilidad, igualdad y sin discriminación alguna, la Junta Directiva del Colegio”.

Economía de las migraciones

Costo de la educación de enfermería

El número de escuelas de enfermería en Costa Rica asciende a siete. Una es pública, localizada en la Universidad de Costa Rica, y las seis restantes son privadas. El currículo de estudios en lo público contempla como grado mínimo el de licenciatura con una duración de cinco años. El costo aproximado de la carrera asciende a US\$ 3000; la mayoría de estudiantes de enfermería en este recinto universitario cuenta con algún tipo de beca. En cuanto al posgrado la escuela de enfermería de la UCR, cuenta con cinco maestrías, cuatro son profesionales y una académica, la duración es de dos años.

Las escuelas de enfermería privadas, tienen los grados de bachillerato y licenciatura; sólo tres de las seis escuelas cuentan con una o dos maestrías. La duración de estudios es de ocho cuatrimestres para el bachillerato y diez para la licenciatura. Los costos de la carrera oscilan entre US\$ 4000 y US\$ 12 000.

Migración y remesas

El informe Estado de la Población Mundial 2006 (8), considera que en el mundo las remesas o envíos de dinero al país de origen, por parte de quienes han emigrado a laborar a otros países, son trascendentales para las economías de los países en vías de desarrollo. En Centroamérica se indica que Nicaragua en el periodo comprendido entre 1998-2001 de 22 000 hogares con superación de pobreza, el 60% tenía algún familiar en el extranjero.

Respecto a Costa Rica la CEPAL refiere que es un país “con muy baja percepción de remesas” ya que se encuentra dentro de los países que no alcanzan los US\$ 500 millones; sin embargo el Banco Interamericano de Desarrollo, BID estimó que 300 000 personas recibieron US\$ 600 millones en el 2007, es decir,

unos US\$ 2000 mensuales por persona. Un 71% de quienes envían remesas a Costa Rica lo hacen desde Estados Unidos, un 13% desde Europa, un 12% de Latinoamérica y un 3% de Canadá (9).

Otro estudio realizado propiamente con la población nicaragüense (10) indicaba que las remesas en Costa Rica se dan en dos vías, una de norte a sur (emigrantes) y la otra de sur a sur (inmigrantes) resaltando que Nicaragua en el 2005, aproximadamente recibió desde Costa Rica US\$ 43 millones.

De la encuesta realizada a las/os enfermeros/as inmigrantes para efectos de este estudio, se evidenció que el 60% de las/os veinte enfermeras/os entrevistadas/o no enviaba dinero a su país de origen; sin embargo el 40% restante que sí lo hacía pero sin ningún patrón definido en cuanto a cantidad y frecuencia.

Cuadro 2.5: Remesas enviadas a los países de origen, según cantidad y frecuencia, diciembre 2007

Cantidad en US\$	Personas que envían	Personas que no envían	Total
De 200 a 250/mes	2	-	-
De 100 a 500/año	2	-	-
De 400 a 500 cada 3 meses y 1000 en diciembre	1	-	-
De 300 a 500/año	2	-	-
1200/año	1	-	-
Total	8	12	20

Fuente: Cuestionario aplicado en este estudio.

Consecuencias de la migración en los servicios de salud y el mercado de trabajo de enfermería

Opinión de las autoridades en los centros formadores

La posición que juegan los centros de formación profesional en cuanto al tema de la migración de enfermeras/ose es fundamental, debido a que algunas de las estrategias utilizadas por los entes empleadores foráneos para contratar enfermeras/os, están dirigidas a establecer contactos directos con estudiantes y autoridades con el fin de mercadear la idea de emigrar. Es por eso que se consideró fundamental realizar algunas entrevistas a autoridades de centros de formación profesional en enfermería.⁵

Las directoras entrevistadas manifestaron que el fenómeno migratorio no es desconocido, ya que siempre ha existido interés de muchos profesionales por irse fuera, así como de extranjeros por venir al país, de hecho indicaron que dentro del cuerpo docente cuentan con algunas extranjeras. Y aunque manifestaron que la migración en el país aún no es un asunto alarmante, señalaron como un factor expulsor la situación laboral que afrontan los profesionales, respecto a la contratación como auxiliares y no como profesionales.

En la escuela de enfermería de la Universidad Adventista de Centroamérica, UNADECA, se presenta un caso particular, ya que el componente religioso adventista internacional, les hace matricular un gran número de estudiantes de otros países. De ahí que su población estudiantil sea un 50% extranjera. La Directora de Enfermería de dicho centro manifestó “en nuestro caso las/los estudiantes extranjeras/os se egresan con el título de bachillerato únicamente, ya que este grado les permite trabajar de inmediato en sus países de origen”. Belice, por ejemplo, ha comenzado a mandar más estudiantes a Costa Rica porque sólo requiere que sean bachilleres; el pago al regreso oscila entre US\$ 1800 y US\$ 2300 mensuales.

5. Directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (UCR), MSc. Antonieta Calvo, Universidad Adventista de Centroamérica (UNADECA) Licda. Julia Elena Ortiz; Universidad Hispanoamericana, MSc. Zayda Rodríguez.

Opinión de las autoridades en puestos claves de enfermería

Para este apartado se entrevistaron personas claves con puestos significativos en enfermería,⁶ quienes consideraron que la migración de enfermeras/os aún no es un problema en el país, pero agregaron que hay que prestarle atención porque la historia podría cambiar a corto plazo, ya que la migración está influenciada por factores socio-económicos. Dichos factores, según la Presidenta del CONE, responden en buena parte a la reforma del sector salud, en donde el término eficiencia es entendido por los entes empleadores como “hacer más con menos recursos”. De hecho “la reforma ha llevado a privatizar los servicios, a flexibilizar la contratación laboral y a establecer nuevas clasificaciones de puestos de enfermería en instituciones del Estado; es por eso que los recién egresados, valoran más la posibilidad de emigrar, ya que desean mejorar su condición laboral y gozar de mayor reconocimiento profesional”, agregó la entrevistada.

Por su parte la Presidenta del Colegio de Enfermeras de Costa Rica, indicó que con la globalización y a las puertas del Tratado de Libre Comercio, las escuelas de enfermería no deberían tener un solo criterio para formar profesionales, “es necesario contar con un abanico de posibilidades para abarcar otros espacios, no solo el hospitalario, se requieren profesionales más políticos, con manejo de alta tecnología y con dominio de otro idioma”; y agregó que la política del sector público de contratar enfermeras/os como auxiliares, no contribuye a la estabilidad laboral porque es un factor expulsor de profesionales, sobretudo para los recién egresados. Con el Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos, se abren las puertas a la inmigración, pero no de países industrializados porque Costa Rica no es competitiva, sino de países donde existen problemas políticos y laborales, indicó la entrevistada.

Asimismo acotó que al Colegio de Enfermeras de Costa Rica, han llegado personas interesadas en establecer convenios para exportar enfermeras, ya que las/os profesionales de este país resultan atractivos por la sólida formación académica, el idioma español (atención a latinos) y por la polifuncionalidad de su perfil. Mas dichas propuestas han sido rechazadas, ya que se considera no es un principio ético fomentar la migración masiva de enfermeras, sabiendo que la atención de la población costarricense se vería afectada. Se mencionó específicamente el interés de Trinidad y Tobago que en el 2005 solicitó al país 200 enfermeras/os.

Consideraciones finales

El fenómeno de la migración de enfermeras/os en Costa Rica, aún no es un asunto de gran impacto, no obstante es evidente que el mismo se relaciona con diferentes factores que el sistema ejerce en las personas; concretamente los relacionados con asuntos socio-laborales los cuales aceleran el proceso de expulsión. Aunque la migración aún no se ve como una problemática, sí se considera que a corto plazo podría ser un inconveniente que repercutiría en la atención de la población costarricense.

Las razones más importantes que influyen para emigrar guardan relación con las propuestas atractivas que países del primer mundo ofrecen para laborar, las cuales entre otros son: salarios elevados en dólares o euros, contratación inmediata como profesionales, reconocimiento de la especialidad y traslado al país importador con la familia incluida.

Respecto a las/os enfermeras/os inmigrantes radicados en el país, la razón principal para salir de sus países fue por motivos laborales y familiares. Las/os mismos descartan la posibilidad de volver a sus lugares de origen debido a que encontraron suficientes elementos atractivos de permanencia, y porque consideran que a mayor edad, mayor dificultad para repatriarse.

Por último se considera que existe un gran vacío en el país respecto a información y datos estadísticos relacionados con la emigración de profesionales de enfermería.

6. Presidenta del Colegio de Enfermeras, periodo 2007-2009, MSc. Alice Bonilla, Presidenta del Consejo Nacional de Enfermería, CONE, MSc. Alejandra Acuña, Jefe del Área de Planificación de Recurso Humano de la Caja Costarricense del Seguro Social, CCSS MSc. Nery Parada.

Recomendaciones

Los sectores educativos, empleadores y gremiales deberían trabajar en conjunto, con el fin de mejorar las condiciones laborales de los profesionales en enfermería para así ser más atractivas que excluyentes.

El Colegio de Enfermeras de Costa Rica debería plantear una estrategia que contemple en su sistema de información, datos respecto a la población migrante. Sería conveniente que también diseñara dentro de su página web, un apartado que cuente con información migratoria fidedigna.

El Colegio de Enfermeras de Costa Rica y la Asociación Nacional de Profesionales en Enfermería, ANPE, debería monitorizar las entidades o personas foráneas que establecen contacto con el país, quienes vienen a captar enfermeras/os para llevárselas/os fuera, ya que es importante analizar sus credenciales y propuestas de empleo.

Referencias

1. Comisión Económica para América Latina (CEPAL). Migración internacional, derechos humanos y desarrollo en América Latina y el Caribe: síntesis y conclusiones. Montevideo: CEPAL; 2006.
2. Malvárez S y Castrillón MC. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Washington, D.C.: OPS; 2005. Serie Proyecto de Recursos Humanos para la Salud, N° 39.
3. Valverde JM y Cabrera Sandoval J. Trabajadores de la salud y migraciones en Costa Rica, San José de Costa Rica. San José: 2007.
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Notas preliminares sobre migración y escasez de enfermeras en América Latina. Washington, D.C.: OPS; 2008. Serie Proyecto de Recursos Humanos para la Salud, N° 55.
5. Arce J y Vargas O. Análisis de mercados de trabajo técnicos y profesionales en enfermería. Ministerio de Trabajo, San José, Costa Rica: 2003.
6. Parada Bonilla N y Mora Aguilar A. Estudio de necesidades de formación y capacitación de los profesionales en enfermería en el contexto de la modernización de la CCSS. San José, Costa Rica: CEN-DEISSS; 2003.
7. Aleinikoff A. Un análisis sobre normas jurídicas internacionales y migración. Diálogo Internacional sobre la Migración N° 3. Organización Mundial de las Migraciones. Ginebra, Suiza: 2002.
8. Alcalá MJ. El estado de la población mundial 2006: hacia la esperanza: las mujeres y la migración internacional. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2006.
9. Noticia Económica, Periódico La Nación, 7 de noviembre de 2007, San José, Costa Rica; 2007.
10. Monge González R y Lizano Fait E. Bancarización de las remesas de inmigrantes nicaragüenses en Costa Rica: ¿Es posible su uso como medio para impulsar el desarrollo económico y social? Washington, D.C.: FOMIN/BID; 2006.

Bibliografía

Astúa, MC y otros autores. Diagnóstico de necesidades de capacitación y formación de los profesionales en enfermería. San José, Costa Rica: Caja Costarricense del Seguro Social; 2002.

Bach S. International migration of health workers: Labour and social issues. London, England: International Labour Office Geneva; 2003.

Cabrera, J y Valverde, JM. Trabajadores de la salud y migraciones en Costa Rica. Organización Internacional del Trabajo, OIT. San José, Costa Rica; 2007.

Caja Costarricense del Seguro Social. Área de Planificación del Recurso Humano. Necesidades de formación para el 2008. San José, Costa Rica; 2008.

Chávez Ortiz, JA. Migración y políticas públicas para el desarrollo. 1ra. Edición, San José Costa Rica; 2007.

Conejo Trejos, J y otros autores. Mapeo del fenómeno migratorio en Costa Rica. Asamblea Legislativa. San José, Costa Rica; 2005.

Dirección General de Migración y Extranjería. [Http://www.migracion.go.cr/migra/index.html](http://www.migracion.go.cr/migra/index.html).

Instituto de Estadística y Censo. INESCO. [Http://www.inec.go.cr/](http://www.inec.go.cr/).

Kingma, M. *Nurses on the move: migration and the global care economy*. USA, Cornell University Press; 2006.

Ministerio de Salud. Componente del sector salud. Plan nacional de Desarrollo 2006-2010, San José, Costa Rica; 2007.

Organización Internacional de las Migraciones. [Http://www.oim.or.cr/espanol/OIMSJ/OficinasRegion.shtml](http://www.oim.or.cr/espanol/OIMSJ/OficinasRegion.shtml).

Organización Internacional del Trabajo, OIT. En busca de un compromiso equitativo para los trabajadores migrantes en la economía globalizada. Informe VI, Conferencia Internacional del Trabajo, 92ª reunión. Ginebra, Suiza, 2004.

Organización Panamericana de la Salud, OPS. Situación de la Salud en Costa Rica. Indicadores básicos. San José, Costa Rica; 2006.

Parada Bonilla, N. y otras autoras. Diagnóstico de necesidades de capacitación, profesionales de enfermería. Caja Costarricense del Seguro Social, San José, Costa Rica; 2002.

Pellegrino, A. La migración internacional en América Latina. Tendencias y perfiles de los migrantes. Conferencia Hemisférica sobre Migración Internacional: Derechos Humanos y Trata de Personas. Santiago de Chile; 2002.

Ruiz Arce, J. y Vargas Madrigal, O. Análisis de mercados de trabajo, técnicos y profesionales en enfermería. Recomendación técnica. Ministerio de Trabajo, San José, Costa Rica; 2003.

Vázquez Peñaranda, C. y Borrell Bentz, RM. Recursos humanos en salud en Costa Rica: información actual y desafíos para una década. Ministerio de Salud San José, Costa Rica; 2006.

3. El Salvador

Dinorah de Salazar
Ana Susana Calderón Díaz

Introducción

El Salvador se encuentra en América Central. Tiene una extensión territorial de 21 040,79 km², dividida administrativamente en 14 departamentos y 262 municipios.

Es una República con un Gobierno electo democráticamente, representativo y descentralizado, integrado por tres poderes: ejecutivo, legislativo y judicial. Según datos de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) del Ministerio de Economía, la población estimada para 2005 era de 6 874 926 habitantes, de los cuales 49,2% eran hombres y 50,8% mujeres, con una tasa de crecimiento estimada de 2,1% para el período 1991-2001 y una tasa de fecundidad de 3,0 hijos por mujer. La densidad poblacional es de 321 habitantes por km², con grandes diferencias entre las distintas zonas del país, ya que el 46% de la población total vive en el área metropolitana del Gran San Salvador.

El Sistema Nacional de Salud de acuerdo al Decreto Legislativo aprobado el veintiséis días del mes de octubre del año dos mil siete; como Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud, enuncia : Art. 1.- Créase el Sistema Nacional de Salud de El Salvador, en adelante SNS o “el Sistema”, que estará constituido por un conjunto de instituciones que forman parte de la administración pública interrelacionadas e integradas en su funcionamiento, de manera armónica y sistematizada, cuya finalidad es elaborar y ejecutar políticas públicas que garanticen el derecho a la salud de la población.

El Sistema establecerá mecanismos de coordinación para implementar políticas de prevención e intervención, tendientes a incrementar, preservar, mantener y recuperar la salud de las personas, familias, comunidades y la población de todo el territorio nacional; así como para cumplir todas las funciones que le corresponden al Sistema de Salud, sin delegar las responsabilidades del Estado.

Miembros del SNS y colaboradores:

Art. 2.- Son miembros del Sistema Nacional de Salud:

- a) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y sus dependencias;
- b) Instituto Salvadoreño del Seguro Social;
- c) Ministerio de la Defensa Nacional, en lo concerniente a sanidad militar;
- d) Fondo Solidario para la Salud;
- e) Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos;
- f) Ministerio de Educación, en lo concerniente a Bienestar Magisterial.

No obstante lo dispuesto en el inciso anterior, se constituirán miembros de pleno derecho del SNS, las entidades de la administración pública que sean creadas en el marco del proceso de reforma integral del Sector Salud o en el futuro, cuyas atribuciones o finalidades sean las mencionadas en el artículo 1 de esta Ley.

La red pública está compuesta por 623 establecimientos de salud (30 hospitales, 367 unidades de salud, 170 casas de salud, 51 centros rurales de nutrición, 3 clínicas y 2 centros de atención de emergencias). Hay cuatro hospitales de referencia de tercer nivel (Maternidad, Infantil, Neumológico y Especialidades) (1).

De igual forma, el ISSS cuenta a nivel nacional con 273 centros de atención para la salud, distribuidos en 11 hospitales, 65 unidades de salud (33 clínicas comunales y 32 unidades médicas) y 197 clínicas empresariales (1).

En 2005 El Salvador contaba con 10 694 médicos registrados. Entre los años 200 y 2005, la razón de médicos por habitante aumentó de 14,1 a 15,5 por 10 000 habitantes. Un crecimiento similar se observó proporcionalmente en otras carreras de la salud, aunque en menor número. La razón de licenciados en enfermería por médico experimentó un sensible descenso, al pasar de 0,5 en 1999 a 4,9 en 2003 y a 4,7 en 2005. El mayor aumento de especialistas se observó en el campo de la salud pública; en los últimos años se están impartiendo tres cursos de especialidad de los que egresan cerca de un centenar de profesionales en cada promoción. El mayor incremento de recursos humanos se produjo en el rubro de personal de enfermería de todo tipo, que pasó de 13 784 enfermeras en 2003 a 15 191 en 2005 (2).

Desde los albores mismos de la humanidad, los seres humanos han migrado. Los éxodos y las corrientes migratorias siempre han sido parte integrante, así como importante factor determinante, de la historia humana (3).

En las últimas décadas, el trabajo del personal sanitario se ha visto alterado por variaciones en la morbi-mortalidad, incremento de los movimientos migratorios y el envejecimiento de la población. Estos es una amenaza para la calidad de la atención; las elevadas tasas de movilidad de personal pueden incrementar los costes y ocasionar interferencias en la organización, la eficiencia y el mantenimiento del conocimiento institucional. Es importante que los gobiernos se aseguren de las emigraciones de personal calificado en salud como lo es el recurso de enfermería, y que estas ocasionen los menores problemas para el sistema de salud, para que afecte en menor grado a la población.

El impacto de los flujos de profesionales sanitarios desde países pobres a países ricos se ha convertido en un asunto de primer orden de la agenda política en los últimos años. El desconocimiento del volumen de trabajadores que se mueven, su lugar de procedencia o su destino impide conocer la gravedad del problema.

En este estudio se han considerado factores que promueven la emigración e inmigración tales como: escasez de oportunidades de promoción, la excesiva carga de trabajo, unas inadecuadas condiciones de vida y los niveles de violencia. La perspectiva de una mejor remuneración, mayor cualificación.

La globalización del sector servicios en las últimas dos décadas ha contribuido a animar las migraciones en el ámbito sanitario. Se suma a ello el hecho de la creciente demanda de trabajadores sanitarios en países que sufren el envejecimiento poblacional.

Es necesario que los países se preocupen por los derechos y el bienestar de los trabajadores sanitarios inmigrantes y se responsabilicen de las consecuencias adversas que su ausencia provoca en los países de origen.

Material y método

Para el estudio se tomó en cuenta instituciones empleadoras, formadoras y actores claves. Tanto para las empleadoras como formadoras se realizaron las coordinaciones pertinentes para poder encuestar a empleados y alumnos respectivamente, exponiéndoles el objetivo del estudio y que se encuestaría a los recursos humanos de su institución, lo cual era de vital importancia para la investigación. Posteriormente se realizó la recolección de las encuestas de una forma aleatoria.

Las instituciones que se reflejan en los resultados accedieron a participar. Tras la recolección se realizó la numeración y tabulación de las encuestas para finalmente se elaboró el documento.

Con actores claves se realizaron coordinaciones y con algunos reuniones para recabar información relacionada con el estudio. Se tomaron en cuenta personas como jefas de enfermeras hospitalarias y co-

munitarias, recursos humanos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Ministerio de Relaciones Exteriores, Consejo Superior de Salud Pública, Instituciones formadoras.

Tabla 3.1: Instituciones que participaron en el estudio (encuestados)

Institución	Empleadora	Formadora	No. de encuestas
Universidad Evangélica de El Salvador		X	80
Universidad Salvadoreña Dr. Alberto Masferrer		X	75
Instituto Especializado de Educación Superior de Profesionales de la Salud de El Salvador (IEPROES)		X	50
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	X		300
Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)	X		100

Resultados

Contexto de las migraciones

Determinando los rasgos de la migración general en El Salvador, según el PNUD (4) la migración se ha dividido en cuatro etapas: la primera entre 1920-1969 donde la mayoría se dirigía hacia la parte norte de Honduras, a las plantaciones de banano; para los años treinta, veinticinco mil Salvadoreños habían emigrado, cifra que fue aumentando. También se dio una emigración importante durante La segunda guerra mundial hacia Panamá y Estados Unidos para trabajar como mano de obra.

La segunda etapa comprende 1970-1979, la migración se da principalmente a Estados Unidos en cifras improcedentes, como consecuencia de falta de tierra para trabajar falta de empleo y oportunidades, la violencia política generada por el conflicto armado, la inseguridad social, aunado a las grandes expectativas de trabajo y la posibilidad de poder ayudar a quienes se quedaban en El Salvador, siendo los principales incentivos de la emigración.

Tercera etapa 1980-1991, época de la guerra civil donde las condiciones de inestabilidad social, inseguridad permanente, asesinatos políticos, secuestros, crítica situación económica; entre otros, favorecieron la emigración hacia los Estados Unidos de forma ilegal.

Finalmente, la cuarta Etapa se caracteriza porque hubo un retorno de refugiados políticos, personas con buena economía pero que habían huido por la guerra, sin embargo aparecieron nuevos factores que propiciaron la migración como escasez de empleos atractivos, falta de oportunidades para el desarrollo de actividades productivas, crecientes niveles de desigualdad; entre otros; generó que muchos decidieran volver a emigrar, mientras que otros que nunca se habían ido optaron por buscar satisfacer sus expectativas fuera del país. Así, para el 2005 un promedio de 1070 personas emigran por día de El Salvador y 146 de ellos son deportados diariamente (4).

Tabla 3.2: Empleados en las principales instituciones empleadoras y formadoras del sector salud, El Salvador, 2000-2003-2005

Nº	Disciplina	MSPAS			ISSS			Sanidad y Hospital Militar			Corte Suprema de Justicia			Ministerio de Educación			Instituciones formadoras			Consolidado 2000	Consolidado 2003	Consolidado 2005
		2000	2003	2005	2000	2003	2005	2000	2003	2005	2000	2003	2005	2000	2003	2005	2000	2003	2005			
1	Doctorado en medicina	2750	3493	3501	1584	1921	2579	71	125	238	130	111	216	283	320	439	716	4621	6391	7465		
2	Doctorado en odontología	160	368	207	193	136	192	25	20	57	16	12	23	65	68	104	48	401	709	584		
3	Licenciatura en enfermería		694	746		166	652		31	28	0	2		0	0	49	122	-	940	1550		
4	Licenciatura en química y farmacia	128	70	70	352	359	393	2	3	5	0	5	2	0	0	79	34	484	511	507		
5	Licenciatura en anestesiología	256	18	18	92	56	134	12	2	10	0	0	8	0	0	5	0	360	81	162		
6	Licenciatura en laboratorio clínico	286	162	162	243	271	316	23	26	24	0	5	47	0	0	47	74	599	506	581		
7	Licenciatura en fisioterapia	54	34	34	129	9	139	8	9	9	0	0	1	0	0	18	38	192	70	220		
8	Licenciatura en psicología	31	72	73		28	38	4	3	4	43	43	4	7	10	36	19	39	189	187		
9	Licenciatura en radiología	161	92	92	88	77	121	8	5	7	0	0	8	0	0	9	11	265	183	231		
10	Licenciatura en nutrición y dietética	68	51	51	23	31	36	1	1	1	2	2		0	0	21	31	92	106	121		
11	Licenciatura en materno infantil					50	-		0	0	0	0		0	0	9	11	-	59	11		
12	Licenciatura en trabajo social	53	114		96	95	107	1	2	2	77	38		0	1	6	19	150	294	167		
13	Enfermeras	1775	1547	2082	474	412	251	21	73	67	8	6	8	0	0	1	122	2278	2041	2528		
14	Auxiliar de enfermería (técnico)	2934	3461	3080	1293	1550	1946	202	193	233	0	1		0	0	0	8	4429	5204	5268		
Totales		8656	10 176	10 116	4567	5161	6904	378	493	685	276	225	317	355	399	823	1253	13 918	17 284	19 582		

Referente a la composición y distribución de la fuerza de trabajo en enfermería en el país a pesar de ser un tema fundamental para el análisis de las desigualdades de género en la participación formal de mujeres y hombres en el sector salud, la información estadística disponible es la recolectada en el Observatorio de Recursos Humanos año 2005 (ver tabla anterior). Según indicadores básicos de la OPS, hasta el 2001 por cada 10 000 habitantes existen 8,1 enfermeras.

Características de la educación en enfermería en el país, existen a nivel de educación superior universidades que ofertan la Licenciatura en Enfermería, la cual tiene una duración de cinco años académicos más uno de servicio social, en los que se deben de cubrir cierto número de asignaturas (30-35 dependiendo del centro educativo) con un total de 166-180 unidades valorativas.

También se ofertan a nivel nacional las opciones de tecnólogo y técnico en enfermería, con una duración el primero de cuatro años más seis meses de servicio social y el segundo dos años más seis meses de servicio social. Estas carreras las ofertan institutos de educación superior especializados en enfermería y una universidad (Dr. Andrés Bello).

Magnitud de la migración de enfermeras

En relación al número de enfermeras extranjeras trabajando en el país, así como también el país de origen y el número proveniente de cada país, se consultó a la junta de vigilancia de la profesión de enfermería en el Consejo Superior de Salud Pública, manifestando que no se llevan registros específicos, a la fecha se cuenta con alrededor de 18 mil enfermeras que ejercen la profesión y no existe una base de datos que permita identificar cuantas han fallecido, cuantas ya no ejercen, han emigrado o son inmigrantes.

Los resultados de las encuestas arrojaron los siguientes datos: el 35% de las entrevistadas del personal de enfermería conoce a personas de su profesión que son extranjeras radicadas en El Salvador. Del personal encuestado que manifestó conocer enfermeras(os) inmigrantes radicadas(os) en El Salvador, la mayoría se refirió a un promedio de 1 a 2, el 66%; de 3 a 5, el 33%, y más de 5, el 1%. El país de origen de donde las(os) enfermeras(os) han inmigrado son: Honduras 33%, Guatemala 33% y Nicaragua 34%, llamando la atención que los porcentajes son similares para los tres países.

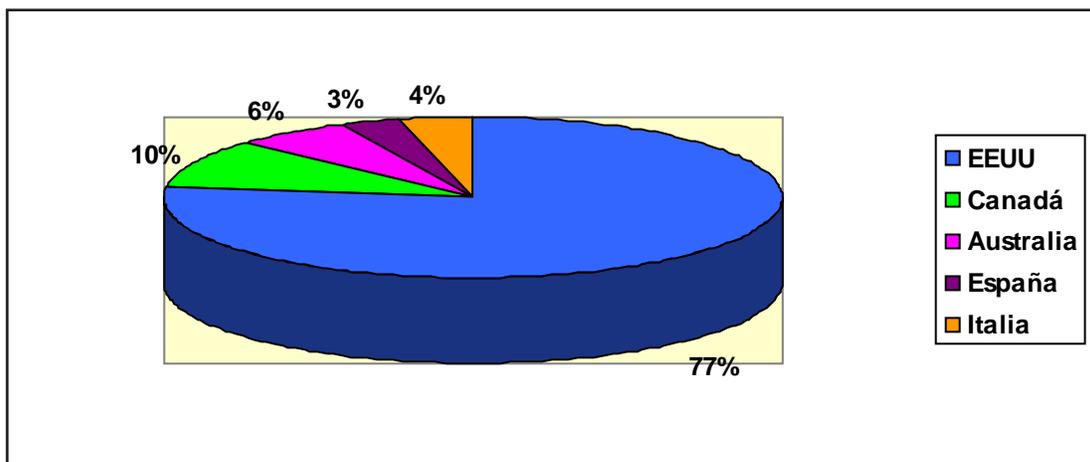
En relación al sexo, edad y título profesional de las enfermeras extranjeras que están trabajando en el país, será necesario investigar a profundidad en los centros empleadores o en la Dirección de Migración y Extranjería del Ministerio de Gobernación.

En cuanto al número de enfermeras nativas del país que han emigrado a otras naciones en los últimos diez años, en base a las encuestas, se obtuvo lo siguiente: el 90% de enfermería conoce personal de su rama que ha emigrado, lo cual denota que El Salvador está perdiendo a los recursos de enfermería. El promedio de emigración en enfermería oscila 1 y 2 con un 48%, de 3 a 5 con un 40% y más de cinco con un 12%.

Los años en que emigraron fueron 1997-2000 un 25%; 2000-2003 con 37%; 2003-2007 reporta un 38%. Esto evidencia que la emigración del personal ha sido persistente en los últimos diez años y ha ido en aumento.

Los países a que han emigrado las enfermeras según las encuestas se presentan en el siguiente gráfico.

Gráfico 3.1: Países a los que han emigrado las enfermeras, según encuestas



Enfermería ha migrado principalmente a EUA seguido de Canadá y Australia.

Razones y fines

Los motivos, razones y fines por los que las enfermeras vienen a trabajar a El Salvador son por mejoras económicas y por falta de oportunidades laborales en su país de origen.

En cuanto a los Motivos (razones y fines) por las que las enfermeras nativas emigran a otros países las personas encuestadas manifestaron: las(os) enfermeras(os) 90%, encuestados conocen las causas por las que dicho personal de salud ha emigrado de El Salvador.

Dentro de las causas para emigrar figuran: mejora económica 54%; superación personal 20%; tiene familiares en ese país, 10%, inseguridad y violencia 10%; poca posibilidad de empleo local, 6%.

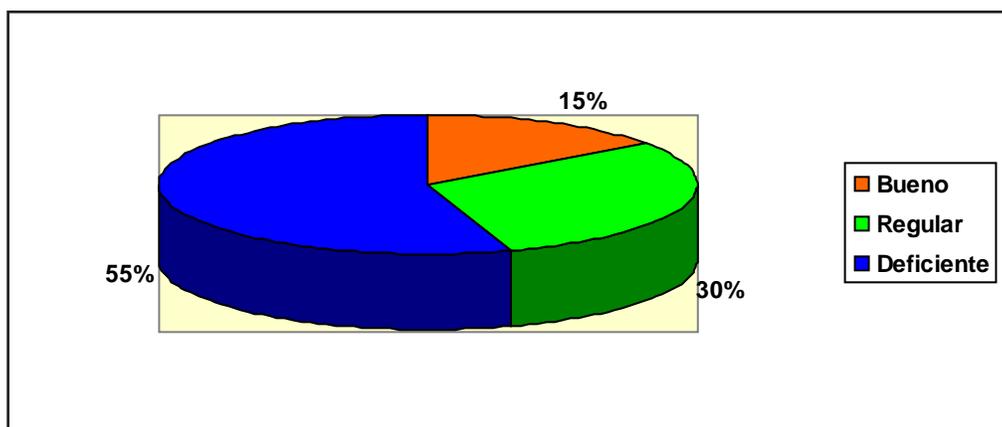
Referente a los salarios que recibe el personal de enfermería en el sistema sanitario, se obtuvo lo siguiente: los(as) enfermeras(os) consideran que los salarios que perciben son causa suficiente para dedicarse a otras actividades o para emigrar y para obtener mejoras económicas. El 90% está de acuerdo que el salario no es suficiente.

Se cuestionó sobre si en el lugar de trabajo existía la oportunidad de ascenso, obteniendo que un 70% del personal de enfermería en considera que no existe oportunidad de ascenso en sus puestos laborales. Otra de las interrogantes fue sobre la posibilidad de aumento salarial de acuerdo a su desempeño, a la cual un 60% manifestó que no existen posibilidades de aumento salarial de acuerdo al desempeño.

También se indagó sobre los beneficios profesionales y personales que se le ofrecen en su lugar de trabajo, y si estos son adecuados para considerar estabilidad laboral. Según el 70% de enfermería, los centros de trabajo no son adecuados para considerar la estabilidad laboral.

Además se indagó sobre las condiciones de trabajo de las instituciones que conforman el sistema Nacional de Salud, obteniendo los siguientes resultados:

Gráfico 3.2: Evaluación de las condiciones de trabajo



El 55% considera que son deficientes y sólo el 15% valora las condiciones laborales como buenas.

En relación a las condiciones de trabajo para el personal de enfermería en los países desarrollados son mejores que en El Salvador, el 95% del personal de enfermería opinó que las condiciones de trabajo en los países desarrollados son mejores que en El Salvador y un 82% valoró que esto justifica emigrar a otro país.

Al preguntar sobre la calidad de vida, es mejor en los países desarrollados que en El Salvador, y por eso se tiene que emigrar. Las respuestas fueron: en un 90% la calidad de vida en los países desarrollados es mejor, justificando la emigración.

