

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
REPRESENTACIÓN ECUADOR**

FUNDACIÓN ECUATORIANA PARA LA SALUD Y EL DESARROLLO



APROXIMACIONES A LA MIGRACIÓN DEL TALENTO HUMANO EN SALUD EN ECUADOR

**Estudio de migración de médicos ecuatorianos a Chile
Migración de médicos y enfermeras recién graduados en ciudades seleccionadas**

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
REPRESENTACIÓN ECUADOR

FUNDACIÓN ECUATORIANA PARA LA SALUD Y EL DESARROLLO

**APROXIMACIONES A LA MIGRACIÓN DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD EN ECUADOR**

**Estudio de migración de médicos ecuatorianos a Chile
Migración de médicos y enfermeras recién graduados en ciudades seleccionadas**

Quito, Noviembre 2007

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

QUITO - ECUADOR

1. Médicos - 2. Enfermeras - 3. Migración - 4. Médicos Chile

Aproximaciones a la Migración del Talento Humano en Salud en Ecuador:

Esta publicación contiene dos estudios sobre migración; 1: "Estudio de migración de médicos ecuatorianos a Chile" (Abril 2007) realizado por La Fundación Ecuatoriana para la Salud y el Desarrollo (FESALUD) y auspiciado por la Organización Panamericana de la Salud y 2: "Migración de médicos y enfermeras recién graduados en ciudades seleccionadas. Ecuador 2003-2004" realizado por la Dra. Cristina Merino Ocampo para el Observatorio de Recursos Humanos de Salud del Ecuador del Consejo Nacional de Salud, con auspicio del Proyecto de Modernización de los Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud, Representación Ecuador.

Autores 1er. estudio:

Investigador principal: Dr. Fernando Sacoto A.
Investigador asistente: Dr. Guillermo Ordóñez L.
Investigadores de campo: Dr. Guido Terán (Manabí)
Dra. Sandra Zambrano (Guayas)
Economista Mariana Brito (Azuay)
Asistente administrativa: Sra. Marlene de Galarza

Autora 2do. Estudio: Dra. Cristina Merino Ocampo

Edición: Dra. Cristina Merino Ocampo

Revisión de texto: Dr. Fernando Sacoto A. FESALUD
Dr. Edmundo Granda Ugalde OPS/OMS ECUADOR

Diseño y diagramación: Verónica Galarza

Diseño de la portada: Fabián Vásquez

Impresión: Nuevo Arte

© Organización Panamericana de la Salud, Representación Ecuador

ISBN:

Se autoriza la utilización de la información siempre que se cite la fuente

Noviembre 2007
Quito - Ecuador

índice

PRESENTACIÓN	I
PRÓLOGO	III
INTRODUCCIÓN	V
CAPÍTULO I ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA MIGRACIÓN	
1. LA MIGRACIÓN EN EL MUNDO	14
2. LA MIGRACIÓN EN EL ECUADOR	15
2.1 Magnitud de la migración	16
2.2 Procedencia y perfil demográfico de los migrantes	18
2.3 Causas de la migración y años de salida	22
2.4 Aspectos económicos de la migración	24
2.5 La migración a España	25
CAPÍTULO II MIGRACIÓN DE PROFESIONALES	
1. LA MIGRACIÓN CALIFICADA	28
2. ASPECTOS GENERALES DE LA MIGRACIÓN DE MÉDICOS Y ENFERMERAS	29
CAPÍTULO III MIGRACIÓN DE MÉDICOS Y ENFERMERAS RECIÉN GRADUADOS EN CIUDADES SELECCIONADAS	
1. CARACTERÍSTICAS DE LOS MIGRANTES O VIAJEROS	34
1.1 Migración de profesionales por sexo	34
1.2 Universidad y ciudades seleccionadas	36
1.3 Año y destino de la migración	37
1.4 Motivo del viaje	37
2. LOS “NO MIGRANTES”	37
2.1 Expectativas de viaje	38
2.2 Situación laboral	39
CAPÍTULO IV MIGRACIÓN DE MÉDICOS ECUATORIANOS A CHILE	
1. GENERALIDADES	42
2. INFORMACIÓN SOBRE MÉDICOS MIGRANTES	42
2.1 Distribución por género	42
2.2 Tiempo de migración	43
2.3 Situación de trabajo antes de la migración	44
2.4 Razón de migración	46

2.5 Perfil familiar	47
2.6 Especialidad médica	48
2.7 Fuentes de información	49
2.8 Tiempo para viajar	50
2.9 Contrato laboral y condición al viajar	51
2.10 Lugar de destino en Chile	53
2.11 Expectativas salariales	54
2.12 Tiempo sin trabajo en Chile	55
2.13 Aceptación de pacientes	56
2.14 Adquisición de propiedades en Ecuador o Chile	57
2.15 Decisión de radicarse en Chile	58
3. INFORMACIÓN DE MÉDICOS EMIGRANTES QUE REGRESARON A ECUADOR	60
3.1 Caracterización general	60
3.2 Perfil laboral antes de viajar	63
3.3 Lugar de trabajo	65
3.4 Perfil familiar	66
3.5 Especialidad médica	67
3.6 Fuente de información	68
3.7 Perfil de viaje	68
3.8 Lugar y condiciones de trabajo	71
4. RESULTADOS OBTENIDOS EN COHORTES COMPARATIVAS	72
4.1 Cohortes comparativas antiguas	73
4.2 Cohortes comparativas recientes	74

CAPÍTULO V

INFORMACIÓN OFICIAL SOBRE MÉDICOS ECUATORIANOS EJERCIENDO EN CHILE

1. INFORMACION OFICIAL DEL MINISTERIO DE SALUD DE CHILE	76
---	----

CAPÍTULO VI

PROBABLES EXPLICACIONES

1. EL ÉXODO DE MÉDICOS ECUATORIANOS A CHILE: EN BUSCA DE EXPLICACIONES	80
1.1 Perspectiva de la fuerza de trabajo de salud en Ecuador	80
1.2 Perfil de ocupación médica en Ecuador	82
1.3 Perfil de ocupación médica en provincias seleccionadas	83
1.4 Ocupación de personal de salud en sectores e instituciones	84
1.5 La oferta institucional	86
1.6 Las perspectivas de cambio en el sector salud en el Ecuador contemporáneo	87

CONCLUSIONES	89
---------------------	-----------

RECOMENDACIONES	91
------------------------	-----------

BIBLIOGRAFÍA	93
---------------------	-----------

ANEXOS

1. ASPECTOS METODOLÓGICOS: "Migración de médicos y enfermeras recién graduados en ciudades seleccionadas"	95
2. ASPECTOS METODOLÓGICOS: "Estudio de migración de médicos ecuatorianos a Chile"	101

Presentación

En la actualidad uno de los fenómenos que está incidiendo importantemente en el comportamiento de los países es la migración. El impacto lo sienten tanto las naciones receptoras como las generadoras. El Ecuador, desde hace varios años, es un país que se lo podría catalogar como “exportador” de talento humano. Tanto es así que, el dinero de las remesas de los migrantes constituye uno de los principales rubros del presupuesto nacional.

La migración es un problema social complejo que está en fase de investigación pues las determinaciones y motivaciones que llevan a los masivos movimientos de grupos humanos no son completamente conocidas, peor aún las consecuencias sociales, económicas, políticas, culturales que se producen.

En una mayoría de casos el abandono del país se da por la falta de recursos suficientes para satisfacer las necesidades básicas pero secundariamente puede llegar a constituirse en un elemento cultural que conduce a otras personas a adoptar esta conducta sin mayores justificaciones.

Entre los aspectos antes mencionados que se podrían considerar extremos se encuentra una gama múltiple de causas. Juan Valdano en su libro “Identidad y Formas de lo Ecuatoriano” afirma que “La economía, la globalización de la comunicación y aún la pobreza nos hace soñar en migrar, en escapar, en vivir en cualquier otro país menos en el nuestro...., los banqueros, sueñan con Miami, Las Bahamas, Nueva York o Londres; los políticos fracasados y perseguidos por la justicia buscan refugio en Panamá, Costa Rica, República Dominicana; ciertos intelectuales piensan en París, en Barcelona y hasta en La Habana; los jóvenes que desean estudiar, en la Argentina; los médicos buscan un puesto de trabajo en Chile; los pobres, aquellos que no tienen ocupación, venden todo lo que poseen y arriesgan sus vidas por llegar a Estados Unidos, España o Italia. Ciertos niños bien de exclusivos barrios de Guayaquil quieren vivir a lo gringo, hablar inglés y residir en La Florida o California; el campesino de Cañar o del Azuay, en cambio, sueña con ser algún día un humilde inmigrante subterráneo en Chicago, Nueva York, Madrid o Murcia”.

En general las personas abandonan el país en busca de mejores días, mayores posibilidades para desarrollarse, sobre la base de un mejoramiento indiscutible de su calidad de vida, aunque muchas veces encuentran la violencia, discriminación y muerte lejos de sus hogares.

El talento humano en salud, alimenta las filas de migrantes. Esto se lo percibe cuando las instituciones comienzan a tener problemas para llenar sus vacantes o se conoce informalmente que médicos ecuatorianos están ejerciendo en otros países; que enfermeras son muy cotizadas en Italia, Canadá, etc. En fin, que personal de salud ecuatoriano vive y trabaja en otros países.

Frente a esto las universidades ecuatorianas y la sociedad en general podría estar orgullosa pues el personal, en este caso de salud, tiene una importante acogida en el exterior. Pero, por el otro lado, está la importante inversión que el país y por consiguiente las universidades realizan en sus jóvenes a fin de formarlos para que luego ésta se revierta en beneficio de otros pueblos y en desmedro del país que los formó. Desafortunadamente, el país no brinda los incentivos necesarios para la permanencia de este personal, que por cualquiera de las causas mencionadas buscan migrar. En este libro que ahora se presenta se puede encontrar una serie de puntualizaciones que permiten tener una mejor aproximación a las causas de la migración y detalles del movimiento migratorio realizado por el talento humano en salud, especialmente en el caso de médicos y enfermeras.



La Organización Panamericana de la Salud siempre preocupada por la problemática del talento humano en salud ha estado trabajando a fin de lograr una aproximación a lo que sucede con la migración del talento humano en la Región de las Américas en general y por tanto en el Ecuador. Es por ello que, desde hace varios años ha contratado investigaciones que dan cuenta de este tema. Se trata de mejorar el conocimiento y buscar soluciones conjuntas para beneficio de todos los ciudadanos.

Es así que ahora se pone a consideración de autoridades y demás interesados en la problemática migratoria del personal de salud, esta publicación. Se espera contribuya con la revisión o reformulación de políticas relacionadas con el personal de salud desde su formación hasta su jubilación pasando de manera especial, por la inserción en el mercado laboral. Al parecer, es por demás oportuna, ya que el Ecuador se apresta a vivir una Asamblea Constituyente. Este aporte pretende apuntar a que, la población ecuatoriana sea servida en su salud con el personal profesional suficiente y de calidad y por otro lado, el recurso humano formado en salud se encuentre realizando sus labores profesionales a satisfacción, de tal manera que luche por permanecer y soñar en su país natal.

La información que el actual estudio brinda es de carácter inicial y exploratorio, pretende ser un llamado al interés y al compromiso de autoridades en el ámbito de la salud, así como universitarias y demás personal involucrado en este tema a seguir profundizando en el conocimiento del campo de recursos humanos, enriqueciéndolo con información cualitativa y cuantitativa que permita una comprensión integral de la compleja problemática que rodea al personal formado y capacitado en el servicio a la salud de los demás.

Se trata, por tanto, de una tarea de múltiples actores que deberían trabajar constantemente en forma coordinada para ir resolviendo paulatinamente los problemas mencionados y lograr que el personal de salud se fortalezca en el país. Se espera que esta publicación que se está presentando, aporte con un sustento científico para efectivizar transformaciones políticas y puntale propuestas que deberán ser discutidas en la Asamblea Constituyente, sin descuidar otros espacios ya configurados, tales como la Comisión Nacional de Recursos Humanos en Salud y la Ley de Carrera Sanitaria.

Para finalizar, este libro pretende ser un instrumento de apoyo para autoridades migratorias, de salud, de los gremios y asociaciones de profesionales a trabajar mancomunadamente para mejorar la información sobre el personal de salud y su movimiento migratorio. Se requiere de información integral y oportuna a fin de tomar acciones inmediatas para evitar problemas y no tratar de subsanarlos cuando ya es tarde y requiere de esfuerzos mucho mayores.

Dr. Jorge Luis Prospero
Representante de la OPS/OMS
Ecuador

Prólogo

En un contexto global con una intensa dinámica de intercambio y crecimiento económico, veloz desarrollo de la tecnología y peligroso deterioro del medio ambiente, los países de nuestra región, la más inequitativa de todas, establecen cursos de acción en búsqueda del llamado desarrollo. Los avances en materia de política social, hasta el momento, no permiten mejorar sustantivamente los históricos desequilibrios en nuestras poblaciones y los escenarios políticos de los países se constituyen en arenas donde el bien común es apenas una retórica.

En el mundo de la salud, entendido como un derecho de la población, el panorama no es diferente, los procesos de reforma y las ingentes inversiones en iniciativas puntuales de alta visibilidad política y corto plazo, reemplazan a las visiones de largo plazo y no afrontan la construcción de una arquitectura social sólida que permita responder a los complejos problemas de la salud con perspectivas nacionales integradoras y sostenibles. Uno de los elementos centrales para dicha arquitectura es, sin lugar a dudas, el recurso humano.

“ Prácticamente todos los países de la Región, sin dejar de reconocer su extraordinaria diversidad, se enfrentan a los retos de una serie compleja de problemas de recursos humanos: insuficiencia grave o sistemática de personal sanitario de determinadas categorías; falta de relación entre la oferta y el mercado de trabajo; carencia de recursos humanos que atiendan las necesidades de salud de grandes sectores de la población; movilidad constante de la fuerza laboral entre las diferentes partes del sector de la salud; disposiciones y condiciones precarias de trabajo; escasa motivación y baja productividad del personal de salud; ineficiencia en la asignación de los recursos; desequilibrios profundos en la composición y distribución de la fuerza laboral, para mencionar sólo algunos”.

El informe mundial de la salud del año 2006, analiza la problemática del recurso humano en salud y pone en evidencia el impacto positivo en el logro de resultados sanitarios cuando existe al menos una densidad mínima de 25 trabajadores de la salud por 10.000 habitantes, si bien, el bienestar de la población tiene determinantes que van mucho más allá de las acciones que los servicios de salud a través de sus profesionales y trabajadores de la salud pueden dar, no existen dudas de que la presencia de personal de salud hace una gran diferencia.

La demanda de las poblaciones para acceder a servicios de calidad creciente y el interés de los gobiernos en proveer coberturas universales en salud son dos tendencias que crecen a ritmo constante. Varias experiencias en la región de las Américas, con integración de importantes contingentes de profesionales y técnicos en salud en los niveles de atención primaria de sus sistemas sanitarios, así lo demuestran. Brasil con su política de Salud Familiar (1998 -2007) con más de 29000 Equipos de Salud Familiar, Venezuela con más de 20.000 profesionales de salud cubanos en su sistema y un proceso masivo de formación profesional en pleno desarrollo, Bolivia con la apertura de una Residencia Médica Comunitaria Intercultural como estrategia de cambio del modelo de atención y adecuación a las particularidades culturales del país, Perú con un incremento de más de 2000 plazas de trabajo para profesionales en servicio rural en zonas desprovistas, y nuestro propio país con un incremento de 4500 plazas profesionales dirigidas a los cantones de mayor pobreza con una perspectiva de salud familiar.

Estas acciones de los países han superado el techo fiscal que contraía el empleo en los sectores del Estado y ha puesto en evidencia que el mercado de trabajo en salud en sistemas basados en APS tiene grandes pro-

yecciones de crecimiento cuantitativo e imprime desafíos muy complejos en términos de adecuación en competencias para grupos masivos de profesionales en servicios y para la formación de nuevos profesionales.

En este contexto se pregunta cual es en realidad la capacidad de los países para contar con una fuerza de trabajo en salud, suficiente para sus demandas desde una perspectiva de sistemas de salud que garanticen cobertura universal y se basen en la APS. Al momento los sistemas de salud que planifican sus recursos humanos, han cuantificado ya sus requerimientos para los próximos años y se constituyen en fuerzas prácticamente irresistibles de atracción para los profesionales de la salud de nuestros países.

Estados Unidos, Canadá, los países Europeos, constituyen hoy en día mercados de trabajo cada vez más demandantes para los profesionales y técnicos de la salud de nuestros países. Activos procesos de reclutamiento para llenar sus deficiencias incluyendo agencias en las mismas universidades nacionales, se encargan de facilitar el proceso de migración de los recién egresados.

La migración en salud, constituye un problema instalado con tendencia a crecer y representa no solo una pérdida de la inversión social para los países de los emigrantes sino un riesgo para el desempeño actual y futuro de los sistemas de salud de nuestros países.

En una consulta regional realizada en el 2005, la OPS identificó cinco retos fundamentales a los que se enfrentan los países de la Región en el ámbito de los recursos humanos¹, entre ellos el problema de la migración. Sobre este "Llamado a la Acción", la 27 Conferencia Sanitaria Panamericana², 38 países de la Región de las Américas, se comprometieron a impulsar el cumplimiento de las Metas Regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015, entre ellas específicamente a "*Promover iniciativas nacionales e internacionales para que los países en desarrollo conserven a su personal sanitario y eviten carencias en su dotación*" buscando cumplir las siguientes metas:

Meta 10: Todos los países de la Región habrán adoptado un código de práctica global o habrán desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de salud.