Regulación y políticas

Según los actores claves entrevistados para poder emigrar el personal de salud tiene que pasar un proceso de acreditación en el país donde emigran el cual no es un proceso fácil y accesible. Del mismo modo los extranjeros, para ejercer en El Salvador, deben de realizar un proceso de incorporación académica con el Ministerio de Educación y Ministerio de Relaciones Exteriores, posteriormente seguir el proceso de autorización de ejercer la profesión a través de la obtención de la Junta de Vigilancia que lleva el Consejo Superior de Salud Pública. Todo esto de acuerdo a los actores claves entrevistados.

Los datos obtenidos en este apartado revelaron que no existen tratados internacionales para la migración del personal de enfermería. Hasta la fecha se han realizado dos grandes esfuerzos para la emigración de enfermería con Canadá e Italia, sin embargo aún existe mucho camino por recorrer para poder establecer estos convenios.

Economía de las migraciones

En relación a la economía de las migraciones, se investigaron los costos de formación del personal de enfermería en las principales entidades formadoras de recursos humanos, los cuales se detallan en el siguiente cuadro.

Cuadro 3.3: Costos de formación del personal de enfermería

Institución	Matrícula		Costo de matrícula	Mensualidad	Laboratorio	Libros	Costos indirectos	Costo semestre	Tiempo de duración de la carrera	Costo total
	Semestral	Anual								
Universidad Evangélica de El Salvador	X		\$110	\$50-85	30	\$200	\$400	\$790-825	5 años	\$7900-8250
Universidad Andrés Bello	X		\$119	\$49	45	\$200	\$400	\$813	5 años	\$8130
Universidad Salvadoreña Dr. Alberto Masferrer	X		\$153	\$45-75 (incluye laboratorio)		\$200	\$400	\$798-828	5 años	\$7980-8280
Universidad de El Salvador	X		\$5.71	\$5-50		\$200	\$400	\$610,71-655,71	5 años	\$6110-6560
Instituto Especializado de Educación Superior de Profesionales de la Salud de El Salvador (IEPROES)	X		\$46	\$46	Variable	\$200	\$400	\$692	4 años	\$ 5536
Escuela técnica para la salud	X		\$50	\$50	Variable	\$200	\$400	\$700	4 años	\$5600

Fuente: Administraciones académicas de las entidades formadoras.

En relación al costo del Estado, el financiamiento se da por transferencias del presupuesto de la Universidad de El Salvador, de acuerdo a lo que designe el consejo Superior Universitario y al plan de trabajo que la Carrera de Enfermería presenta anualmente.

El cálculo de costo total según las cantidad de enfermeras que emigraron indicando costo personal y costo del Estado, es una información no disponible.

El monto de las remesas que envían a sus familias las enfermeras que emigraron se investigó en el Banco Central de Reserva, el cual lleva un registro de las remesas que recibe El Salvador; estos datos son generales y no se tienen registrados por profesión. En la tabla 3.4 se presenta un reporte de los ingresos mensuales desde 1998 a la fecha en concepto de Remesas Familiares.

Consecuencias de las migraciones en los servicios de salud y el mercado de trabajo

En relación a los efectos en los servicios de la ausencia de las enfermeras nativas que emigraron, se encontró en base a entrevistas a Jefes de Enfermeras Hospitalarias y Comunitarias, que el país tiene una producción anual de aproximadamente 500 Enfermeras con grado de Licenciadas y Tecnólogas, por lo que todavía no impacta la migración en los servicios de salud.

Con respecto al mercado de trabajo, las oportunidades de empleo se han abierto en el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), así como también con la construcción de hospitales por parte del Seguro Social.

Los efectos en los servicios de la presencia de las enfermeras extranjeras que inmigraron son desconocidos, pues no está documentada alguna repercusión en los servicios de salud.

Referente a los efectos de la inmigración de enfermeras en el mercado de trabajo de enfermería en el país, el empleo todavía no se ve afectado ya que anualmente se están incorporando enfermeras por el Sistema Nacional de Salud.

Cuadro 3.4: Ingresos mensuales en concepto de remesas familiares
(en millones de US\$)

Meses	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Enero	98,9	106,7	132,1	147,6	143,4	146,0	171,3	189,7	237,7	270,9
Febrero	86,6	97,2	125,9	147,2	146,2	149,1	170,3	199,3	249,8	269,0
Marzo	110,2	115,5	140,7	149,6	157,8	170,1	218,4	250,4	309,4	320,2
Abril	113,1	117,9	131,7	139,7	174,2	177,4	213,8	245,5	274,0	310,3
Mayo	112,5	119,4	153,4	179,1	180,3	186,1	220,5	272,2	330,8	338,0
Junio	111,3	108,6	143,6	157,8	167,9	178,1	212,6	250,8	289,8	310,0
Julio	116,2	119,1	152,0	162,9	162,2	175,8	210,1	240,9	284,9	324,6
Agosto	114,7	106,5	156,2	166,8	160,1	172,8	224,4	272,2	293,7	312,2
Septiembre	114,2	106,4	142,7	146,7	150,5	180,4	213,5	245,2	271,4	281,6
Octubre	114,6	113,9	159,8	169,6	158,5	181,1	215,9	261,5	301,0	323,8
Noviembre	115,1	121,5	155,6	158,7	160,9	174,8	230,6	266,1	279,5	283,5
Diciembre	130,9	141,1	167,0	184,8	175,2	213,6	246,2	323,3	348,9	
Total	1338,3	1373,8	1750,7	1910,5	1935,2	2105,3	2547,6	3017,2	3470,9	3344,1

Fuente: Banco Central de Reserva.

Nota: Los datos mensuales de remesas familiares han sido ajustados para ampliación de cobertura de información de empresas remesadoras, la cual comprende los años 2005 al 2007; además se incorporan resultados de la encuesta bialenal a remitentes de remesas en Estados Unidos.

Discusión

Existen en El Salvador enfermeras inmigrantes que por mejora económica y falta de empleo en sus países de origen han venido a buscar oportunidades. Sin embargo no se encontraron datos precisos del número, sexo, título profesional, centro laboral, entre otros porque no se cuenta al momento como país con la sistematización de dicha información. No obstante, la mayoría de personas encuestadas manifiestan conocer al menos una enfermera extranjera y los países de donde proceden son: Honduras, Guatemala y Nicaragua. Los procesos para ejercer la profesión para enfermeras(os) inmigrantes están definidos por el deber de pasar un proceso con el Ministerio de Educación y Ministerio de Relaciones Exteriores; después que estos dos han validado la titulación se procede al registro en el Consejo Superior de Salud Pública, para la obtención del número de junta de vigilancia de la profesión de enfermería.

Referente a la emigración esta ha ido en aumento a través de los años. Los países a los que han emigrado han sido EUA, Canadá y Australia, siendo naciones desarrolladas que tienen déficit en el recurso de enfermería y que además ofrecen mejora económica, superación personal, mejor calidad de vida, estabilidad laboral, razones atractivas e influyentes para que el personal de enfermería decida emigrar.

Un factor importante en los hallazgos es que no existen tratados internacionales entre El Salvador y otros países para que las migraciones se den en marcos legales y de beneficio para las enfermeras. Se han realizado esfuerzos a nivel de gobierno con Canadá por ejemplo, con empresas de carne y ha sido de mano de obra no calificada.

En el campo de la enfermería se está trabajando con Canadá e Italia, pero esto es un proceso al cual el Ministerio de Relaciones Exteriores le está dando seguimiento y quizá en un futuro puedan ser firmados los convenios respectivos.

El Salvador cuenta con varias entidades formadoras por lo que el número de enfermeras que anualmente se gradúa es considerable y por ello hasta el momento, a pesar de las emigraciones, esto aún no ha tenido un impacto sobre el Sistema de Salud.

En el Sistema Nacional de Salud se continúan realizando esfuerzos para mantener y abrir las plazas para el personal de enfermería.

Conclusiones

- Existen muchos vacíos de información lo cual denota que El Salvador debe buscar las formas de cómo sistematizar los datos relacionados tanto a las inmigraciones como emigraciones del personal de enfermería.
- Los(as) enfermeras(os) conocen personal de sus ramas que han migrado en un promedio de una a dos. El país donde más se ha emigrado es a Estados Unidos.
- Las causas por las que el personal de salud ha migrado son: mejora económica, inseguridad y violencia, superación personal, poca posibilidad de empleo local.
- El 70% de enfermería considera que en su lugar de trabajo no existe la oportunidad de ascenso, ni existe la posibilidad de aumento salarial de acuerdo a su desempeño. Tampoco hay beneficios profesionales y personales que se le ofrezcan en su lugar de trabajo o estabilidad laboral.
- Las condiciones de trabajo de los sistemas sanitarios en el país son deficientes en un 55%.
- Las condiciones de trabajo para el personal de enfermería y la calidad de vida en los países desarrollados la mayoría opina que son mejores que en El Salvador, lo que favorece la emigración.
- El 35% de enfermería conoce a personas de su profesión radicadas en El Salvador, con un promedio de 1 a 2, provenientes de Honduras 33%, Guatemala 33% y Nicaragua 34%.

Recomendaciones

- Factores como el aumento salarial de acuerdo a su desempeño, condiciones económicas, inseguridad y violencia, superación personal, poca posibilidad de empleo local, la oportunidad de ascenso y la estabilidad laboral; todos son puntos a considerar en una política nacional de recursos humanos en salud, para evitar esto influya en el momento de decir emigrar al personal de enfermería.
- Se deben realizar esfuerzos con países amigos de El Salvador que a fin de permitir que los profesionales que emigren puedan incorporarse de manera adecuada a la fuerza laboral de los mismos.
- Es necesario sistematizar tanto la emigración como inmigración de enfermería, para de esta forma diseñar como país estrategias de intervención hacia estos grupos.

Referencias

1. El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Boletín sobre indicadores de salud. MSPAS; 2004.
2. El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria de labores 2003–2004.
3. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Lo bueno, lo malo y lo promisorio: la migración en el siglo XXI.
4. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), El Salvador. Informe sobre el desarrollo humano: El Salvador 2005. Una mirada al nuevo nosotros. El impacto de las migraciones. El Salvador: PNUD; 2005.

Bibliografía

Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, Ley de creación del Sistema Nacional de Salud, Decreto N° 442, 2007.

El Salvador, Ministerio de Economía, Dirección General de Estadística y Censos. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2003. MINEC. 2004.

El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Boletín sobre indicadores de salud. MSPAS; 2004.

Observatorio de Recursos Humanos, El Salvador. 2005.

4. Guatemala

Rutilia Herrera Acajábón⁷

Introducción

Las migraciones han sido un tema interesante y paulatinamente constituyen en un fenómeno trascendental para la vida, y principalmente para la economía de los países; enfermería se ha visto involucrada en este proceso, más aún en los últimos tiempos. En el caso particular de Guatemala, se conoce de personal de enfermería que por diferentes circunstancias se han trasladado a los Estados Unidos de América y han tenido éxito en sus labores como enfermeras y enfermeros.

Las migraciones pueden considerarse según el lugar de procedencia y según la duración del proceso migratorio. Si hay cruce de fronteras entre dos países, la migración se denomina externa o internacional, e interna o nacional en caso contrario. Las migraciones pueden considerarse como emigración desde el punto de vista del lugar de salida y como inmigración en el lugar de llegada. Se denomina balanza migratoria o saldo migratorio a la diferencia entre emigración e inmigración. Así, el saldo migratorio podrá ser positivo cuando la inmigración es mayor que la emigración y negativo en caso contrario (1).

Las migraciones constituyen un fenómeno demográfico sumamente complejo que responde a causas muy diversas y difíciles de determinar, en especial porque, debido a las migraciones irregulares o disfrazadas de actividades turísticas o de otra índole, los datos cuantitativos son difíciles de obtener, especialmente en el caso de los países en vías de desarrollo, entre los cuales se encuentra Guatemala. Como principales causas de las migraciones se encuentran la política, la cultura y creencias, la situación socioeconómica, motivos familiares, conflictos y guerras internas; además pueden mencionarse catástrofes e inquietudes personales.

La migración laboral internacional es un fenómeno de aun mayor visibilidad e importancia en las relaciones internacionales y en los conceptos de identidad nacional. A escala mundial, entre 1965 y 1990 el número de emigrantes internacionales aumentó desde 75 millones hasta 120 millones, y el aumento mantuvo el mismo ritmo que el crecimiento de la población. Como resultado, la proporción de emigrantes se ha mantenido en todo el mundo en alrededor del 2% del total de la población. En 1990, los emigrantes internacionales representaban el 4,5% de la población de los países desarrollados y el 1,6% de la de los países en desarrollo. Esas estimaciones mundiales ocultan importantes dificultades en cuanto a la medición de la migración (2).

Enfermería es considerada una de las profesiones indispensables para el beneficio de la humanidad. En este sentido, Faye Glenn Abdellah define que enfermería es el servicio prestado a las personas y a las familias, y por tanto a la sociedad (3). Se basa en una ciencia y en un arte que moldea las actitudes, las competencias intelectuales y las habilidades técnicas de cada enfermera para convertirlas en un deseo y una capacidad de ayudar a las personas enfermas o sanas a afrontar sus necesidades de salud.

Parece interesante, para este caso particular de las migraciones, citar a la doctora Madeleine Leininger, creadora del modelo de Enfermería Cultural de los Cuidados: teoría de la diversidad y de la universalidad (3). Ella indica que la enfermería transcultural va más allá de los conocimientos y hace uso del saber de los cuidados culturalmente congruentes con la población, mostrando una responsabilidad especial por el respeto del ser de los usuarios. También afirma que siendo la cultura y el cuidado los medios más amplios

7. Licenciada en Educación para la Salud y Enfermería. Magíster en Salud Pública y Enfermería Materno Perinatal, Directora de la Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social / Universidad de San Carlos de Guatemala.

y holísticos para entender a las personas, este saber es imprescindible para la formación y la práctica de la ciencia de la enfermería.

La Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala ha descrito enfermería como un servicio organizado que se presta a personas, familias y comunidades con el fin de procurar su bienestar, mediante el cuidado de salud, ayuda y apoyo en las distintas etapas de la vida; contribuye a la protección, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud con un enfoque integral para el logro de la meta de salud del país en forma directa y en coordinación con otros.

Actualmente la OPS ha estimulado nuevamente a enfermería en Guatemala a escribir del tema, y por otro lado algunas otras organizaciones se han acercado a la Escuela Nacional de Enfermeras, para pedir apoyo en relación a la ubicación de enfermeras que puedan y quieran ir a trabajar a países como Italia (Figueroa, entrevista, 2007). Todo lo anterior y el interés de contribuir a obtener el panorama general sobre la migración de enfermeras y enfermeros de América Latina para establecer parámetros que impulse la Unidad de Recursos Humanos y Área de fortalecimiento de Sistemas de Salud de la Organización Panamericana de la Salud, ha despertado el interés de participar en recabar la información que ha continuación se presenta.

Material y método

El presente documento se considera de carácter descriptivo, de manera que en el transcurso de él, se dan a conocer acontecimientos recientes sobre migración sucedidos en Guatemala, además del registro de datos bibliográficos que apoyan esa información y solidifican los conceptos manejados. Las técnicas que se utilizaron fueron: búsqueda bibliográfica, búsqueda en registros de la Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala, entrevistas y búsqueda electrónica. Los datos obtenidos de estas búsquedas se organizaron en el orden que presenta la guía para la elaboración del presente documento.

Las entrevistas fueron realizadas a las autoridades de enfermería de los servicios de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) de la iniciativa privada, así como a jefes de recursos humanos de esas organizaciones.

El proceso de investigación denominado “Caracterización de la Fuerza de Trabajo en Enfermería en Guatemala”, cuyo objetivo principal es construir un inventario del recurso de enfermería en los diferentes niveles de todas las instituciones que brindan salud en el país, se constituye también como un instrumento importante para desarrollar el presente documento.

Entre las principales dificultades o limitaciones que se encuentran está el que ninguna de las instituciones cuenta con un registro riguroso donde se contemple el movimiento de recursos humanos que se hayan marchado a otro país, o de extranjeras que hayan laborado, sino solo se tienen datos del momento. La fortaleza identificada como la única institución autorizada para realizar incorporaciones al país, es y ha sido la Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala; antes, a través del Departamento de Educación de Enfermería del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y ahora de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Esta entidad es quien extiende los documentos académicos que requieren enfermeras y enfermeros que han emigrado a otros países y que necesitan para laborar, incorporarse o seguir estudios en los lugares donde viven.

Al final se presentan conclusiones basadas en los hallazgos y el atrevimiento de emanar recomendaciones, aunque se sabe de antemano que hace falta mucho más que un documento como este para emitir opinión acerca de este complejo proceso de las migraciones en enfermería.

Es evidente que este documento se convierte en una contribución no sólo para el gremio de enfermería del país, sino también para todos los entes de salud de Guatemala. También brinda su cuota de aporte al documento que contenga el panorama regional que se pueda obtener sobre migración de enfermeras de América Latina.

Resultados

Contexto

La República de Guatemala cuenta con una población de 12 599 000 habitantes, en una extensión territorial de 108 889 kilómetros cuadrados, con una población rural del 52,8%, donde el 47,2% restante reside en gran cantidad en áreas marginales, viviendo en peores condiciones que la rural misma (4). De la población total, 5 496 839 son hombres y 5 740 357 son mujeres. Es un país pluricultural y multilingüe, en el que habitan varios grupos descendientes de la raza maya, ladinos, xincas y garífunas; se hablan 21 idiomas mayas y más de 100 dialectos, además del español. Tiene una tasa de crecimiento anual promedio de 2,4% y una tasa global de fecundidad de 4,3 hijos por mujer. Un total de 2 541 581 habitantes están concentrados en la capital; la esperanza de vida para los hombres es de 64,3 años y para las mujeres de 71,6 años, la más baja de todo Centroamérica, y la asistencia escolar está en el 74,1% del total de los niños entre 7 y 15 años (4).

En el año 2005 se estimó que en Guatemala existían 3,6 enfermeras profesionales (nivel técnico universitario) por 10 000 habitantes, con una mayor concentración en el área metropolitana. También se calculó que existía una enfermera profesional por cada tres médicos y por cada enfermera profesional seis auxiliares de enfermería (5).

El ejercicio formal de enfermería en Guatemala se inicia en 1903 con el establecimiento del Hospital General San Juan de Dios de la Capital, junto con el hospital la escuela de parteras y enfermeras que ingresaban con sexto año de formación primaria (6). La profesionalización de enfermería en Guatemala dio su inicio en la década de los cuarenta con la creación de la Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala, donde se realizaron procesos de profesionalización para las personas que se dedicaban a la práctica de enfermería, lo que se desarrolla subsecuentemente a la creación de las escuelas de Quetzaltenango y de Cobán Alta Verapaz (6). Las tres se han encargado de la formación de enfermeros y enfermeras técnicas universitarias, y desde el año 2000 forman licenciadas en enfermería. Posteriormente en el año 1955 se inicia la formación de auxiliares de enfermería con la creación de la Escuela Nacional de Auxiliares de Enfermería, funcionando en el mismo edificio de la Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala (6). Luego fueron inauguradas tres escuelas más en todo el país para la formación de auxiliares. En la actualidad existen 25 cursos que forman auxiliares de enfermería y que están autorizados y supervisados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y dos universidades privadas que forman enfermeras técnicas universitarias y licenciadas en enfermería.

Por referencias personales, se conoce a enfermeras que desde la década de los setenta, cuando Guatemala vivía la guerra civil, se desplazaron a otros países junto a sus familias, yendo en su mayoría a Estados Unidos de Norteamérica. Hoy por hoy, el fenómeno de la migración sigue latente en las filas de la enfermería de Guatemala. Todo este proceso de inmigración y emigración está regulado por la Dirección General de Migración que depende del Ministerio de Gobernación del Estado de Guatemala, cuya visión es ser una institución de servicio, con principios y valores, eficiente y eficaz, apegada a la ley, para el desarrollo de las políticas migratorias; como misión debe brindar seguridad, así como controlar, verificar y garantizar a nacionales y extranjeros la entrada, permanencia y salida del territorio de Guatemala.

En relación a las estadísticas, en la página web de la Dirección de Migración sólo aparecen reportados hasta marzo del presente año 2007 un total de 87 892 personas extranjeras, que equivalen al 37% del total de entradas; el otro porcentaje corresponde a guatemaltecos que han ingresado al país. Respecto de las emigraciones hay un total de 60 301 personas guatemaltecas que han salido del país, también registradas sólo hasta marzo de 2007.

En la investigación “Caracterización del recurso humano de enfermería en Guatemala”, que desarrolla un grupo de dirigentes de la enfermería con apoyo de la OPS, se pudo registrar los datos de 12 403 personas que practican la enfermería en las diferentes instituciones que brindan servicios de salud. Hay que decir que faltó un aproximado del 25% de personal que regresara las boletas, lo que ocurre por diferentes circunstancias. Al revisar las boletas se puede detectar que no todos tienen el registro correspondiente

para laborar, porque gran parte del personal auxiliar ha egresado de cursos no autorizados por el Ministerio de Salud, por no cumplir con los requisitos necesarios para tal autorización. En caso del personal técnico universitario, carecen de registro por no cumplir con la norma de actualizar sus datos en la Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala cada año, como está establecido por ley (7). Aunque es evidente que la práctica de enfermería se ha caracterizado por ser femenina, ahora puede verse que el porcentaje de hombres está subiendo, registrando ya un 17,5% de personal masculino. De todos los sujetos de estudio, el 47,6% se encuentra en el Departamento de Guatemala y el otro porcentaje está diluido en los otros 21 departamentos del país. El 54,5% del personal sujeto de la investigación labora en el Ministerio de Salud Pública y el 26,3% está empleado en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; el otro 19,2% está diluido en las instituciones privadas (8).

Los datos anteriores dicen claramente que el mayor número de personal está concentrado en el área hospitalaria, y esto sucede no sólo en la capital, sino en todo el país. En los registros del personal empleado se puede ver que una mínima parte está dedicada a la población rural y urbano-marginal en los centros y puestos de salud, y la gran mayoría brinda servicios en los centros hospitalarios. Aunque en los últimos años se han realizado esfuerzos por revertir un poco el panorama, aumentando la promoción de la salud en el nivel comunitario, todavía la balanza no cambia su inclinación, lo que se evidenciará precisamente en los datos preliminares de esta investigación.

Otro fenómeno muy interesante es que hay un buen porcentaje de personal de enfermería en todos sus niveles que laboran en más de una institución; esto seguramente se comprobará en los resultados finales de la investigación mencionada (caracterización), ya que por el momento sólo se cuenta con las referencias expresadas de las mismas jefes de los centros hospitalarios. Se dice que esto sucede por el escaso recurso de enfermería formado y la demanda de este personal en todo el sector salud.

A la Escuela Nacional de Enfermeras se acercan organizaciones y envían ofertas de trabajo para enfermeras técnicas universitarias y auxiliares de enfermería, recibiendo por lo menos dos ofertas al mes. El personal más solicitado son las técnicas universitarias; en este fenómeno interviene el factor geográfico, las enfermeras y auxiliares buscan la conveniencia de laborar cerca de su domicilio o del primer empleo que tienen, para poder acceder a ambos empleos; también influye la oportunidad salarial y las condiciones laborales que las instituciones ofrecen. Todo lo anterior puede ser elegido por los y las enfermeras y auxiliares de enfermería, porque como se dijo antes, en Guatemala hay escasez de personal de enfermería.

Las Escuelas del Estado, (Ministerio de Salud / Universidad de San Carlos de Guatemala) responsabilizadas de la formación de recurso humano de enfermería, han realizado muchos esfuerzos para aumentar la calidad y cantidad de formados en enfermería, sin embargo, en esto repercute dos situaciones. La primera es que los jóvenes ya no están interesados en estudiar enfermería porque tienen iguales o mejores salarios a los de otras profesiones, que requieren menos esfuerzos y riesgos. Además, las Escuelas del Estado enfrentan la situación que los interesados para estudiar la carrera de enfermería no aprueban los exámenes emitidos por la universidad, esto a causa de la mala preparación media que las instituciones estatales de nivel medio brindan en Guatemala. En cambio, egresados de instituciones privadas aprueban con facilidad estas pruebas, pero ellos eligen otras carreras y son muy pocos los que eligen enfermería.

El otro inconveniente en la escasez de enfermería es que las instituciones formadoras tienen poco presupuesto para su funcionamiento. Ya desde los salarios de las docentes, quienes aun teniendo el grado de licenciadas, incluso de magisteres, ganan lo mismo que una recién egresada que trabaja en un servicio; aunque se han hecho llegar propuestas a las instancias correspondientes, no ha surtido efecto. Hay que reconocer la mística de las y los profesores, porque lejos de que estos salarios den repercusiones negativas, todo el equipo docente se esfuerza cada vez por prepararse mejor académicamente y sus evaluaciones de desempeño indican que tienen alta competencia docente y técnica.

Se han elaborado proyectos para formar más enfermeras y enfermeros técnico universitarios: tal es el caso presentado en 2005, una propuesta concreta y completa al Consejo Superior Universitario de la Universidad de San Carlos de Guatemala, para apertura de la carrera en una de las áreas más alejadas y necesitadas, como lo es el caso de Izabál. En ella se aprovecha la infraestructura del Centro Universitario local, así como la presencia del personal administrativo y operativo ya existente. No obstante, la propuesta

no ha tenido respuesta hasta el día de hoy. Este es solo un ejemplo de los diferentes proyectos y propuestas que se han dado a conocer a instancias nacionales e internacionales, con el objeto de obtener financiamiento para que la Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala forme más profesionales que se unan a las filas de las labores en los servicios.

El tema de la escasez de personal de enfermería es manejado por todos los países. Tal es el caso de los datos que presenta el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, mencionando que en el año 2000 tenía 1,86 millones de enfermeras registradas, mientras que la demanda llegaba a dos millones, lo que representó una escasez del 6%. De acuerdo con lo anterior, se estima que el déficit de enfermeras se agudizará y alcanzará proporciones de 12, 20 y 29% para los años 2010, 2015 y 2020 respectivamente. Entre las causas de escasez pueden mencionarse: un decremento de 17% en la matrícula de escuelas de enfermería en el año 2002 y la pérdida de personal por muerte o retiro, de 128% más, que la reportada en ese mismo año (9).

Resulta indudable que todo lo anterior es causa de preocupación en las entidades dedicadas a salud, especialmente a enfermería. Es por ello que el Consejo Internacional de Enfermeras —CIE— (10), posterior a un análisis de la situación, señala algunas ventajas de la migración entre las que destacan: oportunidades para desarrollar una práctica profesional (reconocimiento de su nivel académico); capacitación y educación continua; seguridad personal y laboral; mejores condiciones de trabajo; mejor calidad de vida; ingresos económicos importantes para los países por la entrada de divisas; mejora en la base de conocimientos. El CIE también expresa los siguientes inconvenientes que resultan de la migración: las prácticas de contratación contrarias a la ética, que dan lugar a abusos por parte de las agencias en los cargos por comisión, falsas expectativas en salarios, alojamiento y educación para los hijos. En las instituciones de salud las condiciones laborales ofrecidas no son correspondientes con el nivel académico, competencia profesional y experiencia laboral. La repercusión en la dimensión afectiva y personal por la separación de los hijos o de los cónyuges, o bien, por efectos de actitudes discriminatorias dada su condición de inmigrantes o por cuestiones de racismo, entre otras. En cuanto a los inconvenientes para el sistema de salud de los países proveedores, algunos ejemplos son: la fuga de “cerebros” o “talentos”; el cierre de instituciones de salud, la elevación de los costos de atención por deficiencias en la calidad de la atención, el exceso de trabajo para las enfermeras que se quedan a trabajar en los países proveedores, las pérdidas económicas nacionales por la inversión pública hecha en la formación de los recursos humanos.

En Guatemala, las tres escuelas nacionales que forman enfermeras y enfermeros a nivel técnico universitario y licenciatura se rigen por el mismo currículo, aprobado por las autoridades de la Universidad de San Carlos de Guatemala y considerado de modelo constructivista, en base al enfoque del modelo de autocuidado de Dorotea Orem. Se desarrolla en tres niveles que son introductorio, básico y profesional general, los dos primeros son cubiertos en el nivel técnico universitario, y cuando se completa la formación con la licenciatura se alcanza el tercer nivel. El programa se desarrolla abarcando las áreas de químico-biológica, técnica, asistencial, social-investigativa, administrativa, tecnológico-educativo y servicio (11).

Existen cuatro niveles de formación a lo largo de la carrera de Licenciatura en Enfermería. El nivel introductorio es cubierto durante el primer semestre de la carrera, el nivel básico abarca los tres semestres siguientes, el nivel profesional general es completado en los semestres V y VI, con estos tres niveles se completa la formación de un técnico universitario; y durante los semestres VII al X se imparte todo lo necesario para alcanzar el nivel profesional específico, llegando así al nivel de Licenciado en Enfermería.

En estos niveles se forman en los estudiantes la atención primaria de salud, la integración docencia-servicio, epidemiología y situaciones de enfermería, dividiendo esta formación en cinco áreas: niveles de prevención, investigación, atención directa, administración y educación. A medida que se amplía el conocimiento en estas cinco áreas se produce una formación en abanico, por medio de la cual se alcanza el nivel intermedio de Enfermería.

Las dos universidades privadas que actualmente forman técnicos universitarios y licenciados, no son regidas por este programa, cada uno de ellos tiene el propio. Hace dos años la Dirección de la Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala tuvo la iniciativa de unir a las dirigentes de las universidades privadas

para unificar los objetivos y la direccionalidad de la formación. Se siguen haciendo esfuerzos al respecto, sin embargo todavía no se ha logrado establecer líneas concretas de trabajo sobre este punto.

Se conoce que una de las universidades tuvo el inicio de esta formación con un programa de formación comunitario denominado Maya, sin embargo luego lo transformó para una formación con enfoque preventivo y curativo. La otra universidad se observa que tiene un enfoque administrativo y gerencial. Sin embargo no se ha podido obtener información concreta al respecto.

Regulación

Guatemala cuenta con la ley de migración, vertida en el decreto número 95-98 del Congreso de La República de Guatemala, la cual indica que el Estado de Guatemala se organiza para proteger a la persona y a la familia, su fin supremo es el bien común; y que Guatemala normará sus relaciones con otros Estados, de conformidad con los principios, reglas y prácticas internacionales, bajo el propósito de contribuir al mantenimiento de la paz y la libertad. La regularización migratoria contempla los requisitos normales, como investigar papelería presentada, realizar entrevista personal para emitir un dictamen favorable y la persona pueda permanecer en Guatemala.

Según esta ley todas las personas extranjeras que deseen permanecer en Guatemala deben cumplir con una serie de requerimientos que allí se enumeran. No se menciona a ninguna profesión en particular, únicamente dice que los profesionales que desempeñen funciones como tales deben cumplir con las leyes de observancia general en el país, así como cumplir con las específicas que corresponde (12).

La Ley de Servicio Civil y su Reglamento rige el procedimiento para la autorización y nombramiento de personas extranjeras (13). Se detallan los pasos a seguir las personas extranjeras que deseen laborar en el Ministerio de Salud, apareciendo aspectos académicos y administrativos que deben legalizarse en el país de origen y Guatemala, en las instancias correspondientes.

El aumento de la inmigración en Europa se ha combinado con la xenofobia tradicional. A pesar de las razones aducidas, la política de cierre de fronteras plantea serios problemas de respeto a los derechos humanos. Especialmente, cuando un país pide a otro que no permita la libre salida de sus ciudadanos; en este caso, se produce una clara violación del artículo 13 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que reza así:

- Toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado.
- Toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso del propio, y a regresar a su país (14).

Sin embargo, es justo reconocer que los Derechos Humanos a escala internacional no pueden ir (en la práctica), en contra o por encima de los derechos humanos de la población de los países de inmigración. Pensar lo contrario sería inconcebible, sobre todo porque los países receptores de inmigrantes no podrían resolver el problema de la superpoblación del sureste asiático, para citar un ejemplo. Más bien es al revés: la inmigración en los países desarrollados, suele tener partidarios (sobre todo entre las clases más poderosas económicamente) para cubrir las necesidades de dichos países especialmente en lo que se refiere a disponer de mano de obra barata y mantener los salarios relativamente bajos, aún a costa del perjuicio social que se pueda cometer con la población obrera autóctona. Y en el país de emigración tampoco suele ser una solución por el hecho de que los que han emigrado son, precisamente, los que tienen mayor afán de superación e incluso mayor nivel de preparación. Las remesas de los inmigrantes a sus países de origen suele compensar los aspectos tan negativos de la emigración, aunque también ello crea un problema en el país donde viven esos emigrantes.

La Organización Internacional para las Migraciones —OIM—, tras medio siglo de experiencia operativa mundial, se ha convertido en el principal organismo internacional que trabaja con migrantes y gobiernos para proveer respuestas humanas a los desafíos que plantea la migración.

Con oficinas y operaciones en cada continente, la OIM ayuda a gobiernos y a la sociedad civil mediante:

- rápidas respuestas humanitarias a corrientes migratorias repentinas;
- programas de retorno y reintegración en situaciones de post-emergencia;
- retornos voluntarios asistidos para migrantes irregulares;
- contratación de nacionales altamente calificados para que retornen a sus países de origen;
- ayuda a los migrantes desamparados, capacitación y fortalecimiento institucional para funcionarios;
- medidas para luchar contra el tráfico de personas;
- programas de migración y salud y de salud pública;
- información y educación sobre migración, e
- investigación sobre la gestión de la migración y otros servicios para migrantes (15).

Si bien no forma parte del sistema de las Naciones Unidas, la OIM mantiene estrechas relaciones de trabajo con los órganos y las instituciones operativas de la ONU. La OIM trabaja en asociación con una amplia variedad de organizaciones internacionales y no gubernamentales.

En varias ocasiones los discursos de autoridades y políticos han expresado la importancia del personal de enfermería para la salud de Guatemala, y las leyes actuales también soportan la necesidad de brindarle especial atención al recurso humano. Entre algunos de los aspectos legales que apoyan este tema, se puede mencionar la política VI de salud del actual gobierno, que menciona la importancia de la administración y desarrollo del recurso humano (16). Aunque no se refiere exclusivamente a enfermería, es tácito, además que un alto porcentaje de ese personal de salud lo constituye enfermería.

El código de salud dice en su Capítulo VI de la Formación y capacitación de los recursos humanos en salud (17), específicamente en sus artículos 25 y 29 que se citan a continuación: Artículo 25. Prioridad de los recursos humanos. El Ministerio de Salud y otras entidades del sector, priorizarán el recurso humano como el factor clave para la modernización del sector y la implementación del modelo integral de atención en salud. Artículo 29. Responsabilidades para la formación. Las universidades, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y demás instituciones del sector tienen la responsabilidad de formar a los profesionales, personal técnico, auxiliares de salud y ciencias conexas, de acuerdo a las normas y requerimientos académicos establecidos para cada nivel educativo en el sistema.

Los Acuerdos de Paz, firmados en diciembre del año 1996, son otro fundamento sobre el que descansa la importancia del recurso humano. Específicamente señala en la parte de educación y capacitación (18): Ley de Desarrollo Social (19) es otro de los instrumentos que se constituyen en un apoyo para los diferentes procesos de los guatemaltecos, tal y como lo indica en su artículo 2: Desarrollo Nacional. El desarrollo nacional y social debe generar beneficios para las generaciones presentes y futuras de la República de Guatemala. La presente ley establece los principios, procedimientos y objetivos que deben ser observados para que el desarrollo nacional y social genere también un desarrollo integral, familiar y humano; es otro de los instrumentos que se constituyen en apoyo para los diferentes procesos de los guatemaltecos, tal y como lo indica en sus artículos 2, 10, 13 y 24, entre los más importantes. Una de las cosas más relevantes que expresa esta ley, respecto del tema de las migraciones, es que el Estado debe incorporar criterios y consideraciones de las proyecciones demográficas, condiciones de vida y ubicación territorial de personas y hogares como insumos para la toma de decisiones públicas para el desarrollo sostenible, de manera de realizar acciones sobre salud, educación, empleo, vivienda y ambiente, debiendo implementar estrategias para lograr una estructura dinámica y ubicación de la población actual y futura, a fin de conseguir una mejor asignación de recursos y una mayor eficiencia y eficacia en la realización de las tareas y acciones públicas.

Es evidente que todas las leyes buscan ordenar las migraciones con principios éticos que permitan el desarrollo de los pueblos. Siempre en la línea de llevar una disposición, la enfermería en Guatemala puede ser desempeñada por las personas que estén inscritas en el registro oficial de enfermeras, en el caso del

personal técnico universitario y colegiadas en el caso de los y las licenciadas en enfermería. En relación al personal auxiliar de enfermería, deberán estar registradas en los libros oficiales del Ministerio de Salud que son responsabilidad de la Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala.

Razones y fines de la migración de enfermeras

La información encontrada por vía entrevista y documental, indica que las enfermeras y enfermeros guatemaltecos que han emigrado es por razones turísticas, por reunirse con otros familiares, mejorar sus condiciones económicas y por ende su calidad de vida, o por inquietud personal. En las décadas de los ochenta y noventa ocurre por la guerra interna, momento donde muchas están planeando irse por ofertas de trabajo mejores que las nacionales. Hay que recalcar que en el medio de la enfermería se comenta sobre las oportunidades que existen de laborar en los países desarrollados con mejor remuneración y otras ventajas laborales; y la razón principal por la que no han emigrado a esos lugares es por la barrera idiomática.

Es importante resaltar que las enfermeras y enfermeros guatemaltecos, como la mayoría de latinos, están apegados a la cultura propia y a la familia. Esta es otra de las razones por las que enfermeras expresan que no se van a otros países, a menos que la familia se fuera con ellas.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Población indica que existen varias razones por las que enfermería emigra, siendo en resumen (20):

- búsqueda de una vida mejor para uno mismo y su familia;
- disparidades de ingreso entre distintas regiones y dentro de una misma región;
- políticas laborales y migratorias de los países de origen y de destino;
- conflictos políticos (que impulsan la migración transfronteriza, así como los desplazamientos dentro de un mismo país);
- degradación del medio ambiente, inclusive la pérdida de tierras de cultivo, bosques y pastizales (los “refugiados del medio ambiente”, en su mayoría, acuden a las ciudades en lugar de emigrar al extranjero), y
- “éxodo de profesionales”, o migración de los jóvenes más educados de países en desarrollo para llenar las lagunas en la fuerza laboral de los países industrializados.

Magnitud

La inmigración es uno de los fenómenos mundiales más controvertidos. Todas las naciones desarrolladas (y buena parte de las subdesarrolladas) restringen fuertemente el flujo migratorio, justificándolo económicamente en la competencia desleal que representaría para los ciudadanos una mano de obra a bajo costo y la carga que representarían los inmigrantes a los servicios sociales de carácter público (21). Esto se ha visto patentizado en el trabajo particular de enfermería, aunque sólo se conozca por referencias personales y no se cuenten con registros oficiales. La razón de fondo puede ser muchas veces el temor de que la cultura nacional se vea ahogada por una oleada de inmigrantes, especialmente cuando los inmigrantes son de otra raza, religión o idioma.

Las incorporaciones de enfermeras a Guatemala son contadas. Tal es el caso que de 1997 a 2003 existen 7 incorporaciones de enfermeras a nivel técnico, tres de ellas son guatemaltecas que estudiaron en México y trabajan en las instancias militares, tres más son de origen salvadoreño y una enfermera guatemalteca graduada en la Universidad de San Francisco, California (22). Cabe mencionar que después del año 2003, no se ha realizado ninguna incorporación del nivel técnico universitario aunque están en lista de espera una enfermera española y una enfermera colombiana que viven desde hace algunos años en el país y han trabajado como enfermeras, sin embargo este año la Oficina Nacional de Servicio Civil —ON-SEC— ha exigido que todo el personal que se encuentre empleado cumpla con las normas establecidas.

Las dos enfermeras mencionadas no han podido iniciar este trámite porque en este momento La Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala, quien había trabajado las incorporaciones está supeditada a las leyes académicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Departamento de Registro de esa Universidad solo tiene normado incorporaciones a nivel de licenciatura, por lo que debe esperarse a que resuelvan. De todos modos, las personas que porten sus documentos como enfermeras o enfermeros en el grado de licenciatura, egresados de cualquier universidad del mundo, pueden ingresar su expediente a este Departamento de Registro de la Universidad de San Carlos de Guatemala, luego del dictamen de ellos lo emiten a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas y de allí es trasladado a la Dirección de la Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala. Este es el caso del Licenciado Carlos Sobrino, proveniente de Cuba, a quien se le inició proceso de incorporación para ser registrado en Guatemala como Licenciado en Enfermería (23), siendo este el único caso en Guatemala por el momento.

En la actualidad el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social no cuenta con personal de enfermería extranjero, a excepción del mencionado que se ha incorporado. El Jefe del Departamento de Personal de la Dirección de Recursos Humanos de este ministerio indicó que la Ley de Servicio Civil en su artículo 32 dicta que quienes no estén totalmente incorporados no son legales, por lo que no es posible emplearlos si no tiene toda la certificación correspondiente; él indicó que por ninguno de los renglones presupuestarios es posible emplear a estas personas (Zamora, entrevista, 2007).

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social —IGSS—, es la segunda institución en Guatemala en importancia por cobertura de servicios de salud. En este sentido, se entrevistó a la Licenciada Sandra Elizabeth Girón, jefe de los servicios de enfermería de esta institución, para tener datos sobre la presencia de personal de enfermería extranjero laborando en ella. La licenciada informó que no hay datos en los registros de recursos humanos del IGSS, y dijo no estar enterada de que algún extranjero se desempeñara dentro del personal de enfermería en esa institución (Girón, entrevista, 2007).

La jefe de la Unidad de los Servicios de Enfermería del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social informó que no conoce ningún caso actual de enfermeras o auxiliares de enfermería que trabajen en los servicios a su cargo (Osorio, entrevista, 2007), agregando que en algún momento supo que había enfermeras cubanas, pero no estaba segura. Esto se confrontó con la información de la oficina de personal del mismo ministerio, quien dijo que no hay personal de enfermería extranjero.

Se realizaron entrevistas con las jefes de enfermería de los hospitales privados más grandes que brindan atención de salud en la capital de Guatemala y se pudo comprobar que en el hospital Herrera Llerandi, no hay personal extranjero porque todo el personal de enfermería que labora allí debe llevar su carné de registro como enfermera o auxiliar de enfermería, ambos emitidos por la Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala (Santizo, entrevista, 2007).

También se pudo obtener la amable colaboración de la enfermera profesional Sonia Maritza Morales de Fuentes, jefe de enfermería del Hospital Privado Las Américas, quien también se refirió a que no tienen personal de enfermería extranjero porque se exige del mismo modo el registro para poder emplearlos. Sí tienen una auxiliar de enfermería que es de origen nicaragüense, nacionalizada en Guatemala, que desde hace años labora en el hospital; sin embargo, ella estudió su curso para auxiliar de enfermería en una de las escuelas autorizadas por el Ministerio de Salud, aún cuando ya era auxiliar en su país, y ella no se incorporó como auxiliar, sino que estudio de nuevo el curso (Morales, entrevista, 2007). Agregó que estas mismas disposiciones son acatadas por los otros cuatro hospitales que pertenecen al consorcio: Hospital Cedros de Líbano, Novicentro, Ciudad Vieja y Nápoles.

El hospital denominado Sanatorio Nuestra Señora del Pilar es otro de los centros asistenciales privados de Guatemala. Al respecto de personal de enfermería extranjero, la enfermera profesional Alva Ibáñez Chomo, jefe de enfermería, indica que de las 18 enfermeras profesionales (técnico universitario) una es nicaragüense y que se trasladó a vivir a Guatemala desde hace tres años porque al esposo de ella lo trasladaron a trabajar a Guatemala. Por otro lado tiene 190 auxiliares de enfermería de los cuales un 5% son hombres, de ellos hay tres de origen nicaragüense y una hondureña, esta última se trasladó por asuntos familiares y las nicaragüenses se trasladaron a Guatemala cuando se desarrollaba la guerra civil en su país (Ibáñez, entrevista, 2007). Ella dijo desconocer si estaban o no incorporadas como enfermeras

y como auxiliares, aunque en Guatemala no existe ni ha existido antes proceso de incorporación de auxiliares en el país; sólo se han dado proceso de acreditación y nivelación a personas que practicaban la enfermería sin ser reconocidos por el Ministerio de Salud Pública, y se dio muy fuerte este fenómeno con el fin de la guerra civil en Guatemala que ocurrió en diciembre de 1996, aplicando en toda la república cursos para que las personas que ya practicaban la enfermería obtuvieran su diploma de auxiliares de enfermería. También se le preguntó si a criterio de ella existía alguna diferencia entre el desempeño de las extranjeras con las nacionales, para lo cual ella se refirió que no, que el desempeño lo veía igualmente bueno.

En la información que presenta la Dirección de Migración no se encuentran registrados datos particulares de enfermería. Se contactó a la oficina de la Asociación de Enfermeras de Guatemala y tampoco se tiene allí ningún dato al respecto. En este sentido es la Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala registra desde 1989 a la fecha nueve personas que han solicitado documentos académicos para realizar trámites en los Estados Unidos y poder laborar en enfermería, siendo curioso que todas ellas residen en el Estado de California. El nombre de la institución que solicita la información se denomina *Board of Vocational Nursing and Psychiatric Technicians*, Sacramento, California, EUA. Sin embargo también se tuvo contacto con una enfermera que reside en Miami y dos más en Boston. La media en edad de los enfermeros que han solicitado esta papelería es de 39 años, siendo la más alta de 52 años y la más joven de 26 años. De todos ellos hay un varón y que además es el graduado más reciente, año 2004, de todos los contactados.

Se pudo obtener una entrevista con la enfermera que se encuentra en Boston desde 1986, expresando que se fue por turismo para visitar a un familiar, y allí le dijeron que los enfermeros tenían campo; entonces ella estudió inglés mientras trabajo de lavaplatos en un restaurante, y también recibió un curso personalizado de asistente de enfermería. Al año de estar en esta preparación y trabajo, ella inicia a laborar como asistencia de enfermería en uno de los hospitales de Boston que se encarga de la atención de pacientes ancianos y hasta el momento ella labora allí en una plaza, porque refiere tener mucho agradecimiento porque fue esa empresa quien le apoyó para obtener su residencia en los Estados Unidos, hace 4 años ellas recibió un curso de técnico en endoscopia y trabaja en otro hospital siempre de Boston en esta especialidad y le va muy bien (Maldonado, entrevista, 2007).

Cuando ella se expresa a bien, es que le agrada en todo sentido su trabajo y que está en buenas condiciones económicas; también dice que podría estar mejor porque si realizara su incorporación como enfermera a la universidad podría ganar mejor y tener otras prestaciones, sin embargo no está muy segura con el idioma inglés todavía, sin embargo dice está pensando seriamente hacerlo.

Estos son los datos que se han encontrado registrados; sin embargo se conoce por referencias informales de colegas que más enfermeras y auxiliares de enfermería han emigrado a buscar mejores condiciones económicas a Estados Unidos, Canadá, Italia y España. No se conoce de ninguna guatemalteca que esté laborando con todas las características de enfermera en algún otro país, al parecer todas y todos tienen sub-empleos y esto por dos grandes razones: la primera es la legalidad de su estancia y la segunda es por el idioma que no manejan.

Economía de las migraciones

El Ministerio de Salud Pública es quien brinda el presupuesto para que las escuelas de enfermería formen el recurso, y cada una de las escuelas maneja su propio presupuesto. El presupuesto de funcionamiento alcanza escasamente para las necesidades logísticas y de estructura; hace ya varios años que no se tiene renglón para comprar equipo, por ejemplo, y es sólo a través de donaciones de instituciones que se ha podido solventar la necesidad de obtener equipo de computo, porque como se sabe las máquinas tienen un tiempo de vida y luego necesitan cambios. Durante la formación, el estudiante cancela la matrícula a la contabilidad de cada escuela, que corresponde a \$20 quetzales por semestre, y en registro de la Universidad de San Carlos de Guatemala pagan Q 111 en el semestre, lo que hace un total de Q 131 al año. El Ministerio por su parte invierte en cada graduado de técnico universitario un estimado de Q 20 000 al año (24). Esto incluye aspectos de funcionamiento y salario de docentes así como personal de apoyo.

En estos gastos de funcionamiento se incluyen escasos viáticos y el mantenimiento de un vehículo por escuela con un módico monto de combustible. Los estudiantes que cursan la carrera técnica universitaria reciben una bolsa de estudios por 10 meses al año, de Q 75 para el primero, Q 100 para los que estudian su segundo año y quienes están en tercer año reciben Q 300. Todos estos montos están incluidos en los Q 20 000 al año que se mencionó. El Ministerio entonces invierte un aproximado de Q 60 000 en la formación de un técnico universitario y Q 120 000 por los licenciados en enfermería. A esto hay que sumarle lo que cada estudiante con su familia invierte en costos de servicios básicos, libros, material logístico y otros. Al respecto se hizo un cálculo de lo que cada persona que estudia para enfermero invierte al año y se estimo Q 15 000 al año (25), aclarando que con estas cantidades se tiene lo básico para vivir y estudiar.

En cuanto a las remesas que la mencionada enfermera residente en Boston, ella envía para Guatemala es de \$600 dólares quincenal, teniendo un salario de US\$ 16 la hora como técnica en endoscopía, “como asistente de enfermería se gana menos”, expresó. El enfermero que se mencionó antes y que emigro en el 2004 es esposo de ella y precisamente estudió para enfermero técnico universitario en Guatemala, para reunirse con ella y llevarse a sus hijos, porque como técnico en tornos no obtuvo oportunidad laboral y efectivamente cuando llegó a los Estados Unidos siendo enfermero, pudo obtener rápidamente oportunidad de empleo. No obstante, recalca que el manejo del inglés es fundamental, de hecho, él maneja con mucha destreza el inglés y ya se hizo técnico en cuidados críticos, laborando en el servicio de emergencia como técnico.

Al preguntarle si sólo los cursos de técnicos que han recibido allí les han servido para encontrar mejores oportunidades de trabajo, ella responde que lo esencial es presentar la evidencia de ser enfermeros en Guatemala, en este caso particular, que ha partir de allí, les realizan la entrevista y examen de admisión para que les den la oportunidad de realizar los cursos y luego los emplean como tales.

En la entrevista realizada a la enfermera que vive en Boston, ella refiere que hay muchas ventajas de laborar en enfermería en los Estados Unidos, mas las personas deben tener mucho cuidado porque mientras más elevan su condición en el trabajo, así como el salario, también la responsabilidad se eleva y si se presenta alguna equivocación profesional, la situación puede complicarse en sobremanera.

Consecuencias de las migraciones

Por los datos anteriores se puede observar que Guatemala no ha sido afectada en gran manera por migración internacional de personal de enfermería, aunque es valioso mencionar que se da mucho la migración nacional. Esto, en el sentido que las personas cuando terminan su preparación como enfermeras, enfermeros técnicos universitarios y auxiliares de enfermería, ya no regresan a su localidad para prestar sus servicios porque se quedan en las ciudades por mejores oportunidades laborales, mejores condiciones de vida y por seguir su preparación. Seguramente esto podría evitarse si existiera una política de recursos humanos que el gobierno brindara para que todos los profesionales prestaran sus servicios en los lugares más necesitados; esto no sólo en el caso de enfermería, sino maestros, médicos, agrónomos, biólogos, entre los más necesarios.

La Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala ha realizado esfuerzos para preparar recursos humanos en la rama, en departamentos territoriales que están lejanos a las escuelas, con el fin de facilitar la preparación de los interesados y que encuentran oportunidades laborales en su misma localidad o cerca de ella. En el caso de los técnicos universitarios, se han preparado varias cohortes en el programa por encuentros, en los que se reúnen en las escuelas periódicamente y luego son dirigidos por las docentes mediante módulos mediados, desarrollando un texto paralelo para la teoría y práctica supervisada en los servicios cercanos de su domicilio. Esto ha sido posible con los auxiliares de enfermería que después de llenar su requisito académico inician su preparación como enfermeros y continúan laborando en su servicio.

Para la formación de auxiliares de enfermería se han tenido muchas más oportunidades de descentralización, ya que existen 25 cursos y escuelas que forman auxiliares, desplazados por todo el país; tal es así que egresan de 900 a 1000 auxiliares de enfermería al año, comprobándose que esto es suficiente

para la demanda del país. En el caso de los técnicos universitarios, egresan de las escuelas nacionales un promedio de 150 personas al año, y de las universidades privadas indican que es un aproximado de 35 egresados. En el nivel de licenciatura esto todavía es más traumático porque es mínimo el egreso, aunque está en aumento. Por ejemplo para 2007 se graduaron de licenciados en enfermería 19 de la Escuela de Guatemala, 4 de Quetzaltenango y ninguna de Cobán. De las universidades privadas egresa un número mayor porque su plan de estudios es únicamente presencial, y no desarrollan ninguna práctica clínica, ni hospitalario ni comunitaria, y luego hacen créditos de maestría para graduarse sin tesis, sin realizar tampoco ejercicio profesional supervisado. Todos estos factores predominan para que las egresadas de técnicas universitarias de las escuelas nacionales continúen su preparación para licenciatura en las privadas.

Este fenómeno migratorio interno en enfermería hace que el cuidado esté más en manos de auxiliares de enfermería que de enfermeras, lo cual no ayuda a los procesos que buscan mejorar los indicadores de salud que actualmente tiene el país.

Discusión

La migración es un fenómeno que no ha tenido consecuencias en la enfermería en Guatemala, lo que se puede visualizar en los datos anteriores presentados en este documento. El número de enfermeras incorporadas al país constituyen un 0,26% de 2600 enfermeras y enfermeros que laboran en el país, y la cantidad de personas que solicitan papelería para laborar en otros países corresponde al 0,34%. Aunque los porcentajes son mínimos, se puede observar desde ya que es más alto el correspondiente a emigraciones.

Sin embargo a pesar de ser mínima la migración internacional de personal de enfermería, se presenta la problemática de tener migración interna que afecta principalmente a la extensión de cobertura de los servicios comunitarios y hospitalarios de las poblaciones rurales o alejadas de Guatemala. El personal no tiene interés en dirigirse a laborar a estas localidades porque no se les ofrece incentivos laborales diferentes, es más, tendrían que invertir de su propio salario para mantenerse en donde trabajan y además de ello, tienen que seguir sosteniendo costos familiares. En definitiva, esto hace que el personal no se vaya e inclusive hasta renuncie porque el trabajo le ocasiona más gastos que ingresos, además de sacrificar una serie de costumbres y comodidades a los que está habituado.

Hay que mencionar que de todas maneras hay déficit de personal de enfermería, especialmente de técnicas o técnicos universitarios, lo que acontece porque como se mencionó anteriormente, los candidatos para estudiar enfermería han disminuido, esto más en el nivel técnico universitario que en el nivel auxiliar de enfermería. El nuevo programa de pruebas de admisión que está practicando la Universidad Nacional ha tenido que ver también en la disminución de estudiantes en los tres últimos años, lo que ha tenido sus ventajas, como por ejemplo en el aspecto de deserción y en el rendimiento académico, aunque de esto tampoco se ha desarrollado ningún estudio. A raíz de la barrera que los estudiantes encuentran para inscribirse en las escuelas nacionales, acuden a las universidades privadas, las que a su vez han presentado opciones a la ciudadanía para formarse como enfermeras y enfermeros técnicos universitarios y licenciados. Desafortunadamente todavía no se ha logrado entablar procesos serios que conlleven a la homogeneización de los programas de formación; esto podría fortalecer la competencia de los estudiantes y presentar opciones al sistema de salud del país para las diferentes circunstancias, que ya representan problemas como extensión de cobertura, mejoramiento de la calidad de los servicios, mejoramiento de los indicadores de salud, entre otros. La problemática de la admisión de la universidad estatal se va superando paulatinamente por medio de varias estrategias: tal es el caso que para el 2008 sólo la Escuela de Guatemala tuvo 90 estudiantes inscritos, mientras que en el 2007 se tuvo 51, en el 2006, 48 y en el 2005 se llegó a tener 26 inscritos.

Es importante resaltar que no se ha tenido respuesta de las autoridades del Ministerio de Salud ni de la Universidad de San Carlos de Guatemala, ni de organizaciones internacionales, para aumentar el número de egresadas a nivel técnico universitario y mucho menos a nivel de licenciatura, a pesar de presentar proyectos completos. Las razones internas del país son más que evidentes y ahora debe agregarse la corriente de las migraciones.

Resulta un poco atrevido decir que es casi seguro que si se diera la enseñanza del inglés paralelo, antes o después a los estudiantes de enfermería de nivel técnico universitario, se tendría gran cantidad de emigraciones. Esto porque los salarios son más atractivos en los países desarrollados y Guatemala está muy cerca de los Estados Unidos, lo que se facilita para los jóvenes se trasladen como turistas; siempre tienen un familiar, un amigo y podrían colarse en un trabajo, de seguro que subempleados pero de todos modos económicamente estarían mejor pagados que en Guatemala. Además de ello hay que sumar la inquietud que los jóvenes tienen cuando se gradúan, así como la mayoría son solteros y sin compromisos familiares.

La emigración de personal de enfermería podría convertirse en una fortaleza para Guatemala, siempre y cuando los formadores estén preparados en todo sentido para tener la capacidad de exportar personal de enfermería y mantener llenos los espacios en el país. Podría ser que este acontecimiento diera como resultado el que la sociedad reconociera el valor de la enfermera y enfermero, y obtener mejoras laborales para el personal.

La Asociación de Enfermeras de Guatemala puede encontrar una forma de fortalecerse, mediante programas de preparación para este tema de las migraciones, pues las instituciones formadoras no tienen este fin y las de servicios seguramente no estarán interesadas en que el personal se dirija a trabajar a otro país. El Consejo Internacional de Enfermeras —CIE— ya está emitiendo puntos de vista al respecto y a lo mejor en esa instancia podrían apoyarse las asociaciones como la de Guatemala, para prepararse en razón de este fenómeno, que como dice el CIE tiene sus ventajas y desventajas: ahora toca transformar las desventajas para que enfermería salga más beneficiada que perjudicada.

Por otro lado cada enfermera y enfermero en lo particular debe prepararse para afrontar este fenómeno, porque podría darse el caso de que se presentaran oportunidades para intervenir en este proceso de migraciones, sea de forma interna o externa del país natal, haciendo que la profesión salga lo menos perjudicada y que a su vez pueda responder a las necesidades de los ciudadanos del mundo.

Conclusiones y recomendaciones

En base a lo anterior, es de suma importancia que las entidades de enfermería de Guatemala se organicen y propongan planes de acción respecto a las migraciones. Que cada instancia se responsabilice de su parte para enfrentar los acontecimientos que seguramente antes del 2010 surgirán, como lo indican los expertos.

Encontrar estrategias para sensibilizar a las autoridades competentes respecto al fenómeno de las migraciones, particularmente en enfermería, ya que por el momento no se tiene ni el mínimo rasgo de preocupación por el tema.

Las instituciones formadoras deben alertarse y preparar programas que fortalezcan y aumenten la producción de recursos formados porque podrían convertirse en una fortaleza, que además de cumplir con mantener los servicios del país cubiertos pudiera exportar recursos humanos de enfermería a los países desarrollados.

Las escuelas también deben fortalecer los programas de educación continua para que las profesoras se conviertan en un punto de apoyo en la calidad y cantidad de formación del recurso. También este programa debe dar apoyo a las enfermeras de los servicios que necesiten recapacitar a su personal si así fuera necesario y más aun si se diera una crisis de escasez de personal.

En la actualidad se tienen algunas ideas y mínimas experiencias de las ventajas y desventajas de la migración en enfermería; sin embargo, es necesario fortalecer el contexto con procesos de información sistematizados, como investigaciones por ejemplo, que conlleven a tener información más fidedigna en donde apoyarse para tomar decisiones.

Es indispensable que enfermería maneje y viva la teoría de la interculturalidad, porque con ello tendrá una fortaleza más para que su desempeño tenga mayor éxito, pues el buen manejo de la cultura de los usuarios permitirá que ellos mismos la prefieran y la busquen.

Además, es necesario que se hagan procesos de preparación para todas las enfermeras del país porque pueden surgir grandes ideas y acontecimientos que beneficien a la enfermería de Guatemala.

Entrevistas

1. Girón SE, Licenciada. Jefe de Enfermería del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS. Diciembre 2007.
2. Ibáñez Chomo A, Enfermera profesional Jefe de Enfermería del Hospital Privado Sanatorio Nuestra Señora del Pilar, diciembre de 2007.
3. Ingrid Patricia Figueroa de Padilla. Magíster en Enfermería. Sub-directora Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala, diciembre 2007.
4. Maldonado IY. Enfermera profesional residente en Boston, diciembre de 2007.
5. Marco Antonio Zamora, Licenciado Jefe del Departamento de Personal de la Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Diciembre 2007.
6. Morales de Fuentes SM, Enfermera Profesional Jefe de Enfermería del Hospital Privado Las Américas y consorcios. Diciembre de 2007.
7. Osorio de Isaacs MJ. Jefe de la Unidad de Servicios de Salud, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Diciembre de 2007.
8. Santizo R, Enfermera profesional jefe de enfermería del Hospital Privado Herrera Llerandi. Diciembre 2007.

Referencias

1. George, Pierre. Geografía de la Población. Barcelona: Oikos-Tau Editores; 1971.
2. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía CELADE, de la CEPAL espacio dedicado a las migraciones. Disponible en: <http://www.eclac.cl/celade/migracion/>.
3. Marriner Tomey A, Alligood MR. Modelos y Teorías en Enfermería. 5ª. ed. Madrid: Elsevier; 2003.
4. Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos. [Folleto]. Washington; 2005.
5. Departamento de Educación de Enfermería, Escuela Nacional de Enfermeras. Documento interno año 2005.
6. Grupo Centroamericano de Profesionales de Enfermería. La Enfermería en Centro América y el Caribe: Un siglo de Historia. Honduras; 2000.
7. Presidencia de la República de Guatemala. Acuerdo Gubernativo de fecha 31 de octubre de 1955. Guatemala.
8. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social et al. Caracterización de la fuerza de trabajo en enfermería en Guatemala. Guatemala; 2009.
9. Arroyo de Cordero G, Jiménez Sánchez J. Repercusiones de la escasez versus migración de enfermeras como fenómeno global [monografía en Internet]*. México 2005 [acceso diciembre de 2007]. Disponible en: www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/90BFD8F5-9D19-4C18-BD76-48B956D8569D/0/2005re0113repercusiones.pdf.
10. Consejo Internacional de Enfermeras. Declaraciones de posición del CIE. Disponible en: www.icn.ch/policysp.htm.
11. Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala. Programa de Formación de Enfermería, Niveles Técnico Universitario y Licenciatura. Guatemala; 2000.
12. Congreso de la República de Guatemala. Ley de Migración de Guatemala. Decreto 95-98 [monografía en Internet]*. Guatemala, 1998 [acceso diciembre de 2007]. Disponible en: http://www.migrantesenlinea.org/imagesFTP/4449.Ley_de_Migracion_de_Guatemala.doc.
13. Congreso de la República de Guatemala. Ley de Servicio Civil. Acuerdo gubernativo 18-98 y 564-98. Decreto N° 17-48. Guatemala; 2005.
14. Colaboradores de Wikipedia. Inmigración [monografía en Internet]. Wikipedia, La enciclopedia libre, 2009 acceso diciembre de 2007]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Inmigraci%C3%B3n&oldid=26931172>.
15. Organización Internacional de Migración OIM. Plan de Acción para el Manejo de las Migraciones Internas e Internacionales [monografía en Internet] Guatemala, 2001 [acceso diciembre de 2007]. Disponible en: <http://www.oim.org.gt/documentos/Cuaderno%20de%20Trabajo%20No.%202001.pdf>.
16. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Nacional de Salud. Guatemala; 2005.
17. Congreso de la República de Guatemala. Formación y capacitación de recursos humanos en salud. En: Código de Salud. Decreto 90-97, Artículos 25 y 29, páginas 6 -7. Guatemala; 1997.
18. Presidencia de la República de Guatemala. Acuerdos de Paz. Edición auspiciada por la Comunidad Económica Europea, FONAPAZ y Copredeb. pp. 67-72. Guatemala; 1996.
19. Congreso de la República de Guatemala. Ley de Desarrollo Social. Decreto número 42-2001. Guatemala; 2001.

20. [Http://www.unfpa.org/](http://www.unfpa.org/).
21. Colaboradores de Wikipedia. Inmigración [monografía en Internet]. Wikipedia, La enciclopedia libre, 2009 acceso diciembre de 2007]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Inmigraci%C3%B3n&oldid=26931172>.
22. Departamento de Educación de Enfermería/Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala. Libros de Actas y Registros de enfermeras y enfermeros técnicos universitarios y licenciados en enfermería.
23. Dirección de la Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala. Archivos consultados. Guatemala; diciembre 2007.
24. Oficina de Contabilidad de la Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala. Guatemala; diciembre de 2007.
25. Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala. Proyecto de formación de enfermeras para el centro universitario de Izabal —CUNIZAB—, Guatemala; 2006.

Bibliografía

Acuerdo Gubernativo de fecha 31 de octubre de 1955. Guatemala.

Arroyo de Cordero G, Jiménez Sánchez J. Repercusiones de la escasez versus migración de enfermeras como fenómeno global [monografía en Internet]*. México 2005 [acceso diciembre de 2007]. Disponible en: www.imss.gob.mx/NR/ronlyres/90BFD8F5-9D19-4C18-BD76-48B956D8569D/0/2005re0113repercusiones.pdf.

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía CELADE, de la CEPAL espacio dedicado a las migraciones. Disponible en: <http://www.eclac.cl/celade/migracion/>.

Colaboradores de Wikipedia. Inmigración [monografía en Internet]. Wikipedia, La enciclopedia libre, 2009 [acceso diciembre de 2007]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Inmigraci%C3%B3n&oldid=26931172>.

Congreso de la República de Guatemala. Formación y capacitación de recursos humanos en salud. En: Código de Salud. Decreto 90-97, Artículos 25 y 29, páginas 6 -7. Guatemala, 1997.

Congreso de la República de Guatemala. Ley de Desarrollo Social. Decreto número 42-2001. Guatemala, 2001.

Congreso de la República de Guatemala. Ley de Migración de Guatemala. Decreto 95-98 [monografía en Internet]*. Guatemala, 1998 [acceso diciembre de 2007]. Disponible en: http://www.migrantesenlinea.org/imagesFTP/4449.Ley_de_Migracion_de_Guatemala.doc.

Congreso de la República de Guatemala. Ley de Servicio Civil. Acuerdo gubernativo 18-98 y 564-98. Decreto N°17-48. Guatemala 2005.