Meta 11: Todos los países de la Región tendrán una política de autosuficiencia para satisfacer sus necesidades de recursos humanos para la salud.

Meta 12: Todas las subregiones habrán desarrollado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales formados en el extranjero.

Es en este marco en el que se desarrolla el presente estudio. En él se realiza una primera aproximación a la problemática de la migración en salud en el país. El objetivo de esta publicación es constituirse en información de primera línea que evidencie el problema e inicie un debate nacional que pueda colocar el tema en la agenda política de la salud en el país.

El recurso humano en salud es un bien público de nuestros países que debe ser valorado y protegido como factor estratégico de la salud nacional.

Dra. Mónica Padilla
Consultora de Recursos Humanos en Salud
Subregión Andina

1 OPS CSP27/10 1 al 5 de Octubre del 2007, Washington DC1.

2 Ibid.

3 Llamado a la acción de Toronto, *Hacia una década de recursos humanos para la salud en las Américas*, OPS, Salud Canadá y el Ministerio de Salud de Ontario y *Long Term Care*. Toronto, Canadá, Octubre de 2005.

Introducción

El fenómeno de migración internacional de profesionales de salud, especialmente de médicos y enfermeras, constituye un hecho histórico que ha cobrado especial trascendencia en la última década, y se proyecta con similar o mayor intensidad a futuro, en relación directa con la creciente necesidad de recursos humanos en salud, estimada en más de 4 millones de personas (OMS 2006), para la próxima década.

Este hecho tiene profundas implicaciones para la política sanitaria de los países emisores y receptores de profesionales. Los primeros proceden generalmente de realidades en las que no se han logrado desarrollar sistemas de salud con capacidad de universalizar la atención y, en consecuencia, ofrecer oportunidades de empleo y educación para los recursos formados, sin planificación en función de necesidades cuali-cuantitativas poblacionales.

En tal contexto, los países receptores, en general dotados de sólidos sistemas sanitarios, pero afectados por la insuficiente renovación de capital humano, constituyen “polos naturales” de atracción para profesionales de países emisores, que mantienen identidades, especialmente idiomáticas y culturales, con los receptores.

Se consolida así, desde hace algunos años, una situación paradójica en la que países de menores recursos “subsidian” a países de mejor nivel de desarrollo, al trasladar hacia ellos inversiones educativas de formación que deberían contribuir a solucionar los problemas de déficit crónico de cobertura en salud, característicos de países emisores.

Es claro que en la génesis de los problemas se sitúa su severa debilidad institucional y de gestión pública, incapaz de adoptar y mantener políticas de Estado contributivas a mejorar la salud y atención de salud de su población, por cierto en deficitarios contextos políticos y económicos dominados por el predominio de intereses particulares sobre el bienestar general.

En el Ecuador, el fenómeno migratorio es evidente y el personal de salud está inmerso en esta problemática. Es por ello que, desde hace varios años atrás la Organización Panamericana de la Salud, Representación Ecuador se encuentra auspiciando investigaciones que dan cuenta cuantitativamente y cualitativamente de este fenómeno.

El presente libro constituye una fusión de dos trabajos que en orden cronológico son:

- Migración de médicos y enfermeras recién graduados en ciudades seleccionadas (2003-2004).
- Estudio de migración de médicos ecuatorianos a Chile (2007).

La primera investigación se la realiza en el marco del Observatorio de Recursos Humanos de Salud en el Ecuador (ORHUS-ECU), el mismo que se encuentra comandado por la Comisión Nacional de Recursos Humanos en Salud (CONARHUS) del Consejo Nacional de Salud (CONASA), esta iniciativa contó con la cooperación técnica y financiera del Proyecto de Modernización de los Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública (Proyecto MODERSA) mientras éste estuvo vigente y ha contado con el apoyo constante de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).



Uno de los principales objetivos del ORHUS-ECU es dotar de información oportuna, ágil y eficaz sobre el personal de salud al país en general y en especial a instituciones y asociaciones del sector salud. Los principales trabajos se encuentran a disposición de quien lo requiera en la dirección electrónica del ORHUS-ECU www.opsecu.org/orhs-ecuador. A éstos se suman otros de menor envergadura pero que constan en los archivos de CONASA, ORHUS-ECU y MODERSA, para quien esté interesado en la problemática del talento humano en salud.

El segundo estudio “Migración de médicos ecuatorianos a Chile” constituye una investigación realizada por la Fundación Ecuatoriana para la Salud y el Desarrollo (FESALUD) respondiendo al interés institucional de la Organización Panamericana de la Salud.

FESALUD además presenta un capítulo adicional basado en información obtenida en el Primer Encuentro Regional “Migración de Recursos Humanos en Salud” realizado en Montevideo, en Septiembre del 2007. En este evento se presenta el estudio sobre Migración de Médicos Ecuatorianos a Chile a la vez que se obtiene una valiosa información del Ministerio de Salud de Chile sobre profesionales ecuatorianos(as) ejerciendo en dicho país. Los datos confirman la elevada migración de médicos ecuatorianos a Chile.

Finalmente, se considera que ha existido un sostenido y creciente proceso migratorio de médicos a Chile, desde hace aproximadamente diez años. Este éxodo se encuentra facilitado por la existencia de un convenio recíproco de reconocimiento de títulos de médicos formados en cada país, por un lado, y la necesidad del sistema chileno de salud, de personal para atención en el primer nivel de la red de servicios - en zonas urbano marginales y rurales particularmente - resolviendo así tal requerimiento, vital para el apropiado funcionamiento del sistema. Contradictoriamente Ecuador no ha otorgado similar importancia a tal condicionante, reflejo del predominio de un modelo curativo de base hospitalaria mantenido a lo largo del tiempo.



1

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA MIGRACIÓN¹



1. LA MIGRACIÓN EN EL MUNDO

El movimiento de personas a lo largo y ancho del mundo es un fenómeno tan antiguo como la existencia de la propia humanidad.

Examinar, aún superficialmente, las complejas determinaciones de orden económico, social, cultural, etc. que históricamente han sustentado tales procesos, rebasa largamente la naturaleza y alcance de esta publicación, sin embargo de lo cual hemos considerado pertinente tratar de reseñar algunas corrientes migratorias mundiales relevantes, como contexto general de la presente investigación.

En general los estudiosos del tema, identifican hechos económico-políticos en la génesis de las migraciones: " En muchas ocasiones, los flujos de población han seguido a las inversiones y éstas se han orientado hacia aquellos espacios y sectores donde podían obtener mayores beneficios. En otros casos, sin embargo, las inversiones han tenido el efecto contrario, como ocurre en la agricultura y el artesanado tradicional, en que la tecnificación del trabajo incrementa la productividad y da lugar a un excedente de mano de obra obligada a emigrar o a formar parte de la bolsa de inactivos y desempleados "².

La expansión del capitalismo a nivel internacional, proceso íntimamente ligado a la colonización, condicionó, de acuerdo a estudios especializados, al menos tres grandes flujos migratorios.

1. De poblaciones europeas, particularmente de las islas británicas, la península ibérica, los Países Bajos y Francia, habiendo sido los destinos principales sus colonias de América, Oceanía y África.

2. El tráfico de esclavos desde África hacia las nuevas colonias, fundamentalmente para ser empleados en minas y grandes plantaciones. A diferencia de otros procesos de esclavitud... muy antigua en la historia de la humanidad... en este caso se utilizaron para reforzar la construcción de un mercado mundial dominado por el capital³.
3. Trabajadores "aprendices" bajo contratos de cuasi-servidumbre, vinculados por la fuerza o el engaño, una vez prohibido el tráfico de esclavos. Los flujos se iniciaron hacia 1820-1840, con el empleo de trabajadores de la India en las colonias británicas y las plantaciones del Caribe, y con trabajadores de origen chino con destino a EEUU, entre otros países, respectivamente; el flujo desde Japón fue más tardío, desde 1868 hacia EEUU y a finales de siglo hacia Brasil y Perú.

Otro importante flujo migratorio, si bien no directamente relacionado con la colonia, ha tenido que ver con la industrialización y la paralela tecnificación de la agricultura. En su mayor parte estos flujos han sido internos, pero también han generado migraciones exteriores - que asumirían el papel de contención de salarios gracias a una oferta constante de mano de obra -, como las registradas con campesinos y artesanos europeos desempleados que se desplazaron hacia América, Asia y África, a consecuencia del proceso industrial y de urbanización en el viejo continente.

En cambio la inmigración en los países europeos centrales después de la Segunda Guerra Mundial como consecuencia de su auge económico, entre 1948 y 1973, fue una migración promovida por tales países, a través del reclutamiento estatal

1 La elaboración de este capítulo se ha basado en una consulta a diversas fuentes bibliográficas, entre las que se destacan los trabajos de: ILDIS, Hidalgo, F. (ed.), "Migraciones: un juego con cartas marcadas", Gaviño, M. EN: www.monografias.com. Reportaje sobre Migraciones de Radio Católica del Ecuador EN: www.radiocatolica.org, Abril 2006.

2 La emigración internacional: Un proceso ligado al neoliberalismo. Ver En: ILDIS, La Insignia. Ecuador, Julio del 2006; Pereda C. y Prada M. "Migraciones internacionales: entre el capitalismo global y la jerarquización de los Estados" EN: Universidad de Alicante, ILDIS, Cuadernos de Discusión, América Latina en el Sistema Mundial, 2004; Rodríguez, M. "Consideraciones sobre la globalización y el hecho migratorio en el Ecuador de hoy" (3er. Premio en el 1er. Concurso Universitario de Investigación sobre los Efectos y las Perspectivas de la Emigración en el Ecuador. Convocatoria 2004"; <http://www.migrantesenlinea.org> y <http://www.ildis.org.ec> .

3 La "trata de negros" se estableció como parte del intercambio mercantil internacional: los barcos salían cargados de mercancías desde puertos europeos, en África las cambiaban por esclavos, y en América intercambiaban la carga humana por dinero, con el que compraban productos de las plantaciones que llevaban para vender en Europa.

directo y acuerdos entre gobiernos. Reino Unido, Bélgica, Francia, Suiza, Holanda, Luxemburgo, Suecia y la República Federal Alemana utilizaron este sistema para recibir a un elevado número de trabajadores provenientes de países de la periferia europea: dos millones de italianos y de españoles, más de un millón de portugueses y turcos, millón y medio de yugoslavos, entre otros casos⁴.

Otro proceso cercano a la realidad ecuatoriana constituye el polo de atracción de EEUU - debido a su escasa densidad poblacional y floreciente economía - que ha determinado permanentes flujos, primero desde Europa y después desde Asia y América Latina. Efectivamente, entre 1983 y 1993 ingresaron al país 9,8 millones de residentes, que ascendieron en el siguiente quinquenio a 15.3 millones, a los que habría que añadir los extranjeros "sin papeles" que, hacia el año 2000, se estimaron entre 7 y 9 millones.

En épocas recientes contemporáneas (1980-1995) otros hechos, como el boom económico de varios países del sudeste asiático, supusieron un intenso proceso migratorio procedente de países como Filipinas, China, Tailandia, Indonesia, como también lo ha sido, en otra dimensión geográfica, el polo de atracción de los ricos países petroleros del Golfo Pérsico o Golfo Árabe.

Una mención final merece la emigración temporal de ejecutivos y profesionales - generalmente entre Estados Unidos, Europa y Japón - de empresas transnacionales que crece con la internacionalización de la producción, el comercio, las finanzas y las comunicaciones.

Una estimación de organismos internacionales especializados, sobre el número de emigrantes al inicio del siglo XXI, los sitúa entre 150 y 180 millones, (2,5 - 3% de la población mundial), proporción prácticamente igual a la representada en 1970 (80 millones de emigrantes sobre una población total de 3.500 millones), hecho que parecería no corresponderse con cambios registrados en el período que teóricamente incentiva-

rían el proceso: crecientes desigualdades entre países, aceleración de los flujos mercantiles y financieros, y globalización de los medios de comunicación.

Otro aspecto que asimismo debe ser analizado, se refiere a procesos de migración, al interior de los países, tanto para comprender mejor lo que sucede dentro de un país, como para tener mejores elementos de juicio al momento de estudiar las consecuencias de las migraciones internacionales.

En conclusión, la influencia de los hechos económico-políticos sobre los procesos migratorios es importante; las crisis periódicas en países como México, los del sudeste asiático, Rusia, Turquía, Ecuador, Brasil, Argentina, por ejemplo, determinaron la intensificación de la migración externa, acicateada, a su vez, por necesidades de crecimiento económico en países receptores.

El caso ecuatoriano, y su crisis de 1999, que se revisará mas adelante, constituye un ejemplo claro de cómo factores conexos: pérdida de confianza en el sistema financiero, disminución de la producción, inflación descontrolada, crecimiento del desempleo, deterioro de los servicios sociales, fueron claros factores de expulsión de miles de ecuatorianos al exterior.

2. LA MIGRACIÓN EN EL ECUADOR

La migración en el Ecuador no es un fenómeno nuevo; de acuerdo con estudios realizados existe coincidencia en señalar a los años 50 y 60 como un primer momento de migración de ecuatorianos al exterior, en relación con la crisis de exportación de sombreros de paja toquilla. El destino mayoritario, inicialmente, fue Estados Unidos. Veinte años más tarde un importante flujo migratorio se registró hacia Venezuela, en correspondencia con su boom petrolero.

Pero, desde hace casi una década, la emigración

⁴ Como afirma C. P. Kindleberger, citado por Pereda y Prada, "el desarrollo europeo de posguerra, por ejemplo el "milagro alemán", se habría bloqueado de no haber contado con esta oferta abundante, flexible y barata de mano de obra extranjera".

hacia el exterior es un fenómeno que cada vez es más evidente. Basta con ir a los aeropuertos y ver las largas colas de viajeros y en las afueras encontrar a los familiares contemplando, con lágrimas en los ojos, el despegue de los aviones.

Permanentemente se tiene noticias en los periódicos, radio y televisión sobre la búsqueda y captura de las bandas de "coyoteros", migrantes abandonados en altamar, personas deportadas, etc. Para citar un ejemplo el Comercio publicó: "España repatrió 6.212 ecuatorianos este año. Las expulsiones se produjeron durante los 8 primeros meses del 2.003"⁵. La mayoría de las personas que intentan salir del país sin éxito, están dispuestas a intentarlo nuevamente, sin importarles las condiciones infrahumanas y los riesgos que corren con tal de lograr el "sueño americano" o en busca de mejores condiciones de vida, es decir de trabajo, ingresos etc. que el país, envuelto en una crisis que no vislumbra soluciones, no les proporciona.

Este problema de la migración está dado por dos fuerzas "...la atracción que se deriva de las oportunidades económicas y la caída demográfica en los países receptores y, ... la expulsión a que conduce la falta de expectativas en los países de origen" La expulsión originada por países con un estancamiento en su incipiente desarrollo o por países con rentas intermedias que sufren severas crisis económicas o políticas⁶. Al Ecuador se lo consideraría como un país expulsor de su población ya sea por la primera o la segunda causa mencionada o por ambas. Por otra parte, la atracción estaría dada de manera particular por empresarios dispuestos a contratar inmigrantes⁷ pero también de forma general, por la globalización mundial que agudiza las inequidades y genera países que ofrecen mayor "seguridad" política, laboral y desarrollo económico, social, y cultural⁸.

2.1 Magnitud de la migración

El fenómeno migratorio de los ecuatorianos hacia el exterior - que ha sido una constante desde la década del 60 - ha crecido aceleradamente. Según informaciones de la Dirección Nacional de Migración⁹, en 1997, el 9% de los que salieron no regresó; en 1998, no volvió el 13%; y, en el primer trimestre de 1999, no lo hizo el 29%.

En el año 1999, coincidente con la severa crisis económica que afectó al Ecuador, en que se registró la mayor caída del producto interno bruto -PIB- de su historia, se inauguró un proceso inédito de emigración, una verdadera estampida, que se estima puede haber alcanzado a alrededor de 2 millones de personas, que en relación con la población económicamente activa -PEA- representa un impresionante 20-25%.

En dicho año salieron 386.440 compatriotas y retornaron 277.603. El resto, 108.837, se habrían quedado en Estados Unidos, España, Italia y otras naciones. Según estadísticas de la Dirección Nacional de Migración, entre el 1 de enero y el 27 de diciembre del 2000 viajaron 507.633 ecuatorianos, pero retornaron 343.333, es decir que se quedaron en el exterior 164.300. La cantidad de personas que salieron del país en el año 2000 supera a la registrada en 1999 en un 24%.

Según cifras proporcionadas por la oficina de Migración del Guayas, a su vez, el número de ecuatorianos que salió del país desde el Aeropuerto Simón Bolívar en el 2003 fue de 185.422, es decir 67.652 personas más de las que viajaron el año pasado en ese mismo periodo y desde ese mismo lugar (117.770).

De allí que el nivel de afectación de la migración internacional sobre las familias ecuatorianas sea

5 El Comercio. Sección D, Vida Diaria. Domingo 19 de Octubre 2.003. p.6.

6 Círculo de Economía de Barcelona. La inmigración: factor de desarrollo económico y reto a la cohesión social. EN: La Factoría. No. 21, Jun- Sep 2003. p. 2 Dirección electrónica: (<http://www.lafactoriaweb.com/articulos/circulo21htm>).

7 Ibid.

8 Universidad de Los Andes, Migración: Construcción de una comunidad transnacional. EN: Red Global de Aprendizaje para el Desarrollo. p. 2.