Consejo Internacional de Enfermeras. Declaraciones de posición del CIE. Disponible en: www.icn.ch/poli-cysp.htm.

Departamento de Educación de Enfermería, Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala. Documento interno año 2005.

Departamento de Educación de Enfermería, Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala. Libros de Actas y Registros de enfermeras y enfermeros técnicos universitarios y licenciados en enfermería.

Dirección de la Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala, Archivos consultados, diciembre 2007.

Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala. Libro de registro de documentos extendidos para el exterior, consultado en diciembre de 2007.

Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala. Programa de Formación de Enfermería, Niveles Técnico Universitario y Licenciatura. Guatemala, 2000.

Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala. Proyecto de formación de enfermeras para el centro universitario de Izabal –CUNIZAB-, Guatemala, 2006.

Fondo de la Población de las Naciones Unidas, FNUAP. Disponible en: <http://www.unfpa.org/>.

Fondo de la Población de las Naciones Unidas, FNUAP. Variaciones de la población y opciones de las personas. En: Estado de la Población Mundial 1999 [monografía en Internet]*. New York; 1999 [acceso 5 de junio de 2009]. Disponible en: <http://www.unfpa.org/swp/1999/spanish/pdf/espanolswp99.pdf>.

George P. Geografía de la Población. Barcelona: Oikos-Tau Editores, 1971.

Grupo Centroamericano de Profesionales de Enfermería. La Enfermería en Centro América y el Caribe: Un siglo de Historia. Honduras, 2000.

Marriner Tomey A, Alligood MR. Modelos y Teorías en Enfermería. 5ª. ed. Madrid: Elsevier; 2003. Pág. 103.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social *et al.* Caracterización de la fuerza de trabajo en enfermería en Guatemala; 2009.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Nacional de Salud. Guatemala, 2005

Oficina de Contabilidad de la Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala. Guatemala, diciembre de 2007.

Organización Internacional de Migración OIM. Plan de Acción para el Manejo de las Migraciones Internas e Internacionales [monografía en Internet] Guatemala, 2001 [acceso diciembre de 2007]. Disponible en: <http://www.oim.org.gt/documentos/Cuaderno%20de%20Trabajo%20No.%2001.pdf>.

Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos. Washington, 2005. Folleto.

Presidencia de la República de Guatemala. Acuerdos de Paz. Edición auspiciada por la Comunidad Económica Europea, FONAPAZ y Copredeb. pp. 67-72. Guatemala, 1996.

5. Honduras

Reina Lidylia Grogan Núñez⁸

Introducción

Los orígenes, manifestaciones y efectos de la migración son tema de gran importancia internacional y nacional.

En el contexto de la globalización, demanda la regulación actualizada de los mercados laborales, las profesiones y su práctica, así como las condiciones sociopolíticas y económicas del migrante. Del mismo modo, es preciso considerar las políticas de desarrollo, para utilizar adecuadamente las remesas a fin de mejorar condiciones de vida y salud, tanto de las familias que las reciben y como de sus países y no convertirse en una fuente de desintegración y problemas familiares.

Es necesario hacer investigaciones sobre la participación de las mujeres y el impacto particular de la migración en el seño de los hogares, sobre todo en Honduras donde un alto porcentaje de ellas es jefa de familia.

Considerando lo anterior observamos repercusiones en la profesión de enfermería, porque el 99% son mujeres, con alto índice de madres solteras; la demanda de los servicios cada vez es mayor en el país para poder lograr mejorar en calidad y cobertura a nivel nacional. A la vez las condiciones de vida atractivos en países más desarrollados, estimulan la movilización del personal de enfermería.

En este informe se abordan datos sobre la migración de enfermeras y algunos de los efectos en las familias, junto a las consecuencias en los servicios de salud y el mercado de trabajo.

Material y método

Fuentes

Para elaborar este documento se consultan diversas fuentes como el Colegio de Profesionales de Enfermería de Honduras, la Asociación de Auxiliares de Enfermería, la Secretaría de Salud, la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Carrera de Enfermería de la Universidad del Valle de Sula, Carrera de Enfermería del Centro Universitario Regional del Litoral Atlántico, Carrera de Enfermería de Tegucigalpa, Ciudad Universitaria, Relaciones Exteriores de Honduras, FECOPRUH (Federación de Colegios de Profesionales de Honduras), Cámara de Comercio, OPS/OMS Honduras, Hospitales y Centros de Salud.

Técnicas/actividades

Para obtener la información se seleccionaron enfermeras claves en la docencia y el servicio. Se revisaron documentos sobre convenios, políticas, de prestación de servicios, situación actual relacionada con la migración y empleo de enfermeras de las instituciones y de encuentros internacionales y nacionales.

8. Licenciada en Enfermería, Especialista en salud mental y psiquiatría, Directora de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Proceso de recolección

Se realiza por entrevista personal correo electrónico, revisión de documentos.

Avances y limitaciones

Sobre esta temática la información es limitada porque apenas se inician las investigaciones, esta se encuentra en proceso; los acuerdos bilaterales entre países están reglamentándose para su aplicación. Existe un gran subregistro del comportamiento migratorio de enfermería.

El alcance para nuestro país será significativo para motivar a la creación de base de datos actualizada en universidades, colegios profesionales, así como la regulación para la protección de las nacionales y extranjeros. Actualmente se trabaja en la revisión de la ley de colegiación en los aspectos relacionados con la migración, como homologaciones de título, empleo, salarios y condiciones de trabajo.

Contexto

Migración y "escasez" de enfermeras en América Latina

La migración de enfermeras en los países en proceso de desarrollo se ha dado, casi de manera permanente por situaciones sociopolíticas y económicas, que inciden en las condiciones de vida y de trabajo traducidas en bajos salarios, jornadas de trabajo prolongadas y sobrecarga de responsabilidades, así como pocas oportunidades de crecimiento y reconocimiento profesional.

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

Honduras como efecto de los acuerdos comerciales e internacionales, fomenta la movilización de enfermeras de otros países, generalmente cónyuges acompañantes de diplomáticos, comerciantes y profesionales que son trasladados al país; la emigración en la búsqueda de mejores condiciones de vida y trabajo para el desarrollo familiar.

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) tiene como objetivo la promoción del desarrollo económico y social equitativo y sustentable. Cada país define con el BID sus programas en base a áreas críticas de trabajo para la promoción del crecimiento económico, financiando proyectos sociales, contribuyendo al desarrollo libre del comercio en la Región, modernización tecnológica, promoción de la micro empresa para generar ingreso permanente y empleo y promover la exportación de bienes y servicios a otras regiones; todo esto tiene repercusión en la movilización de las personas a nivel interno del país y hacia el extranjero.

La migración tiene entonces relación directa con los retos del desarrollo económico y social, pudiendo traer consigo conflicto y tensión o bien oportunidades de desarrollo humano individual y colectivo. Es importante hacer notar que el desenvolvimiento individual a nivel de formación académica y pericia le da mayor acceso a la acreditación nacional e internacional para poder ejercer la profesión, en este caso enfermería. Esta profesión es altamente influenciada por el desarrollo económico y social de las naciones, porque aumenta la demanda de personal de esta área para hacerle frente a la morbi-mortalidad acumulada y los nuevos perfiles epidemiológicos derivados de la concentración de las poblaciones y su movilidad, así como el costo de vida y de los programas de salud.

Se hace necesario incrementar el número de enfermeras para ofrecer cuidados primarios de salud de calidad y cobertura de los programas de promoción, prevención, intervención e integración en el proceso social productivo de la población.

Por el avance tan rápido de este intercambio comercial, tecnológico y de todo tipo, no ha ido a la par de la regulación de la movilización, la prestación de servicios, la homologación de profesiones, condiciones

de vida y trabajo con equidad. Este es un gran reto para los colegios profesionales, para proteger a sus miembros y a los que llegan a su país.

Magnitud de las migraciones

Consideraciones legales, de trabajo y de vida de las migrantes

La mayoría de los inmigrantes no ejercen la profesión y por lo tanto no se colegian. Usualmente son cónyuges que vienen acompañando a su pareja y no trabajan fuera del hogar.

Las enfermeras que emigran, se incorporan en su mayoría a trabajos con permisos temporales, tardando algún tiempo para lograr su registro por razones de idioma y nivelación de planes de estudio; sin embargo, mejoran sus condiciones de vida y de trabajo en comparación a lo que tenían en nuestro país.

En la mayoría de las ocasiones realizan trabajos diferentes a la profesión para poder sobrevivir mientras obtienen la licencia de trabajo. Actualmente se dedican al reclutamiento de Licenciada(os) en Enfermería generalmente para Estados Unidos, Italia, Nueva Zelanda, España y África.

Las profesionales de enfermería en Honduras están distribuidas de la siguiente manera: en la Secretaría de Salud 960; en Instituto Hondureño de Seguridad Social 201 y en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras 38, lo que hace un total de 1199. El total de registrados es de 1972 profesionales. Según la Asociación de Auxiliares de Enfermería, existen 5761 registrados.

Los datos anteriores demuestran una escasez de personal y una relación muy baja a nivel numérica por población que debe ser atendida a nivel nacional. Al revisar la relación nacional, incluyendo servicios privados, es de enfermeras 1,4 por 10 000 habitantes, y Auxiliares de Enfermería 9,8 por 10 000 habitantes.

Por lo tanto, la salida del país del personal de enfermería agudiza la crisis de la cobertura de servicios y de la calidad de la atención a la población.

Es emergente la toma de decisiones en la mejora de condiciones de vida y de trabajo para retener a las enfermeras en el país y crear incentivos para profesionalizar, captar nuevas aspirantes para estudiar la carrera y crear un plan académico que permita el escalonamiento en la formación académica.

En los indicadores básicos de salud del 2005, en cuanto a recursos humanos, acceso y cobertura por departamento se muestra la siguiente información:

Tabla 5.1: Relación de profesionales de enfermería por departamento

Departamento	Total de enfermeras	Departamento	Total de enfermeras
Atlántida	108	Intibuca	19
Colón	36	Islas de la Bahía	12
Comayagua	35	La Paz	15
Copan	48	Lempira	37
Cortes	153	Ocotepeque	20
Choluteca	33	Olancho	35
El Paraíso	15	Santa Bárbara	19
Francisco Morazán	362	Valle	23
Gracias a Dios	6	Yoro	46
Nivel Nacional 1025			

El cuadro anterior nos lleva al análisis que la relación de profesionales de enfermería existentes en cada departamento no corresponde a la demanda de servicios de este recurso, lo cual repercute en la calidad de atención brindada.

El equipo de salud en la atención directa está conformado generalmente por médico, enfermera y auxiliar de enfermería. Los indicadores básicos revelan que a nivel nacional existen por cada 1000 habitantes 0,24 médicos, 0,12 enfermeras y 0,78 auxiliar de enfermería. Se refleja un desequilibrio en la contratación de profesionales de enfermería que pone en precariedad la extensión de cobertura, especialmente en programas de atención materno infantil, inmunizaciones, salud mental, prevención de enfermedades crónico-degenerativas y transmisibles, donde la enfermera lleva la mayor responsabilidad directa en el cumplimiento de las metas para estos programas.

A pesar que en la Secretaría de Salud se han iniciado nuevos programas, incrementado y ampliado servicios para la atención al usuario, en los hospitales se han extendido la atención por especialidades, aumentando por ende la demanda de todos estos servicios de salud, haciendo notar que a pesar de lo anteriormente expuesto desde 1998 (nueve años) no se han aperturado plazas para profesionales de enfermería.

La tabla 5.2 demuestra un desbalance en la relación del número de profesionales de enfermería existente y la población atendida. Esto nos indica que a mayor requerimiento de servicios debe ir en forma coherente el aumento del número de enfermeras profesionales para satisfacer las demandas en forma, número y en calidad de la atención.

La estrategia de la reducción de la pobreza exige la mejora en la atención, para la disminución de indicadores de morbilidad y mortalidad materno infantil.

Tabla 5.2: Población por departamentos en relación con las profesionales de enfermería

Departamento	Población	Nº de enfermeras profesionales por 1000 hab.
Nivel nacional	7 028 389	0,12
Atlántida	365 378	0,23
Colón	261 607	0,15
Comayagua	380 851	0,05
Copan	311 676	0,10
Cortes	1 324 240	0,09
Choluteca	412 796	0,05
El Paraíso	375 015	0,05
Francisco Morazán	1 266 230	0,25
Gracias a Dios	73 992	0,11
Intibuca	196 381	0,08
Islas de la Bahía	41 779	0,22
La Paz	169 335	0,06
Lempira	270 747	0,06
Ocotepeque	115 860	0,15
Olancho	448 415	0,08
Santa Bárbara	361 632	0,03
Valle	158 179	0,11
Yoro	494 276	0,08

Razones y fines de la migración

Inmigración

Usualmente se ha dado por razones de:

1. Matrimonios con hondureños que han ido a estudiar al extranjero y regresan a radicarse en el país.
2. Desplazamiento provocado por procesos socioeconómicos como la guerrilla o fenómenos de desastres socio-naturales en los países centroamericanos.
3. Consultorías a largo y corto plazo.
4. Religiosas que son enfermeras y son enviadas a prestar servicio en sus congregaciones, a nivel de hospitales o de formación de recursos.
5. Brigadas médicas integradas con enfermeras y que se han incrementado después del huracán Mitch (1998).

Así, tenemos en el país enfermeras de España, Estados Unidos, Alemania, Argentina, Rusia, Colombia, República Dominicana, El Salvador, Nicaragua, Guatemala, Japón, Francia, Inglaterra, Costa Rica, Nicaragua y Uruguay.

Según los datos obtenidos, durante el presente año 2004 se autorizan 146 licencias temporales por el Colegio de Profesionales de Enfermería de Honduras; actualmente la inmigración permanente es poco frecuente y la Asociación solo tiene registradas alrededor de 10 enfermeras, por lo que existe subregistro, ya que la mayoría no ejerce la profesión y usualmente son las que llegan por matrimonio.

Emigración

A través del tiempo el país ha perdido muchos recursos humanos valiosos tanto a nivel profesional como auxiliar de enfermería. Y las razones para la emigración han sido para mejoramiento de condiciones de vida y trabajo ya sea económicas, superación personal, reconocimiento profesional, matrimonio y en muy pocos casos por problemas laborales o gremiales.

En la década de 1960-1970, con la apertura de la Escuela de Enfermería del Hospital Vicente D'Antony a cargo de las Hermanas de la Merced, cuyo Plan de Estudios fue similar al de Estados Unidos, facilitó el registro en ese país, lo que estimuló a una emigración muy alta.

Actualmente con las limitaciones para ingresar a Estados Unidos, ha disminuido la movilización para ese país. De las enfermeras que se conoce su movilización, un 99% ha sido a Estados Unidos y 1% al Canadá, Venezuela, España Italia, África y Alaska. Existe información registrada de los últimos años en el Colegio de Profesionales de Enfermería de Honduras de 36 enfermeras que han emigrado.

Tabla 5.3: Emigración de enfermeras profesionales del centro universitario de La Ceiba (1990-2006)

No.	Sexo	Edad	Año de graduación	Año de solicitud	Estado o país
1	F		1964	2004	Miami
2	F		1968	1991	Canadá
3	F		1970	1984	New York
4	F		1970	1993	New York

Continúa...

Continuación tabla 5.3...

No.	Sexo	Edad	Año de graduación	Año de solicitud	Estado o país
5	F		1971	s/i	Philadelphia
6	F		1972	1991	Philadelphia
7	F		1973	1991	Boston
8	F		1973	1991	Florida
9	F		1975	1999 y 2003	Florida
10	F		1975	1993	Arkansas
11	F		1975	1999	California
12	F		1977	1995	Austin, Texas
13	F		1979	1994	Miami
14	F		1979	1990	Florida
15	F		1980	1990	s/i
16	F		1990	2006	***
17	F		1990	2002	Philadelphia
18	F		1991	2003	Philadelphia
19	F		1994	2006	Florida
20	F		1993	2006	***
21	F		1993	2006	***
22	F		1992	1993	Florida
23	F		1984	1990	New Orleans
24	F		1984	1991	Miami
25	F		1984	1987	Miami
26	F		1984	s/i	Miami
27	F		1985	2002	Canadá
28	F		1985	2003	Philadelphia
29	F		1984	1991	Philadelphia
30	F		1987	2006	***
31	F		1987	1989	Philadelphia
32	F		1987	1994	Philadelphia
33	F		1988	1993	Florida
34	F		1988	1991	Philadelphia
35	F		1991	2006	****
36	F		1987	2005	Philadelphia
37	F		1985	2003	Philadelphia
38	F		1980	1989	New Jersey
39	F		1981	1991	Miami
40	F		1982	1997	Miami
41	F		1970	1993	New York
42	F		1972	1988	New Orleans
43	F		1982	1994	New Orleans
44	F		1982	1991	New York
45	F		1982	1991	Toronto, Ontario
46	F		1994	1999	Georgia
47	F		1999	2004	Arizona*****

Continúa...

Continuación tabla 5.3..

No.	Sexo	Edad	Año de graduación	Año de solicitud	Estado o país
48	F		1994	1997	Florida
49	F		1996	2006	North Carolina
50	F		1998	2006	***
51	F		*****	2005	s/i
52	F		1999	2004	Florida
53	F		2001	2006	***
54	F		2005	2006	***

*** Efectuaron trámites, pero están laborando en La Ceiba.

**** Se fueron y están de regreso laborando en La Ceiba.

***** No se cumplió con el requisito del servicio social.

***** Sólo cursó algunas asignaturas.

Regulación y políticas

Registro de enfermeras para ejercer en Honduras

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

- Presentar su título autenticado por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, autoridades competentes de la nación y por representante consular de Honduras en su país de origen.
- Presentar original y fotocopia de la Resolución extendida por la Secretaría de Gobernación y Justicia donde se otorga la residencia legal en el país.
- Documentos personales requeridos para su colegiación en el Colegio de Profesionales de Enfermería de Honduras (fotocopia del pasaporte, tarjeta de residente en el país, permiso de trabajo extendido por la Secretaría de Trabajo y Seguridad Social, dos fotografías carnet, *currículum vitae*).
- Realizar y aprobar evaluación de suficiencia científico-técnica efectuada por comité de expertos en el área que corresponda.
- Presentar fotocopia de recibo de pago de colegiación según cuota establecida y fotocopia de recibo de pago adicional por un valor de 10 lempiras, por el beneficio que obtendrá tener el derecho de ejercer legalmente en el país.
- La licencia para ejercer en el país será renovada cada dos años, así como su Carnet de Colegiación.

No existen normas que regulen en las condiciones actuales de la globalización y las desigualdades entre naciones y las enfermeras en formación académica y condiciones de trabajo.

Para emigrar una limitante es la falta del dominio del Inglés; y para que vengan enfermeras extranjeras, las condiciones de trabajo del país.

Economía de las migraciones

El costo de la formación de una licenciada en enfermería es aproximadamente de 7 000 lempiras mensuales que resulta oneroso para la mayoría de las familias que pueda apoyar a la que estudia la carrera.

Para las enfermas que emigran es favorable por las condiciones de salarios en países desarrollados, pudiendo enviar remesas familiares mensuales que oscilan entre 300 y 400 dólares al mes, aunque en algunas ocasiones puede ser menos. Estas cantidades resultan significativas para el apoyo de la familia.

Consecuencias en los servicios de salud y el mercado de trabajo de enfermería

En Honduras la escasez de enfermeras es notoria pues hay una relación de enfermera de 1,4 por 10 000 habitantes y de auxiliares de enfermería, 8,4 por 10 000 habitantes. Además, se da una concentración en las principales ciudades por lo que hacen falta coberturas de servicios.

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

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

Discusión

Considerando el contexto de la situación social, económica y política del país, en el marco de la globalización, de los acuerdos del tratado de libre comercio, de la situación de salud y de los recursos humanos en salud, especialmente la enfermera, hemos encontrado: déficit en cantidad y cobertura para la prestación de servicios, 1022 enfermeras para 7 000 000 de habitantes, en una distribución de 18 departamentos geográficos de Honduras, en una forma dispersa con características multiculturales, aproximadamente 8 etnias, con un 80% de la población bajo la línea de pobreza sin satisfacción de las necesidades básicas sanitarias, lo que profundiza la exclusión social en salud.

El aumento significativo del número de personas viviendo con VIH-SIDA y la mortalidad materna infantil que se ha reducido en porcentaje pero no lo suficiente, continúa con tasas altas.

El sistema de salud hondureño presenta en su conformación algunas características estructurales y complejas que profundizan la brecha entre las personas que tienen acceso a los servicios de salud y los que no los tienen.

Es necesario para disminuir las inequidades buscar mejores condiciones sanitarias básicas, proteger el entorno humano, promover la salud, mejorar la cobertura y acceso a atención primaria, asegurar la calidad y la eficiencia de los servicios.

Entre los factores esenciales para la reducción de la pobreza, destaca el humano la relación profesional-usuario/paciente y las condiciones laborales de este recurso.

En 1989 el estudio conducido por Hartz publicado en el *New England Journal de Medicina* ya se informaba que la relación enfermera/paciente fue uno de los cinco mayores indicadores de predicción de los niveles de mortalidad. Recientemente Needleman afirmaba una amplia mejoría si todos los hospitales incrementaran su plantilla de enfermeras tituladas hasta alcanzar el 25% de los hospitales. Con mayor dotación de enfermeras, se evitarían más de 6700 muertes intra-hospitalarias y alrededor de 60 000 eventos adversos, reduciendo la morbilidad y el ausentismo laboral.

La relación de profesionales de enfermería con las unidades de servicio de salud existente en cada departamento geográfico no corresponde a la demanda de servicios de este recurso.

La fuerza de trabajo de enfermería está constituida por la enfermera profesional, la auxiliar de enfermería y algunos casos la ayudante de servicio; la relación numérica pone en precario la extensión de

cobertura, especialmente materno infantil, inmunizaciones, salud mental, prevención de enfermedades crónicas-degenerativas y transmisibles, siendo la enfermera la que lleva la mayor responsabilidad directa en el cumplimiento de las metas de estos programas.

La escasez de enfermeras cada vez se ha ido agudizando, especialmente con formación académica que de respuesta a la problemática de salud.

Conclusiones y recomendaciones

Con todo lo anterior expuesto urge la toma de decisiones sobre:

- regulación y políticas para la migración de enfermeras a nivel internacional y nacional;
- mejorar las condiciones laborales de las enfermeras(os) y los incentivos;
- capacitación de aspirantes a enfermeras con planes de estudios flexibles escalonados;
- propiciar becas para la formación académica universitaria y técnico, en cuidados básicos de enfermería, licenciada(o) y maestrías en ciencias de la enfermería con especialidad, y
- promover la cobertura del país, estableciendo el zonaje para las condiciones laborales que estimulen ir a los lugares lejanos.

6. México

Rosa Amarilis Zárate-Grajales⁹
Rey Arturo Salcedo-Álvarez¹⁰

Introducción

México ha registrado importantes progresos en salud. Sin embargo sus indicadores globales continúan siendo bajos debido al reducido gasto gubernamental: la cobertura de enfermeras por 10 000 habitantes es de 18,4 por lo que se clasifica en nivel bajo. Esta escasez se pone de manifiesto en los principales indicadores de salud, ya que los estados de la república que poseen mayores tasas de mortalidad infantil, materna y perinatal, son también los que tienen menos enfermeras.

Esta situación de escasez es preocupación desde hace varios años por parte los Organismos Nacionales e Internacionales de Enfermeras, a causa del impacto que puede alcanzar en los indicadores de salud de la población. En años recientes se agrega a este problema otra variable, que indudablemente puede contribuir a incrementar la escasez de enfermeras en México: la migración.

México es uno de los principales países expulsores de migrantes. Cifras oficiales indican que existen once millones de mexicanos viviendo en los EUA, cantidad se incrementa en 500 000 personas cada año, la mayor parte como migrantes no legales. Desafortunadamente los datos sobre migración de enfermeras son escasos, lo que dificulta conocer la verdadera magnitud del problema; en cuanto a las razones por las que estas migran, no son diferentes a las de otras partes del mundo.

Conociendo el fenómeno migratorio de nuestro país, se cree que un buen número de enfermeras mexicanas se encuentran en calidad de indocumentadas viviendo en los Estados Unidos y que realizan actividades relacionadas con la enfermería tales como cuidadoras de niños y adultos mayores, y otras realizan actividades no relacionadas con la enfermería.

Es importante también considerar que en los próximos años la migración de enfermeras mexicanas no será tan grande, debido principalmente al dominio del idioma inglés. De todos modos, la contratación de enfermeras en México es poco atractiva, en particular porque el sueldo promedio de una enfermera en México es cuatro veces menor al de una enfermera en los EUA, así también por las condiciones laborales de inseguridad en la contratación. Por lo anterior algunas escuelas del país están iniciando la formación de enfermeras bilingües para que realicen estudios de posgrado en el extranjero o bien para que tengan mejores condiciones de migrar a otros países.

El propósito de este estudio es aportar elementos sobre el fenómeno migratorio de enfermeras y conocer las causas, sus características y sobre todo poner en la mesa de la discusión de los tomadores de decisiones las alternativas de solución para esta problemática.

Material y método

Para la elaboración de este trabajo utilizamos dos técnicas de investigación. La primera de ellas fue la investigación en documentos oficiales del sistema nacional de información en salud, en donde se lleva un

9. Lic. en Enfermería y Obstetricia, Especialista en Enfermería del Adulto en Estado Crítico y Maestra en Educación. Jefa de la División de Estudios de Posgrado Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia-Universidad Nacional Autónoma de México (ENEO-UNAM), Directora Adjunta del Centro Colaborador OMS-OPS – ENEO. (zarate_amarilis@hotmail.com).

10. Lic. en Enfermería y Obstetricia y Maestro en Salud Pública. Profesor de Carrera Asociado "B" tiempo completo de la División de Estudios de Posgrado, ENEO- UNAM. (rasalced@hotmail.com).

registro general de los recursos humanos en enfermería, lamentablemente, las variables de interés para el tema de la migración de enfermeras no está incluido en este registro. Así mismo, la búsqueda bibliográfica sobre la migración de enfermeras en México no tuvo resultados satisfactorios.

Como se ya se ha planteado, en México no existen estudios sobre migración de enfermeras que permitan conocer la magnitud del fenómeno. Por esta razón se realizó una encuesta de opinión dirigida a presidentes de Asociaciones Civiles y Académicas de enfermería, directores de escuelas y facultades, así como a personal directivo del área de enfermería, para conocer con mayor profundidad el fenómeno social de la migración de enfermeras, tal como su impacto en la cobertura de atención en el Sistema de Salud.

Los aspectos que se investigaron fueron los siguientes:

- opinión acerca de la migración de enfermeras en México;
- gravedad de este fenómeno;
- políticas institucionales tendientes a favorecer o a desincentivar la migración;
- cifras reales o aproximadas para estimar la magnitud del fenómeno;
- opinión sobre las principales causas que propician la migración de enfermeras;
- narración de experiencia(s) de enfermera(s);
- opinión sobre escuelas de enfermería en México que forman personal para que trabaje en otros países;
- beneficios que obtiene las escuelas al propiciar la formación de enfermeras para trabajar en otros países;
- opinión sobre el impacto de la migración de enfermeras en la cobertura de atención;
- conocimiento de estrategias de instancias gubernamentales, de salud o educativas que favorezcan la retención de enfermeras;
- conocimiento de enfermeras que se encuentran ya trabajando en otro país, y
- conocimiento de agencias o grupos que apoyen la migración de enfermeras.

Resultados

Contexto de las migraciones

Rasgos de la migración general

En México el Consejo Nacional de Población en febrero de 2000, utilizando una muestra del 10% del XII Censo General de Población y Vivienda, construyó y analizó el índice de intensidad migratoria. Este indicador integra en una sola medida las siguientes modalidades y expresiones de la migración: los resultados de mayor relevancia fueron que poco menos de un millón de hogares reciben remesas; más de 937 mil hogares experimentaron la emigración de al menos uno de sus integrantes entre 1995 y 2000; 212 mil hogares tienen migrantes temporales y 192 mil hogares recibieron de regreso a alguno(s) de sus miembros durante el quinquenio 1995-2000, quien(es) residía(n) en el país vecino en 1995 (1).

La migración femenina de México hacia los EUA, además de haberse incrementado, es ahora caracterizada por mujeres con más de doce años de estudio 39,8% y para el año 2005 el 18,2% de ellas estaban ocupadas en el sector social, no obstante la proporción más alta se ubicó en los servicios personales 28,0 (2).

Si bien este documento no especifica la proporción de trabajadoras del sector social que son enfermeras, consideramos que una proporción de 3 a 5% pudieran ser enfermeras.

Composición y distribución de la fuerza de trabajo de enfermería

El personal de enfermería representa más del 50% del total de personal de salud; en México, el Sistema Nacional de Información en Salud (3) tenía registradas, hasta el año 2004, a 193 795 enfermeras, mismas que atendían a una población de 105 349 837 habitantes; por consiguiente existían 18,4 enfermeras por cada 10 000 habitantes. Este indicador disminuye a 14,6 cuando se trata de población sin seguridad social y se eleva a 23,0 cuando se trata de población asegurada. Es necesario considerar que esta información incluye enfermeras que laboran en dos o más instituciones del sector así como personal profesional y no profesional, por lo que la relación enfermeras por habitantes es aún menor que la reflejada en los datos (ver cuadro 6.1).

Con base en criterios internacionales sobre cobertura de servicios de atención en enfermería, un país que cuenta con menos de 20 enfermeras por cada 10 000 habitantes se clasifica en nivel bajo, más de 20 y menos de 40 se ubica en nivel medio y con más de 40 en nivel alto. Con estos criterios, México presenta dos realidades: si consideramos la cobertura en población con seguridad social se ubica en el nivel medio, pero si trata de la población sin seguridad social la cobertura está en nivel bajo (4).

Cuadro 6.1: Índice de enfermeras existentes y faltantes por régimen asistencial, según diferentes escenarios, México 2004

Índice de enfermeras por 10,000 habitantes	Total de enfermeras	Sólo enfermeras profesionales	Enfermeras profesionales atendiendo a población con seguridad social	Enfermeras profesionales atendiendo a población sin seguridad social
Nivel Bajo (>20)	193 800* (18,4)	109 904* (10,4)	63 316* (13,2)	46,588* (8,1)
Nivel medio (40)	421 293** 227 493***	422 723** 312 819***	193 331** 130 000***	230 064** 183 476***
Nivel alto (60)	631 940** 438 140***	634 085** 524 181***	287 800** 224 484***	345 096** 298 508***

*Plazas reales de enfermería.

**Enfermeras necesarias para alcanzar el indicador.

***Total de enfermeras faltantes.

En base al análisis anterior en México, para alcanzar cuando menos un nivel medio de 40 enfermeras por cada 10 000 habitantes, estarían haciendo falta 227 493 enfermeras, por consiguiente; pero la situación se torna más grave en el caso de que se pretendiera alcanzar el indicador con personal profesional, ya que se requeriría de 312 819 enfermeras adicionales.

Características de la educación de enfermería

La formación de enfermería en México a partir de los años setenta se caracteriza por un cambio curricular con tendencias hacia la salud pública, el trabajo comunitario y la atención preventiva. Uno de los ejes de este cambio en el currículo es el ciclo vital humano en donde además se incorporan la investigación y la administración de servicios, la organización con base de proceso salud enfermedad o bien en los niveles de atención a la salud.

En las últimas décadas del siglo XX la visión de la enseñanza se centra en el cuidado, y en el ciclo vital humano, sin embargo esta tendencia se desarrolla paralelamente con el saber médico y la racionalidad técnica dominante (5).

Actualmente hay una mayor preocupación por el análisis y la reorientación del currículo de enfermería con mayor tendencia a centrarse en la formación disciplinar, en el cuidado con objeto de estudio en la profundización del conocimiento de la persona desde una visión holística, en la consideración del entorno

físico y social como un elemento básico para el cuidado, con una visión de la salud desde un punto de vista social, que determina las formas de cuidar en los diferentes grupos.

La Comisión Interinstitucional de Enfermería, organismo asesor del Sistema de Salud en México, tiene la responsabilidad de analizar y proponer alternativas de solución para los asuntos relacionados con la práctica, educación e investigación de enfermería; este cuerpo colegiado menciona que existen cinco niveles de formación de enfermeras en nuestro país, que son los siguientes (6).

- **Cursos de adiestramiento:** cuyo propósito es la ejecución de acciones relacionadas con las necesidades de comodidad e higiene, no poseen ninguna normatividad académica, se imparten en diferentes instituciones tanto de salud como educativas y el tiempo de estudio por periodos cortos de tres a seis meses.
- **Formación técnica:** orientado hacia la realización de técnicas y procedimientos para la satisfacción de necesidades básicas y se imparte en las Escuelas de Enfermería. Poseen un plan de estudio, requieren de la realización del servicio social, la presentación de un examen profesional y se les otorga título y cédula profesional, la duración de los estudios es de tres años después de la secundaria.
- **Cursos posttécnicos:** tienen el propósito de brindar una formación técnica relacionada con los conocimientos y habilidades necesarias para otorgar cuidado en áreas especializadas, otorgando una constancia de estudios y un diploma y se imparte en instituciones de salud y educativas. Poseen un plan de estudio y se cursan en un año.
- **Licenciatura en Enfermería:** cuyo propósito es la aplicación reflexiva del conocimiento para el cuidado integral, se imparten en universidades y en algunos casos en instituciones de salud cuya escuela o facultad está incorporada a una universidad. Poseen plan de estudios, realizan servicio social obligatorio, presentan examen profesional, y se les otorga grado académico de licenciatura, título y cédula profesional; el promedio de duración de los estudios es de cuatro años.
- **Posgrado:** en este nivel se cuenta con tres tipos de estudios: especialización, maestría y doctorado. En el caso de la especialización, su formación profundiza en un campo específico de la enfermería, con énfasis en el área clínica o comunitaria y en la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas en ese campo. Cuenta con un plan de estudios, la duración promedio es de un año; presentan un examen para la obtención del grado, otorgando grado académico de especialista, título y cédula profesional. La Maestría profundiza en el conocimiento de la disciplina, iniciando con rigor científico en la investigación disciplinar dirigido a la formación de maestros de alto nivel. Poseen plan de estudios, se imparte en instituciones universitarias, requiriendo presentar un examen de grado y elaborar un trabajo investigativo, otorgando grado académico de maestro, título y cédula profesional, el tiempo promedio es de dos años de estudio. El Doctorado tiene como propósito la formación de investigadores de alto nivel capaces de generar el conocimiento propio de la disciplina y construir teorías de enfermería, siendo impartido en instituciones universitarias; otorga grado académico de doctor, título y cédula profesional, y el tiempo de duración de estudios es aproximadamente de tres años.