9 Presentados en el reporte sobre migraciones difundido a través de la página web de Radio Católica del Ecuador. EN: www.radiocatolica.org.

muy significativo; efectivamente, según la “Encuesta de Medición de Indicadores sobre la Niñez y los Hogares” del INEC, realizada en el 2000, el 7.3% de los hogares del país se habría encontrado directamente afectado por la migración de población en búsqueda de trabajo.

Se calcula que en el exterior deben vivir entre 2 y 2,5 millones de ecuatorianos, principalmente en los EEUU (600 mil personas en Nueva York, 100 mil en Los Ángeles, 100 mil en Chicago y 60 mil en Washington, en 2001). En España, se estima que los migrantes ecuatorianos alcancen alrededor del medio millón (aunque solamente 180.000 tengan papeles en regla), representando el primer lugar de comunidades internacionales, cuando en 1998 se ubicaban en el 10º lugar. En Italia una cifra realista podría bordear las 60 mil personas. A estos números habría que añadir otras estimaciones de residentes en otros países, como Bélgica, Chile o Venezuela.

En todo caso son claras las limitaciones para determinar con exactitud el número de personas que emigran, sus características y condiciones de vida, por deficiencias y limitaciones de los registros oficiales y el elevado número de personas que viajan de manera irregular. Además, las estadísticas que cuantifican el problema migratorio, desafortunadamente no son actualizadas y su grado de precisión es variable. Estas van desde las que indican que “Extraoficialmente (...) 2'500.000 personas que han salido del país en los últimos años”, o que “Se estima que entre 1.999 y el 2002 salieron unos 600.000 ecuatorianos”¹⁰. En definitiva, la problemática cuantitativa de la migración no es fácil desentrañar, ya que no existen registros oficiales específicos de “entrada” y “salida” que permita tener información cuantitativa al día y real de este fenómeno.

Los datos más aproximados que hasta el momento se han encontrado son del Censo (que ya tienen más de un lustro de desfase), además de datos publicados en el Sistema Integrado de Indicadores Sociales SIISE, que proviene de la encuesta de medición de indicadores de la niñez y los hogares (EMEDINHO) auspiciada por UNICEF y PNUD. A pesar del tiempo transcurrido se los retoma pues da bases cuantitativas interesantes y es lo único oficial para todo país hasta el momento.

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), efectuó el VI Censo de Población y V de Vivienda en el año 2001. Entre las preguntas que se realizaron hubo una encaminada a dar cuenta de la problemática de migración internacional. Esta información en extenso se la puede encontrar en la página web del INEC cuya dirección es www.inec.gov.ec.

En el censo se averiguó sobre “el número de personas por hogar censal que han salido del país, por diferentes motivos en los últimos 5 años y que todavía no retornan”¹¹. Así, se contabilizó que desde 1996 hasta el año 2001 habían migrado un total de 377.908 personas, de las cuales el 53.04% fueron hombres.

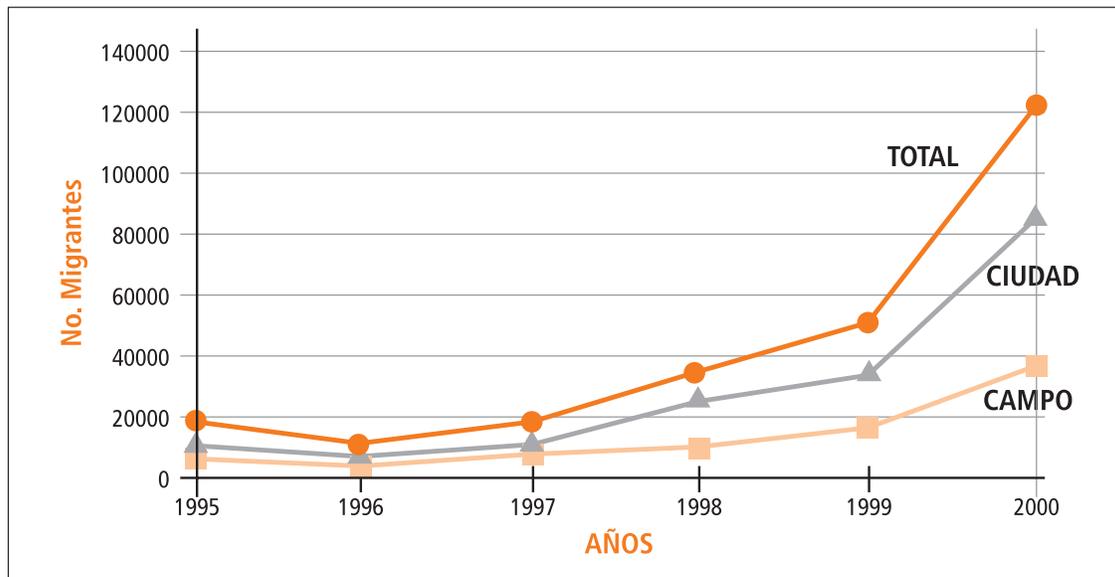
La EMEDINHO reporta un total de 287.938 desde 1990 hasta el año 2.000¹². La emigración de los habitantes del campo es mucho menor que la de las personas que viven en las ciudades. La relación es de 1:1,97 tomando en consideración toda la década. Desafortunadamente, no se tienen los datos desglosados por años desde 1990 al 94, pero sí, desde el 95 al 2.000. Como se puede apreciar en el siguiente gráfico la emigración de la ciudad es siempre mayor que la del campo, y en los últimos años el diferencial es cada vez mayor.

10 El Comercio. Op. Cit.

11 INEC, Censo Nacional de Población y Vivienda. Manual del Empadronador para Capacitación. Ecuador 2001.

12 Último año que reportan, en: Ministerios del Frente Social, Sistema Integrado de Indicadores (SIISE) versión 3.5, Ecuador, 2002.

GRÁFICO 1:
TENDENCIAS DE MIGRACIÓN ANUAL, TOTAL Y POR ÁREAS DE RESIDENCIA. ECUADOR 1995-2000



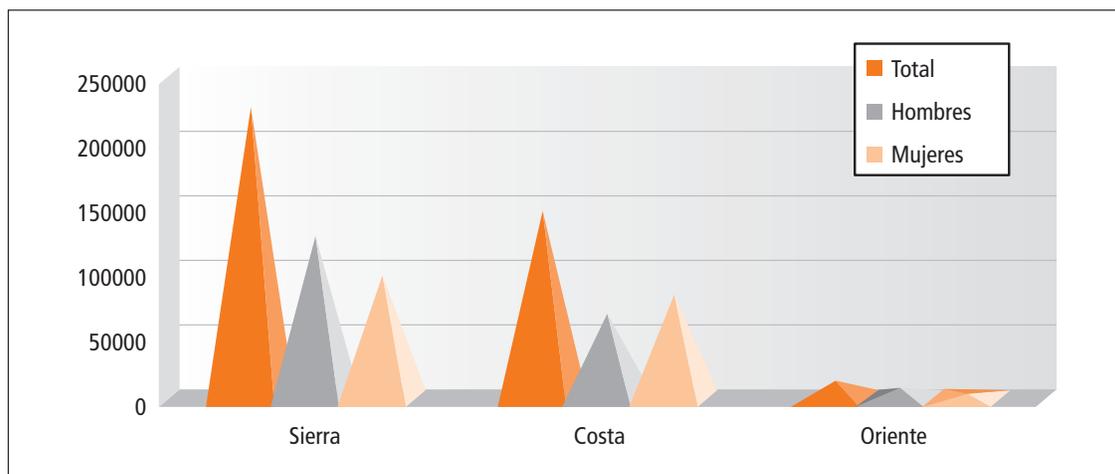
Fuente: UNICEF, PNUD. EMEDINHO en: SIISE, versión 3.5
Elaboración: Merino, C.

2.2 Procedencia y perfil demográfico de los migrantes

Según el Censo, se tiene que el mayor porcentaje de migrantes proviene de la sierra, como se puede

ver en el siguiente gráfico. Cuando se analiza por sexo, llama la atención que en la Costa las mujeres migraron más que los hombres.

GRÁFICO 2:
NÚMERO DE PERSONAS QUE MIGRAN POR REGIONES GEOGRÁFICAS DEL ECUADOR* Y SEXO. ECUADOR 2001



*No se grafica ni Galápagos ni las Zonas no delimitadas por tener datos muy pequeños. Además las diferencias por sexo son mínimas. En el caso de Galápagos son 2 mujeres más y en el segundo son 15 hombres.
Fuente: INEC. VI Censo de Población y V de Vivienda. Ecuador. Nov. 2001.
Elaboración: Merino, C.

Por otra parte, también según el Censo, del total de migrantes, más de la cuarta parte (26,3%) fueron de la provincia de Pichincha, le sigue Guayas y Azuay. Este orden está dado principalmente por la migración de los hombres, pues del total de las mujeres que migra-

ron más de la cuarta parte pertenecieron a Guayas. Por otro lado, llama la atención que el tercer puesto en el caso de migrantes mujeres lo ocupa El Oro mientras que en hombres baja al sexto, otros casos similares están resaltados en el siguiente cuadro:

CUADRO 1:
PRIORIZACIÓN POR NÚMERO Y PORCENTAJE* DE MIGRANTES
(1996-2001) TOTALES Y POR SEXO SEGÚN PROVINCIAS. ECUADOR 2001

P.	Provincias	Total Migr.	%	Provincias	Total Homb.	%	Provincias	Total Muj.	%
1	PICHINCHA	99279	26,3	PICHINCHA	50621	25,3	GUAYAS	49403	27,8
2	GUAYAS	89344	23,6	GUAYAS	39941	19,9	PICHINCHA	48658	27,4
3	AZUAY	34053	9,0	AZUAY	23630	11,8	EL ORO	11074	6,2
4	LOJA	24201	6,4	LOJA	14525	7,2	AZUAY	10423	5,9
5	EL ORO	22568	6,0	CAÑAR	12376	6,2	LOJA	9676	5,5
6	CAÑAR	17625	4,7	EL ORO	11494	5,7	MANABI	8491	4,8
7	MANABI	16174	4,3	TUNGURAHUA	8002	4,0	TUNGURAHUA	6586	3,7
8	TUNGURAHUA	14588	3,9	MANABI	7683	3,8	CAÑAR	5249	3,0
9	CHIMBORAZO	11720	3,1	CHIMBORAZO	6691	3,3	CHIMBORAZO	5029	2,8
10	IMBABURA	9919	2,6	IMBABURA	5405	2,7	LOS RIOS	4726	2,7
11	LOS RIOS	8018	2,1	MORONA SANTIAGO	4016	2,0	IMBABURA	4514	2,5
12	MORONA SANTIAGO	5770	1,5	LOS RIOS	3292	1,6	ESMERALDAS	3177	1,8
13	COTOPAXI	5745	1,5	COTOPAXI	3044	1,5	COTOPAXI	2701	1,5
14	ESMERALDAS	5207	1,4	ZAMORA CHINCHIPE	2673	1,3	MORONA SANTIAGO	1754	1,0
15	ZAMORA CHINCHIPE	4271	1,1	ESMERALDAS	2030	1,0	ZAMORA CHINCHIPE	1598	0,9
16	BOLIVAR	1942	0,5	SUCUMBIOS	1033	0,5	BOLIVAR	934	0,5
17	SUCUMBIOS	1812	0,5	BOLIVAR	1008	0,5	SUCUMBIOS	779	0,4
18	PASTAZA	1458	0,4	PASTAZA	800	0,4	PASTAZA	658	0,4
19	CARCHI	1323	0,4	CARCHI	685	0,3	CARCHI	638	0,4
20	ZONAS NO DELIMITADAS	1109	0,3	ZONAS NO DELIMITADAS	562	0,3	ZONAS NO DELIMITADAS	547	0,3
21	NAPO	832	0,2	ORELLANA	403	0,2	NAPO	431	0,2
22	ORELLANA	718	0,2	NAPO	401	0,2	ORELLANA	315	0,2
23	GALAPAGOS	232	0,1	GALAPAGOS	115	0,1	GALAPAGOS	117	0,1
	TOTAL	377908	100	TOTAL	200430	100	TOTAL	177478	100

P. Priorización; Migr: Migrantes; Homb: hombres; Muj: Mujeres.

*Porcentaje de acuerdo al total de migrantes por grupo específico.

Fuente: INEC, Censo Nacional de Población y Vivienda 2001. En: www.inec.gov.ec

Elaboración: Merino, C.

Se podría decir que la **tasa**¹³ de migración general del país para el 2001 fue de 31.1 por 1000 habitantes siendo mayor la de la sierra, seguida por la de la

región oriental, como se puede apreciar en el siguiente cuadro. Cabe destacar que en mujeres, el segundo puesto ocupa la tasa de migración de la Costa.

13 Esta y el resto de tasas se calculan tomando sólo a la población del 2001 como denominador, pues aparentemente algunas proyecciones de población realizadas estuvieron sobreestimadas.

CUADRO 2:

TASAS DE MIGRACIÓN POR 1.000 HABITANTES SEGÚN REGIÓN. TOTALES Y POR SEXO. ECUADOR 1996 - 2001

Región	Tasas	Hombres	Mujeres	Total
Sierra		47.7	33.5	40.4
Costa		21.2	25.5	23.3
Amazónica		32.6	21.1	27.1
Galápagos		11.3	13.9	12.4
Zonas no delimitadas		14.9	15.7	15.3
Total		33.3	28.9	31.1

Fuente: El cálculo de las tasas fue realizado por la autora del presente estudio en base a Datos del: INEC, Censo Nacional de Población y Vivienda 2001. En: www.inec.gov.ec

Elaboración: Merino, C.

Cuando se calculan las tasas de migración por provincias se tiene que Cañar es la provincia que más ha aportado con migrantes al exterior, según su población, seguida por Loja y Azuay, a nivel nacional. En el caso de los hombres

Azuay ocupa el segundo lugar seguido por Loja. En cambio, entre las mujeres, los dos primeros puestos lo ocupan Cañar y Loja pero aparece rápidamente Zamora Chinchipe que ocupa un "honroso" tercer lugar.

CUADRO 3:

TASAS DE MIGRACIÓN POR 1000 HABITANTES SEGÚN PROVINCIAS. TOTALES Y POR SEXO. ECUADOR 1996 - 2001

Región	Tasas	Total	T. Hombres	T. Mujeres
Cañar		85.2	130.3	46.9
Loja		59.8	73.5	46.7
Azuay		56.8	84.5	32.6
Zamora Chinchipe		55.8	67.4	43.3
Morona Santiago		50.0	69.9	30.2
El Oro		42.9	43.1	42.7
Pichincha		41.6	43.4	39.8
Tungurahua		33.1	37.5	28.9
Chimborazo		29.0	35.1	23.6
Imbabura		28.8	32.2	25.6
Guayas		27.0	24.2	29.7
Pastaza		23.6	25.0	22.1
Cotopaxi		16.4	18.0	15.0
Zonas no delimitadas		15.3	14.9	15.7
Sucumbios		14.0	14.7	13.2
Manabí		13.6	12.9	14.4
Esmeraldas		13.5	10.3	16.9
Galápagos		12.4	11.3	13.9
Los Ríos		12.3	9.8	15.0
Bolívar		11.5	12.1	10.8
Napo		10.5	10.0	11.1
Carchi		8.7	9.0	8.3
Orellana		8.3	8.6	7.9

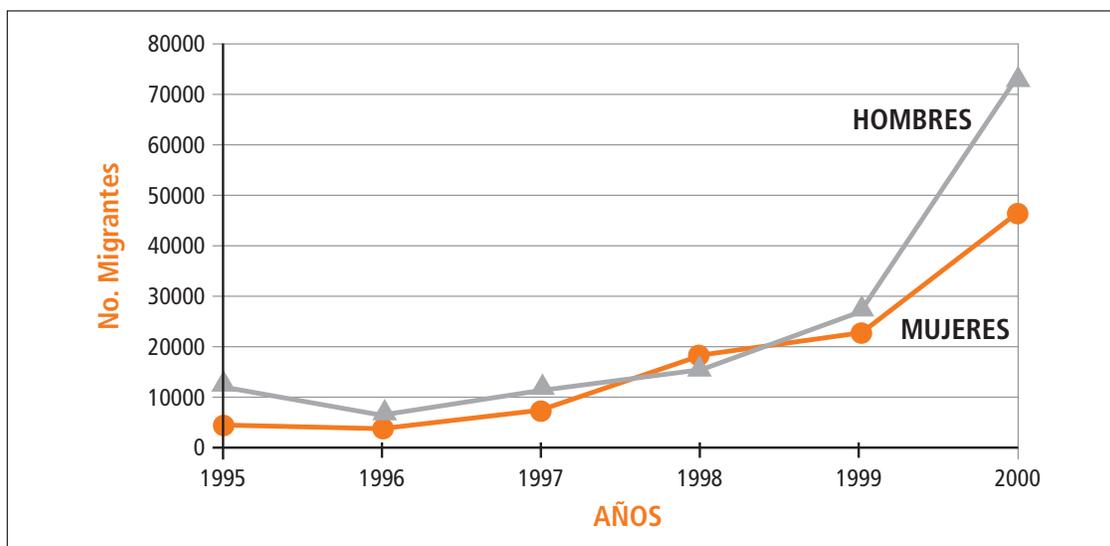
Fuente: El cálculo de las tasas fue realizado por la autora del presente estudio en base a Datos del: INEC, Censo Nacional de Población y Vivienda 2001. En: www.inec.gov.ec

Elaboración: Merino, C.

Para completar la panorámica de la migración por sexo se toman los datos de la EME-DINHO. A continuación se compara la migración de hombres y mujeres a nivel nacional desde el 95 al 2.000 y como se puede obser-

var sólo en el 98 migraron más mujeres, en el resto la migración de hombres siempre es mayor, además en el último año del que se tiene esta información la proporción es de 1,6:1 a favor de los hombres.

GRÁFICO 3:
TENDENCIAS DE MIGRACIÓN ANUAL, POR SEXO. ECUADOR 1995-2000



Fuente: UNICEF, PNUD. EMEDINHO en: SIISE, versión 3.5
Elaboración: Merino, C.

El grupo de **edad** al que migra el mayor porcentaje de personas es entre los 21 y 26 años seguido como se puede ver en el siguiente cuadro por el de 26 a 30 años, se podría decir,

sin temor a una equivocación, que en mucho son los profesionales jóvenes, recién graduados los que buscan mejores horizontes, lejos del país.

CUADRO 4:
NÚMERO Y PORCENTAJES DE MIGRANTES ECUATORIANOS POR GRUPOS DE EDAD. ECUADOR 1996 - 2001

Grupos de edad	Número	Porcentaje	Grupos de edad	Número	Porcentaje
0-5	6468	1.7	41-45	18873	5.0
6-10	6138	1.6	46-50	11014	2.9
11-15	8885	2.4	51-55	4964	1.3
16-20	61064	16.2	56-60	2603	0.7
21-26	85746	22.7	61-65	1607	0.4
26-30	71602	18.9	65 y +	2505	0.7
31-35	46630	12.3	No dato	12215	3.2
36-40	37594	9.9	Total	377908	100.0

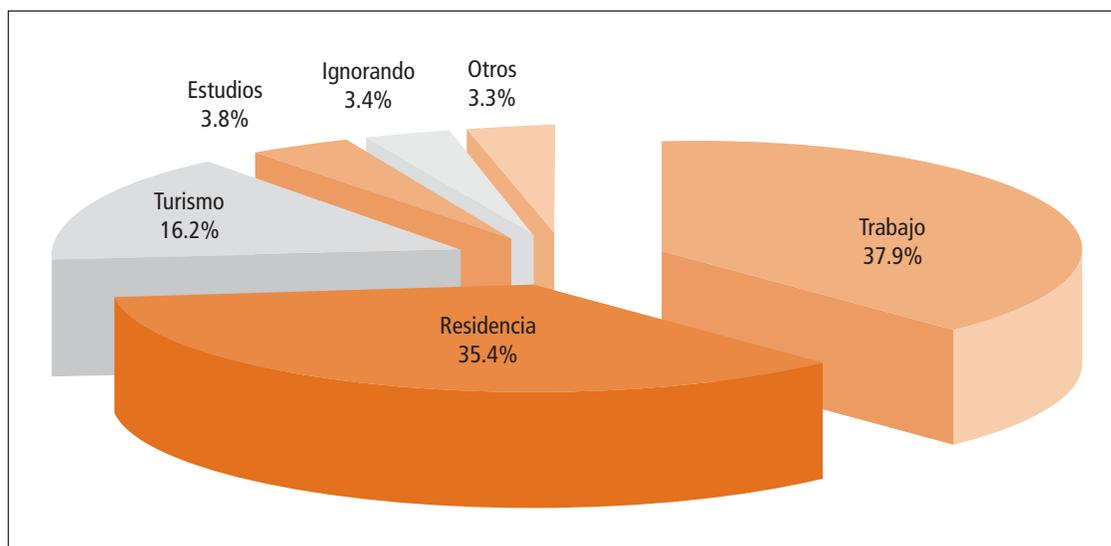
Fuente: INEC, Censo Nacional de Población y Vivienda 2001. En: www.inec.gov.ec.
La agrupación es responsabilidad de la autora del presente trabajo.
Elaboración: Merino, C.

2.3 Causas de la migración y años de salida

La afirmación realizada en el acápite anterior, de que son los profesionales jóvenes los que más

abandonan el Ecuador se corrobora, cuando se pregunta por el **motivo de viaje**. El INEC obtuvo como la respuesta principal al TRABAJO, como se podrá ver en el gráfico 4.

GRÁFICO 4:
PORCENTAJE DE LAS PRINCIPALES CAUSAS PARA LA MIGRACIÓN AL EXTERIOR DE LOS ECUATORIANOS ECUADOR 1996-2001



Otros incluye enfermedad o salud (0.31%) y comisión de servicios (0.05%)
Fuente: INEC. VI Censo de Población y V de Vivienda. Ecuador. Nov. 2001.
Elaboración: Merino, C.

Cuando se analiza el motivo de viaje por regiones geográficas se obtuvo también que es el trabajo, seguido por la residencia, las razones principales para que las personas de la sierra (37.9% y 37.5% respectivamente) y de la costa (37.9% y 31.3% respectivamente) hayan salido fuera del país desde 1996. En cambio en el oriente las razones se invierten, siendo la residencia (43.6%) la que ocupa el primer lugar y luego el trabajo (37.5%).

La priorización es distinta por provincias, de ahí que aquellas que tienen al TRABAJO como primera causa de migración son: Bolívar (40.68%¹⁴), Carchi (37.04%), Chimborazo (41.44%), El Oro (40.05%),

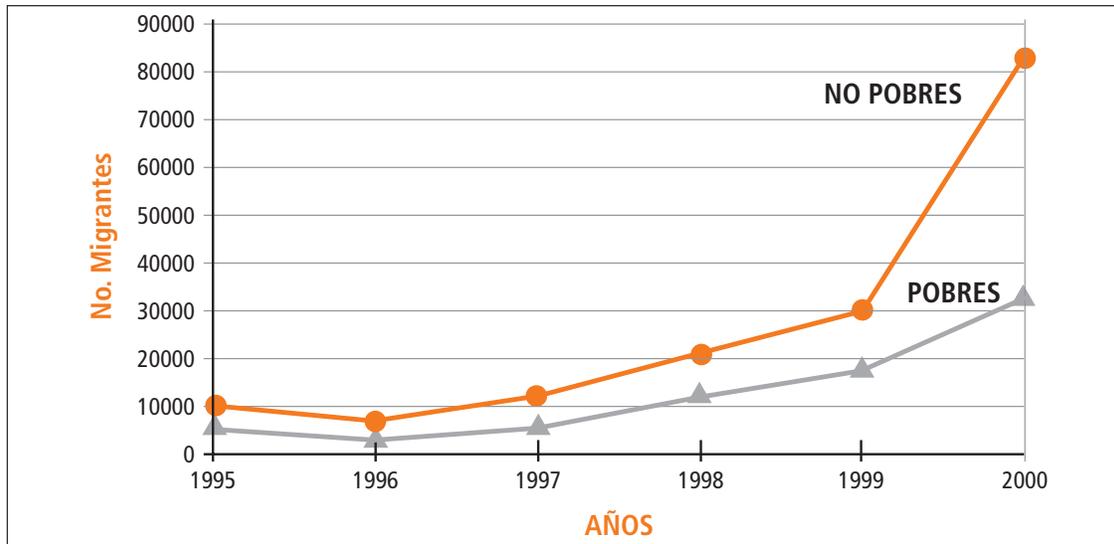
Esmeraldas (37.80%), Guayas (37.97%), Imbabura (37.96%), Los Ríos (38.45%), Manabí (34.65%), Napo (37.62%), Pichincha (36.63%), Tungurahua (38.54%), Galápagos (24.14%), Sucumbíos (42.72%), Orellana (36.21%) y Zonas no delimitadas (39.04%). Mientras que aquellas en que el motivo fundamental de viaje es la RESIDENCIA son: Azuay (41.44%), Cañar (44.57%), Cotopaxi (38.85%), Loja (43.65%), Morona Santiago (47.54%), Pastaza (40.05%) y Zamora Chinchipe (46.64%). Por otro lado, Galápagos, es la única provincia que tiene igual porcentaje el motivo de viaje "trabajo" con "turismo" y en tercer lugar se ubica "residencia".

¹⁴ Porcentajes en relación a los totales de cada una de las provincias. Fuente: INEC. Ibid.

A lo mencionado se puede agregar los datos de la EMEDINHO que toma en cuenta la situación socio-económica de quien deja el país. Como se

puede ver en el siguiente gráfico, son los catalogados como "no pobres" los que más migran e incluso la brecha se abre más en el último año. El

GRÁFICO 5:
TENDENCIAS DE MIGRACIÓN ANUAL, SEGÚN CONDICIONES SOCIO-ECONÓMICAS. ECUADOR 1995-2000.

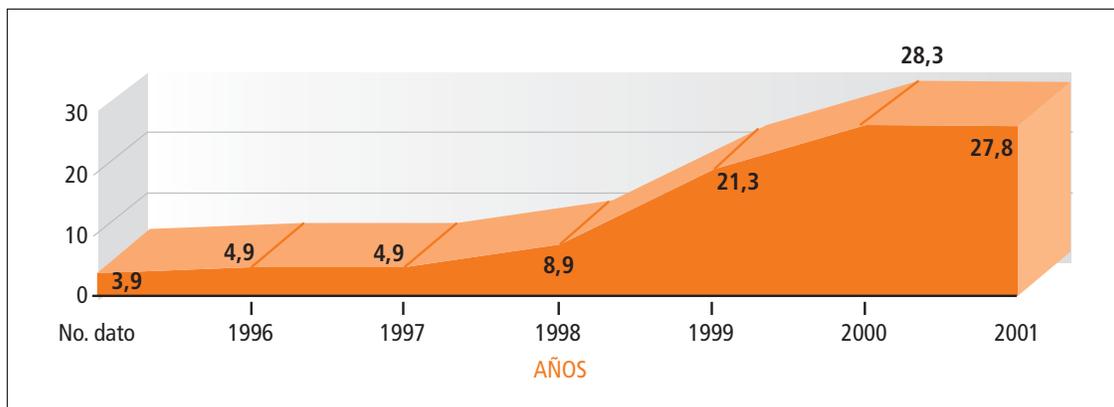


Fuente: UNICEF, PNUD. EMEDINHO en: SIISE, versión 3.5
Elaboración: Merino, C.

otro aspecto consultado por el Censo fue el **año de la salida** del país siendo el 2.000, el año en que más personas migraron al exterior a nivel nacional. La diferencia con el año 2001 es de

medio punto porcentual. Los porcentajes sobre migración anual, en relación al total de migrantes se los puede observar a continuación:

GRÁFICO 6:
PORCENTAJES ANUALES DE MIGRANTES ECUATORIANOS SEGÚN AÑO DE SALIDA. ECUADOR 1996 - 2001



Fuente: INEC. VI Censo de Población y V de Vivienda. Ecuador. Nov. 2001.
Elaboración: Merino, C.

La sierra reproduce el hecho de que el mayor porcentaje (28.7%) de personas que migraron lo hicieron en el año 2000 y que para el siguiente año, este disminuyó en algo más de 2 puntos porcentuales. Pero, en la costa el mayor porcentaje (30.3%) de migración se ubicó en el 2001 con una diferencia de 2.7% en relación al año precedente. En el oriente, también fue el año 2000 el que tuvo el pico más elevado de migración, pero el que le sigue fue 1999, con una diferencia mayor de 5 puntos porcentuales.

En lo que se refiere a las provincias de la Sierra, obviamente, la mayoría tienen al año 2000 como

el de mayor emigración, excepto Imbabura, Pichincha y Tungurahua. En el caso de la costa sólo dos de las 5 provincias (El Oro y Los Ríos) tienen al año 2000 como el año pico, mientras que para las otras es el 2001. En el caso del Oriente, el año pico para Morona Santiago fue 1999, para Sucumbíos el 2001 y el año anterior lo fue para las 4 provincias restantes.

También se obtuvo información sobre los países de **destino** preferidos por los emigrantes, siendo España el que ocupa el primer puesto, pues como se puede ver a continuación, cerca de la mitad de todas las personas que emigran lo escogen.

CUADRO 5:
NÚMERO Y PORCENTAJE* DE MIGRACIÓN AL EXTERIOR DE LOS ECUATORIANOS, SEGÚN PAÍS DE DESTINO ECUADOR 1996-2001

PAÍS	NÚMERO	PORCENTAJE
España	186.811	49.4
Estados Unidos	101.006	26.7
Italia	37.361	9.9
Sin especificar (Ignorado)	7.824	2.1
Venezuela	6.684	1.8
Chile	5.688	1.5

*Porcentajes en relación al total de migrantes.

Fuente: INEC. VI Censo de Población y V de Vivienda. Ecuador. Nov. 2001.

Elaboración: INEC

Además de esta información, tanto el INEC como otras instituciones tienen más datos, sin embargo, no se ha encontrado una actualización.

2.4 Aspectos económicos de la migración

Numerosos estudios han señalado el impacto económico de las remesas sobre la economía ecuatoriana, con estimaciones que bordean los 1.700 millones de dólares ubicándolas en el 3er. lugar de ingresos, después del petróleo y el pago de impuestos fiscales.

En cuanto a su uso, está condicionado por múltiples aspectos, tales como tiempo de emigración,

deudas y/o emergencias familiares, intención de reunir a la familia en el exterior, entre otras. Usualmente una parte prioritaria se destina a cancelar deudas que obtuvieron para la emigración y otra a sufragar necesidades básicas (incluyendo la educación de los niños). Dependiendo de las posibilidades diferenciales, y la capacidad de ahorro, otros destinos de los recursos serán adquirir vivienda y electrodomésticos. En muchos casos, sin embargo, las remesas constituyen soporte para la supervivencia diaria, sin posibilidades de ahorro en Ecuador.

La emigración ecuatoriana tiene mucho que ver con una estrategia económica familiar; compromete a más de un miembro de la familia, y la

aprobación y soporte de la familia son decisivos. Por otro lado, quienes migran al exterior no son los más pobres, por las obvias barreras de costo; migra la gente con cierto ingreso, experiencia laboral y calificación, lo que conduce a pensar que la migración, más que de supervivencia, es una estrategia familiar de movilidad social que no se vislumbra viable en el país.

2.5 La migración a España

Considerando la importancia absoluta de la migración a España, favorecida hasta hace pocos años por la existencia de acuerdos bilaterales que permitían el ingreso sin visa de ecuatorianos a dicho país, y a partir de estudios al respecto¹⁵, se revisarán algunas características relevantes del perfil de migrantes, (como se apreciará, confirman y amplían el análisis precedente) en la perspectiva de establecer posibles similitudes y diferencias con lo que se encuentra en el estudio.

En cuanto al origen, los estudios señalan a personas procedentes de Imbabura y Loja, como los que iniciaron el proceso, habiéndose encontrado que la mayoría pertenecen a otras regiones de la sierra, más que de la costa, con la importante excepción de las provincias de Azuay y Cañar, ligadas fuertemente al eje migratorio Ecuador-Estados Unidos.

Proviene de una diversidad de estado étnico (indígenas y mestizos); y socio económico, desde trabajadores pobres de zonas rurales y urbanas, a ciudadanos relativamente acomodados.

Vidal y Moreno (2002) los agruparon en 3 grandes categorías: quienes no podían cubrir sus gastos diarios en Ecuador; quienes podían hacerlo pero no podían lograr estándares más altos y personas

de clase media y alta que vieron deteriorarse sus ingresos a consecuencia de la crisis de 1999.

Otro rasgo indica el carácter familiar de las migraciones y sugieren que tener familia establecida en España facilita notablemente la emigración.

En cuanto al tipo de ocupación, los y las migrantes ecuatorianos(as), lograron encajar dentro de una economía española que continúa demandando mano de obra de bajos salarios, semicalificados, y con preferencia, en el caso de los hombres para trabajos agrícolas y en la construcción, y en las mujeres para el servicio doméstico, limpieza, cuidado de niños y ancianos, fundamentalmente.

En este contexto, resulta muy ilustrativo el hallazgo de que la mayoría de migrantes ecuatorianas sean mujeres, solteras o casadas (58% en 1997, 62.3% en la Comunidad de Madrid en 1999 y 67% con residencia y con visas de trabajo válidas), lo que, por cierto difiere notablemente de la perspectiva migratoria hacia EE.UU, donde históricamente las mujeres casadas han emigrado después de que su pareja se ha establecido.

En otro orden de cosas, la mayoría de los ecuatorianos llega a España sin un permiso de trabajo y, como es común en este tipo de situaciones, ganan consistentemente menos que los nativos españoles, incluso en trabajos similares (domésticas entre 400 y 600 dólares por mes, más comida y vivienda, jornaleros agrícolas 3,75 a 4,50 dólares por hora, y obreros de la construcción hasta 6,75 dólares la hora).

Una última característica significativa de la migración masiva tiene relación con los cambios operados por el gobierno español en materia de políticas para inmigrantes, en general, con regulaciones favorables a los migrantes.

15 PUCE, CINDES, Hidalgo, F (ed). "Migraciones: un juego con cartas marcadas" y "Plan Migración, Comunicación y Desarrollo"; ICEI y Comunidad de Madrid Alonso, A (ed.) "Migración, pobreza y desarrollo", 2004.

2

MIGRACIÓN DE PROFESIONALES

1. LA MIGRACIÓN CALIFICADA¹⁶

La denominada migración calificada (personas con altas calificaciones o creadores en las letras, artes y ciencias) - tan antigua como la humanidad - adquirió una relevancia especial luego de la 2da. Guerra Mundial, en coincidencia con el valor creciente del conocimiento y el desarrollo de centros de educación e investigación superior, particularmente en Estados Unidos y en Europa. En el primer caso fue relevante la migración de científicos alemanes y países afectados por el nazismo y en el segundo el flujo calificado desde las excolonias de Asia y Africa hacia las antiguas metrópolis.