Datos de la FEMAFE muestran que hasta el año 2004 existían un total de 503 escuelas de enfermería en México; de ellas únicamente el 20% ofertaban programas educativos de nivel licenciatura, calculándose que de estas escuelas egresan cada año aproximadamente 3500 nuevos profesionales. Por consiguiente, a este ritmo de crecimiento es prácticamente imposible lograr alcanzar un índice de cobertura medio de enfermeras profesionales en nuestro país. Por otro lado la Comisión Interinstitucional para la formación de recursos humanos en salud menciona que existen 593 escuelas de enfermería, de las cuales 103 imparten el nivel licenciatura, 409 el nivel técnico y siete técnico superior universitario (7), lo que indica que en la mayoría de las escuelas y facultades se imparte el nivel técnico.

El 45,5% de las escuelas y facultades de enfermería corresponden al sector público y el 55,5% al sector privado; de las primeras el 15% son escuelas del Colegio Nacional de la Educación Profesional Técnica (CONALEP), 24,5% de la Dirección General de la Educación Técnica e Industrial (DGETI) y 15,5% pertenecen a las universidades. Situación que preocupa ya que la mayor inversión en formación de enfermeras

no está en las universidades, con las consecuentes repercusiones en el conocimiento, habilidades y destrezas necesarias para un ejercicio profesional que garantice cuidados de calidad a las personas.

Es importante mencionar que se han incrementado el número de escuelas de enfermería de nivel técnico en el sistema educativo mexicano y en la iniciativa privada. No obstante, estas no han alcanzado los estándares mínimos requeridos de calidad a fin de considerar a sus egresados como personal cualificado, lo que dificulta su inserción en el mercado laboral; pero si consideramos que en los últimos años la matrícula de ingreso al nivel licenciatura no ha logrado cubrir las necesidades del mercado laboral, las instituciones del Sistema de Salud tanto público como privado optaran por incrementar la contratación de personal egresado de estas escuelas.

En los últimos años el esfuerzo de los diferentes organismos, instituciones educativas y colegiadas, ha logrado que los egresados de la Licenciatura en Enfermería sean capaces de valorar, idear, ejecutar y evaluar todas las funciones de su quehacer profesional, para dirigirlo con alto sentido de responsabilidad e independencia". Es el elemento eje del sistema de enfermería capaz de planear, dirigir, controlar y evaluar las funciones genéricas, para brindar cuidado enfermero al paciente, la familia, grupos y comunidades a partir del conocimiento, habilidades, descripción, explicación, y predicción de sus intervenciones" (8).

Por otro lado los procesos de mejora de la calidad de la educación superior han obligado a las instituciones a incorporarse a estos procesos por la vía de la acreditación. La acreditación entendida como la responsabilidad de dar fe pública sobre la calidad académica de la institución con relación de estándares que permitan efectivamente esperar de ellas una formación de calidad. La acreditación constituye un instrumento de rectoría del estado en cuanto a ofertar educación superior de calidad y que en México es responsabilidad de la Federación Mexicana de Escuelas y Facultades de Enfermería (FEMAFEE) para el caso de nuestra profesión.

La Acreditación de Programas Académicos como una estrategia para mejorar la calidad de la Educación Superior en nuestro país, tiene su antecedente inmediato en los procesos de evaluación que adquirieron importancia creciente en el mundo a partir de la década de 1980. Varios países han diseñado programas y políticas gubernamentales, con el apoyo de organismos internacionales como las Naciones Unidas, la UNESCO y la OCDE, entre otras. Es así como en México la asamblea general de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES), acordó en 1997 impulsar la creación de un organismo no gubernamental cuyo propósito fuera regular los procesos de acreditación con un enfoque técnico y operativo en los programas académicos.

Por su parte, la sociedad civil demandaba la fundación de un organismo que garantizara la operación de procesos confiables, oportunos y permanentes para el mejoramiento de la calidad de la Educación Superior. A finales del año 2000 fue instituido formalmente el Consejo para la Acreditación de la Educación Superior (COPAES), el cual es la instancia capacitada por el Gobierno del D.F. a través de la Secretaría de Educación Pública, para reconocer formalmente a las organizaciones cuyo fin sea la acreditación de programas académicos de educación superior, que se ofrecen en instituciones públicas como privadas, previa evaluación de su capacidad organizativa, técnica y operativa.

El reconocimiento que COPAES emite a organismos profesionales y académicos permite la regulación de los organismos acreditadores y los procesos de acreditación en las diversas áreas del conocimiento, con el propósito de evitar conflictos de intereses e informar a la sociedad sobre la calidad de los programas de estudio de nivel superior, particularmente a los alumnos, padres de familia y a los empleadores. Además, la coordinación Nacional para la Planeación de la Educación Superior en México (CONPES) creada en 1989, fue la encargada de diseñar la estrategia nacional de evaluación de la Educación Superior, sustentada en tres líneas de acción: la evaluación institucional (autoevaluación), la evaluación del sistema y los subsistemas de la Educación Superior y la evaluación interinstitucional de programas académicos y funciones mediante el mecanismo de pares calificados de la comunidad académica.

Para promover la evaluación externa la CONPES creó en 1991 los comités interinstitucionales para la evaluación de la educación superior (CIEES), como organismo de carácter no gubernamental cuyas funciones son la evaluación diagnóstica de programas académicos, funciones institucionales y la acreditación de programas y unidades académicas. Actualmente el CIEES está integrado por nueve comités

de las diversas áreas del conocimiento (Arquitectura, Diseño y Urbanismo, Ciencias Naturales y Exactas, Ciencias Agropecuarias, Ciencias de la Salud, Ciencias Sociales y Administrativas, Artes, Educación y Humanidades, Ingeniería y Tecnología, Difusión Vinculación y Extensión de la Cultura, Administración y Gestión Institucional). De 1991 a marzo del 2006 estos comités han evaluado a más de 3000 programas académicos, así como las funciones institucionales mediante metodologías de evaluación que comprenden diversas categorías e indicadores que han sido definidos por expertos en base a criterios y estándares internacionales. Durante estos 15 años de trabajo los CIEES se han dedicado a la realización de la evaluación diagnóstica y no a la acreditación de los programas, lo cual se ha asignado a los organismos colegiados acreditadores reconocidos por COPAES.

En el caso particular de enfermería el COPAES ha acreditado en México al Consejo Mexicano para la Acreditación y Certificación de Enfermería (CÓMACE). A partir del año 2006 la Presidenta de este Consejo es la Dra. María Elena Espino Villafuerte, siendo el propósito de este organismo es acreditar los programas de educación en enfermería. Al 31 de diciembre del 2007 este organismo ha acreditado los siguientes programas académicos de enfermería (ver anexo 6.A).

Para diciembre del 2007, el Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería ha recibido la idoneidad para la certificación de enfermeras en México de parte de la Secretaria de Educación Pública a través de la Dirección General de Profesiones.

Es importante mencionar que las sociedades de nuestro tiempo consideran necesarias las prácticas regulatorias, por las características del mercado en los diversos sistemas económicos y por las presiones de la sociedad a fin de tener recursos y servicios de la mejor calidad. Actualmente las profesiones del área de salud buscan regularse con criterios internacionales y nacionales, tanto en su práctica como su educación, como garantía de interés público.

Entonces ante estos hechos el estado adquiere un carácter importante en la regulación de las profesiones (9) a partir de tres modelos regulatorios: el autorregulado, la regulación controlada por el Estado y la regulación ejercida por el Estado. Esta situación es particularmente clara a partir de que el estado se convierte en el prestador de servicios de salud y su intervención activa en los procesos de regulación, tanto en el ámbito público como en el privado. En México es el estado el que otorga a los grupos colegiados profesionales la licencia de idoneidad para la regulación de la práctica profesional y de la educación.

A pesar de todos estos esfuerzos se considera que aún tenemos serios problemas en la regulación de la educación de enfermería, en la certificación profesional, en la acreditación de los programas y en el otorgamiento de los reconocimientos a la calidad. A manera de ejemplo presentamos los siguientes datos: el 75,8% de los programas de pregrado se encuentran vinculados a universidades, 56 programas vinculados a hospitales del sector público, cerca del 40%, y el restante 60% pertenecen al sector privado (10).

El crecimiento de programas en instituciones no universitarias varía particularmente, en programas técnicos con una diversidad de títulos y modalidades de formación así como heterogeneidad en el currículo, en la teoría y la práctica y en el otorgamiento de títulos.

Actualmente el Consejo Mexicano para la Acreditación y Certificación de Enfermería (CÓMACE), la Federación Mexicana de Escuelas y Facultades de Enfermería (FEMAFEE) y el Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, participan con la Dirección General de Profesiones en los programas, normas y procedimientos para la reglamentación de la educación y la práctica de Enfermería que constituyen los acuerdos nacionales e internacionales en materia de formación y práctica profesional (11).

Finalmente, los líderes de opinión entrevistados para realizar este trabajo coincidieron en que las universidades públicas tienen un compromiso y una obligación con la sociedad mexicana, estando obligadas a formar profesionales con los conocimientos, habilidades y destrezas propios de la profesión que les permitan atender las necesidades de salud de la población mexicana de manera oportuna y adecuada. En ninguna de las escuelas a cargo de los entrevistados se forma de manera específica a enfermeras para que trabajen en otros países.

Magnitud de la migración de enfermeras

Migración de enfermeras a EUA y Canadá

El Consejo Internacional de Enfermeras propone que para estudiar la emigración de enfermeras, se conozca el número de las que abandonan el país y se relacione con el número total de las que dejan de pertenecer a los recursos humanos en salud de cada lugar. También recomienda conocer los factores que influyen en la migración y las consecuencias para los países de origen y de destino, así como las estrategias y propuestas de los países interesados para disminuir los flujos migratorios o bien para regularlos y gestionar mejores formas de contratación en beneficio de todos.

Para lograr lo anterior es necesario iniciar con la clarificación de algunos elementos contextuales, de conceptos y factores, que nos permitirán iniciar la discusión y entender el problema para la definición de líneas de acción de carácter nacional, regional e internacional.

Es indudable que la pérdida de recursos humanos por la migración del personal profesional de salud hacia los países desarrollados, deteriora los sistemas de salud de los países en desarrollo y debilita su capacidad para hacer frente a sus compromisos mundiales, nacionales y regionales. Los datos sobre migración son escasos e incompletos y a menudo únicamente anecdóticos, lo que dificulta conocer las causas reales de la migración.

La contratación internacional y la migración de las enfermeras ha sido un punto de creciente importancia en los diversos foros internacionales de salud mundial y en los diversos programas nacionales desde finales del decenio de 1990-2000.

La migración entendida como la movilidad de grupos de personas a través de las fronteras nacionales en busca de mejores condiciones laborales, mejor salario, mejores posibilidades de desarrollo profesional, o bien la oportunidad de vivir y trabajar en un país culturalmente diferente, se ha convertido en un fenómeno creciente en el grupo de enfermeras. La dinámica de la movilidad, la migración y la contratación internacional son muy complejas y afectan los limitados recursos de los países de origen, derechos humanos, las opciones individuales, las motivaciones y las actitudes de las enfermeras.

Las enfermeras son uno de los grupos profesionales con marcada escasez, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, hasta el punto de que en la actualidad hay ofertas de trabajo en el mercado mundial para estos profesionales (12).

En una publicación reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se indica que hay dos parámetros principales que muestran la importancia relativa que para un país tiene la migración internacional de las enfermeras: la “corriente de entrada” de enfermeras al país a partir de otros países de origen (o “corriente de salida” para otros países) y el “número real” de enfermeras internacionales (no formadas en el país de origen) que permanecen en el país por un tiempo determinado.

Es importante señalar que la migración no es una simple corriente unidireccional desde un país de “origen” a un país de “destino”, también puede ser que las enfermeras salgan de un país para trabajar en otro y luego vuelvan a su país o pasen a un tercero, inclusive pueden vivir en un país y cruzar la frontera regularmente para trabajar en otro. Ejemplo de ello son las enfermeras de la India que se contratan en el Medio Oriente para trabajar en Escocia y las enfermeras filipinas que se contratan en Irlanda para trabajar en Australia (10), las enfermeras de los estados fronterizos de México que trabajan en los Estados del Sur de los Estados Unidos.

Otra cuestión contextual importante es la reglamentación nacional de la profesión de enfermería en lo que respecta a los requisitos necesarios para poder ejercer en el país y la existente para el ejercicio en otros países. En las corrientes migratorias influirán cada vez más los acuerdos internacionales que faciliten el movimiento transfronterizo de las enfermeras mediante el reconocimiento recíproco de los títulos y calificaciones, o mediante la incorporación automática en el país de destino.

Según estimaciones del Consejo de Enfermeras de esta región (encargado también de la formación de estas), se han perdido entre el 20 y el 30% de los tutores en los últimos años, lo que limita gravemente la capacidad del país para formar a las futuras generaciones de enfermeras.

Así también debemos señalar que para algunos países de la Región de las Américas en particular el Caribe de habla inglesa, la migración es un fenómeno social ampliamente aceptado y es parte de la estructura social y económica. Esta Región es muy vulnerable a la migración por varias razones: es un país relativamente pequeño con profesionales de la salud bien formados, de habla inglesa, y además tiene proximidad geográfica con América del Norte y las corrientes migratorias de gran tradición a los EUA y al Reino Unido principalmente.

Los principales factores que facilitan la emigración de las enfermeras del Caribe son:

- tradición de migración y presencia de comunidades procedentes del Caribe o de familiares en los países de destino;
- agencias (principalmente estadounidenses) que viajan al Caribe para contratar enfermeras;
- facilidades de contratación por la presencia de agencias en los países de destino;
- contactos personales con profesionales de salud en los países de destino, y
- contratación por agencias a través de internet.

En el caso de América Latina, la escasez de los recursos humanos en salud ha sido planteada para todas las profesiones, pero se destaca para el sector de enfermería una situación sumamente crítica. El informe del CIE (13) señala que la relación entre población y enfermera oscila entre menos de 10 y más de 100 enfermeras por cada 100 000 habitantes; el coeficiente medio entre población y enfermeras en países desarrollados es casi ocho veces superior a los de países no desarrollados.

Actualmente se realiza investigación auspiciada por la OPS, en nueve países. Venezuela, Perú, Ecuador, Colombia, Argentina, Brasil, Chile, México, Paraguay y Uruguay, con el objetivo de precisar la magnitud de la migración internacional de enfermeras de América Latina, identificar las características de esta migración, describir los procesos sociales, culturales, económicos, políticos, legislativos, profesionales y laborales vinculados a este fenómeno.

En la migración de enfermeras de América Latina hacia los países de América del Norte destacan algunos aspectos, como que el 54% de enfermeras extranjeras de EUA son filipinas, el 20% son canadienses, el 8% son inglesas, el 1% jamaicanas, y el resto son enfermeras de América Latina provenientes principalmente de México seguido por Panamá y El Salvador.

Si bien el total de enfermeras inmigrantes en Canadá y EUA provenientes de América Latina es tan solo el 1,3%, nos indica que en breve puede convertirse en un problema grave de los países de origen, frente a la enorme necesidad del mercado laboral en esos países.

Tenemos algunos datos sobre la aprobación del examen para obtener la licencia de trabajo como enfermera registrada en EUA, destacando que de los países de Centro América aprueban el 30%, del Caribe el 20% y de América del Sur el 46%, situación que creemos tiene que ver con el idioma inglés y con el rol asignado a la enfermera en nuestros países.

Por otro lado las razones que explican la migración de enfermeras de América Latina no son diferentes a las de otras partes del mundo, apareciendo entre ellas las motivaciones de tipo personal y de mejoramiento de la calidad de vida. El 75% de las enfermeras emigrantes tiene más de siete años de práctica, la gran mayoría antes de cumplir el año de haber emigrado tiene trabajo y se sienten muy bien valoradas en el país de destino. Cerca del 80% de las enfermeras emigrantes tienen su situación legal migratoria regularizada y el resto está en proceso de obtenerla; todas las enfermeras entrevistadas tienen título acreditado y una proporción importante ha continuado estudios en diferentes áreas de la enfermería. Sin embargo, es importante destacar que no existen datos confiables del número de enfermeras en particular mexicanas que se encuentran en calidad de indocumentadas viviendo en los Estados Unidos y que realizan actividades relacionadas con la enfermería como: cuidado de ancianos en el hogar, ayudantes en asilos, niñeras,

técnicos en laboratorio para toma de muestras, entre otras actividades informales no relacionadas con su formación.

A este respecto las líderes de opinión entrevistadas coincidieron en que cuando la migración es por cuestiones de superación y esta es de forma temporal trae beneficios a la enfermería mexicana, pero reconocieron que este modo de migración es el menos frecuente. Actualmente la migración de enfermeras mexicanas hacia los EUA es todavía reducida debido principalmente a la falta de dominio del idioma inglés y a los procesos de certificación.

El grupo de especialistas entrevistados concordó en que las universidades públicas tienen la obligación moral de formar recursos humanos para fortalecer el sistema mexicano de salud, no obstante reconocen el derecho que tienen las enfermeras de buscar mejores oportunidades para su desempeño personal y profesional, aunque sea en el extranjero.

Solamente una persona de las entrevistadas pudo aportar datos concretos: anualmente son de 35 a 40 enfermeras mexicanas las que solicitan la transcripción de documentos de estudios profesionales del español al inglés como parte de los trámites para migrar de manera legal a los EUA. El resto no aportó datos.

Razones y fines de la migración de enfermeras

Motivos por lo que las enfermeras mexicanas migran

Las razones que motivan a las personas a migrar son diversas entre regiones y entre países y por lo tanto de gran complejidad, así también el lenguaje utilizado para describir el problema, por lo que es conveniente distinguir los diferentes tipos de migración temporales y permanentes, tanto como las denominaciones que se han dado a los grupos según su situación migratoria: inmigrantes legalmente admitidos, migrantes con permiso de trabajo, migrantes sin permiso de trabajo, los asilados, los refugiados y las personas desplazadas al exterior por falta de oportunidades.

Se han identificado cinco tendencias principales en la migración en general:

1. El número de migrantes internacionales aumenta; según estimaciones de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE, 2004), el número de personas que migran se han multiplicado, pasando de 75 millones en 1965 a 175 millones en el 2003 (datos de las Naciones Unidas, citados en la Organización Internacional para las Migraciones, OIM, 2003), si se define a los migrantes internacionales como "las personas que residen durante más de un año en países distintos de su país de nacimiento". Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2004), hay 81 millones de trabajadores migrantes en el mundo entero (sin incluir los refugiados): 2,5 millones en América Latina y el Caribe, 3 millones en Oceanía, 5 millones en África, 21 millones en América del Norte, 22 millones en Asia y 28 millones en Europa.
2. Se ha incrementado la migración de trabajadores capacitados y cualificados (OCDE, 2004), lo que afecta directamente el desarrollo de los países de origen y el logro de sus objetivos y metas.
3. Las corrientes migratorias son diversas y complejas por múltiples razones como: las mejoras en las comunicaciones que facilitan un mayor intercambio de información; mejores medios de transporte, acuerdos comerciales internacionales y políticas de inmigración que, en ocasiones, han favorecido la entrada de los trabajadores (14).
4. Las categorías de migrantes antes bien definidas ahora se confunden. Ha aumentado la mezcla entre migrantes temporales y permanentes (15) y recientemente se ha comunicado un aumento de la migración de los primeros (16).
5. En los últimos años, las mujeres migrantes representan una proporción elevada y cada vez mayor del total de los migrantes, y el crecimiento ha sido especialmente notable en las corrientes migratorias de trabajadores hacia los países altamente desarrollados. Así también resulta preocupante que un número cada vez mayor de mujeres emigra independientemente de sus maridos o familias (17).

Las líderes de opinión entrevistadas afirmaron que las enfermeras mexicanas migran en busca de mejores condiciones de trabajo, de optimizar su situación económica y la de su familia a pesar de tener que pagar un alto costo moral, familiar y personal. Coincidieron además que la principal motivación para migrar es la búsqueda de una mejor calidad de vida, reconocimiento y prestigio, aunque una buena parte de ellas lo hace siguiendo a familiares y amigos que emigraron con anterioridad. En general la mayoría de las enfermeras que migraron a los EUA tuvieron que regresar, ya que en muchos casos no les cumplieron lo prometido, no dominan el idioma y las ubican en actividades denigrantes, o atender a pacientes infectocontagiosos que las enfermeras del país no quieren atender. Algunas enfermeras que han migrado atraídas por el sueño americano, no han sido contratadas como enfermeras ya que se encuentran en situación de estancia ilegal lo que les ha llevado a desempeñar actividades diferentes a su formación profesional, básicamente en la prestación de servicios considerados como subempleos.

Regulación y políticas de migración

Normas que regulan la migración e inmigración de enfermeras

Como se mencionó anteriormente, la migración de enfermeras es un fenómeno poco estudiado y se considera que la mayoría de las enfermeras migrantes lo hace de manera no legal. En México existen varias agencias particulares que se encargan de reclutar trabajadores de la salud para laborar de manera legal cumpliendo todos los requisitos de idioma, certificación de documentos y trámites migratorios a personas interesadas trabajar en los EUA.

Así también debemos considerar que del total de la población en los EUA un 12% son hispanos y en California se encuentra cerca del 40%; de todos ellos el 25% habla español como primer idioma. Por estas razones resulta atractivo para ese país reclutar enfermeras que se formaron en México ya que tienen la oportunidad de coadyuvar a lograr una mejor calidad de la asistencia sanitaria a la comunidad de habla hispana.

Al respecto en la Ciudad de México, el Institute of California Bilingual Medical Staffing tiene una agencia encargada de reclutar enfermeras mexicanas para trabajar en los EUA. El presidente de este instituto, Douglas Keiller y la coordinadora del programa en México, la Mtra. Evangelina Cardona Mirón, concedieron una entrevista a los autores de este trabajo. Ellos comentaron que si bien en los EUA se puede encontrar la más avanzada tecnología así como los servicios certificados con terapias avanzadas, el rápido crecimiento de la población hispana requiere de personal de salud cuya lengua materna sea el español y que tenga dominio del idioma inglés, debido a que este personal es el enlace no sólo en cuestiones relacionadas con el manejo del idioma, sino también en la comprensión del aspecto cultural relacionado con la salud y los cuidados a la salud.

El Institute of California Bilingual Medical Staffing proporciona toda la información y capacitación necesaria para las enfermeras interesadas en trabajar en los EUA como enfermera registrada. Los requisitos son tener interés por trabajar en los EUA, habilidad para aprender nuevos conocimientos, deseo de explorar nuevas oportunidades, dominio del idioma inglés hablado y escrito, título profesional de Licenciatura en Enfermería y certificado de estudios de una universidad acreditada.

El proceso de solicitud requiere de asistir a una sesión informativa y de llenar el formulario correspondiente, presentar una entrevista telefónica y una personal, así como de firmar una carta compromiso para en caso de acreditar el proceso y obtener la licencia de trabajo, la cual tendría que ser de por lo menos tres años. Además aceptar un acuerdo de confidencialidad e ingresar, cursar y aprobar el programa de capacitación para la certificación y homologación de conocimientos de enfermería (examen NCLEX – RN), así como los exámenes de inglés de acuerdo a los requerimientos de las autoridades estadounidenses.

Adicionalmente, este programa asesora y brinda las facilidades necesarias para la obtención de la licencia de enfermera registrada, junto con la visa NAFTA TN y la colocación en un hospital privado de reconocido prestigio en el estado de California, pudiendo obtener puestos de trabajo de gran responsabilidad,

con muchas opciones de crecimiento, ofreciendo al comenzar a trabajar un sueldo no menor a US\$ 52 000 por año. Esta agencia proporciona también apoyo durante el traslado a los EUA, incluida la vivienda y transporte. El proceso de inscripción, aceptación acreditación y contratación lleva de seis a doce meses.

En la experiencia de esta agencia son pocas las enfermeras mexicanas que han logrado aprobar los requisitos, por lo que una universidad de la zona del bajío en el centro del país, está ofertando cursos complementarios de tres semestres a médicos mexicanos titulados que optan por el título de licenciado en enfermería, con la finalidad de trabajar en los EUA. En este curso en Noviembre del 2007 hay setenta médicos mexicanos inscritos.

Finalmente, los entrevistados comentaron que semanalmente reciben un promedio de catorce llamadas telefónicas de enfermeras mexicanas pidiendo informes sobre los requisitos que tienen que cumplir para poder migrar; reconocen también que el dominio del idioma inglés es el principal obstáculo para que las enfermeras mexicanas migren.

Tratados internacionales sobre migración de personal de salud

Las fuerzas económicas han rebasado las fronteras nacionales. Esta situación es representativa de lo que sucede en América a partir de tratados comerciales entre Canadá, EUA y México, con lo que se busca que las economías progresen y se traduzcan en beneficios para la sociedad, facilitando el acceso a satisfactores básicos como la educación, el empleo y la salud. En lo que respecta a Norteamérica el tratado de libre comercio entre Canadá, EUA y México es uno de los esfuerzos de interacción de nuestro país con los países vecinos. México tiene una tradición de cooperación con otras naciones, vale recordar que fue uno de los países fundadores de la Oficina Sanitaria Panamericana a principios del siglo XX y de las Naciones Unidas en la década de los cuarenta; cultiva convenios bilaterales con muchas naciones, además de ingresar al Acuerdo General sobre Aranceles, Aduaneros y Comercio (GATT). Especialmente en el campo de la salud se mantienen relaciones de más de cuarenta años con los estados fronterizos de México y EUA que atienden y resuelven problemas comunes (18).

Las negociaciones del tratado de libre comercio entre México, Canadá y EUA concluyeron la firma de este que entra en vigor el 1º de enero de 1994, en el cual se contempla un periodo de transición entre cinco y quince años para el establecimiento libre del comercio, lapso donde es de esperarse la modernización de las tecnologías y modos de producción. Sin embargo no se puede considerar la panacea, ya que ha traído riesgos inminentes particularmente relacionados con las asimetrías en las tres naciones, que aplica no sólo en el ámbito comercial sino que considera otros aspectos como la educación, la ciencia y la tecnología.

En relación a los servicios entre los que destacan la educación y la salud, el tratado contempla cuatro formas principales de estos, que incluyen la movilidad transfronteriza de servicios tales como: análisis médico, movilidad del consumidor, movilidad temporal del personal. Se han excluido dentro del tratado entre otros servicios a algunos servicios profesionales, médicos, odontológicos y legales, y los servicios prestados por el gobierno como son salud y educación. No obstante cabe la posibilidad de movilidad temporal de personal en el que se incluyen a algunos profesionales que prestarían servicios relacionados con su actividad (médicos y enfermeras) siempre y cuando sea en carácter temporal.

En un estudio realizado por la Académica Nacional de Medicina en México en relación al tratado del libre comercio y su impacto en los servicios de salud, señala algunas asimetrías en situaciones de salud, recursos, infraestructura, regulación, financiamiento, formas de participación públicas y privadas, participación del usuario, entre otras, e identifica cinco modalidades de interacción: exportación de servicios, movimientos de usuarios, movimientos de prestadores de servicios, establecimientos de atención médica y vinculación de proyectos conjuntos internacionales. Así también plantea recomendaciones que han servido de base para el establecimiento de políticas, normas y leyes que regulen la oferta de servicios de salud en nuestro país, entre las que destacan: protección y consolidación de los servicios públicos de salud y los mecanismos para garantizar la calidad de la atención, licenciamiento y certificación de los profesionales de la salud, entre otras (19).

El Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS) incluido en el tratado del libre comercio, afectará a la migración de enfermeras y demás profesionales de la salud. La Modalidad 4 del AGCS se refiere a la circulación de las personas físicas en relación con el comercio de los servicios de salud y se centra especialmente en la prestación de servicios de salud por las personas procedentes de otros países, sobre una base de contratación temporal (7). La Modalidad 4 del AGCS tiene para la migración de enfermeras efectos que todavía no son muy claros pero probablemente fomentará su incremento, sobre todo de los más calificados, mediante acuerdos bilaterales entre los países y favorecerá sin duda el reconocimiento bilateral de títulos y una mayor armonía de las calificaciones de enfermería entre distintas naciones.

Economía de las migraciones

Costo de la educación profesional de una Licenciatura en Enfermería

En un estudio para definir el impacto económico-social se observó que en la Universidad Nacional Autónoma de México (20), el costo real o costo de formación corresponde a una inversión promedio de \$M 16 429 anuales, de modo que el costo promedio real de un egresado de nivel superior es de \$M 65 716. A esto se adiciona el costo de la educación media superior, que puede calcularse en \$M 38 000. El costo de formar un técnico profesional se calcula en \$M 50 000. Por consiguiente el estado mexicano, para formar un Licenciado en Enfermería, tiene que erogar \$M 103 716, lo que corresponde a unos US\$ 9430 y para formar una enfermera general, US\$ 4550.

Cálculo del costo total de las enfermeras que migraron

La mayor parte de la migración hacia los EUA se da de forma no legal. Cálculos muy conservadores indican que aproximadamente cada año emigran 820 enfermeras profesionales y 1200 enfermeras técnicas mexicanas a los EUA; si a estas cifras adicionamos el costo de formación, esta cifra es de US\$ 13 192 600 anuales (21).

Monto de las remesas que envían a sus familias las enfermeras que migraron

La segunda fuente de financiamiento del Estado mexicano es la entrada de divisas que envían los trabajadores mexicanos que están en el extranjero, principalmente en los EUA: anualmente el total de la remesa es de 23 mil millones de dólares.

Asumiendo que únicamente el 1,5% de estos envíos fueran realizados por enfermeras, cifra que los autores estimamos en función del porcentaje de enfermeras que hay en el país (200 000) con relación a la población total (111 000 000 de habitantes), esta cifra sería de US\$ 345 000 000.

Consecuencias de las migraciones en los servicios de salud y en el mercado de trabajo

Efectos en los servicios de la ausencia de las enfermeras que migraron

Los líderes de opinión entrevistados reconocieron que en general se observa cada vez más que el personal de enfermería en las instituciones de salud es insuficiente y que debido a que en el extranjero lo que quieren es gente profesional, con mucha disponibilidad para el trabajo y que además tengan buen comportamiento, las enfermeras que logren migrar legalmente serán las mejores y se quedarían las regulares, realizándose la cobertura con auxiliares de enfermería. Los expertos reconocieron que la única estrategia

concreta es que se ha mejorado el salario de la Secretaría de Salud para las Licenciadas en Enfermería. Las estrategias que sería necesario desarrollar para favorecer la retención de enfermeras son favorecer el crecimiento de los servicios de salud y normar los índices enfermera/paciente, regular la práctica profesional de la enfermería e incrementar el reconocimiento profesional, promoviendo el ejercicio independiente de la profesión.

En México, el estado de salud que prevalece está determinado en gran medida por la infraestructura disponible, así como por una multitud de panoramas demográficos y epidemiológicos en donde coexisten los mejores centros de atención hospitalaria con el personal mejor cualificado y la tecnología más avanzada, con los centros de atención con infraestructura escasa y personal poco cualificado. Por consiguiente, a pesar de que los logros en salud son evidentes, es también necesario reconocer el rezago que aún persiste en el desempeño del sistema nacional de salud y que se refleja en la situación de salud actual. Para ejemplificar esta situación, se hará referencia a dos documentos de organismos internacionales y a uno de la sociedad civil mexicana.

En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud publicó una primera evaluación del desempeño de los sistemas de salud de los países que forman parte de ella. El sistema mexicano de salud resultó con una posición intermedia (22) debido a que no se han destinado recursos suficientes a este sector.