Justamente, de tales procesos surge la expresión "drain brain" (drenaje de cerebros) referida a la migración de médicos desde Inglaterra hacia Estados Unidos. Desde entonces múltiples iniciativas y certámenes se han organizado para tratar de generar directrices que permitan conciliar las posiciones internacionalistas y nacionalistas sobre efectos, beneficios y perjuicios de dicha migración. En América Latina destacan los trabajos de autores argentinos en la década de los 70's, referidos a migración de profesionales (especialmente médicos), técnicos y obreros especializados.

En los últimos años la discusión ha girado en torno a una revisión del concepto, de "brain drain" a "brain gain", de drenaje a ganancia, tratando de identificar ventajas para emisores y receptores desde la perspectiva de intercambio o circulación de "cerebros". En este contexto algunos de los aspectos destacados en las discusiones se refieren al consenso en cuanto a que "...los científicos y académicos son un bien estratégico para los países en la medida en que de ellos depende la formación de las nuevas generaciones y constituyen la masa crítica indis-

pensable para que tengan lugar otros procesos de innovación en la sociedad. Las redes de revinculación pueden generar situaciones estimulantes para el desarrollo nacional, al trascender la limitación de los proyectos nacionales, pero estas condiciones pueden darse en la medida que existan impulsos locales fuertes y que el dinamismo no provenga solamente desde el exterior".

Así, se ha destacado "... la necesidad de crear programas que permitan recuperar el caudal del éxodo científico, para revincularlo a las comunidades locales en aras del crecimiento de las masas críticas nacionales como un proyecto viable y que ha demostrado ser efectivo, pero su efectividad dependerá en gran medida del impulso y sostén aportados desde las políticas nacionales."¹⁷

Entre las conclusiones del estudio de Pellegrino, y refiriéndose a la necesidad del desarrollo de la ciencia y la tecnología en los países emisores, que sin duda se beneficiaría con la recuperación de la migración calificada experimentada, se anota que tal proceso no puede sustentarse solamente en propuestas "voluntaristas", que apelan a sentimientos de pertenencia e identidad nacionales, siendo imprescindibles sólidas bases nacionales de sustento.

En el mismo sentido, "aunque las virtudes del trabajo a distancia y las vinculaciones virtuales son innegables, no se debe poner en un segundo plano la necesidad de que la actividad creativa, científica y tecnológica tenga lugar en el territorio de los países menos desarrollados (laboratorios, centros de investigación académicos o industriales, empresas de alta tecnología)".¹⁸

Si bien el estudio reconoce las dificultades de competir con los países centrales, por las evidentes distancias existentes en temas claves como

16 Este segmento ha sido elaborado a partir de 3 fuentes principales: SELA, Pellegrino A. "Reflexiones sobre la migración calificada" EN: "Las Migraciones Internacionales en América Latina y el Caribe", Edición No.65 Mayo-Agosto, 2002; Khor M. "Fuga de cerebros médicos afecta a países pobres" EN: Third World Network Features (2953/06), redtm@item.org.uy - www.redtercermundo.org.uy); y OIT, "La migración de los profesionales de salud".

17 Pellegrino, A. "Reflexiones sobre la migración calificada" EN: SELA: Las Migraciones Internacionales en América Latina y el Caribe. Edición No. 65. Mayo-Agosto 2002.

18 Op. Cit.

“la formación y retención de recursos altamente calificados, el impulso a la investigación científica y tecnológica y el desarrollo de la educación superior” han habido ejemplos exitosos con programas serios de estímulo al retorno o revinculación de especialistas residentes en el exterior hacia sus países de origen, superando incluso obstáculos que en primera instancia aparecían como desfavorables desde el punto de vista salarial, por ejemplo, siendo importante para ello “... proponer otros estímulos en términos de desafíos, de posibilidades de participación en las propuestas y más en general de consolidación de espacios donde los individuos sienten que forman parte de un proyecto colectivo”.¹⁹

Señala finalmente que los proyectos de integración regional son una oportunidad importante para realizar programas conjuntos entre los países participantes, por los beneficios derivados de iniciativas en mayor escala (tamaño de inversiones, aumento de masas críticas y de espacios de trabajo, entre otros) que permitirían “... complementar capacidades y mejorar las condiciones de negociación con los centros del desarrollo científico y tecnológico.... en términos de igualdad”²⁰

Por otro lado, es importante considerar el gasto que representa para un país formar a un profesional, que luego va a trabajar en otros países. Para dar un ejemplo se tiene un estudio realizado en la India con programadores electrónicos graduados en Institutos Tecnológicos que calcula “el costo total de la capacitación de cada estudiante asciende entre 15.000 y 20.000 dólares. Si se multiplica esa cantidad por 100.000, es decir, el número de profesional que se prevé se han de marchar de la India cada año durante los próximos tres años, en un supuesto de máxima, la pérdida de recursos ascendería a 2.000 millones de dólares anuales”²¹.

2. ASPECTOS GENERALES DE LA MIGRACIÓN DE MÉDICOS Y ENFERMERAS

De acuerdo con informaciones generadas en la Organización Internacional del Trabajo (OIT), alrededor de 100 millones de personas trabajan en profesiones relacionadas con la atención sanitaria, pero eso no basta para cubrir las necesidades ni en los países desarrollados ni en los países en desarrollo. Un estudio reciente²² auspiciado por dicha institución examinó la escasez de estos profesionales y el papel que juegan las agencias privadas de contratación en los flujos de migración internacional.

Según tal reporte, en los próximos años se acentuará la escasez de personal de salud en países desarrollados, como Estados Unidos - donde se prevé un déficit de 20 por ciento en personal de enfermería para 2020 - y el Reino Unido, donde el año 2010 se jubilarán 100.000 enfermeros/as. El estudio hace referencia, asimismo, a las avanzadas edades promedio de médicos y odontólogos, en la Unión Europea y Noruega (más de 45 años, y 62 años, respectivamente).

En otra dimensión, muchos países en desarrollo luchan por formar y retener personal de atención sanitaria, manteniendo índices gravemente deficitarios: 1 médico por 5.000 e incluso 10.000 habitantes, en países africanos.

La migración médica hacia países desarrollados, en este contexto, es un fenómeno que afecta seriamente las posibilidades de atención en los países emisores, en los que, paradójicamente, es frecuente el desempleo profesional. Las abismales diferencias salariales entre unos y otros, constituye otro factor que estimula tal movilidad; efectivamente mientras el sueldo medio de una enfermera en Uganda es 38 dólares al mes, en Filipinas es de 380, en EE.UU. es de 3.000.

19 Op. Cit.

20 Op. Cit.

21 Kapur 2001; Bhagwati, y Partington 1976. EN: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Sobre Desarrollo Humano 2001. Impuesto a las especialidades perdidas. Recuadro 4.7. Ediciones Mundi-Prensa 2001, México 2001. p. 94.

22 Maybud, S. Wisko, C. "Care trade": Las comisiones de los contratistas internacionales de los profesionales de la salud. EN: OIT, Instituto Internacional de Estudios Laborales, "Merchants of Labour", Ginebra, 2006.

De allí que entre las conclusiones del estudio se señale que si bien "La migración es parte del derecho humano a la libertad de movimiento, y del uso del conocimiento y habilidades individuales en la búsqueda de una vida mejor..... los efectos negativos que la contratación internacional de personal de la salud ocasiona a los sistemas sanitarios de los países pobres plantea un problema moral, en tanto aumentan las desigualdades en la salud al poner en peligro las capacidades de sistemas sanitarios débiles".

Por otro lado "aunque las remesas de los migrantes son una fuente importante de ingresos para los países más pobres ...no compensan la inversión de los gobiernos en la formación de trabajadores de salud"²³.

La Organización Mundial de la Salud, en su informe 2006, se ha referido también a la migración internacional de profesionales de salud, en el marco general del análisis de los recursos humanos en salud, escogido como tema central del presente año, advirtiendo tanto sobre el déficit general de personal de salud en el mundo (4.3 millones, aproximadamente), como sobre el impacto mortal de la escasez de personal médico en países en desarrollo; paradójicamente muchos países pobres envían miles de médicos y enfermeros a países ricos, estableciéndose "subsidios perversos" significativos: 37% de los médicos de Sudáfrica, por ejemplo, ejercen en países desarrollados; más del 25% de los médicos de Canadá, Nueva Zelanda, Gran Bretaña y Estados Unidos proceden de países extranjeros, habiendo "más médicos etíopes en Chicago que en Etiopía", según testimonio de Gladys Kinnock, parlamentaria europea, citado en un informe de IPS. Así también, una investigación realizada en Ghana reporta que un 60.9% de doctores graduados entre 1985 y 1994 han abandonado el país, principalmente hacia el Reino Unido y los Estados Unidos²⁴.

El informe de la OMS reconoce que la migración de trabajadores de la salud genera miles de

millones de dólares en remesas; sin embargo, cuando los médicos y enfermeros emigran, los países que financiaron su educación pierden el rendimiento de su inversión.

El rol de las agencias de contratación es otra arista del problema, constatándose con frecuencia procedimientos poco éticos, como contratación de promociones completas; la OIT ha planteado la necesidad de fortalecer la regulación para evitar abusos por parte de "agencias privadas sin escrúpulos", citando como ejemplo positivo el "Código de prácticas para la contratación internacional de profesionales del cuidado a la salud para los empleadores del sistema de sanidad público del Reino Unido", habiendo emitido también, en 1977, la Recomendación 157 que "intenta facilitar la armonización de normas relacionadas con educación, capacitación y ejercicio, así como el reconocimiento mutuo de calificaciones e intercambio de personal de enfermería sobre la base de acuerdos bilaterales y multilaterales de migración".

Otras iniciativas se han generado en el ámbito de una posible compensación económica por parte de los países receptores, reembolsando al gobierno emisor "el subsidio" pagado para la formación de un médico o enfermero migrante.

Un indicativo de la magnitud económica de tales subsidios se desprende del informe publicado en 2005 por las organizaciones Save the Children y Medact, que estimó que Gran Bretaña se habría ahorrado 65 millones de libras en costos de formación de médicos y 38 millones en formación de enfermeros, sólo por los que recibió de Ghana desde 1999.

Más allá de tales consideraciones, sin embargo, lo deseable sería, como lo anota la OMS "... que los países en desarrollo tomen medidas para alentar a los médicos y enfermeros a permanecer en sus países, por ejemplo, mejorándoles el salario y las condiciones de trabajo". Lo obvio de la sugerencia pasa necesariamente, sin embargo,

23 Op. Cit.

24 Delanyo, D. y Nyongator, F. Migration by Graduates of the University of Ghana Medical School: A Preliminary Rapad Appraisal EN: http://www.moph.go.th/ops/hrdj/hrdj6/table_contents.htm.

por la organización y financiamiento de sistemas nacionales de salud de cobertura universal, en contextos de estabilidad, productividad y crecimiento económico orientados inequívocamente al mejoramiento de la calidad de vida de las personas. Este es un reto hasta ahora no logrado en muchos países, incluido Ecuador.

Desafortunadamente en el país, no existen estadísticas actualizadas e integrales sobre el personal de salud. El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC es la instancia que da información a nivel nacional, pero con dos años de desfase aproximadamente además no da cuenta del personal que labora fuera de establecimientos de salud o a nivel individual (consultorios), tampoco se tiene una institución que de información cuantitativa y cualitativamente del problema migratorio de este personal de salud, pero hay algunas aproximaciones.

El talento humano en salud, específicamente los médicos y enfermeras, no están al margen de la problemática migratoria. Ingresos de 200, 300, etc. dólares mensuales con una canasta familiar cada vez más elevada, provoca que este personal busque un mejor futuro lejos del país. Esto hace

que las instituciones de salud, comiencen a tener cifras negativas en cuanto a su personal.

Una evidencia de esta situación es que, hace no muchos años, las instituciones realizaban convocatorias públicas y las carpetas de los aspirantes llenaban los escritorios de quienes tomaban la decisión de admitir a este personal como parte de su institución. Hoy, la situación es otra, las carpetas son escasas y en muchos casos quedan "puestos vacantes". Esto es más evidente en el sector público y los que sufren las consecuencias directas de esta escasez es el sector más pobre de la población, pues en la zonas rurales, la situación ya es alarmante y si las cosas siguen así, también lo será en las áreas urbano marginales e incluso urbanas.

El fenómeno de la migración del personal de salud es un tema demasiado amplio, tiene un sin número de determinantes, condicionantes, efectos etc., de ahí que, por el momento solo se lo abordará a través de dos investigaciones desarrolladas en los siguientes capítulos, que dan cuenta de esta problemática de manera parcial, pero que ya permite tener una aproximación real al problema migratorio del talento humano en salud en el Ecuador.

3

MIGRACIÓN DE MÉDICOS Y ENFERMERAS RECIÉN GRADUADOS EN CIUDADES SELECCIONADAS DEL ECUADOR

1. CARACTERÍSTICAS DE LOS MIGRANTES O VIAJEROS

La investigación sobre migración de médicos y enfermeras recién graduados en ciudades seleccionadas se basa en una lista total de 604 profesionales de la salud, de los cuales el 70.4% (425) son médicos y el porcentaje restante enfermeras. Los principales aspectos metodológicos se encuentran en el anexo 1, así como también la composición de los profesionales en cuanto a la universidad donde se formaron y el sexo (cuadro 3, anexo 1).

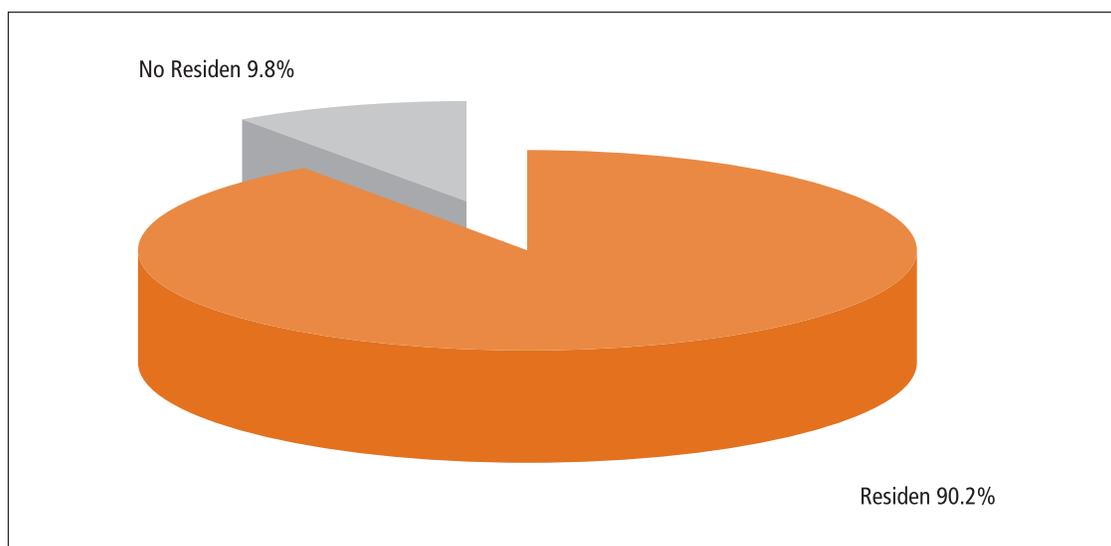
Del total de profesionales que constan en los listados el 44.2% reside todavía en el Ecuador

(267), 4.8% han salido del país y con el 51% restante hubo los siguientes problemas de comunicación (14.4% en los listados de las Universidades no tenían un número de teléfono, 36% corresponden a números equivocados, no contestaron o teléfonos no asignados, dañados, inexistentes, finalmente hubieron 2 personas que se negaron a dar información y otros dos profesionales que han fallecido (0.3%).

En total se obtuvo información de 296 personas que incluyen a los profesionales que residen en el país y los que han viajado a decir de sus familiares. Como se puede observar en el siguiente gráfico casi 10 de cada 100 profesionales graduados ya salieron del país.

GRÁFICO 7:

PORCENTAJE DE PROFESIONALES GRADUADOS EN EL 2001 QUE HAN SALIDO DEL PAÍS. 2004



Fuente: Investigación
Elaboración: Merino, C.

1.1 Migración de profesionales por sexo

Cuando se analiza por tipo de profesión se tiene que, del total de personas que han salido del país

la mayoría son médicos, como se puede apreciar en el siguiente cuadro.

CUADRO 6:
PORCENTAJES DE MÉDICOS Y ENFERMERAS GRADUADOS EN EL 2001 QUE SALIERON DEL PAÍS

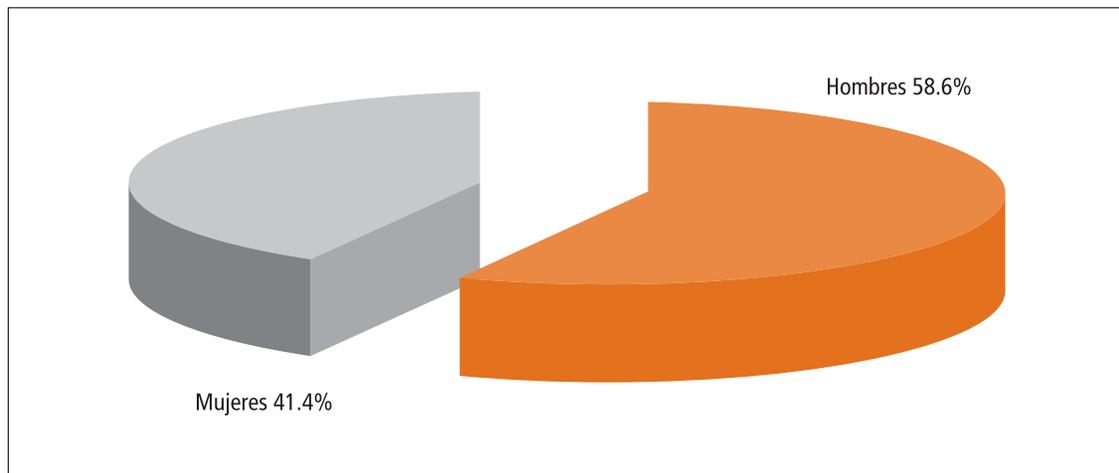
PROFESIONALES	SALIERON			
	SÍ		NO	
	No.	%	No.	%
Médicos	27	93.1	174	65.2
Enfermeras	2	6.9	93	34.8
TOTAL	29	100	267	100

Fuente: Investigación
Elaboración: Merino, C.

Por otra parte, del total de médicos de los que se tuvo información (201), un 13.4% ya han salido del país, en cambio del total de enfermeras tan sólo un 2.1% lo han hecho.

Del total de profesionales que salieron del Ecuador al exterior, 17 son hombres y 12 mujeres (ver gráfico 8) y de los que todavía residen en el país un 30.7% son hombres y porcentaje restante (69.3%) mujeres.

GRÁFICO 8:
PORCENTAJE POR SEXO DE PROFESIONALES GRADUADOS EN EL 2001 QUE HAN SALIDO DEL PAÍS. 2004



Fuente: Investigación
Elaboración: Merino, C.

Por otro lado, del total de médicos que viajaron un 63% son hombres, en cambio las dos enfer-

meras que lo hicieron son mujeres, como se puede ver a continuación:

CUADRO 7:
PORCENTAJES DE MÉDICOS Y ENFERMERAS QUE SALIERON DEL PAÍS SEGÚN SEXO

PROFESIONALES	SEXO	MIGRACIÓN			
		SÍ		NO	
		No.	%	No.	%
Médicos	H	17	63	80	46
	M	10	37	94	54
	Total	27	100	174	100
Enfermeras	H	0	0	2	2.2
	M	2	100	91	97.8
	Total	2	100	93	100

Fuente: Investigación
Elaboración: Merino, C.

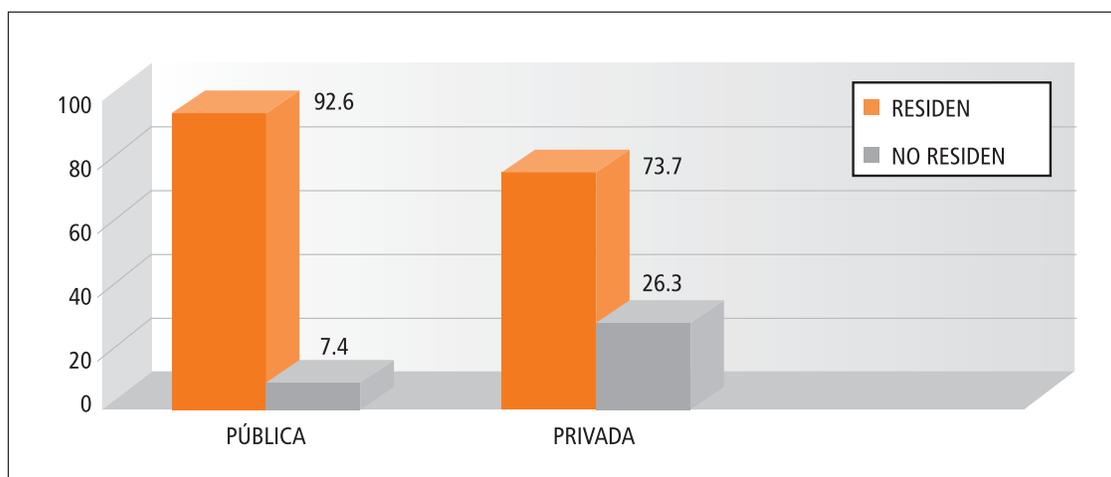
1.2 Universidad y ciudades seleccionadas

La investigación se la realiza con profesionales médicos y enfermeras que se graduaron en el año 2001 en Quito y Cuenca gracias a los listados de graduados proporcionados por la Universidad Central del Ecuador y la Pontificia Universidad de Católica del Ecuador en el caso de

Quito y por la Universidad de Cuenca y Católica de Cuenca de esta ciudad.

Cuando se realiza análisis por tipo de universidad se tiene que el mayor porcentaje de profesionales jóvenes que migran provienen de centros privados, como se puede apreciar en el siguiente gráfico:

GRÁFICO 9:
PORCENTAJES DE PROFESIONALES QUE RESIDEN O NO EN EL PAÍS, SEGÚN TIPO DE UNIVERSIDAD



Fuente: Investigación
Elaboración: Merino, C.

Esto significa que de la Universidad Central del total de personas que se incluyeron en el estudio²⁵, un 5.9% a migrado, de la PUCE un 21.9%, de la Universidad de Cuenca un 12.5% y de la Universidad Católica de Cuenca un 50%.

Por otra parte, del total de profesionales que se conoce con seguridad que aún RESIDEN EN EL PAÍS, a continuación se describen algunas características según la universidad donde se graduaron:

- a) 190 son graduados en la Universidad Central del Ecuador, 118 corresponden a médicos (62.1%) y 72 a enfermeras(os). De los médicos el 54.2% son mujeres y de las enfermeras (os) tan sólo un 2.8% son hombres.
- b) 25 son los profesionales graduados en la PUCE, de ellos 15 son médicos y 10 enfermeras. De los médicos el 60% son mujeres y de las enfermeras, el 100%.
- c) 49 profesionales se graduaron en la Universidad de Cuenca, de ellos el 79.6% son médicos y el porcentaje restante enfermeras. De los médicos casi la mitad son mujeres 48.7%.
- d) 3 profesionales son graduados en la U. Católica de Cuenca, dos médicas y 1 enfermera.

De los que han VIAJADO, a continuación se presentan algunas características considerando la universidad en la que obtuvieron su título profesional:

- a) 12 se graduaron en la Universidad Central del Ecuador, de ellos 11 son médicos, y una es enfermera. De los médicos algo más de la mitad (6) son mujeres.
- b) 7 personas que salieron del país se graduaron en la PUCE, 6 médicos y una enfermera. De los médicos 5 son hombres y 1 mujer.
- c) 7 personas que se graduaron en la Universidad de Cuenca hasta el momento han salido del país, todos médicos y ninguna enfermera. De los médicos 6 son hombres.
- d) 3 médicos han salido del país (1 hombre y 2 mujeres) de los profesionales que obtuvieron su título en la Universidad Católica de Cuenca.

Para terminar con los aspectos más generales se tiene que de los profesionales que se graduaron en Quito, un 8.1% han salido del país, mientras que de Cuenca el porcentaje es casi el doble (16.2%).

1.3 Año y destino de la migración

Ahora bien, adentrándose en el análisis de los profesionales que han salido del país, se tiene que el año en que más abandonaron el país fue el 2003 (salieron 12 profesionales), le sigue el 2004 (6), luego el 2002 (5) y finalmente el 2001 (3). De tres profesionales no se obtienen detalles.

El destino más frecuente hacia donde han salido los profesionales jóvenes es a Estados Unidos (7), le sigue México y Chile (4), España (3), Argentina e Italia (2) y Bélgica, Canadá, Colombia y Rusia (1).

1.4 Motivo del viaje

El motivo de viaje para mayoría de familiares (17) que contestaron la encuesta fue el estudiar un postgrado o en busca de la especialización, 4 sostienen que el viaje fue por razones familiares, 2 a trabajar, 1 para buscar mejoras económicas, uno por turismo (hay 3 que no especificaron).

Otro aspecto que se consultó fue si las personas están trabajando en el exterior y la mayoría de respuestas fueron negativas (15), 6 personas no sabían y 5 refieren que si lo hacen. De las personas que trabajan dos mencionan que son médicos trabajando en una institución y tres no especifican.

2. LOS "NO" MIGRANTES

A las personas que aún permanecen en el país se les consultó sobre la posibilidad de viajar, las razones para ello y su situación de trabajo en el país. Las principales respuestas se presentan a continuación:

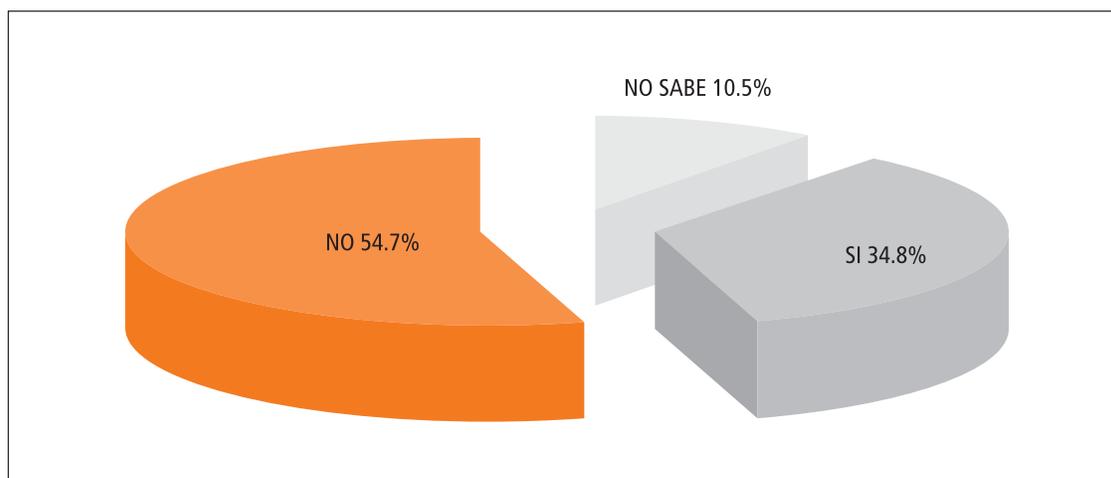
25 Para la UCE este total es de 202, para la PUCE de 32, para la U. de Cuenca es 56 y para la U. Católica de Cuenca 6.

2.1 Expectativas de viaje

Como se puede apreciar en el siguiente gráfico, más de la tercera parte de los profesionales que reside en el país, tiene planeado viajar, en algu-

nos casos incluso expresaron el país de destino, la fecha de viaje, etc. Esto hace suponer que si se le sigue a este grupo en el tiempo, el porcentaje de personas que abandonarían el país sería mucho mayor y en un futuro muy cercano.

GRÁFICO 10:
PORCENTAJE POR SEXO DE PROFESIONALES GRADUADOS EN EL 2001 QUE TIENEN PLANES DE VIAJAR EN UN FUTURO CERCANO



Fuente: Investigación
Elaboración: Merino, C.

Las razones para buscar salir del país se las expone en el siguiente cuadro:

CUADRO 8:
RAZONES PRIORIZADAS POR LAS CUALES LOS PROFESIONALES JÓVENES ESTÁN BUSCANDO SALIR DEL PAÍS

RAZONES	NÚMERO	PORCENTAJE
Estudios, postgrado, especialización	61	65.6
Trabajo	11	11.8
Mejorar la remuneración	11	11.8
Becas	3	3.2
Familia	2	2.2
Otros (congreso, pasantías, búsqueda de más oportunidades, en el país no hay futuro y vacaciones)	5	5.4

Fuente: Investigación
Elaboración: Merino, C.

En cambio las razones que dan las personas que NO tienen planes de viajar, al menos por el momento son las siguientes:

CUADRO 9:
RAZONES PRIORIZADAS POR LAS CUALES LOS PROFESIONALES JÓVENES NO TIENEN PLANES DE VIAJAR

RAZONES	NÚMERO	PORCENTAJE
Estudios, postgrado	40	27.4
Trabajo, es estable, está bien, está contento	49	33.6
Familia	40	27.4
Problemas económicos, necesita dinero	12	8.2
Otras *	5	3.4

* Se menciona: No todavía, hay riesgo de salir del país, no desea salir, si hay oportunidades en el país y por ningún motivo.

Fuente: Investigación
Elaboración: Merino, C.

2.2 Situación laboral

Del total de personas que aún residen en el país el 74.2% tienen trabajo, el 16.9% no lo tienen y el porcentaje restante no contesta la pregunta. Por otro lado, de los que tienen planes de salir del país, el 80.6% actualmente se encuentra traba-

jando y de los que no tienen planes el porcentaje se incrementa a 81.5%.

De los profesionales que están trabajando más de la mitad lo hacen en los diversos hospitales del país. En el siguiente cuadro se detallan los lugares de trabajo:

CUADRO 10:
LUGARES DE TRABAJO DE MÉDICOS Y ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL PAÍS

LUGAR DE TRABAJO	NÚMERO	PORCENTAJE
Hospitales	112	56.6
Clínicas	38	19.2
Fundaciones	12	6.1
Centros Médicos	4	2.0
Consultorios Privados	6	3.0
Otros *	23	11.6
Fuera del área**	3	1.5

*Otros incluyen empresas, Club de Leones, a domicilio, etc.

Fuera del área: son tres profesionales que trabajan en negocios o no especifican, pero no lo hacen en su profesión

Fuente: Investigación
Elaboración: Merino, C.

La mayoría de los profesionales (77.9%) médicos y enfermeras trabajan como médicos residentes o enfermeras registradas tanto en clínicas como en hospitales, un 2.5% trabajan como médicos que realizan reemplazos, 6 médicos trabajan en consultorios particulares y 4 enfermeras como

auxiliares de enfermería, los restantes trabajan como médicos generales o enfermeras en distintas empresas. Pero además existen dos médicos y una enfermera que están trabajando en otro ámbito distinto a su profesión.

4

ESTUDIO DE MIGRACIÓN DE MÉDICOS ECUATORIANOS A CHILE

1. GENERALIDADES

Existen investigaciones periodísticas²⁶ que han hecho referencia al fenómeno migratorio, catalogándolo como “fuga de cerebros”, situando a 1996, como año en el que se habría incrementado ostensiblemente y estimando en 200 los médicos manabitas (de 800 colegiados que tiene la provincia), que trabajan en Chile y Argentina; y en 2.000 médicos ecuatorianos, de los 20.000 registrados en los colegios profesionales hacia 2003, que laboran en Europa y América. Similar situación ocurre con las enfermeras que han emigrado a Chile o Colombia. El reporte destaca también la pérdida económica para el Estado, con la fuga de profesionales, estimada en aproximadamente US 3.500 por profesional formado.

Otro reporte²⁷ sobre el tema, recoge las opiniones de médicos ecuatorianos que ejercen en Chile; uno de ellos, con más de 20 años de “antigüedad” situaba en la segunda mitad de los noventa los ingresos de médicos ecuatorianos... “entre otras cosas, por la mala situación económica generada por el excesivo número de médicos que se graduaban en las universidades ecuatorianas...” anotando que “promociones enteras de médicos de Manta han salido a Chile”.

La investigación sobre características de médicos que migraron a Chile, se obtuvo a partir de la indagación efectuada en cohortes de médicos que egresaron de las Facultades de Medicina de las Universidades de Guayaquil, Cuenca, Portoviejo y Manta. En la medida que se conoce que la migración profesional data de

finos de los años 90 y comienzos del 2.000, las promociones correspondieron a dichos períodos. En el caso de la Provincia de Manabí se seleccionaron varias promociones pues el egresamiento de médicos se registra solamente desde hace pocos años.

En cumplimiento del plan metodológico (detallado en el anexo 2) se obtuvo la información de familiares de médicos migrantes, que permanecen en Chile, y de médicos que, habiendo migrado, decidieron retornar al país.

2. INFORMACIÓN SOBRE MÉDICOS MIGRANTES

La información sobre los médicos que migraron a Chile se la obtuvo de familiares directos (padre, madre o hermanos) en un 62.1% y de otros (amigos o compañeros) en un 34.5%. Un porcentaje reducido (3.5%) correspondió a esposo o esposa lo que presupondría una elevada proporción de médicos solteros(as) o que estando casados(as) viajaron con su pareja.

2.1 Distribución por género

Como puede apreciarse en el cuadro 11 predomina el género masculino, aunque también es significativa la proporción de mujeres, lo que confirma el patrón ascendente de migración femenina en proceso migratorios generales, por un lado y su condición de solteras que se confirmará mas adelante.