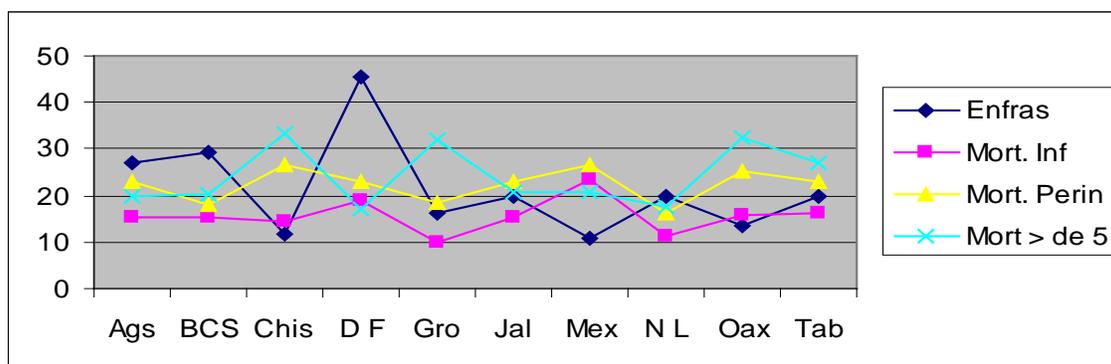
La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en 2006 (23) concluyó que este país en las últimas décadas ha registrado progresos en la esperanza de vida y en la mortalidad e infantil; sin embargo, todos los indicadores de salud global continúan estando por debajo del promedio de los países de esta organización. Así mismo, considera que la infraestructura en salud es escasa debido al reducido gasto per capita en salud; en el año 2002 existían 1,5 médicos practicantes por cada 1000 habitantes, cerca de la mitad del promedio de la OCDE, en tanto que la razón respectiva de camas censables era de cerca de un cuarto del promedio de la OCDE. México gasta considerablemente menos en el sector salud que otros países de la OCDE y que otros países latinoamericanos con niveles de desarrollo económico similares; adicionalmente, la mayor parte del gasto privado en salud es financiado mediante gasto de bolsillo, y esta forma de financiamiento alcanza el 52%.

La esperanza de vida ha ganado 27 años en los últimos 50 años, no obstante, el perfil demográfico es causa y consecuencia del perfil epidemiológico del país. La estructura por edad muestra una población que envejece paulatinamente, con una menor participación de la población infantil, y un crecimiento de los grupos de edad medios, en edad productiva, así como el incremento acelerado de la población mayor de 65 años.

Las infecciones comunes y los padecimientos ligados a la desnutrición y a la reproducción ya no son las principales causas de muerte. Esta posición ahora es ocupada por enfermedades cardio y cerebro-vasculares, diabetes, cáncer, enfermedades mentales y adicciones, lesiones y accidentes padecimientos más complejos y caros de prevenir y controlar y atender, por lo que el sistema mexicano de salud no cuenta con recursos suficientes para enfrentar el nuevo perfil de enfermedades que se presenta en la población. En el año 2000 México dedicaba apenas 5,8% del PIB a la salud. Otros países latinoamericanos con condiciones de desarrollo similares como Argentina, Colombia y Uruguay dedicaban más de 8% de su ingreso a este aspecto primordial del desarrollo social (24).

Estudios realizados en EUA, han demostrado el impacto que tiene la falta de personal cualificado de enfermería en la evolución de los pacientes. En México aún no tenemos estudios de esta magnitud, mas utilizando información de mortalidad del Sistema Nacional de Salud mexicano, observamos que el rezago en salud guarda una estrecha relación con el número de enfermeras; esta situación se hace evidente en los principales indicadores de mortalidad, al analizar el índice de enfermeras y compararlo con las tasas de mortalidades infantil, perinatal y mortalidad en menores de cinco años, en diez entidades federativas seleccionadas. Es evidente que las entidades que tienen mayores tasas de mortalidad son también las que tienen los menores índices enfermera/población (ver gráfica 6.1).

Gráfica 6.1: Índice de enfermeras, mortalidades infantil, perinatal y en menores de cinco años, en 10 entidades federativas seleccionadas México, 2004



Discusión

México es uno de los principales países expulsores de migrantes hacia los EUA. Se estima que cada año migran ilegalmente 500 000 personas y cada vez es más frecuente que quienes migran tengan estudios universitarios; seguramente, la migración de enfermeras es una realidad sobre la cual no se tienen datos y a corto plazo tampoco se tendrán.

A pesar que la literatura internacional ha demostrado el impacto que tiene el personal cualificado de enfermería en la mortalidad, seguridad y satisfacción de los pacientes, en México la cobertura de enfermeras continúa siendo baja y las políticas públicas no están enfocadas a crear programas de retención de enfermeras; hasta ahora la falta de dominio del idioma inglés ha sido el principal obstáculo de las enfermeras para migrar.

Sin embargo, debido a que la contratación de enfermeras en México es poco atractiva, es muy probable que a mediano plazo sean más las enfermeras bilingües que quieran migrar a los EUA. Esta situación pondrá en gran desventaja la capacidad resolutoria del sistema mexicano de salud, pues será el personal de enfermería mejor preparado el que logre migrar de manera legal buscando mejores condiciones de trabajo.

Conclusiones y recomendaciones

El sistema mexicano de salud se ubica en un desempeño medio debido al reducido gasto en salud. Su índice de cobertura de enfermería es bajo, y al analizar los principales indicadores de salud, es evidente que los Estados de la República que tienen mayores tasas de mortalidad infantil, materna y perinatal son también los que tienen menos enfermeras por cada 10 000 habitantes.

En México la cobertura de enfermeras es de tan sólo 18,4 por cada 10 000 habitantes, por lo que se clasifica en nivel bajo. Para alcanzar un nivel medio se necesitarían 227 493 enfermeras adicionales; si consideramos que a nivel licenciatura egresan anualmente 3500 nuevos profesionales, es poco probable que se logre alcanzar un mejor nivel de cobertura de enfermería.

Las razones por las que migran las enfermeras mexicanas están relacionadas no sólo a la falta de empleo, si no también con los bajos sueldos, la inseguridad laboral y las pocas posibilidades de crecimiento profesional. De todos modos, a pesar de que la migración y la contratación internacional son complejas y con frecuencia se ponen en riesgo los derechos humanos, laborales y la seguridad del migrante, cada vez es más frecuente que enfermeras mexicanas vean en la migración una posible salida a sus problemas, principalmente económicos.

Uno de los factores que coadyuva en la escasez de enfermeras es la migración. En México, existen varias agencias particulares que se encargan de reclutar trabajadores de la salud para laborar de manera legal cumpliendo todos los requisitos de manejo de idioma, certificación de documentos y trámites migratorios a personas interesadas trabajar en los EUA, pero el dominio del idioma inglés es la principal limitante.

Para arraigar a las enfermeras mexicanas se han generado algunas políticas públicas a través de la Comisión Interinstitucional de Enfermería, a partir de estrategias de desarrollo de recursos humanos en enfermería, de seguridad y acceso al empleo con mejores sueldos y con mejores perspectivas de desarrollo profesional.

En México no existen estudios sobre migración de enfermeras que permitan conocer la magnitud de este fenómeno. La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, como Centro Colaborador de la OMS/OPS, está realizando algunos estudios de opinión dirigidos a personas clave y líderes en el área de la enfermería en todo el país, para conocer con mayor profundidad el fenómeno social de la migración, así como su impacto en la cobertura de atención de enfermería.

Los resultados de este primer acercamiento al fenómeno en nuestro país son los siguientes: actualmente la migración de enfermeras mexicanas hacia los EUA es todavía reducida debido principalmente a la falta de dominio del idioma inglés y a los procesos de certificación, y esta generalmente se realiza por buscar mejores condiciones económicas y de trabajo, a pesar de tener que sufrir contrataciones poco favorables y discriminación. El grupo de especialistas entrevistados coincidió en que las universidades públicas tienen la obligación moral de formar recursos humanos para atender a la población mexicana, reconociendo también la falta de datos concretos acerca de este fenómeno. Anualmente en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia son de 35 a 40 enfermeras mexicanas las que solicitan la transcripción de documentos de estudios profesionales del español al inglés como parte de los trámites para migrar de manera legal a los EUA; en general la mayoría de las enfermeras que migraron a los EUA no lograron a corto plazo cumplir sus expectativas. Coincidieron también en que las universidades públicas están comprometidas con la sociedad mexicana y deben formar profesionales para que atiendan las necesidades de salud de la población mexicana, coincidiendo finalmente en que no se vislumbran estrategias sólidas operadas desde el Estado para promover la retención de enfermeras.

Referencias

1. Consejo Nacional de Población, Geografía de la migración México-Estados Unidos. México. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/intensidadmig/cap04.pdf>. Consultado diciembre 23 de 2008.
2. Giorguli S, Selene Gaspar S y Paula Leite P. La migración mexicana y el mercado de trabajo estadounidense: Tendencias, perspectivas y ¿oportunidades? Consejo Nacional de Población. México 2006. Pp 118-119.
3. Secretaría de Salud, Sistema Nacional de Información en Salud. Recursos para la salud. México. 2007.
4. Aiken L H, Buchan J, Sochalsky J, Nichol B, Powel M. Trends international nurse migration. Health affairs, 2004; 23 (3): 69-77.
5. Cárdenas, M. y Zarate, R. "La formación y la práctica de la enfermería en México, en Revista Investigación y Educación en Enfermería". Universidad de Antioquia, Vol. XIX, N° 2, Medellín, Colombia, Septiembre 2001.
6. Secretaría de Salud México. Dirección General de Innovación y Calidad. Comisión Permanente de Enfermería. México 2007.
7. CIFRHUS. "Proliferación de instituciones educativas tanto públicas como privadas", México, SSA, 2006.
8. Arroyo de Cordero G, González de Cossío M, Bolaños Sánchez J. Inserción del licenciado en enfermería a la estructura ocupacional del Sistema Nacional de Salud. Secretaría de Salud. Dirección General de Enseñanza en Salud. México. 1999. P 13.
9. Orrego S, Castrillom MC. La regulación de la enfermería en Colombia. Actualizaciones en enfermería. Rev. Fundación Santa Fe de Bogotá. 1999; 2 (1): 19-23.
10. Ibidem 4.
11. Salas-Segura S, Zárate-Grajales RA, Rubio-Domínguez S. Aportaciones de la enfermería y obstetricia al desempeño y metas de los sistemas de salud. Estudio de Caso México. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (HSO). División de desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP) Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud, 2001. Pp.51.
12. Findlay A. From brain exchange to brain gain: policy implications for the UK of recent trends in skilled migration from developing countries. ILO Migration paper N° 46. International Labour Office. Geneva, Switzerland. 2002.
13. Marino M. (2002). Foreign nurses hired as shortage bites. The age, December 15th (www.theage.com). Melbourne, Australia.
14. Aiken L, Clarke S, Sloane D, Sochalski J & Silber J. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction, JAMA. 2002; 288: 1987-1993.
15. Stalker P. Workers without Frontiers. The Impact of Globalization on International Migration. OIT. Ginebra. 2000.
16. Timur S. "Cambios de tendencias y problemas fundamentales de la migración internacional: una perspectiva general de los programas de la UNESCO". Revista Internacional de Ciencias Sociales. Las migraciones internacionales. UNESCO. 2000; 65: 2-6.

17. Lowell B. Lindsay and Allan Findlay. 2002. Migration of Highly Skilled Persons from Developing Countries: Impact and Policy Responses, A Project Report for the International Labor Office and the United Kingdom's Department for International Development. Disponible en: <http://www.ilo.org/public/english/protection/migrant/publ/imp-list.htm>. [Fecha de acceso: 11.22.2007].
18. Zlotnik H. The global dimensions of female migration. 2003. Disponible en: <http://www.migrationinformation.org/Feature/display.cfm?id=109>. [Fecha de acceso: 22.11.2007].
19. Valdés Olmedo Cuauhtemoc y Lastiri Santiago. "El tratado de libre comercio y la salud en México". 1994. Fundación Mexicana para la Salud.
20. Buchan J, Kingma M, Lorenzo M. Migración internacional de las enfermeras: tendencias y consecuencias para la política general Consejo internacional de enfermeras. Documento temático 5. Ginebra, Suiza.
21. Arroyo de Cordero G, González de Cossío M, Bolaños Sánchez J. Inserción del licenciado en enfermería a la estructura ocupacional del Sistema Nacional de Salud. Secretaría de Salud. Dirección General de Enseñanza en Salud. México. 1999. P 48.
22. Garduño S. Aumenta la barrera del lenguaje costo de atención: Emigran cada año 820 enfermeras mexicanas y centroamericanas bilingües. Periódico Reforma. Sábado 6 de Enero de 2007. Cd. de México. P 3.
23. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra, Suiza, 2000.
24. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Políticas públicas para un mejor desempeño económico Experiencias del mundo para el desarrollo, México 10 años en la OCDE. México. 2006. Pp 155-164.
25. La salud en México: 2006/2012. Visión de la Fundación Mexicana para la Salud. Primera edición. Fundación Mexicana para la Salud. México. 2007. P 21.

Anexo 6.A: Programas académicos acreditados por el COPAES al 31 de diciembre del 2007

Ref.	Institución	Dependencia	Id Programa	Entidad	Programa	Organismo	Vigente hasta el	Tipo
1	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla	Facultad de Enfermería	1006	Puebla	Licenciatura en Enfermería	CÓMACE	17 de junio de 2009	Pub
2	Instituto Mexicano del Seguro Social	Escuela de Enfermería	1027	Jalisco	Licenciatura en Enfermería	CÓMACE	12 de diciembre de 2008	Pub
3	Instituto Politécnico Nacional	Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia	2350	Distrito Federal	Licenciatura en Enfermería	CÓMACE	11 de diciembre del 2011	Pub
4	Instituto Politécnico Nacional	Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia	2351	Distrito Federal	Licenciatura en Enfermería y Obstetricia	CÓMACE	11 de diciembre del 2011	Pub
5	Universidad Autónoma de Aguascalientes	Centro de Ciencias Biomédicas	2342	Aguascalientes	Licenciatura en Enfermería	CÓMACE	7 de junio de 2012	Pub
6	Universidad Autónoma de Baja California	Escuela de Enfermería	1278	Baja California	Licenciatura en Enfermería	CÓMACE	13 de diciembre de 2009	Pub
7	Universidad Autónoma de Campeche	Escuela Superior de Enfermería	1297	Campeche	Licenciatura en Enfermería	CÓMACE	12 de junio de 2008	Pub
8	Universidad Autónoma de Chihuahua	Facultad de Enfermería y Nutriología	2343	Chihuahua	Licenciatura en Enfermería	CÓMACE	9 de junio de 2012	Pub
9	Universidad Autónoma de Nayarit	Unidad Académica de Enfermería	2274	Nayarit	Licenciatura en Enfermería	CÓMACE	24 de marzo de 2012	Pub
10	Universidad Autónoma de Nuevo León	Facultad de Enfermería	1382	Nuevo León	Licenciatura en Enfermería	CÓMACE	7 de diciembre de 2009	Pub
11	Universidad Autónoma de Querétaro	Facultad de Enfermería	1922	Querétaro	Licenciatura en Enfermería	CÓMACE	31 de agosto de 2011	Pub
12	Universidad Autónoma de San Luis Potosí	Facultad de Enfermería	1391	San Luis Potosí	Licenciatura en Enfermería	CÓMACE	41246	Pub
13	Universidad Autónoma de Tamaulipas	Unidad Académica Multidisciplinaria de Enfermería	1421	Tamaulipas	Licenciatura en Enfermería	CÓMACE	21 de febrero de 2010	Pub
14	Universidad Autónoma de Tamaulipas	Unidad Académica Multidisciplinaria de Enfermería	1423	Tamaulipas	Licenciatura en Enfermería	CÓMACE	26 de octubre de 2010	Pub
15	Universidad Autónoma de Tamaulipas	Unidad Académica Multidisciplinaria de Matamoros	1425	Tamaulipas	Licenciatura en Enfermería	CÓMACE	16 de noviembre de 2010	Pub
16	Universidad Autónoma de Tamaulipas	Unidad Académica Multidisciplinaria de Enfermería	1426	Tamaulipas	Licenciatura en Enfermería	CÓMACE	16 de noviembre de 2010	Pub

Continúa...

Continuación tabla anexo 6.A...

Ref.	Institución	Dependencia	Id Programa	Entidad	Programa	Organismo	Vigente hasta el	Tipo
17	Universidad Autónoma de Tlaxcala	Facultad de Ciencias de la Salud	2341	Tlaxcala	Licenciatura en Enfermería	CÓMACE	4 de junio de 2012	Pub
18	Universidad Autónoma de Yucatán	Facultad de Enfermería	2347	Yucatán	Licenciatura en Enfermería	CÓMACE	30 de junio de 2012	Pub
19	Universidad Autónoma de Zacatecas	Unidad Académica de Enfermería	2346	Zacatecas	Licenciatura en Enfermería	CÓMACE	25 de junio de 2012	Pub
20	Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo	Instituto de Ciencias de la Salud	2344	Hidalgo	Licenciatura en Enfermería	CÓMACE	22 de junio de 2012	Pub
21	Universidad Autónoma del Estado de México	Facultad de Enfermería y Obstetricia	1471	Estado de México	Licenciatura en Enfermería	CÓMACE	22 de noviembre del 2009	Pub
22	Universidad Autónoma Metropolitana	División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Unidad Xochimilco	1489	Distrito Federal	Licenciatura en Enfermería	CÓMACE	20 de mayo de 2009	Pub
23	Universidad de Colima	Facultad de Enfermería	2345	Colima	Licenciatura en Enfermería	CÓMACE	22 de junio de 2012	Pub
24	Universidad de Guadalajara	Centro Universitario de Ciencias a la Salud	1849	Jalisco	Licenciatura en Enfermería	CÓMACE	5 de mayo de 2011	Pub
25	Universidad de Guadalajara	Centro Universitario del Sur	1993	Jalisco	Licenciatura en Enfermería	CÓMACE	12 de octubre de 2011	Pub
26	Universidad de Guanajuato	Facultad de Enfermería y Obstetricia, Unidad de Guanajuato	1558	Guanajuato	Licenciatura en Enfermería	CÓMACE	17 de marzo de 2008	Pub
27	Universidad de Guanajuato	Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya	2349	Guanajuato	Licenciatura en Enfermería	CÓMACE	14 de diciembre de 2011	Pub
28	Universidad de Guanajuato	Facultad de Enfermería y Obstetricia de León	2412	Guanajuato	Licenciatura en Enfermería y Obstetricia	CÓMACE	14 de septiembre de 2012	Pub
29	Universidad de Morelos	Facultad de Ciencias de la Salud	1790	Nuevo León	Licenciatura en Enfermería	CÓMACE	3 de marzo de 2011	Part
30	Universidad de Sonora	Departamento de Enfermería	2348	Sonora	Licenciatura en Enfermería	CÓMACE	6 de diciembre de 2011	Pub
31	Universidad Juárez Autónoma de Tabasco	División Académica de Ciencias de la Salud	1678	Tabasco	Licenciatura en Enfermería	CÓMACE	9 de diciembre de 2008	Pub

Continúa...

Continuación tabla anexo 6.A...

Ref.	Institución	Dependencia	Id Programa	Entidad	Programa	Organismo	Vigente hasta el	Tipo
32	Universidad Autónoma de México	Facultad de Estudios Superiores Zaragoza	1697	Distrito Federal	Licenciatura en Enfermería	CÓMACE	15 de septiembre de 2008	Pub
33	Universidad Autónoma de México	Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia	1723	Distrito Federal	Licenciatura en Enfermería y Obstetricia	CÓMACE	16 de diciembre de 2010	Pub
34	Universidad Veracruzana	Facultad de Enfermería Poza Rica	1767	Veracruz	Licenciatura en Enfermería	CÓMACE	24 de noviembre de 2009	Pub
35	Universidad Veracruzana	Facultad de Enfermería, Orizaba	1768	Veracruz	Licenciatura en Enfermería	CÓMACE	7 de diciembre de 2009	Pub
36	Universidad Veracruzana	Facultad de Enfermería de Veracruz	2413	Veracruz	Licenciatura en Enfermería	CÓMACE	20 de septiembre de 2012	Pub
37	Universidad Veracruzana	Facultad de Enfermería de Minatitlán, Veracruz	244	Veracruz	Licenciatura en Enfermería	CÓMACE	27 de septiembre de 2012	Pub

Anexo 6.B: Informantes claves

Severino Rubio Domínguez

Director de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM
Presidente del Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería
Secretario de Docencia de la Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Enfermería
E-Mail: severinorubio@hotmail.com

María Cristina Müggenburg R.V.

Coordinadora del Programa de Maestría en Enfermería de la UNAM
E-Mail: cmuguggerb@yahoo.com.mx

Amanda Orozco Tagle

Presidenta Honoraria del Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería
Coordinadora del Consejo de Certificación del COMLE
E-Mail: orozco_t1971@hotmail.com

Antonia González Noriega

Coordinadora de Evaluación Educativa
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM
E-Mail: tgnoriega@mejico.com

Zoila León Moreno

Vicepresidenta del Colegio Nacional de Enfermeras
E-Mail: zoilemor@yahoo.com

Federico Sacristán Ruiz

Profesor de Carrera de Tiempo Completo
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM
E-Mail: fsacrist@yahoo.com.mx

Lourdes Alemán Escobar

Coordinadora Académica de Enfermería del Instituto Nacional de Salud Pública
E-Mail: mlaleman@correo.insp.mx

Evangelina Cardona Mirón

Representante en México del *Institute of California Bilingual Medical Staffing*
E-Mail: ecardona17@hotmail.com

Douglas Keiller

Presidente del *Institute of California Bilingual Medical Staffing*
E-Mail: big_gato@hotmail.com

7. Nicaragua

Nubia Elena Herrera Pérez¹¹

Introducción

El fenómeno social que representa la migración de importantes sectores de población procedentes de países con menor nivel de desarrollo, hacia países que han logrado una situación económica que favorece las oportunidades de trabajo y de desarrollo personal, es un hecho que cada vez se torna más complejo debido a las repercusiones negativas que tiene, tanto para los países de origen como para las familias que sufren un proceso de desintegración. Cuando el grupo de emigrantes corresponde a profesionales, la situación se vuelve más compleja pues el país de origen no solamente pierde un recurso calificado, sino también pierde la inversión realizada.

Durante los últimos 25 años, el fenómeno de la migración se ha incrementado de tal manera que fue incorporado como tema central en la agenda de discusión de la XVI Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno. Este fenómeno social ha ido en aumento, particularmente en los últimos años. Los países que más reciben emigrantes son Estados Unidos, España y Portugal; la procedencia principalmente es de América Latina y El Caribe; en el caso de Centroamérica, Nicaragua y El Salvador son los dos países que registran el mayor porcentaje de emigrantes, en relación a su población, en un rango que oscila entre el 8% y 15% respectivamente.

Enfocando el problema al sector salud, la situación se torna más compleja, pues durante años se ha mantenido una constante disminución del número de recursos en los diferentes niveles de formación, tanto en el sector médico como de enfermería, repercutiendo de forma más negativa en el segundo grupo; esta situación se agudiza gradualmente, teniendo como base principal la crisis económica que afecta a los países de la Región lo cual repercute negativamente en los sectores de gobierno que atienden el área social, principalmente al sector salud.

Las autoridades de salud de Nicaragua, en particular el equipo de trabajo de la Dirección de Enfermería del Ministerio de Salud, consideran la emigración de enfermeras como un problema muy complejo con tendencia al incremento gradual, lo cual se refleja negativamente en la calidad de los servicios de salud en cada nivel de atención, especialmente en el ámbito hospitalario.

Para tener una visión más clara de la situación que se enfrenta en Nicaragua, fue realizada una rápida revisión de los datos existentes relacionados con la salida de enfermeras del país según nivel de formación; actualmente no se cuenta con un registro oficial que refleje el número y niveles de formación del personal de enfermería migrante. Se espera que la información incluida en el presente documento contribuya a tener una visión más amplia y clara del problema y motive a las autoridades correspondientes a impulsar iniciativas que favorezcan la retención de enfermeras en las unidades de salud nicaragüenses.

Material y método

A fin de obtener los datos requeridos para este informe, se elaboró una guía de consulta dirigida a funcionarios del sector salud que se desempeñan tanto en el ámbito nacional como departamental; también se solicitó información a docentes que desempeñan sus funciones en escuelas de enfermería. Mediante las consultas fue confirmada y ampliada la información obtenida de fuentes informales.

11. Licenciada en Enfermería, Magíster en Salud Pública, Consultora independiente.

La principal limitación enfrentada al momento de realizar la búsqueda de datos estadísticos fue la falta de registros en las instancias consultadas, a fin de incorporar al presente documento datos confiables.

Fue muy importante, para obtener información básica, el apoyo brindado por el personal consultado, principalmente el de unidades formadoras, en particular de las autoridades de la Escuela de Enfermería de Jinotepe, autoridades de enfermería del Ministerio de Salud, tanto del nivel central como de los departamentos.

En el caso particular de las Regiones Autónomas, se enfrentaron limitaciones para una efectiva comunicación, lo que limitó la obtención oportuna de la información solicitada; se conoce de manera informal que un importante número de enfermeras que emigran del país proceden de esa región del país.

Resultados

Contexto

El problema que representa para Nicaragua la emigración de grupos de población de diferentes sectores es una situación que data de muchos años; en general, los países que más han recibido a los emigrantes nicaragüenses son Estados Unidos en la zona norte y Costa Rica en la región centroamericana. Este fenómeno social tiene como base la difícil situación socioeconómica que durante las últimas décadas ha enfrentado el país. De acuerdo a la investigación realizada por Torres Rivas en 1993, los refugiados y asilados nicaragüenses en Costa Rica alcanzaron la cifra de 37 506 según datos recopilados a mediados de los años ochenta; tomando de referencia la misma fuente, entre los años 1981-2000, el número de refugiados y asilados en los Estados Unidos alcanzó la cifra de 28 076, manteniéndose como factor fundamental de este fenómeno social la difícil situación socioeconómica del país.

En el caso particular de la migración de enfermeras, en todos los niveles de formación, se remonta a años anteriores a la década de los ochenta. La primera emigración impactante de las enfermeras nicaragüenses ocurrió a finales de la década de los años setenta, cuya causa principal fue la crisis social y política del momento, lo cual provocó manifestaciones de inconformidad en todos los sectores sociales, también al sector salud. Una de las respuestas de las autoridades del momento a los movimientos de lucha del personal de salud, demandando mejores condiciones laborales y de ingresos, fue el despido masivo del personal, incluyendo enfermeras; esta situación obligó a la Asociación de Enfermeras Nicaragüenses (AEN) a solicitar ayuda a las asociaciones de enfermeras de los países que ya habían manifestado de diferentes maneras su solidaridad, las que respondieron positivamente facilitando las condiciones para garantizar empleo a las enfermeras que decidieran trasladarse a sus países. Destacaron en estas acciones Costa Rica, Panamá y Venezuela; otro grupo importante decidió viajar a Estados Unidos, en particular a San Francisco de California y Miami; la mayoría de las enfermeras que tomaron esa decisión aún viven en los países mencionados. El número exacto de las enfermeras que viajaron no fue registrado.

Durante la década de los años ochenta también se dio un movimiento de personal de enfermeras hacia el exterior, provocado principalmente por el momento sociopolítico que vivió el país, sumado a las limitaciones económicas que se generaron ante la compleja situación que enfrentaba la población en general, situación que repercutió negativamente en las condiciones de trabajo del sector salud en cada uno de los niveles de resolución.

Al inicio de la década de 1990, con el cambio del sistema de gobierno, un importante número de nicaragüenses retornó al país; sin embargo, no ocurrió lo mismo con el personal de salud, en particular con las enfermeras quienes permanecieron y aún permanecen en los países a los cuales se trasladaron.

Un factor determinante que en la actualidad condiciona la tendencia en buscar mejores oportunidades de empleo en el exterior, de parte de las enfermeras, es el bajo salario que se recibe, tomando de referencia los datos que registra Eduardo Baumeister (1) en la publicación "Migración internacional y desarrollo en Nicaragua", en el cuadro N° 3 de dicho estudio menciona "Costa Rica y Nicaragua: Salarios medios por hora, 1998 y tasas de desempleo abierto, 1995" se señala que en 1998 en Costa Rica una enfermera de-

vengaba un salario medio por hora equivalente a US\$ 5,99, en cambio en Nicaragua, durante ese mismo período, el salario medio por hora de una enfermera era el equivalente a US\$ 0,62; tomando de referencia el mismo cuadro se puede apreciar que un peón agrícola o un albañil en Costa Rica, ganaba en ese mismo período mucho mejor que una enfermera en Nicaragua, al registrar US\$ 1,63 y US\$ 1,34 por hora respectivamente. Aunado a este factor se deben considerar las condiciones de trabajo en las unidades de atención del sistema de salud en Nicaragua, tanto en atención primaria como secundaria; los recursos disponibles para facilitar la atención han sido muy limitados en cada nivel de atención, en particular en las últimas décadas; actualmente, a pesar de los esfuerzos que se realizan, se enfrentan serias limitaciones para disponer de los equipos y materiales imprescindibles para el mejoramiento efectivo de la calidad de la atención; al mismo tiempo, el limitado número de recursos de enfermería provoca un sensible recargo de las funciones a cumplir, lo cual repercute negativamente en la calidad de la atención que se ofrece a la población.

Refiriéndose al problema de la migración de enfermeras, la Dra. Socorro Gross, representante de OPS/OMS en Nicaragua, en agosto de 2006, señaló lo siguiente: “A nivel de Europa, Estados Unidos y otros países desarrollados hay una crisis real de los recursos de enfermería; ante una situación así, son nuestros países los que se ven más afectados, porque se promueve la migración de recursos que son capacitados en el país, que son necesarios a nivel del país”.

Durante su intervención la Dra. Gross destacó la relación existente entre los índices de migración y el bajo reconocimiento del trabajo que realizan las enfermeras, señalando además la necesidad de fortalecer el sistema de formación de enfermeras e incrementar el número de egresadas, a fin de disminuir gradualmente el déficit actual y así evitar un mayor debilitamiento del sistema de atención en los servicios de salud.

Con relación a la formación de enfermeras, el número de egresadas no responde a las necesidades reales de los servicios de salud en cada uno de los niveles de atención, particularmente en el segundo nivel. Tomando de referencia datos registrados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) correspondientes al año 2006, en Nicaragua es evidente el déficit de personal en el sector salud, en particular de enfermeras: en ese período se registraron 4,2 médicos por 10 000 habitantes y 1,4 enfermeras por 10 000 habitantes; si se toma de referencia que en los países desarrollados se registran 27,9 médicos por 10 000 habitantes y 97,2 enfermeras por 10 000 habitantes. Resulta evidente el problema que enfrentan las unidades de atención en salud nicaragüenses, tanto de atención primaria como secundaria, por la poca disponibilidad de enfermeras. Como puede apreciarse hay una relación inversa entre médicos y enfermeras, lo cual repercute negativamente en la calidad del servicio que se ofrece en las unidades de salud; en los países desarrollados la relación enfermera médico es de aproximadamente 3,48, en cambio Nicaragua registra cerca de 0,33 enfermera por médico.

Para dar una idea de la gran diferencia entre el número de egresadas y las necesidades de enfermeras, en la Escuela de enfermería “Silvia Ferrufino” ubicada en Jinotepe, Departamento de Carazo, entre 1996 y 2006 se formaron 433 enfermeras en cursos regulares. Entre 2001 y 2006 se profesionalizaron 196 en cursos sabatinos, siendo en su mayoría auxiliares de enfermería, lo cual refleja que no hubo un incremento real en el número de recursos, sino se identifican solamente cambios de nivel en la formación.

Si se toma de referencia el modelo de formación, es importante destacar que en los últimos años se han efectuado revisiones y modificaciones a los programas de estudio en cada uno de los niveles (enfermeras generales, licenciadas), tratando de adecuarlos a las necesidades del sistema de atención en salud. Como resultado de las revisiones realizadas, los planes de formación se han fortalecido desde el punto de vista teórico; no obstante, se identifican debilidades en el componente de las actividades prácticas, siendo las más evidentes el tiempo destinado a la práctica de las estudiantes en los servicios de salud, el cual se ha reducido considerablemente en las últimas décadas y el sistema de supervisión de las mismas. En un importante porcentaje la supervisión de las prácticas es realizada por enfermeras que se desempeñan en las unidades de salud; esta situación limita un verdadero desarrollo de habilidades de parte de las estudiantes pues debido a la diversidad de actividades que las enfermeras deben realizar en su área de trabajo, se les dificulta monitorear directamente las actividades prácticas que realizan las estudiantes a fin de identificar y corregir oportunamente las debilidades que éstas demuestren.

La situación del déficit de enfermeras se agudiza en las zonas rurales, particularmente en aquellas que se encuentran más alejadas de las cabeceras departamentales; en esas regiones las condiciones de trabajo se tornan muy complejas debido a las limitaciones de recursos, tanto humanos como materiales, a las dificultades de acceso, sobre todo durante la época de lluvias. Las zonas donde se agudizan las condiciones señaladas son las Regiones Autónomas Norte y Sur. Además deben agregarse los factores culturales, lo cual limita que recursos de enfermería formados en la zona del Pacífico acepten trasladarse a ejercer sus funciones en esas regiones. En Nicaragua el 50% del personal de salud incluyendo enfermeras, trabaja en Managua, donde vive aproximadamente el 20% de la población del país.

Magnitud de las migraciones

A nivel internacional las migraciones se han incrementado sustancialmente en los últimos 30 años. En el caso de Nicaragua se ha mantenido la constante de que las personas que deciden emigrar seleccionan Costa Rica y Estados Unidos; las facilidades que se presentan a las personas que seleccionan Costa Rica son las siguientes: acceso fácil, se utiliza el mismo idioma, las costumbres son similares, los miembros de la familia están más cercanos, en particular para las mujeres pues es muy importante sentir la cercanía de sus hijos e hijas.