CUADRO 11:
DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO Y PROVINCIAS DE MÉDICOS ECUATORIANOS MIGRANTES A CHILE ECUADOR 2007

PROVINCIAS	SEXO		
	Hombres	Mujeres	TOTAL
Guayas	26	16	42
Azuay	13	8	21
Manabí	11	13	24
Total	50	37	87
Porcentaje	57.5	42.5	100

Fuente y elaboración: Fesalud, 2006/2007

26 HOY, Suplemento Blanco y Negro. 20/05/2000

27 Ibid. 26/11/2005

2.2 Tiempo de migración

Como se desprende del cuadro 12 y gráfico 11, el mayor porcentaje (51.7%) se produjo entre 1997 y 2001, advirtiéndose sin embargo que la migración continúa en los últimos 5 años. La inexistencia de migraciones en el último año, pudiese reflejar una

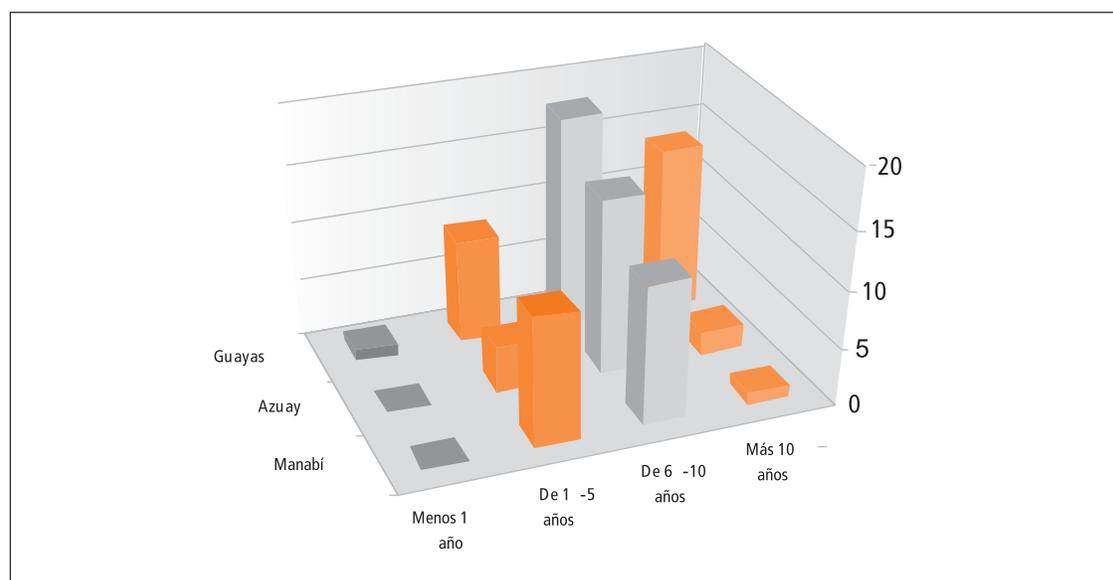
desaceleración del proceso, y una eventual relación directa entre tiempo de egresamiento y migración; es decir podría sugerir que se trata de migraciones “tempranas” en relación al egresamiento. Sin embargo, tal hipótesis podría ser verificada solamente con ulteriores seguimientos a promociones de años recientes.

CUADRO 12:
TIEMPO DE SALIDA DE MÉDICOS ECUATORIANOS MIGRANTES A CHILE, POR PROVINCIAS
ECUADOR 2007

PROVINCIAS	TIEMPO DE SALIDA				Total
	Menos 1 año	De 1-5 años	De 6-10 años	Más 10 años	
Guayas	1	9	18	14	42
Azuay	0	4	15	2	21
Manabí	0	11	12	1	24
Total	1	24	45	17	87
Porcentaje	1,2	27,6	51,7	19,5	100

Fuente y elaboración: Fesalud, 2006/2007

GRÁFICO 11:
TIEMPO DE SALIDA DE MÉDICOS ECUATORIANOS MIGRANTES A CHILE, POR PROVINCIAS
ECUADOR 2007



Fuente y elaboración: FESALUD, 2006/2007

2.3 Situación de trabajo antes de la migración

El estudio indagó si los médicos migrantes tenían o no trabajo en el país. Siendo que, efectivamente, aparece que un 64% lo tenía (cuadro 13), tal información debe correlacionarse con los resultados que se presentan en el cuadro 14, que habla de un trabajo estable en menor porcentaje (44%) y en el cuadro 15, en que se aprecia, por un lado, el "pluriempleo" médico, registrado por otro estudio (FESALUD, 2003) así como una conside-

rable participación del sector privado, especialmente lucrativo, de otra.

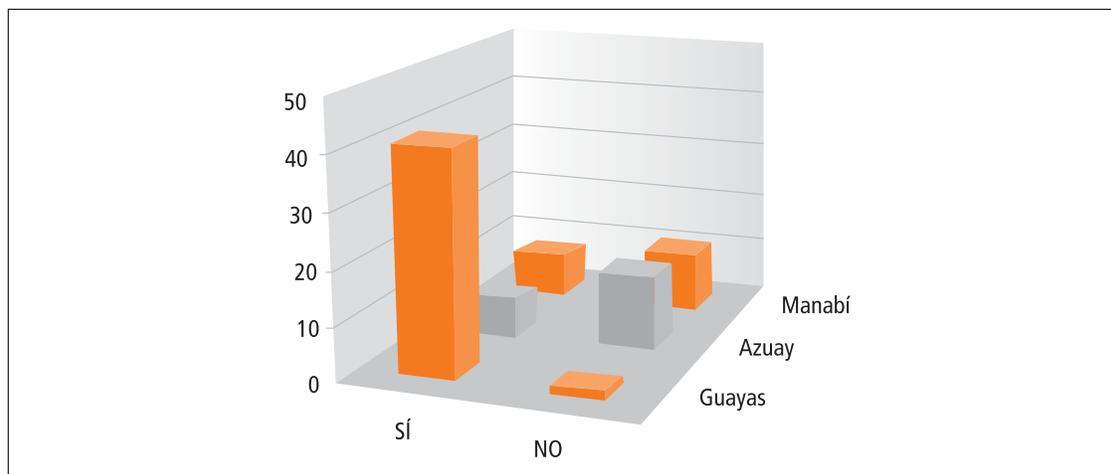
Como se conoce las condiciones de trabajo médico para profesionales jóvenes, sobre todo, son más bien transitorias en el sector privado. Debe consignarse también una apreciable proporción de respuestas sin información, que puede deberse al desconocimiento de precisiones sobre el tipo de trabajo por parte de los familiares; en estas condiciones el dato afirmativo de ejercicio de trabajo debería relativizarse, pudiendo presumirse que sería más bajo que el reportado.

CUADRO 13:
CONDICIÓN DE TRABAJO ANTES DE EMIGRAR DE MÉDICOS ECUATORIANOS
MIGRANTES A CHILE, POR PROVINCIAS
ECUADOR 2007

PROVINCIAS	CONDICIÓN DE TRABAJO			
	Sí	No	NS/NC	Total
Guayas	41	1	0	42
Azuay	7	14	0	21
Manabí	8	11	5	24
Total	56	26	5	87
Porcentaje	64,4	29,9	5,8	100

Fuente y elaboración: Fesalud, 2006/2007

GRÁFICO 12:
CONDICIÓN DE TRABAJO ANTES DE EMIGRAR DE MÉDICOS ECUATORIANOS
MIGRANTES A CHILE, POR PROVINCIAS
ECUADOR 2007



Fuente y elaboración: FESALUD, 2006/2007

CUADRO 14:

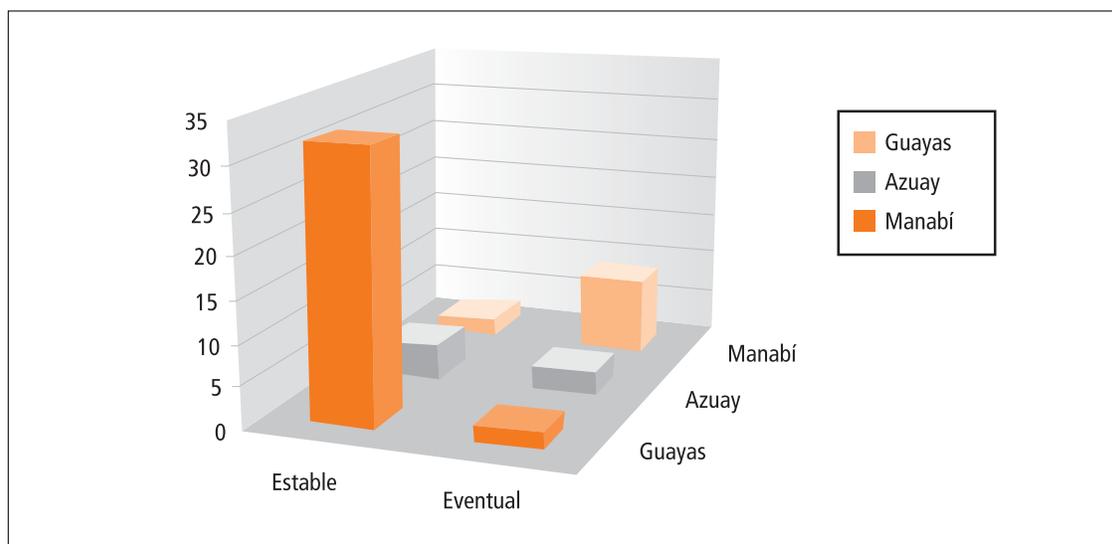
ESTABILIDAD DE TRABAJO ANTES DE EMIGRAR DE MÉDICOS ECUATORIANOS MIGRANTES A CHILE, POR PROVINCIAS ECUADOR 2007

PROVINCIAS	ESTABILIDAD DE TRABAJO			Total	Porcentaje
	Estable	Eventual	NS/NC		
Guayas	32	2	8	42	48,3
Azuay	4	3	14	21	24,1
Manabí	2	9	13	24	27,6
Total	38	14	35	87	100
Porcentaje	43,7	16,1	40,2	100	

Fuente y elaboración: Fesalud, 2006/2007

GRÁFICO 13:

ESTABILIDAD DE TRABAJO ANTES DE EMIGRAR DE MÉDICOS ECUATORIANOS MIGRANTES A CHILE, POR PROVINCIAS ECUADOR 2007



Fuente y elaboración: Fesalud, 2006/2007

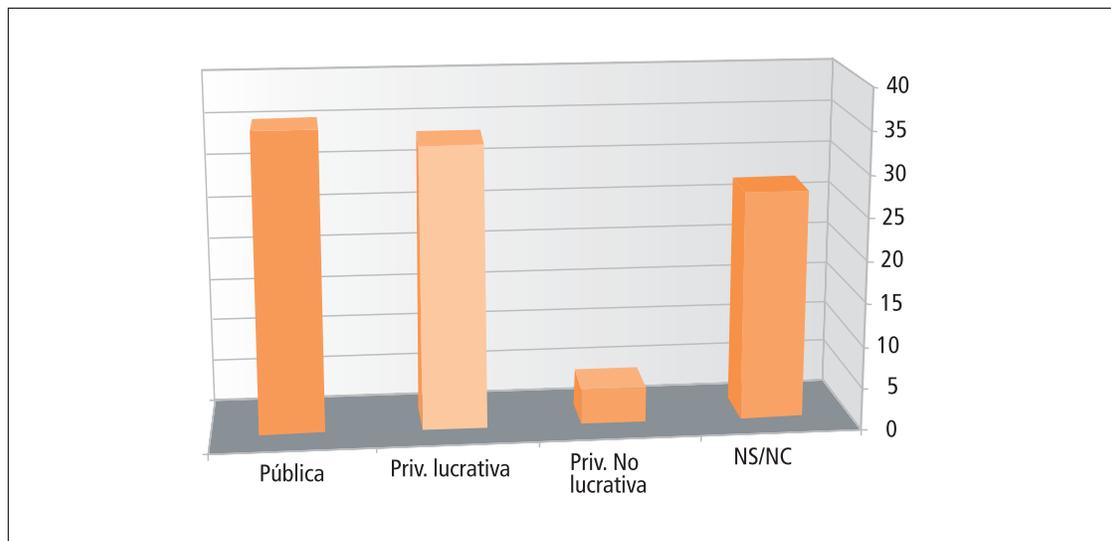
CUADRO 15:

LUGAR DE TRABAJO ANTES DE EMIGRAR DE MÉDICOS ECUATORIANOS MIGRANTES A CHILE, POR PROVINCIAS, ECUADOR 2007

PROVINCIAS	INSTITUCIONES			NS/NC	Total
	Pública	Privada lucrativa	Privada no lucrativa		
Guayas	23	15	2	11	51
Azuay	4	3	0	14	21
Manabí	7	14	2	1	24
Total	34	32	4	26	96
Porcentaje	35,4	33,3	4,2	27,1	100

Fuente y elaboración: Fesalud, 2006/2007

GRÁFICO 14:
LUGAR DE TRABAJO ANTES DE EMIGRAR DE MÉDICOS ECUATORIANOS
MIGRANTES A CHILE, POR PROVINCIAS
ECUADOR 2007



Fuente y elaboración: FESALUD, 2006/2007

2.4 Razón de migración

En relación directa con lo anotado a propósito de la condición laboral de los médicos migrantes, y una posible correspondencia con insuficiente salario, la información sobre razones de migración está dominada por la variable "mejoramiento

de ingresos", aunque se registraron también respuestas relacionadas con desarrollo profesional y en grado mínimo por razones familiares, que pudiesen revelar, como en otro tipo de migraciones, especialmente no calificadas, desplazamientos para reconstituir núcleos familiares.

CUADRO 16:
PRINCIPALES RAZONES* PARA EMIGRAR DE MÉDICOS ECUATORIANOS MIGRANTES A CHILE,
POR PROVINCIAS, ECUADOR 2007

PROVINCIAS	PRINCIPALES RAZONES		Total	Porcentaje
	Mejorar ingresos	Razones familiares		
Guayas	41	1	42	53,9
Azuay	16	1	17	21,8
Manabí	19	0	19	24,3
Total	76	2	78	100,0
Porcentaje	97,4	2,6	100	

*Solo se consideraron respuestas válidas.

Fuente y elaboración: Fesalud, 2006/2007

2.5 Perfil familiar

El perfil del médico migrante, entonces, parece corresponder a un profesional joven; soltero (44%). Los médicos con estado civil casado (56%), están en etapa inicial de formación familiar pues tienen en promedio 1.4 hijos (cuadro

17). Resulta interesante analizar como un alto porcentaje (64%) de médicos con familia (cuadro 18), decidieron viajar como grupo familiar lo que hablaría de la decisión en firme de establecerse en Chile, así como de las perspectivas de seguridad de obtener empleo, aspecto que se confirma con otros resultados del estudio.

CUADRO 17:

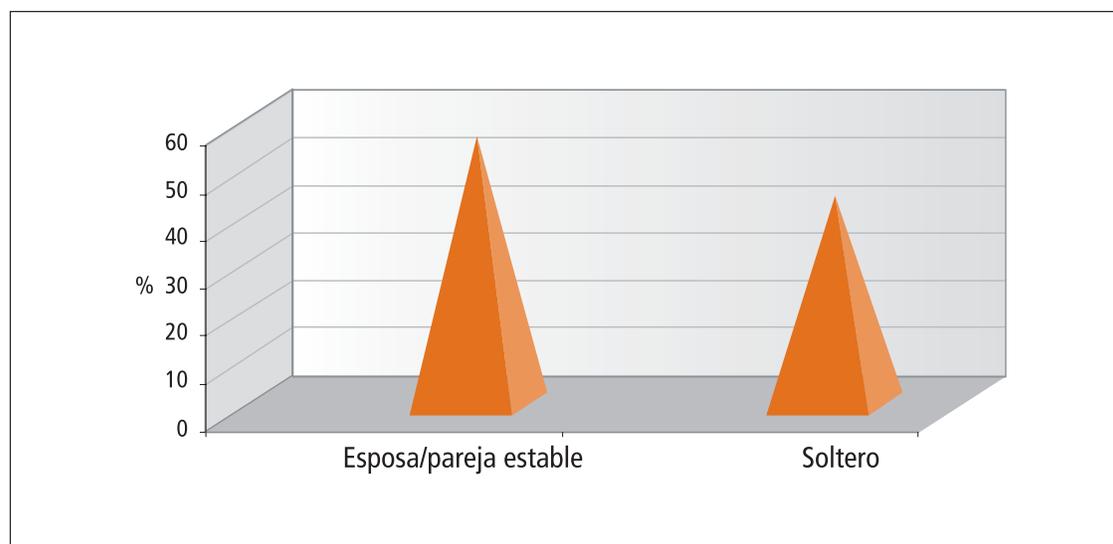
ESTADO CIVIL DE MÉDICOS ECUATORIANOS MIGRANTES A CHILE, POR PROVINCIAS
ECUADOR 2007

PROVINCIAS	ESTADO CIVIL		Total	Porcentaje
	Esposa/ pareja	Soltero		
Guayas	28	14	42	48,3
Azuay	9	12	21	24,1
Manabí	12	12	24	27,6
Total	49	38	87	100
Porcentaje	56,3	43,7	100	

Fuente y elaboración: Fesalud, 2006/2007

GRÁFICO 15:

ESTADO CIVIL DE MÉDICOS ECUATORIANOS MIGRANTES A CHILE, POR PROVINCIAS
ECUADOR 2007



Fuente y elaboración: FESALUD, 2006/2007

CUADRO 18:

ACOMPAÑAMIENTO* DE FAMILIAR(ES) EN EL VIAJE DE MÉDICOS ECUATORIANOS MIGRANTES A CHILE, POR PROVINCIAS, ECUADOR 2007

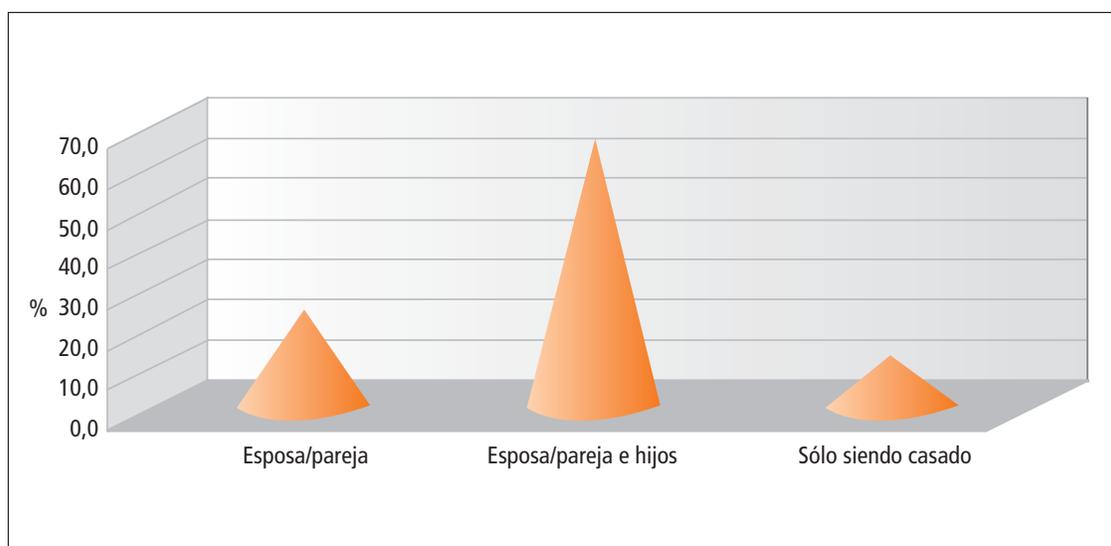
PROVINCIAS	ACOMPAÑAMIENTO			Total	Porcentaje
	Esposa/ pareja	Esposa/pareja e hijos	Sólo siendo casado		
Guayas	3	24	1	28	10,3
Azuay	0	5	4	9	13,8
Manabí	8	3	1	12	56,3
Total	11	32	6	49	80,5
Porcentaje	22,5	65,3	12,2	100	

*Solo se consideraron respuestas válidas.