Tomando nuevamente de referencia el estudio realizado por Eduardo Baumeister en el año 2006 (1), señala que Nicaragua en las próximas décadas mantendrá cinco razones que permitirán generar flujos importantes de emigrantes, estas son:

- la tasa de crecimiento de la población en edad activa será una de las más altas del mundo, muy superior a Costa Rica, Estados Unidos, México o Canadá;
- la generación de empleo se hace en condiciones de baja productividad y de ingresos, al tiempo que existe una proporción relativa de población en situación de desempleo abierto;
- los cambios demográficos y educativos en países como Costa Rica o Estados Unidos, requieren de la importación masiva de mano de obra, en particular para puestos de trabajo relativamente menos remunerados o basados en el trabajo manual intensivo;
- si bien en los países desarrollados existen cambios tecnológicos que ahorran mano de obra, es evidente también que en muchas actividades productivas, comerciales y de servicios se ha ampliado la demanda de mano de obra de bajos ingresos, lo cual alienta los procesos migratorios, y
- la educación formal universitaria se extiende en el mundo no desarrollado más que las inversiones productivas basadas en alta tecnología o en rubros que requieren mano de obra altamente calificada. En consecuencia, las migraciones están acompañadas del drenaje de cerebros o de personas formalmente calificadas (1).

Al analizar las razones presentadas se puede afirmar que el riesgo de que la emigración de enfermeras nicaragüenses se mantenga o incremente es alto, la mayoría toma la decisión de marcharse en busca de mejores oportunidades y de lograr estabilidad en su trabajo, aunque en los primeros años tengan que enfrentar situaciones difíciles, como por ejemplo aceptar el desempeño de trabajos que en la mayoría de las ocasiones no se relacionan con su perfil, mientras realiza las acciones correspondientes para desempeñarse en su campo profesional.

La magnitud real de lo que representa la emigración de enfermeras para el sistema de salud nicaragüense, resulta muy difícil de cuantificar con certeza debido a la limitación de no disponer de un sistema de registro que permita sistematizar la información. Durante el III Simposio Internacional de Políticas y Regulación de RHEN realizado en Panamá en el año 2004, se dio a conocer que sólo en el año 2004, 87 enfermeras emigraron a Belice motivadas por las ventajas de los contratos que se les ofreció; también se afirmó que más de 150 enfermeras habían emigrado hacia otros países en los últimos años, siendo los más seleccionados Belice, Gran Cayman, Jamaica y Estados Unidos (2).

Con el propósito de obtener la información necesaria para elaborar el presente documento, se realizaron entrevistas y consulta de algunos registros; sin embargo la disponibilidad de información confiable fue muy limitada. La percepción de las autoridades consultadas es que, si bien es cierto no se dispone de registros que permitan dimensionar la magnitud del problema, en la práctica se nota la disminución del número de enfermeras en las unidades de salud. La información obtenida durante las entrevistas realizadas permite resumir lo siguiente:

- en la zona de Carazo, Granada, Rivas y Masaya se conoce de la salida del país de aproximadamente cinco enfermeras en lo que va del año 2007, y la mayoría se trasladó a Costa Rica. En años anteriores se ha repetido el mismo fenómeno, reflejado en los siguientes datos: en 1984 salieron del país dos enfermeras, en 1990 se marcharon siete, en el año 2002 se marchó una y en el 2006, una enfermera. Se reitera que los datos no son oficiales sino producto de entrevistas realizadas a enfermeras de la zona y que han sido compañeras de estudio o de trabajo de las enfermeras emigrantes;
- de la Región de Occidente, León y Chinandega, se sabe de manera no oficial que han salido del país en el presente año seis enfermeras, la mayoría de ellas hacia México y Estados Unidos;
- se tiene la percepción de que emigra un importante número de enfermeras de las Regiones Autónomas Norte y Sur. Algunas salen directamente a Estados Unidos debido a que tienen la ventaja del dominio del idioma inglés; durante los últimos años también se están dirigiendo hacia Jamaica y Belice. De acuerdo a datos suministrados por autoridades de enfermería de la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN) entre el año 2002 y 2006 egresaron un total de 136 enfermeras, de las cuales un importante número no está trabajando en las unidades del sistema de salud por limitaciones en lograr el incremento del número de plazas para la Región; la deficiencia en el número de recursos se agudizó con la suspensión del servicio social obligatorio, y
- lamentablemente no se logró obtener la cifra de enfermeras emigrantes originarias de la RAAN correspondiente a los últimos años, pero de acuerdo a la opinión de autoridades consultadas, la cifra no es tan alta como se cree. Un importante número de las enfermeras que se retiran de sus puestos de trabajo se quedan en la región realizando otro tipo de actividad que genere ingresos, o bien se trasladan a la zona del Pacífico donde encuentran oportunidades de empleo. Se conoce del impacto negativo que este fenómeno social tiene, máxime al considerar las características sociales y culturales de la región, en particular el idioma; la mayoría de la población local habla en miskitu, mayagna e inglés, lo cual dificulta la comunicación con enfermeras y personal de salud proveniente de los otros departamentos del país, unido al hecho de que estas regiones conservan prácticas en salud muy propias de sus etnias.

Un elemento que se trató de identificar fue el costo que representa la formación de enfermeras. En términos generales, las autoridades consultadas coincidieron en que el costo de formación de una enfermera general oscila entre US\$ 650 y US\$ 700; la formación de una Licenciada en Enfermería se calcula en US\$ 1200 y alcanzar el nivel de Maestría representa una inversión superior a los US\$ 3000. Si se relacionan estos datos con el número de enfermeras que se han retirado del sistema, se puede afirmar que este fenómeno social tiene a su vez un fuerte impacto negativo desde el punto de vista económico.

En las zonas de las cuales se obtuvo información, no se registra o se conoce que se disponga de personal de enfermería procedente de otros países. Como resultado de la emergencia provocada por el huracán Félix, como muestra de solidaridad de otros países, se contó con apoyo temporal de personal de salud, en particular de Cuba, y en estos equipos se contaba con personal de enfermería, pero su permanencia fue transitoria.

Razones y fines

Como se señaló en párrafos anteriores, son dos las razones por las cuales las enfermeras deciden trasladarse a trabajar fuera del país:

- mejor salario, lo cual repercute positivamente en el mejoramiento de las condiciones de vida de la enfermera y su familia, y
- mejores condiciones laborales.

Según expresiones de las personas que suministraron información, las condiciones en las cuales se trabaja en las unidades de salud fuera del país son mejores, lo que repercute positivamente en la salud mental de las enfermeras puesto que disponen en general de los recursos necesarios para ofrecer una atención adecuada a la población.

La percepción de las personas entrevistadas es que si se lograra una franca mejoría en las condiciones de trabajo del personal de enfermería, consistente en disponer de los recursos necesarios para garantizar atención de calidad a las personas que lo solicitan, y se incrementara gradualmente el salario hasta hacerlo competitivo, posiblemente se lograría mayor retención de las enfermeras en las unidades de salud.

Es importante destacar que hay dos sectores relacionados directamente con la profesión de enfermería que deben aunar esfuerzos a fin de mejorar gradualmente las condiciones que rodean tanto a la formación como al desempeño de las enfermeras, estos son: a) Unidades formadoras; b) Ministerio de Salud.

- Las Unidades formadoras deben continuar realizando los esfuerzos necesarios, en conjunto con las autoridades de salud, para fortalecer los planes de formación en función de responder adecuadamente a las exigencias actuales de los servicios de salud, a las características de la población y particularmente a los avances científicos y técnicos que se promueven en las unidades de salud, sobretodo en el segundo nivel de atención. Este fortalecimiento debe realizarse en los componentes teóricos y prácticos, poniendo especial atención a los aspectos prácticos.
- Las autoridades de salud deben continuar realizando los esfuerzos necesarios para mejorar las condiciones laborales del personal de salud, en particular del personal de enfermería en los dos niveles de atención. Es necesario destacar el hecho de que en el ámbito hospitalario es el personal de enfermeras quien garantiza la atención a la población y desempeña sus funciones las 24 horas del día; en el ámbito comunitario, tanto urbano como rural, en la mayoría de las zonas es el personal de enfermería el principal gestor y promotor de la participación de la población en el desarrollo de las acciones preventivas: un ejemplo claro lo dan las jornadas de vacunación y las jornadas de salud que se realizan anualmente.

Regulación y políticas

El incremento de la emigración del personal de enfermería es uno de los problemas que debe enfrentar el sector salud en Nicaragua; esta situación ha generado mucha preocupación en los equipos de trabajo de los diferentes niveles de resolución, desde el nivel local hasta el nacional.

Es evidente que la constante salida de los recursos de enfermería está afectando significativamente la calidad de la atención que se ofrece a la población, en particular en el ámbito hospitalario. Debe tomarse en consideración que, al fenómeno de la salida de enfermeras del sistema de salud se suma el hecho de que el número de enfermeras que se forman anualmente no compensa el déficit. Esta situación ha provocado que las autoridades nacionales de salud, especialmente el Departamento de Enfermería, incluya en el plan estratégico correspondiente al período 2007-2015 el desafío de “disminuir progresivamente la brecha de recursos humanos de enfermería para dar respuesta a la creciente demanda de atención en salud”.

Para alcanzar metas precisas se deberá asumir el reto de fortalecer las relaciones con las unidades formadoras, a fin de mejorar los planes de formación en función de las necesidades y prioridades tanto del sector salud como de la población y de las metas a alcanzar; los planes de formación deberán fortalecer-

se en función de garantizar la formación de recursos de enfermería que den respuestas adecuadas a las necesidades de salud de la población nicaragüense, y de esta manera contribuir efectivamente al alcance de las metas definidas por las autoridades del Ministerio de Salud.

Actualmente no existen normas o leyes que regulen o limiten la emigración del personal de salud. El Tratado de Integración Centroamericana (CAFTA) más bien favorece la posibilidad de salida de las enfermeras nicaragüenses hacia los otros países de la Región, pues las restricciones de movilización en la zona centroamericana no existen.

Otro aspecto importante a considerar es la adecuación de los planes de formación de acuerdo a las prioridades de salud del país, tratando de dar respuesta a las expectativas de la población y a los planes de desarrollo de la nación. Como se señaló anteriormente, este aspecto debe ser analizado y definido en conjunto con las autoridades de las unidades formadoras.

Economía de las migraciones

El fenómeno social de la emigración de enfermeras tiene una repercusión negativa en la economía nacional, si se toma de referencia la inversión que el estado y la familia realiza para completar exitosamente el ciclo de formación de una enfermera.

En el caso particular de la formación de enfermeras generales se considera que cada año de formación le cuesta al estudiante aproximadamente C\$ 4000, lo que equivale a US\$ 200; esta cifra no incluye gastos complementarios como transporte, alimentación, compra de materiales de estudio, entre otros. La unidad formadora invierte cerca de C\$ 5000 anuales por estudiante, lo que equivale aproximadamente a US\$ 250; en síntesis el costo de formación de una enfermera se calcula en US\$ 450 por año.

Los datos anteriores muestran un aproximado de lo que económicamente representa para el país la formación de enfermeras. Tomando en consideración la información obtenida y la situación socioeconómica de Nicaragua, se puede afirmar que el problema de la emigración de las enfermeras no solo tiene repercusión negativa en la prestación de los servicios de salud, sino que también representa una importante pérdida económica, pues la inversión que se hace en el proceso de formación prácticamente se va perdiendo de acuerdo al número de profesionales que deciden viajar.

El otro aspecto a considerar desde el punto de vista económico, es el impacto que tiene para las familias y para la economía nacional el monto de las remesas que son enviadas por las enfermeras que se encuentran fuera del país. Si bien es cierto no se dispone de datos oficiales al respecto, es importante señalar que el Banco Central de Nicaragua (BCN) registró en el año 2004 un ingreso de 518 millones de dólares en concepto de remesas familiares, y para el año 2006 la cifra se incrementó a 700,9 millones. En estos montos debe incluirse el aporte de las enfermeras, aunque no se puede precisar el dato específico por falta de registro.

Consecuencias en los servicios de salud y el mercado de trabajo de enfermería

Tomando de referencia la opinión de las autoridades consultadas, tanto en el ámbito nacional como departamental, se puede afirmar que la repercusión de la emigración de las enfermeras en la calidad del servicio que se ofrece a la población es difícil de cuantificar, debido a que no se han realizado estudios que fundamenten cualquier afirmación al respecto. Los servicios de salud que se brindan a la población se vuelven cada vez más complejos, Nicaragua registra una de las tablas de crecimiento poblacional más altas de la Región; esto da por resultado que la demanda de atención en las unidades de salud se incrementa gradualmente, manteniéndose como condiciones negativas las limitaciones de recursos técnicos y humanos para satisfacer adecuadamente las demandas de atención de la población, lo cual repercute negativamente en la calidad de la atención que se ofrece, a pesar de los esfuerzos que a diario realiza el personal disponible.

La difícil situación que se enfrenta en el sector también tiene otra manifestación: el hecho de que hay un importante número de enfermeras que desempeñan sus funciones en dos instituciones, lo que afecta en la calidad de la atención y además afecta gradualmente el estado de salud de las mismas debido al exceso del trabajo.

A pesar de las limitaciones identificadas con relación al número de enfermeras, aún no se toman decisiones con enfoque estratégico, relacionadas con el mejoramiento de las condiciones y estabilidad laboral, incluyendo la escala salarial.

Discusión

Como se ha descrito en el presente documento, la emigración de enfermeras representa un problema muy complejo de resolver para el Ministerio de Salud de Nicaragua y despierta mucha preocupación tanto para las autoridades de salud como para los organismos que apoyan el desarrollo del sector, en particular OPS/OMS.

Como se analizó en el presente documento, la emigración de enfermeras es un problema social de gran magnitud con tendencia a incrementarse si no se toman decisiones que traten de detener este fenómeno social que afecta a toda la población, sobre todo la que habita en zonas más alejadas del país, incluyendo las Regiones Autónomas Norte y Sur.

Es muy importante insistir en que deben definirse políticas claras que protejan el desempeño de las enfermeras y las motive a continuar trabajando en la institución donde se encuentra actualmente. Esto incluye un claro reconocimiento a la labor que realiza, ampliación de los espacios de participación para el proceso de toma de decisiones en el sector salud y fortalecimiento de las coordinaciones entre las autoridades de salud, en particular de enfermería, con las instituciones formadoras a fin de realizar los ajustes necesarios para el fortalecimiento de los planes de formación, de tal manera que estos respondan a las políticas nacionales de salud, a la tendencia epidemiológica y a las prioridades de atención de la población nicaragüense.

La crisis que genera la emigración de enfermeras no debe valorarse solamente desde el punto de vista institucional, también debe considerarse la repercusión negativa que tiene para la familia, en particular para los hijos e hijas que deben quedar al cuidado de algún familiar o persona amiga, lo que incrementa los riesgos sociales de este grupo de población.

Conclusiones

- La emigración de enfermeras nicaragüenses hacia otros países, especialmente hacia Estados Unidos y Costa Rica, es un problema social de alta complejidad y de repercusiones negativas para el sistema de salud, particularmente en la calidad de la atención que se ofrece a la población.
- De acuerdo a los datos disponibles, aunque no sean producto de un sistema de registro oficial, la tendencia de la emigración de enfermeras es ascendente si se toma de referencia la opinión de las autoridades locales consultadas.
- La razón fundamental por la cual se está incrementando la salida de enfermeras del país es el económico; además la mayoría de las personas entrevistadas opinan que las condiciones laborales también representan un factor que influye en el incremento de este problema social.
- A pesar de que se han realizado coordinaciones entre las instituciones formadoras y las autoridades del Departamento de Enfermería del Ministerio de Salud, aún se identifica la necesidad de fortalecer más el proceso de análisis de los planes de formación en cada uno de los niveles, a fin de que respondan cada vez más a las necesidades y expectativas del sistema de salud nacional y de la población en general.

Recomendaciones

- Las autoridades de salud deben promover, en conjunto con los organismos internacionales en particular OPS/OMS, con las unidades formadoras y con la Asociación de Enfermeras Nicaragüenses (AEN) la definición y realización de un plan de desarrollo integral dirigido a las enfermeras.
- Organizar un sistema de registro que permita identificar, con datos confiables, la magnitud del problema de la emigración de enfermeras en Nicaragua.
- Definir mecanismos de estímulo al desempeño de las enfermeras, basado en la valoración objetiva de su desempeño.

Referencias y bibliografía

1. Baumeister E. Migración Internacional y Desarrollo en Nicaragua. Santiago de Chile: CEPAL; 2006.
2. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). Migración internacional de latinoamericanos y caribeños en América: características, retos y oportunidades. Santiago de Chile: CELADE; 2006.

Escuela de Enfermería “Silvia Ferrufino”. Registro de egresados 1980–2006. Jinotepe. Carazo.

Malvárez S y Castrillón MC. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Washington, D.C.: OPS; 2005. Serie Proyecto de Recursos Humanos para la Salud, N° 39.

Otros: Artículos publicados en el diario La Prensa, Nicaragua, correspondientes al año 2006.

8. República Dominicana

Dulce Emilia Medina¹²

Regina Silvero¹³

Introducción

Al hablar de migración nos referimos al desplazamiento de poblaciones, el cual puede darse de un mismo Estado o al pasar de una soberanía nacional a otra (1). La Real Academia Española dice que “el acto de emigrar implica dejar abandonado una persona, familia o pueblo dentro de su propio país en busca de mejores medios de vida, o abandonar su propio país con ánimo de establecerse en el extranjero” (2).

La migración, desde el punto de vista demográfico, se define como el cambio de residencia de un lugar denominado “origen” hacia otro lugar llamado “destino”, en el que permanece durante un tiempo determinado (3).

La Región de América Latina y el Caribe se caracteriza por tener los movimientos de poblacionales más grandes del mundo. La historia cultural y nacional de los pueblos caribeños está impregnada de los flujos y reflujos de los movimientos poblacionales: la colonización, esclavitud y globalización, que hacen de la migración un modo de vida, lo que podríamos calificar como tradición, identidad migratoria (4).

Las migraciones humanas han sido algo cotidiano y recurrente en la conformación y evolución de la sociedad, unido a factores sociales, económicos y culturales. Estos flujos migratorios regionales y extra regionales se corresponden con las características estructurales de la Región y su inserción en el sistema capitalista mundial (4).

República Dominicana ocupa un lugar preponderante entre las naciones del hemisferio que registran mayor índice de emigración; se estima que al menos uno de cada seis hogares dominicanos tiene aunque sea un miembro que ha salido del territorio nacional, pues las iniquidades y exclusiones sociales los impulsan a buscar nuevos horizontes para cambiar sus condiciones de vida.

Este(a) dominicano(a) que sale del país buscando transformar su realidad emigra, sin importar las consecuencias que esto podría acarrear, tanto por su condición de legalidad como por el deterioro de su núcleo familiar. En muchos de los casos emigran de forma irregular e indocumentada, por lo cual su condición de emigrante se torna aún más difícil y hasta peligrosa.

En este ámbito social se enmarcan las enfermeras que viajan en la búsqueda de mejores condiciones de vida, pues las limitaciones del mercado de trabajo no le permiten el desarrollo económico deseado, ni mucho menos su realización personal.

En este trabajo se asume el término enfermera como la profesional egresada de un Centro de Educación Superior. Scholtfeldt (1998) define la enfermera como “líder capaz de convertir en mejores para la humanidad los adelantos realizados en su propio campo de conocimientos especializados” (5).

La Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana, asume el término Enfermería como una profesión que ayuda a las personas a alcanzar metas más altas, nivel de bienestar, fomentando el auto cuidado, la integridad, estructura y el desarrollo de las personas (6).

En 1961 Virginia Henderson define como “asistencia al individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que favorecen su salud o la recuperación de si misma, tareas que el podría realizar

12. Directora Escuela de Enfermería, Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD).

13. Coordinadora de Educación Permanente Escuela de Enfermería, Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD).

sin ayuda si tuviera las energías, fuerza de voluntad o los conocimientos necesarios”. Esta definición sigue siendo de gran valor para la enfermería mundial (7).

Para los fines de este trabajo tiene gran significación la definición del científico Unamuno, el cual dice que “la enfermera es un ser humano de carne y hueso que sufre, ama, piensa y sueña”.

Cuando se habla de migración de enfermeras existe una gran relación con el sueño de muchas, de tener mejor calidad de vida y de ingreso para sus familiares, a pesar de que esta situación altera la integración de la familia, y consecuentemente la prestación de los servicios de salud que ofrece enfermería, ya que se prescinde de un personal altamente calificado, afectando como impacto negativo en los cuidados a los usuarios.

Esta situación relacionada con la alteración del núcleo familiar y la incidencia de la migración en la prestación de los servicios de calidad fue la que nos motivó a desarrollar este importante proyecto, el cual ofrece resultados de gran relevancia para establecer las líneas de trabajo de enfermería en el contexto de las migraciones.

Material y método

Luego de recibir la oferta de la OPS/OMS para participar en el estudio multicéntrico de migración —propuesta que aceptamos—, procedimos a comunicarnos con la Dra. Selma Zapata, consultora de la OPS/OMS en nuestro país, quien nos ofreció las orientaciones sobre el trabajo a realizar y la colaboración para facilitarnos documentos relacionados con la temática.

Partiendo de la guía ofrecida para el estudio y sugerencias de la Dra. Zapata confeccionamos un instrumento que permitiera la recolección de los datos requeridos para lograr los objetivos. Este instrumento contenía las variables más importantes a considerar en el estudio, así como los controles para asegurar la fiabilidad de las informaciones.

Elaborado el formulario se procedió a validarlo, aplicándoles a cinco enfermeras en diferentes centros de salud y a una de las gerentes nacionales. Validado este instrumento se celebraron dos reuniones con las profesoras de la Escuela de Enfermería de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) con fines de orientación para la aplicación de dicho instrumento, incluyendo la muestra y los criterios de inclusión y exclusión considerados en su selección.

A cada profesora se le asignaron los establecimientos de salud y universidades incluidas en el área correspondiente al centro universitario al cual pertenecía.

Así pues se distribuyeron un total de 420 formularios para aplicar a ese mismo número de enfermeras distribuidas en la geografía nacional, las cuales significaron el 12% de la población total, que es de 3500 profesionales de enfermería.

Esa muestra se distribuyó de la siguiente forma:

- Instituciones Públicas: 298 enfermeras
- Instituciones Privadas: 77 enfermeras
- Universidades: 45 enfermeras

La selección de las enfermeras fue intencional y se consideró que pertenecieran a diferentes centros y que no se repitiera la misma persona, considerando que algunas de las colegas trabajaban en más de un establecimiento y/o universidad. Una vez entregados los formularios, se procedió a la aplicación nacional y luego a la limpieza de los formularios y el procesamiento de esos datos.

A la par con la aplicación de los formularios nacionales también se realizaron llamadas a las enfermeras emigrantes para recolectar informaciones acerca de fecha de migración, razones de partida y remesas, lográndose la entrevista telefónica a 20 enfermeras ubicadas en New York, Italia y España.

Además de las encuestas a enfermeras a nivel nacional e internacional, se aplicó un formulario a cinco enfermeras extranjeras residentes en República Dominicana, procedentes de Venezuela, Chile, España, Cuba y Japón respectivamente. Durante el estudio, las enfermeras manifestaban su preocupación por la constante migración de las compañeras y en tal sentido fueron muy colaboradoras.

Las principales facilidades para la recolección de información fueron:

- la estructura de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, con Centros Regionales a nivel nacional, con sus respectivas profesoras;
- motivación de las profesoras para realizar las encuestas, y
- disposición de las encuestadas para ofrecer los datos solicitados.

Las limitaciones del estudio se refieren a la falta de registro de informaciones de las instituciones donde laboran las enfermeras y la ausencia de estudios específicos sobre la migración del personal de salud.

Contexto

Migración general en República Dominicana

El paradigma del desarrollo humano se sustenta en la noción del individuo como agente racional que decide y actúa a partir de sus capacidades y oportunidades reales. La capacidad de agencia permite a las personas modificar su realidad y ampliar sus libertades sociales y culturales.

Desde la perspectiva del desarrollo humano, la acción migratoria de las personas emerge de diferentes formas de privaciones de sus libertades que traducen grados diversos de exclusiones e inequidades. Las personas migran para “expandir las libertades reales” o bien “para poder llevar el tipo de vida que valoran”.

En un examen referente a las tendencias en el ámbito de los Recursos Humanos de Salud de América, se hizo hincapié en que más del 72% de los países americanos han sufrido una pérdida neta a causa de las migraciones (8).

Durante las últimas cuatro décadas, la movilidad internacional de poblaciones y el proceso migratorio dominicano experimentaron apreciables transformaciones y un acelerado dinamismo, incluso en el contexto del Caribe, área de una elevada y tradicional propensión migratoria. En efecto, las tasas de movimiento internacional global de personas, medida en términos del total de entradas y salidas con relación a la población del país, se elevó de 1,9% en 1960 a 48,5% en 2002. La tasa de salida de nacionales respecto a la población del país ascendió de 208 por mil a 105.7 por mil en ese mismo período (9).

Aunque muchos dominicanos emigran por los procedimientos legales, otros se ven precisados a salir del país por medios ilegales. Los viajes clandestinos en yola presentan la dimensión dramática, trágica y vergonzosa de emigración dominicana. Los viajeros ponen en cuestionamiento profundo los éxitos del crecimiento económico dominicano; cuestionan también la capacidad de las élites empresariales y políticas dominicanas para construir condiciones y oportunidades para darles una vida digna a los dominicanos y a las dominicanas en su suelo patrio (9).

Los viajes en yola empezaron a ser visibles desde principios de los años ochenta, difundiéndose de forma alarmante e incontenible durante la década de los noventa e inicios del siglo XXI. De esta misma manera se han difundido las tragedias de embarcaciones hundidas, de personas ahogadas, víctimas de las olas y tiburones, de los miles de naufragos y muertos en la ruta hacia la ansiada forma de vida que valoran, pues no les resulta posible vivir en República Dominicana.

El fenómeno de la emigración en la República Dominicana tiene su origen esencial a partir del año 1961 cuando ocurrió el derrocamiento del presidente Rafael Leonidas Trujillo Molina, donde marcharon miles de dominicanos a los Estados Unidos y otros países del mundo. En ese año viajaron a Estados Unidos 4000 dominicanos y en 1962 ya alcanzaban los 16 800 (10).

Una encuesta de Pro familia revela que en la década de 1980-1990 la migración fue en aumento hacia ese mismo país; del total de emigrantes registrados el 72% abandonó la República Dominicana a partir del 1980 y el 27% después del 1985 (11).

De las personas que han salido del país desde el 1961 al 2002, el 64,5% han ido a los Estados Unidos y el 22,1% a España, Italia, Curazao, Haití, Panamá, Venezuela, Suiza, Alemania y otras naciones (12).

En los últimos años el destino de los emigrantes se ha desviado hacia Europa, con mayor flujo hacia España, reduciéndose de esta manera la emigración a los Estados Unidos; aunque en los Estados Unidos, viven más de 1 200 000 dominicanos, de los cuales 520 000 son ilegales, significando el 43,3%

El rubro de la población con mayores niveles de emigración es la relacionada con producción, transporte, construcción y afines. Asimismo ocurre con los trabajadores de servicio, los cuales han disminuido del 23,5% a 15,8%. Según información obtenida, en España la actividad que realizan los dominicanos con más frecuencia está relacionada con el servicio doméstico, el comercio, la hotelería, la agricultura y la construcción.

En diferentes estudios realizados se ha observado que en las migraciones tienen predominio las mujeres, con 52,2% y los hombres con el 47,8% (13). El 63,8 de los hogares con emigrantes en el exterior proceden del área urbana, frente a 36,2% del área rural (14).

Un fenómeno importante que se ha identificado es que en los últimos 10 años los hombres y mujeres que emigran son en su mayoría de nivel de escolaridad universitaria.

En 1990 ocurrió la “fuga de cerebro”, pues el 22,6% de los emigrantes tenían educación superior (15).

Del 1960 al 2002 la migración en República Dominicana se elevó de 1,67 a 6,96. Después de 1985 los movimientos migratorios han aumentado. Uno de los ejes de inserción de la economía dominicana en la economía mundial ha sido a través del movimiento migratorio (16).

Cuadro 8.1: Población dominicana y/o estimada en principales países de residencia, 1980-2000

Países de destino	1980		1990		2000		2000a	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Estados Unidos	169 147	77	347 858	76	545 262	74	695 996	73
Puerto Rico	20 558	9	37 505	8	61 455	8	78 355	8
España	1 003	0	6 776	1	31 582	4	49 918	5
Venezuela	15 745	7	17 140	4	20 000	3	20 000	2
Subtotal	206 453	94	409 279	90	658 229	90	844 269	88
Otros países	13 678	6	45 475	10	74 000	10	115 127	12
Total general	220 131	100	454 754	100	732 299	100	959 396	100

Fuente: ODH/PNUD en base a IMLA-CELADE, base de datos sobre población nacida en América Latina y el Caribe en los censos de Estados Unidos, Canadá y países de América Latina, 1980 y 1990; oficina de censo de EUA, censo de 2000; Instituto nacional de estadística, España, INE-base de 2001.

Cuadro 8.2: Composición porcentual de inmigrantes dominicanos admitidos en Estados Unidos, según grupo de ocupación, períodos seleccionados

Grupo de Ocupación	1987-1990	1998-1999	2000-2001
Profesionales, técnicos y afines	9,2%	17,6%	15,0%
Gerentes y administradores	5,4%	5,3%	4,5%
Comerciantes y vendedores	5,5%	6,2%	7,5%
Empleados de oficina	6,7%	9,3%	10,2%
Ocupaciones relacionadas con producción, transporte, construcción y afines	44,0%	44,5%	41,1%
Trabajadores de servicios	23,5%	10,4%	15,8%
Agricultores, ganaderos y afines*	5,7%	6,7%	5,9%
Total	100%	100%	100%

* Esta nueva clasificación responde a la unidad de tres nuevas categorías ocupacionales que en el Censo de 2000 aparecen individualizadas. En los censos anteriores estaban otras categorías como operarios, artesanos y obreros. Fuente: ODH/PNUD en base a Servicio de Inmigración y Naturalización de los EUA (INS).

Cuadro 8.3: Distribución de la población dominicana, económicamente activa en Estados Unidos según grupos de ocupación, años seleccionados

Ocupaciones	1970	1980	1990	2000
Profesionales, técnicos y afines	4,9%	4,1%	5,2%	10,2%
Gerentes y administradores	1,3%	3,8%	5,7%	6,8%
Comerciantes y vendedores	5,9%	5,8%	12,0%	12,5%
Empleados de oficina	10,5%	11,1%	11,5%	14,8%
Ocupaciones relacionadas con producción, transporte, construcción y afines	58,6%	56,2%	42,0%	30,8%
Trabajadores de servicios	17,8%	18,5%	23,0%	24,6%
Agricultores, ganaderos y afines*	0,1%	0,5%	0,5%	0,3%
No identificados	0,9%	--	--	--
Total	100%	100%	100%	100%

* Esta nueva clasificación responde a la unidad de tres nuevas categorías ocupacionales que en el Censo de 2000 aparecen individualizadas. En los censos anteriores estaban otras categorías como operarios, artesanos y obreros. Fuente: ODH/PNUD en base a Servicio de Inmigración y Naturalización de los EUA (INS).

Cuadro 8.4: Niveles de pobreza en las familias de grupos seleccionados en Estados Unidos, en porcentaje, 2000

Familias en niveles de pobreza	Estadounidenses	Latinos	Mexicanos	Portorriqueños	Cubanos	Centro Americanos	Dominicanos
1. Todas las familias	9,0	20,0	20,7	23,4	11,0	18,1	27,6
- Con hijos menores de 18 años	13,6	24,1	24,4	28,8	13,6	21,3	32,0
- Con hijos menores de 5 años	17,0	27,6	28,2	32,8	13,8	24,0	33,5
2. Familias con ambos padres	4,9	14,4	16,6	10,7	8,2	13,0	15,1
- Con hijos menores de 18 años	6,6	17,0	19,2	12,4	8,7	14,7	16,7
- Con hijos menores de 5 años	8,5	20,5	22,8	14,1	8,9	17,4	18,1
3. Familias de madres solteras	26,5	37,8	38,1	44,0	21,5	34,0	44,6
- Con hijos menores de 18 años	34,3	44,5	44,3	49,9	30,1	40,8	51,0
- Con hijos menores de 5 años	46,4	55,1	53,0	58,8	36,3	49,3	55,7

Fuente: ODH/PNUD en base a Oficina de Censo de los EUA, Censo de 2000.

En 1980 los dominicanos en EUA tenían un ingreso promedio de US\$ 9269 al año por hogar y existía un 36,1% de las familias por debajo del nivel de pobreza. Este era el grupo con el porcentaje más alto de familias por debajo de la línea de pobreza en los Estados Unidos.

En el censo de 1980 las condiciones socioeconómicas de los(las) dominicanos(as) mejoraron, ya que el ingreso familiar promedio se amplió a US\$ 19 694 al año y la cantidad de hogares por debajo del nivel de pobreza se situó en 33,4%.

Finalmente en el censo del año 2000 el ingreso familiar promedio aumentó a US\$ 40 941 anuales y los lugares por debajo de la línea de pobreza descendieron a un 27,6%.

A pesar de esa mejoría los nacionales dominicanos siguen siendo el grupo con mayor incidencia de la pobreza, cuando se comparan con los demás grupos de inmigrantes latinos y caribeños en los Estados Unidos (16).

El asentamiento de la población dominicana en Estados Unidos se encuentra concentrado en el condado de New York, donde vivían en el año 2000 unos 618 mil dominicanos y dominicanas. Con la ampliación de las emigraciones, la comunidad se expandió hacia otras ciudades como New Jersey, con 136 529; Florida con 98 410; Massachussets con 69 502; Rhode Island con 24 588; Pensylvania con 13 667 y Connecticut con 12 830 (16).

Históricamente el flujo de personas hacia Puerto Rico era muy reducido. Pero a partir del cambio de modelo económico y la crisis económica de los años ochenta, se produjo un flujo laboral masivo. Los dominicanos se incorporaron predominantemente en el sector terciario de la economía.

De acuerdo a dicho estudio, las mujeres constituían la mayoría de la emigración (58,2%), con una incorporación más elevada en los sectores de servicios (66%) en relación a los hombres (44,7%). Dentro de los servicios, las dominicanas participaban en el servicio doméstico y en tareas del pequeño comercio (16).

Un nuevo destino de los dominicanos(as) es España, cuya proximidad sociocultural, ausencia de visado para ingresar en las épocas anteriores al 1993 y la apertura de los mercados de trabajo, permitieron la rápida expansión de la emigración dominicana.

Los asentamientos de dominicanos y dominicanas en España están altamente concentrados en dos áreas geográficas: Madrid, donde reside el 45%, y Cataluña, con el 24,8% del total de los residentes lega-

les hasta el 1999. Estos datos confirman la tendencia de los emigrados dominicanos a concentrarse en los principales centros urbanos de los destinos más importantes de recepción (16).

Para 1997, el 75,7% de los residentes y el 85,2% de los inmigrantes con permisos de trabajo en vigor eran mujeres. En 1999 el 74,6% de los permisos de trabajo fueron concedidos a mujeres y solo el 24,4% a hombres (16).

Los nacionales de República Dominicana en España presentan niveles educativos más altos que los promedios de República Dominicana, como acontece en general para toda la emigración dominicana.

En lo relativo al empleo en España todas las informaciones disponibles entre 1997 y 2000 revelan una alta feminización de la fuerza laboral.

La distribución por sectores de actividad permite observar la alta concentración en el sector de servicios, el que incluye servicios domésticos, con una tasa que se ha mantenido en alrededor del 95% para los dominicanos, así como para otras nacionalidades como, los filipinos y los peruanos este ha sido el inicio de trabajo típico.

Sistema nacional de salud en República Dominicana

El Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana está a cargo de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, la cual es responsable de elaborar las políticas y el plan nacional de salud.

En los últimos diez años se han ido produciendo grandes transformaciones en los indicadores socio-económicos y culturales. En lo referente a salud estos cambios han sido impulsados por la aprobación de la Ley 42-01 (Ley General de Salud) y la 87-01 (Ley de Seguridad Social), las cuales sientan las bases del sector salud para asegurar la ampliación de cobertura y una atención calificada (17).

Los perfiles de desempeño profesional y los procesos de reforma van implicando mayores exigencias en los perfiles profesionales generalistas, enfatizando en las competencias de promoción y prevención, con nuevas modalidades de contrato de trabajo, de trabajo en equipo, de normas y protocolos de atención. En fin se requiere de un profesional con mayores competencias y habilidades clínicas y de gestión.

Según Censo de Endesa 2002, el país cuenta con una población de 8 562 541 habitantes de los cuales 63,6% habitan en zonas urbanas y un 36,4% en zonas rurales con una esperanza de vida de 74,35 años, lo que también es importante al pensar en la planificación de los servicios de salud.

En lo referente a los Recursos Humanos de Salud existen 19 médicos por 10 000 habitantes y 3 enfermeras por 10 000 habitantes (18).

El personal de Enfermería de nuestro país está compuesto por profesionales, bachilleres técnicos y auxiliares de Enfermería. En la actualidad el 70% está conformado por las no profesionales y el 30% por profesionales, lo que significa que el cuidado de los usuarios está siendo ejecutado en la mayoría de los casos por personal no profesional (18).

Según las instituciones que emplean enfermeras, la SESPAS cuenta con 1554 enfermeras, el IDSS con 911, el sector privado con 333, las ONG con 41 y las Fuerzas Armadas con 223, para un total de 2 862 enfermeras (18).

De estas enfermeras más del 50% son egresadas de la Universidad Autónoma de Santo Domingo — UASD—, entidad de la cual en los últimos siete años egresaron 974 profesionales de Enfermería (19).

En la actualidad según información de la Dirección Nacional de Enfermería de la SESPAS a diciembre del 2007 cuentan con 2235 profesionales distribuidas en las diferentes provincias (ver anexo).

En el observatorio de Recursos Humanos podemos ver que de las 15 universidades que formaron profesionales de la salud y que egresan aproximadamente mil profesionales por año, el 13% son de la carrera de enfermería (20).

Por información obtenida de la Dirección Nacional de Enfermería de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) y la Dirección Nacional de Enfermería del IDSS a la fecha: SESPAS cuenta con 2225 profesionales de enfermería; IDSS con 730 profesionales (21).

Tabla 8.5: Enfermeras profesionales que laboran en establecimientos de salud dependientes de la SESPAS, distribución por provincias, República Dominicana 2008

Provincias	Cantidad
Distrito Nacional	1078
Azua	16
Barahona	94
Dajabón	16
Duarte	115
El Seybo	14
Elías Piña	11
Moca	36
Hato Mayor	5
Jimaní	11
La Altagracia	20
La Romana	20
La Vega	80
Nagua	26
Monseñor Novel	19
Monte Plata	21
Monte Cristi	14
Pedernales	4
Peravia	45
Puerto Plata	25
Salcedo	40
Samaná	23
San Cristóbal	130
San Juan de la Maguana	35
San Pedro de Macorís	56
Sánchez Ramírez	33
Santiago	147
Santiago Rodríguez	21
Valverde Mao	35
Total	2335

Fuente: Dirección Nacional de Enfermería, SESPAS. Enero 2008, República Dominicana.

Según se puede observar en el cuadro la mayor concentración de las enfermeras en el país se encuentra en el Distrito Nacional un 48,5% y en las provincias de Santiago, San Francisco de Macorís (Duarte) y San Cristóbal un 17,6%; es decir, que el 66,1% del personal de enfermería presta sus servicios en solo 4

provincias. Observándose que en las áreas más deprimidas como Pedernales, Elías Piña, Dajabón, Hato Mayor, Independencia, la distribución de enfermeras es muy limitada.

En una muestra de 13 países de la Región, la tasa de desempleo para los trabajadores de la salud es de 6,2% a 16,8% (22).

Características de la educación en enfermería en República Dominicana

En el país la formación de Recursos Humanos de Enfermería tiene establecido tres niveles de enfermería nacional, los cuales son: Auxiliares de Enfermería para ingresar a este nivel se requiere tener aprobado el segundo de bachillerato. El bachillerato técnico en Salud Mención Enfermería bajo la responsabilidad de la Secretaría de Estado de Educación, y el Nivel Profesional egresando Licenciadas(os) en Enfermería de universidades reconocidas en el país y que ofertan la carrera.

Del total de universidades del país, ocho (8) ofertan la carrera de Enfermería, de estas, la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) administra once (11) programas (dos en la Sede Central, nueve en los ocho (8) Centros Regionales, incluyendo los programas de profesionalización en ejecución.

La duración de la carrera de Enfermería a nivel universitario es de cuatro (4) años, incluyendo los seis meses del Ciclo Profesional Supervisado (CPS-Internado). En el plan de estudios se contempla una formación integral de los profesionales.

Los contenidos programados por asignaturas están divididos de la siguiente forma:

- asignaturas básicas;
- asignaturas de apoyo, y
- asignaturas profesionalizantes

La Escuela de Enfermería de la UASD es la formadora del mayor número de profesionales de Enfermería, egresando aproximadamente 100 por año.

A partir de los últimos 4 o 5 años, para poder cumplir con la meta del número de personal calificado, se hizo necesario el aumento de matrícula de estudiantes en ésta área, y el desarrollo continuo y sostenible del programa de profesionalización dirigido a bachilleres técnicos y/o auxiliares de Enfermería que reúnan los requisitos y desean cursar la Carrera (23).

Resultados

Razones y fines de emigraciones de las enfermeras

Las razones por las cuales emigraron las enfermeras fueron (24):

- razones económicas para mejorar sus condiciones de vida un 63,7%;
- para encontrarse con sus familiares especialmente esposos e hijos un 7,3%;
- irrespeto por los demás miembros del equipo de salud 6,5%;
- marginación de las enfermeras 6,5%;
- no tenían progreso en el país 4,8%;
- problema personal de salud 3,2%;
- violencia intrafamiliar 3,2%;

- deseo de ser enfermera registrada en los Estados Unidos 2,4%, y
- estudio y/o capacitación 2,4%.

Además, condiciones laborales deficientes, baja remuneración, empleo inadecuado e inestable y maltrato de los profesionales desde los niveles de mando superior (25).

Las razones por las cuales las enfermeras extranjeras vienen a trabajar al país, según expresan las enfermeras dominicanas y confirman algunas de las enfermeras extranjeras entrevistadas, fueron (26):

- pertenecen a una congregación religiosa y vienen por voto de obediencia;
- matrimonio con dominicanos;
- interés por el país;
- reciben buen trato;
- facilidad para el ejercicio profesional en el país;
- oferta de trabajo;
- por no compartir con el régimen de gobierno de su país de origen, y
- facilidades legalmente en el país.

Magnitud de la migración de enfermeras en la República Dominicana

Las enfermeras dominicanas igual que los demás profesionales del área de la salud iniciaron la emigración a los países extranjeros a partir del derrocamiento del tirano Rafael Leonidas Trujillo Molina.

En los últimos diez (10) años se ha identificado que unas 124 enfermeras han emigrado según datos de entrevistas realizadas a 420 enfermeras distribuidas en la geografía nacional (26).

Estas enfermeras emigraron como sigue:

Tabla 8.6: Enfermeras que emigraron en los últimos 10 años

Intervalos de años	No.	%
1996-1999	64	51,6
2000-2003	35	28,2
2004-2007	25	20,2
Total	124	100%

Estos datos expresan que las emigraciones han ido disminuyendo en la medida en que transcurren los años.

El 42,7% de las enfermeras emigraron a los Estados Unidos de América, el 28,2% a España, 14,5% a Italia, 8,1% a Puerto Rico y 6,5% a Holanda y otros países (26).

En relación a las enfermeras inmigrantes se encontró que después del año 1996 han inmigrado unas 27 enfermeras, las cuales ocupan puesto de atención directa de enfermería un 37%, de Gerentes un 44,4% y de voluntarias un 18,6%.

Estas enfermeras han emigrado de Puerto Rico, Venezuela, Italia, México, España, Chile, Guatemala, Japón, Portugal y Haití.

El 18,6% de estas tienen algún tipo de Postgrado y en un 62% llegaron después del año 2000.

Con el desarrollo de la industria azucarera se acentúa en el país la inmigración de haitianos, así como la llegada de numerosas familias puertorriqueñas que se incorporaron a las labores agrícolas y de produc-

ción azucarera. Durante el Gobierno de Trujillo debido a las facilidades otorgadas por el régimen de Trujillo y de otros ciudadanos de países árabes que se establecieron en nuestro país.

De igual forma el país se ha abierto al exterior el desarrollo de las actividades comerciales industriales y sobretodo con el turismo.

Regulación de las migraciones

La Dirección General de Migración (DGM) de la República Dominicana es el organismo gubernamental de control, que vela por el cumplimiento de las normas relativas a la entrada y salida de ciudadanos dominicanos y extranjeros, así como de regular la permanencia en el territorio nacional de aquellas personas que reúnan las condiciones de inmigrantes.

La base de la legislación dominicana la constituyen disposiciones de nuestra constitución, la cual define los conceptos de soberanía nacional y ciudadana (Art. 11 y 12) establece que es atribución exclusiva del Congreso Nacional “Disponer todo lo relativo a migración”.

Leyes de migración de la República Dominicana (27)

- Constitución de la República Dominicana del año 2002.
- Ley 285 sobre migración y su reglamento (pendiente de aprobación por el Poder Ejecutivo).
- Ley 200 del 21 de marzo del 1964, que regula los impedimentos de salidas del país de nacionales.
- Ley 136-03 del 7 de agosto del 2003, para la protección de niñas, niños y adolescentes.
- Ley 130 del 14 de marzo del 1975, que dispone que todo funcionario y empleado de instituciones públicas que maneje fondos públicos, deberá proveerse de una autorización especial para poder viajar al exterior.
- Ley 1192 de fecha 6 de junio del 1992, que crea el fondo Tributario y Financiero.
- Decreto N° 756-03 sobre los beneficios a los jubilados y pensionados extranjeros.
- Ley N° 136-03 sobre tráfico ilícito de inmigrantes y tratas de personas.
- Ley 875, sobre visados del 21 de julio del 1978.
- Convención sobre los Derechos del Niño mediante Resolución N° 8-91 de 23 de junio, oficiales N° 9805.
- Convención Internacional de la ONU sobre eliminación y formas racial, mediante resolución 19 de abril de 1967.
- Disposiciones del código civil de la República Dominicana.
- Disposiciones del código penal de la República Dominicana.
- Disposiciones de la ley N° 16-92 que crea el código de trabajo de la República Dominicana.
- Disposiciones de la ley N° 659 del 17 de julio de 1944.
- Disposiciones de la ley N° 4658 del 24 de marzo de 1957.
- Disposiciones de la ley 344-98 del 14 de agosto de 1998.
- Ley 857 del 20 de julio de 1978 que crea el Departamento Nacional de Investigaciones (DNI).
- Ley 97, regula el régimen de Exenciones y Privilegios a que están sujetas las naciones consulares extranjeras en la República Dominicana.
- Ley 640 que deroga y sustituye la Ley sobre conservación e incineración de estados numéricos de 01 de abril del 1974.

- Ley 16-95 de inversión extranjera, ley 98-03, Centro de Exportación e Inversión de la República Dominicana.

Convenios y Pactos

Convenios firmados con la Organización Internacional del Trabajo (OIT)

- Relativo a la edad de Admisión de los Niños al trabajo en la agricultura, noviembre del 1932.
- Relativo a la igualdad entre los trabajadores extranjeros y nacionales por accidentes de trabajo. No. 8025 del 12 de Septiembre del 1956.
- Relativo al trabajo forzado y obligatorio gaceta oficial N° 8010.
- Relativo al trabajo en industrias y en el comercio gaceta oficial No. 7584 del 12 de Julio.
- Relativo a la libertad sindical y a la protección del derecho de sindicación. Gaceta oficial de Agosto del 1956.
- Relativo a la protección del salario. Gaceta oficial No. 8484 del 21 de Junio del 1960.
- Relativo a la igualdad de remuneración entre mano de obra masculina y femenina. Gaceta oficial del 12 de Julio del 1953.
- Relativo a la abolición del trabajo forzoso. Gaceta oficial N° 8257.
- Relativo a la discriminación en materia de empleo y ocupación. Gaceta oficial N° 8864.
- Relativo mecanismos de repatriación entre los Gobiernos de República Dominicana y Haití, 02 de diciembre del 1999.
- Relativo a la declaración sobre condiciones de contratación de nacionales entre República Dominicana y Haití, de fecha 23 de febrero del 2000.

Pactos

- Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales del 14 de Noviembre del 1977. Gaceta N° 9455.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos del 27 de Octubre de 1977 Pacto facultativo del pacto internacional de Derechos Civiles y Políticos del 08 de Noviembre oficial N° 9454.

En la investigación documental realizada no se identificaron leyes específicas que regulen la migración del personal de salud.

Economía de las migraciones

Costo formación de enfermeras (28)

El costo de formación de las enfermeras dominicanas depende de la universidad de egreso y oscila aproximadamente entre RD\$ 14 000 a RD\$ 21 000 por año, incluyendo libros, batas, transporte, materiales, equipos y alimentación.

En términos generales el costo personal de la formación de enfermeras emigrantes oscila entre \$125 000 y \$150 000.

En total el costo de la emigración de las enfermeras al extranjero ha significado un total de \$180 821 976, lo que significa una pérdida, no solo de los profesionales, sino también económica.

Remesas en República Dominicana

Las remesas en nuestro país es una de las grandes fuentes de economía, y es para muchas familias la única fuente de ingreso económico. Según el censo de población y vivienda realizado en el 2002, el 20% de los hogares dominicanos reciben remesas. Uno de los escasos estudios que analizan el envío de remesas llegó a la conclusión de que las mujeres emigrantes dominicanas envían más remesas a su familia que los hombres emigrantes; el 55,1% de las remesas han sido enviadas por mujeres y el 44,9% por hombres (29)

En el 2005 el INSTRAW llevó a cabo un estudio de las remesas enviadas por los emigrantes a España de la comunidad de Vicente Noble, y el estudio reveló que el 62% de las personas que emigraron a España son mujeres, las cuales dejan sus hogares a otras mujeres (madre-hermana) (30).

Estudios realizados por la Asociación Dominicana de Remesadoras de Divisas de Europa, indicaron que las remesas provenientes de Europa crecieron de un 16 a 29% en los últimos tres años (31).

Para el envío de remesas los dominicanos usan en un 70% las compañías remesadoras, un 11% usan bancos, y el 17% medios informales (familiares, amigos y otros) (31).

En el 2005 el país recibió más de US\$ 2 700 000 por concepto de remesas, las cuales provienen el 59% de los Estados Unidos, el 30% de España y el 9% de Puerto Rico (31).

En lo referente a Enfermería, según informaciones obtenidas a través de entrevistas de informadores claves, el fenómeno de migración inició desde la década de los sesenta, las cuales emigran en búsqueda de mejores condiciones sociales y económicas, para ella y sus familiares.

Según las enfermeras encuestadas el 72,6% de las enfermeras emigrantes envían remesas a sus familias que oxidan entre 200 a 500 dólares y/o euros, siendo el monto de mayor por ciento de 200 a 300 dólares un 60%. Estas informaciones fueron confirmadas con las 20 enfermeras que fueron entrevistadas por vía telefónica a Estados Unidos, España e Italia (32).

Consecuencias de las migraciones en los servicios de salud (32)

En los servicios donde el 74,4% de las enfermeras emigrantes trabajaban, se ha notado su ausencia, pero en el 25,6% no se ha notado.

Las formas en que se manifiesta la ausencia de las enfermeras en los servicios son:

- disminución de los recursos humanos de enfermería, pues no se han sustituido;
- baja calidad de los servicios;
- aumento de trabajo de las colegas;
- siente la ausencia de personas capacitadas, trabajadoras y humanizadas;
- había más compañerismo, y
- aumento de los servicios nocturnos a las enfermeras que quedaron.

Según las enfermeras dominicanas entrevistadas, los aportes que han dado las enfermeras extranjeras son:

- aportes económicos para suplir medicamentos y equipos 22,3% (donaciones);
- conocimientos especializados en diferentes áreas 18,5%;
- contribución en el manejo de pacientes críticos 14,8%;
- motivación para trabajo de calidad 7,4%, y
- su aporte es igual al de las enfermeras dominicanas 37%.

En general las enfermeras Dominicanas creen que los efectos de las emigraciones de enfermeras en el país en primer lugar han sido negativos para el Sistema Nacional de Salud y la prestación de los cuidados de enfermería, pues han contribuido a la escasez de profesionales en los establecimientos de salud. En segundo lugar, según informaciones obtenidas esto influye, en muchos casos, a la desintegración familiar.

La parte positiva de las emigraciones la conforman las remesas a los familiares en algunos casos la estabilización económica y de la salud.

Discusión

La migración en la República Dominicana es un problema que esta afectando tanto a los servicios de salud como al núcleo familiar, no obstante de los beneficios económicos que esta conlleva.

Al realizar esta investigación se pudo constatar que las enfermeras iniciaron al igual que el país su proceso de emigración desde el año 1961, fecha en que se produjo una estampida aprovechando el derrocamiento del tirano (Trujillo) en esa época no existía la enfermería en el nivel universitario, aunque si profesional.

La mayoría de las enfermeras que han emigrado son mujeres, muchas de ellas solteras que han querido buscar una mejor vida para ellas y sus familiares; otras son casadas pero sus condiciones económicas no le permiten vivir una vida digna, por lo cual decidieron alejarse de sus esposos con las prerrogativas de un divorcio, pues la mayoría de los hombres dominicanos se rechazan la idea de estar solos.

Las razones por las cuales las enfermeras emigran quedan bien claras en este trabajo, pues los sueldos bajos, irrespeto de algunos miembros del equipo de salud, limitada calidad de vida, encuentro con su familia, la búsqueda de su salud y el deseo de seguir estudiando; son motivaciones mas que suficientes para buscar una forma mas digna de desarrollarse y encontrarse con el éxito soñado.

La emigración de las enfermeras afecta grandemente la calidad de los servicios de enfermería, dado que muchas de ellas dejan una experiencia de trabajo técnico que muchas veces no puede ser sustituida.

Cada vez que emigra una enfermera se disminuye la fuerza de trabajo y el poder de los servicios pues se fuga un cerebro cuya formación tuvo un costo personal, un costo social y costo estatal. Esto no se recupera con remesas.

Asimismo, las inmigrantes al igual que las emigrantes también sufren problemas familiares y sociales; pero son mejor tratadas en este país y se le dan muchos privilegios de los cuales no gozan las dominicanas en otros países.

Ha de reconocerse que los aportes de las extranjeras en muchos casos es importante, incluso han sido en muchos momentos las impulsoras de proyectos valiosos para el avance de la Enfermería Dominicana.

Conclusiones

En el proceso investigativo llevado a cabo se lograron informaciones que nos llevan a concluir diciendo que las enfermeras dominicanas emigran por razones diversas, pero ellas están muy convencidas de que su deseo se va a cumplir.

Por ser la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) la mayor formadora de recursos humanos de enfermería, graduando en el período 2000-2007, 974 licenciadas en enfermería.

Es por ello que se observa que el mayor número de enfermeras que emigran son las egresadas de esta Academia, y al igual tenían ingresos bajos.

Muchas de estas enfermeras buscan hacer realidad sus sueños: ser una enfermera registrada en los Estados Unidos. Sin embargo, las que emigran a otros países en su mayoría no ejercen la enfermería, sim-

plemente cuidan personas mayores, o realizan trabajos domésticos, según se pudo confirmar con algunas enfermeras residentes en España, Italia y otros países, hasta tanto logren convalidar u homologar su título, que le permita insertarse en un trabajo de su área de formación y competencia.

Las enfermeras, al igual que muchos dominicanos emigrantes, han logrado establecerse en actividades productivas económicamente, lo cual le permite enviar las remesas mensuales que sirven de sustento a la familia.

En general podemos decir que los objetivos se cumplieron no en el 100%, por las limitaciones en lo referente a datos estadísticos relacionados con algunas informaciones requeridas.

Recomendaciones

Después de analizar los resultados de este trabajo, se hace necesario presentar recomendaciones que van a redundar en la transformación de esta realidad de emigraciones de las enfermeras.

Recomendaciones a las instituciones donde laboraban las enfermeras emigrantes:

- mantener el expediente de las enfermeras que emigran, incluyendo en ellos los datos relacionados con su experiencia laboral;
- ofrecer condiciones de trabajo que favorezcan los estilos de vida saludables, y
- promover normas donde se establezca el respeto por las enfermeras.

Recomendaciones a las autoridades de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social:

- considerar la importancia de mejorar las condiciones de trabajo de las enfermeras dominicanas, aprobando salarios que promuevan la dignidad de las enfermeras y escalafones por preparación, riesgos, años en servicio y otros incentivos, y
- promover la celebración de concursos, dando así cumplimiento a la Ley General de Salud 42.01 y el Reglamento de Recursos Humanos.

Recomendaciones a la Asociación de Enfermeras Graduadas:

- luchar constantemente por lograr la Ley de Colegiación de las Enfermeras, con la cual se pueden lograr mayor estabilidad personal, social y económica;
- trabajar arduamente para fomentar el trabajo de las enfermeras basado en valores, de forma que el prestigio y el respeto que buscan las enfermeras tengan bases firmes;
- promover investigaciones donde se puedan contactar las enfermeras dominicanas en los diferentes países para identificar sus condiciones laborales y sociales a fin de dar seguimiento;
- promover la creación de un registro de enfermeras, emigrantes e inmigrantes, donde se localicen informaciones y se de seguimiento a esas enfermeras, y
- mantener un registro de enfermeras:
 - empleadas y desempleadas;
 - con preparación básica y post-básica, y
 - lugares y/o establecimientos donde están laborando.

Recomendaciones a las universidades que forman recursos humanos de enfermería:

- promover encuentros con egresados(as) de la carrera de enfermería con fines de dar seguimiento y ofertar cursos post-básicos, y
- desarrollar estudios sobre sus egresados.

Referencias

1. Enciclopedia Jurídica Omeba. Tomo XIX. Pág. 694.
2. Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. 21ª Edición. Tomo II, pág. 1169.
3. Glosario. Net.
4. Álvarez Acosta M. Apuntes sobre migraciones económicas y el tráfico de personas. El Caribe Insular ISRI. "Raúl Roa García". La Habana, Cuba.
5. Scholfeldt R. En Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. OPS/OMS; 1989.
6. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Normas nacionales para la administración y atención de los servicios de enfermería. República Dominicana; 2006.
7. Henderson V. En Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. OPS/OMS; 1989.
8. Cámeron R. Health Human Resources Trends in the Americas. Evidence for action. OPS; Septiembre 2000.
9. República Dominicana. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005.
10. Revista Ahora. "En busca de la tierra prometida". Edición No. 1327. República Dominicana; Octubre 2003.
11. Encuesta de Profamilia. República Dominicana; 1991.
12. Comisión Económica para América Latina (CEPAL). Migración Internacional y Desarrollo en América Latina.
13. República Dominicana. Informe Nacional de Desarrollo Humano. PNUD 2005.
14. República Dominicana. Informe Nacional de Desarrollo Humano. perfiles de las migraciones e integración de los países de recepción. República Dominicana; 2007.
15. Censo Nacional de Población y Vivienda. República Dominicana; 2002.
16. Carrington & Detraigiache. 1998.
17. República Dominicana. Ley General de Salud (42-01) y Ley de Seguridad Social (87-01). 2001.
18. República Dominicana. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Mayo, 2000.
19. Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD). Oficina de Planificación Universitaria (OPLAU), sección de Proyectos, Enero 2008.
20. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Observatorio de Recursos Humanos; 2003.
21. Dirección Nacional de Enfermería. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Instituto Dominicano de Seguridad Social. República Dominicana; 2007.
22. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 59ª sesión del Comité Regional. Washington, D.C.; 2007.
23. Medina, DE. Escuela de Enfermería. Universidad Autónoma de Santo Domingo. República Dominicana; 2007.
24. Medina, DE. Encuesta sobre migración de Enfermeras. República Dominicana; 2007.

25. Khouri, S. Efectos de migración de profesionales de enfermería versus escasez de enfermeras. Opiniones de varios autores de estudios sobre el fenómeno de la fuga de cerebros en el ámbito de la Salud. República Dominicana.
26. Medina, DE. Encuesta sobre migración de Enfermeras. República Dominicana; 2007.
27. República Dominicana. Secretaría de Estado de Interior y Policía. Dirección General de Migración.
28. Medina, DE. Estudio sobre migración de Enfermeras. República Dominicana; 2007.
29. Informe Nacional de Desarrollo Humano. República Dominicana; 2005.
30. Instituto Nacional de Investigación y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer. Investigación sobre género, remesas y desarrollo. República Dominicana; 2005.
31. Comisión Económica para América Latina (CEPAL). "Migración Internacional, Derechos Humanos y Desarrollo en América Latina" S.F.
32. Medina DE. Encuesta sobre migración de Enfermeras. República Dominicana; 2007.

Anexo 8.A: Formulario encuesta sobre migración de enfermeras en República Dominicana

1. Institución del entrevistado(a):
 - Pública
 - Privada
 - Universidades
2. Universidad de Egreso de las entrevistadas:
 - Autónoma de Santo Domingo (UASD)
 - Pontificia Madre y Maestra (PUCMM)
 - Eugenio María de Hostos (UNIREMHOS)
 - Tecnológica del Cibao (UCATECI)
 - Colegio Dominicano de Profesionales (UCEDEP)
 - Católica Santo Domingo (UCSD)
 - Tecnológica del Sur (UTESUR)
 - Universidades extranjeras
3. Conoce alguna enfermera (o) que haya emigrado del país en los últimos 10 años.
 - Sí
 - No
 - Decir nombre completo (para confirmar y no repetir)

Si la respuesta 3 es sí, conteste las siguientes preguntas:

1. En qué año?
 1. Entre 1996 y 1999
 2. Entre 2000 y 2003
 3. Entre 2004 y 2007
2. De cuál universidad egresó
 1. Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD)
 2. Católica Madre y Maestra (PUCMM)
 3. Eugenio María de Hostos (UNIREMHOS)
 4. Católica Santo Domingo (UCSD)
 5. Colegio Dominicano de Profesionales (UCDP)
 6. Católica Tecnológica del Cibao (UCNE)
3. Hacia dónde emigró?
 1. Estados Unidos

2. España
 3. Italia
 4. Puerto Rico
 5. Holanda
 6. Argentina
 7. No sabe
4. Cuáles fueron las razones por las que emigró?
 1. Razones económicas. Para mejorar su condición de vida
 2. Encontrarse con sus familiares
 3. Tras la búsqueda de la residencia americana
 4. Por considerar que en el país las oportunidades de progreso son muy limitadas
 5. Irrespeto de algunos miembros del equipo de salud para las enfermeras
 6. Problemas de salud personal
 7. Violencia intrafamiliar
 8. Marginación de las enfermeras
 9. Convertirse en enfermeras registradas en EUA
 10. Estudios y/o capacitación
 5. Sabes si esa persona envía remeras a su familia?
 1. Sí
 2. No
 6. Si la persona envía a su familia, especifique la cantidad aproximada:
 1. Menos de 100 euros o dólares
 2. De 100 a 200 euros o dólares
 3. De 201 a 300 euros o dólares
 4. De 301 a 400 euros o dólares
 5. De 401 a 500 euros o dólares
 6. Más de 500 euros o dólares
 7. No sabe, pero envían
 7. Después que las enfermeras emigran, se nota su ausencia en el servicio?
 1. Sí
 2. No
 8. Si se nota la ausencia en el servicio, cómo se manifiesta?
 1. Han disminuido los recursos humanos de enfermería
 2. Baja la calidad de los servicios

3. Las que se quedan tienen más trabajo en la institución
 4. Ausencia de una persona capacitada, trabajadora y humanizada
 5. Había más compañerismo
 6. Se aumentaron las noches por enfermeras
 7. Han disminuido los recursos humanos de enfermería
 8. Baja la calidad de los servicios
 9. Las que se quedan tienen más trabajo en la institución
 10. Ausencia de una persona capacitada, trabajadora y humanizada
 11. Había más compañerismo
 12. Se aumentaron las noches por enfermeras
9. Trabaja en la institución alguna enfermera extranjera?
1. Sí
 2. No

Si la respuesta 9 es sí, conteste las siguientes preguntas:

10. Cuál puesto ocupa?
1. Atención directa de enfermería
 2. Encargada de área
 3. Supervisora
 4. Gerente general
 5. Voluntaria
11. Cuál es su país de origen?
1. Puerto Rico
 2. Cuba
 3. Venezuela
 4. Italia
 5. México
 6. España
 7. Chile
 8. Guatemala
 9. Japón
 10. Portugal
 11. Haití
12. Tiene postgrado?
1. Sí

2. No
 3. No sabe
13. En qué año llegó a trabajar?
1. Antes del año 1990
 2. Del 1990 al 2000
 3. Después del 2000
14. Cuáles aportes han dado las enfermeras extranjeras a las instituciones del país?
1. Ninguno. Su aporte es igual al de las dominicanas
 2. Aporte económico para suplir medicamentos y equipos
 3. Conocimientos especializados en diferentes áreas
 4. Motivación para un trabajo de calidad
 5. Contribución en el manejo de pacientes críticos
15. En los últimos 10 años, cuántas enfermeras nativas cree usted han emigrado a otros países?
1. Menos de 20 enfermeras
 2. Entre 20 a 40 enfermeras
 3. Entre 41 a 60 enfermeras
 4. Más de 60 enfermeras
 5. No sabe
16. Conoce las razones por las cuales las enfermeras extranjeras vienen a trabajar a República Dominicana?
1. Legalmente no les exigen mucho
 2. Son religiosas
 3. Se casan con dominicanos
 4. Desean mejorar sus ingresos
 5. Les gusta el país
 6. Les dan mejor trato
 7. Aquí no hay control
 8. Por el régimen político de su país de origen
17. Cuál es el costo de formación de una licenciada en enfermería en la UASD?
1. Menos de \$RD 10 000 semestral
 2. De \$RD 10 000 a RD\$ 20 000
 3. De RD\$ 21 000 a RD\$ 30 000
 4. Más de RD\$ 30 000

18. Cuál es el costo de formación de una licenciada en enfermería en universidad privada?
1. Menos de RD\$ 30 000
 2. De RD\$ 31 000 a RD\$ 40 000
 3. De RD\$ 41 000 a RD\$50 000
 4. Más de RD\$ 50 000
19. Cuál es el costo para el Estado de una licenciada en enfermería en el país?
1. Menos de RD\$ 45 000
 2. De RD\$ 45 000 a RD\$ 60 000
 3. Más de RD\$ 60 000
20. Cuáles cree usted han sido los efectos de la emigración de enfermería en el país?
1. Se afecta el Sistema Nacional de Salud
 2. Desintegración familiar, muchas veces traducida en delincuencia de los hijos(as)
 3. Divorcios
 4. Bajo rendimiento escolar de los hijos(as)
 5. Escasez de personal profesional de enfermería

ISBN: 978-92-75-33260-3



9 789275 332603