Fuente y elaboración: Fesalud, 2006/2007

GRÁFICO 16:

ACOMPAÑAMIENTO DE FAMILIAR(ES) EN EL VIAJE DE MÉDICOS ECUATORIANOS MIGRANTES A CHILE, POR PROVINCIAS. ECUADOR 2007



Fuente y elaboración: FESALUD, 2006/2007

2.6 Especialidad médica

Lo anotado se correlaciona con la condición de inexistencia de especialidad por parte de la gran mayoría (82%) de médicos emigrantes

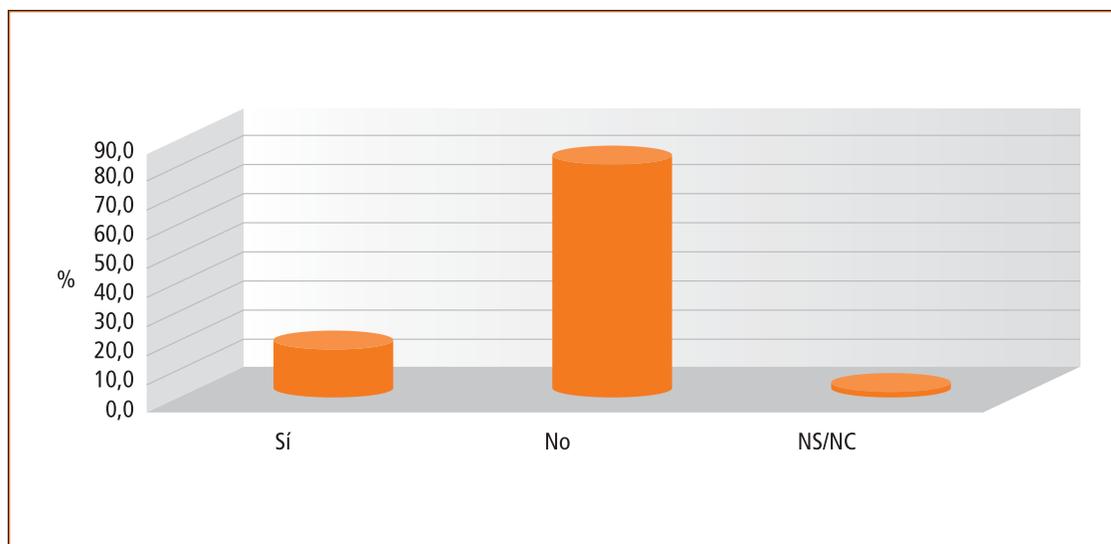
(cuadro 19), y comprueba, por otro lado, el hecho conocido de que la mayoría de profesionales aportan su fuerza de trabajo para la atención de primer nivel en Chile, para lo cual no requieren especialidad.

CUADRO 19:
ESPECIALIDAD DE MÉDICOS ECUATORIANOS MIGRANTES A CHILE, POR PROVINCIAS.
 ECUADOR 2007

PROVINCIAS	ESPECIALIDAD			Total	Porcentaje
	Si	No	NS/NC		
Guayas	10	31	1	42	48,3
Azuay	2	19	0	21	24,1
Manabí	3	21	0	24	27,6
Total	15	71	1	87	100,0
Porcentaje	17,2	81,6	1,2	100	

Fuente y elaboración: Fesalud, 2006/2007

GRÁFICO 17:
ESPECIALIDAD DE MÉDICOS ECUATORIANOS MIGRANTES
A CHILE, POR PROVINCIAS. ECUADOR 2007



Fuente y elaboración: FESALUD, 2006/2007

2.7 Fuentes de información

En lo que se refiere a aspectos sobre información y detalles sobre las posibilidades de migrar a

Chile, es claro que son redes de amistad y compañerismo las que determinan el estímulo para viajar (cuadro 20), con seguridad vinculados a la existencia de posibilidades de empleo médico.

CUADRO 20:

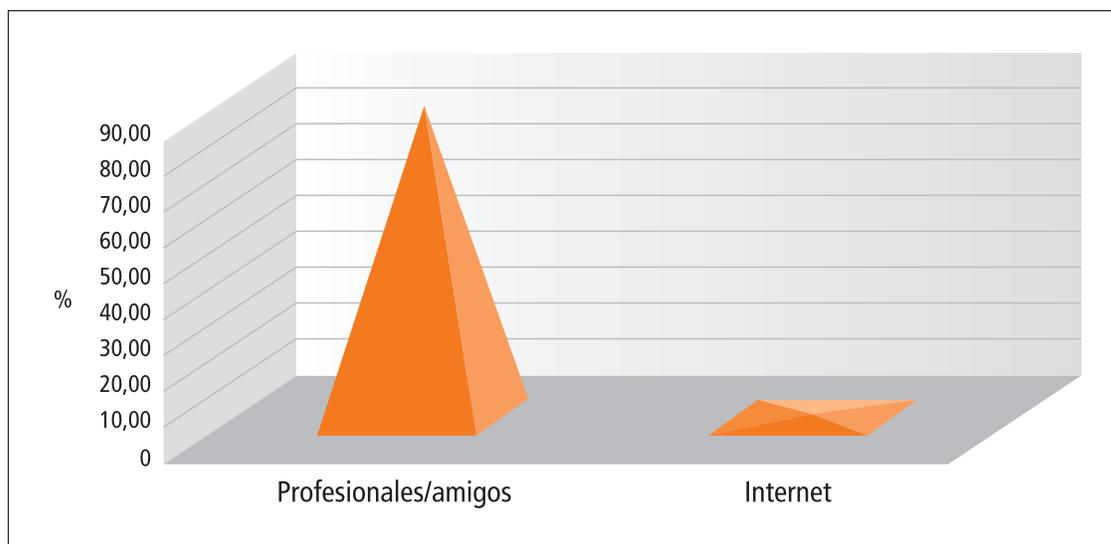
FUENTES DE INFORMACIÓN PARA LA MIGRACIÓN DE MÉDICOS ECUATORIANOS MIGRANTES A CHILE POR PROVINCIAS. ECUADOR 2007

PROVINCIAS	FUENTES					Total
	Profesionales amigos	Internet	Periódico	Otra forma	NS/NC	
Guayas	41	1	0	0	0	42
Azuay	13	0	0	8 ??	0	21
Manabí	23	0	0	1	0	24
Total	77	1	0	9	0	87
Porcentaje	88,5	1,2	0,00	10,3	0	100

Fuente y elaboración: FESALUD, 2006/2007

GRÁFICO 18:

FUENTES DE INFORMACIÓN PARA LA MIGRACIÓN DE MÉDICOS ECUATORIANOS MIGRANTES A CHILE POR PROVINCIAS. ECUADOR 2007



Fuente y elaboración: FESALUD, 2006/2007

2.8 Tiempo para viajar

Otras características del proceso migratorio parecen advertir sobre un tiempo relativamente corto (entre 1 y 3 meses) para realizar el viaje, una vez conocida la información, aunque el tiempo se alarga más allá de los 6 meses para una proporción

significativa (40%) como se aprecia en el cuadro 21. Es claro que el reconocimiento en Chile, del título de médico expedido en Ecuador, sumado a la demanda de profesionales para atención primaria de salud en el país de destino, facilita un traslado expedito, en comparación con lo que sucede en otro tipo de migraciones para otros países.

CUADRO 21:

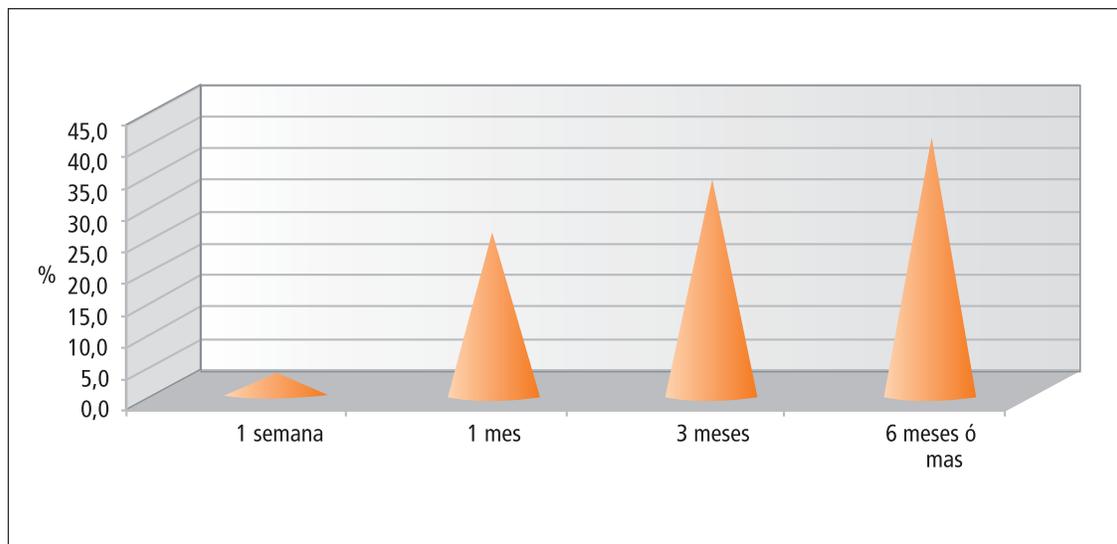
TIEMPO TRANSCURRIDO PARA EL VIAJE DE MÉDICOS ECUATORIANOS MIGRANTES A CHILE POR PROVINCIAS. ECUADOR 2007

PROVINCIAS	TIEMPO TRANSCURRIDO				
	1 semana	1 mes	3 meses	6 meses ó mas	Total
Guayas	1	14	14	13	42
Azuay	0	2	5	14	21
Manabí	1	5	10	8	24
Total	2	21	29	35	87
Porcentaje	2,3	24,1	33,3	40,2	100

Fuente y elaboración: Fesalud, 2006/2007

GRÁFICO 19:

TIEMPO TRANSCURRIDO PARA EL VIAJE DE MÉDICOS ECUATORIANOS MIGRANTES A CHILE POR PROVINCIAS. ECUADOR 2007



Fuente y elaboración: FESALUD, 2006/2007

2.9 Contrato laboral y condición al viajar

Otra de las características que perfila el tipo de migración estudiada, consistente con la rapidez que toma concretar el desplazamiento, se refiere a la inexistencia de contrato de trabajo al

momento de viajar (cuadro 22). La posibilidad cierta de obtención de empleo médico, transmitida por colegas ya establecidos, impulsa a decidir el viaje rápidamente, sin mayores trabas, y en condición de turista, como se aprecia en el cuadro 23.

CUADRO 22:

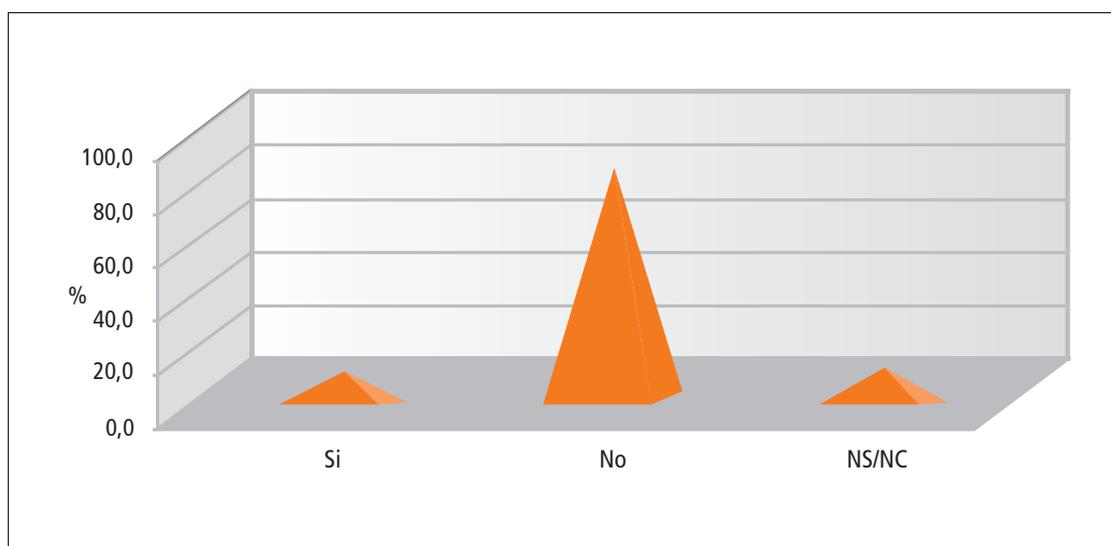
CONTRATO DE TRABAJO AL VIAJAR LOS MÉDICOS ECUATORIANOS A CHILE POR PROVINCIAS.
ECUADOR 2007

PROVINCIAS	CONTRATO DE TRABAJO			Total	Porcentaje
	Sí	No	NS/NC		
Guayas	2	39	1	42	48,3
Azuay	2	18	1	21	24,1
Manabí	2	15	7	24	27,6
Total	6	72	9	87	100
Porcentaje	6,9	82,8	10,3	100	

Fuente y elaboración: Fesalud, 2006/2007

GRÁFICO 20:

CONTRATO DE TRABAJO AL VIAJAR LOS MÉDICOS ECUATORIANOS A CHILE POR PROVINCIAS.
ECUADOR 2007



Fuente y elaboración: FESALUD, 2006/2007

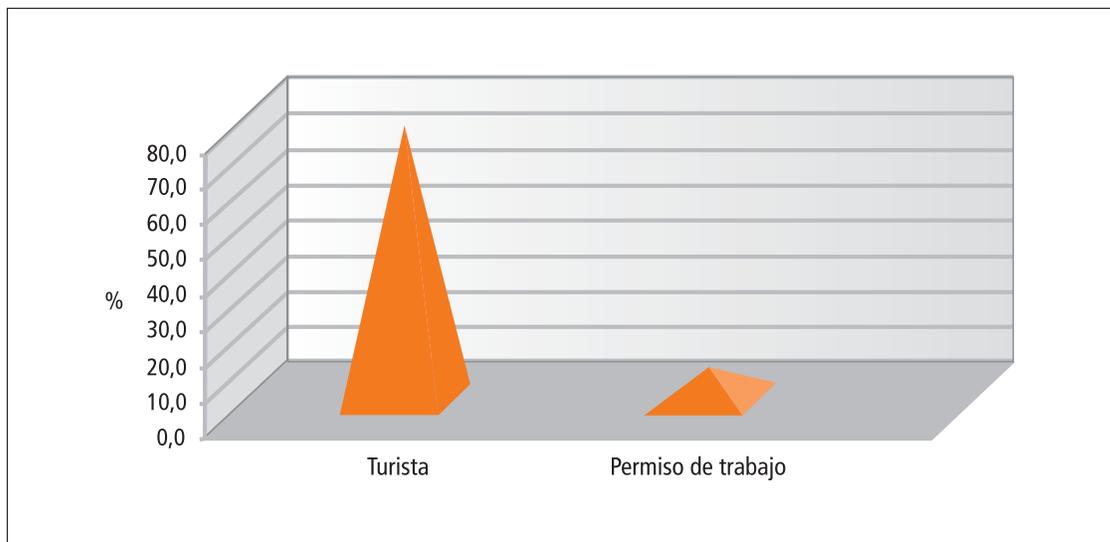
CUADRO 23:

CONDICIÓN AL VIAJAR DE LOS MÉDICOS ECUATORIANOS A CHILE POR PROVINCIAS.
ECUADOR 2007

PROVINCIAS	CONDICIÓN AL VIAJAR			Porcentaje
	Turista	Permiso de trabajo	Total	
Guayas	42	0	42	48,3
Azuay	13	4	21	24,1
Manabí	12	4	24	27,6
Total	67	8	87	100
Porcentaje	77,0	9,2	100	

Fuente y elaboración: Fesalud, 2006/2007

GRÁFICO 21:
CONDICIÓN AL VIAJAR DE LOS MÉDICOS ECUATORIANOS A CHILE POR PROVINCIAS. ECUADOR 2007



Fuente y elaboración: FESALUD, 2006/2007

2.10 Lugar de destino en Chile

Con la precaución derivada de que la información proporcionada por familiares seguramente tenía dificultades de precisión sobre el sitio exacto de trabajo (comuna o municipio) el cuadro 24 permite apreciar que la mayoría de médicos tuvo como destinos Santiago de Chile y Concepción. Figura también Viña del Mar,

entre otros destinos tales como Talca, Punta Arena, Araucaria, Curicó.

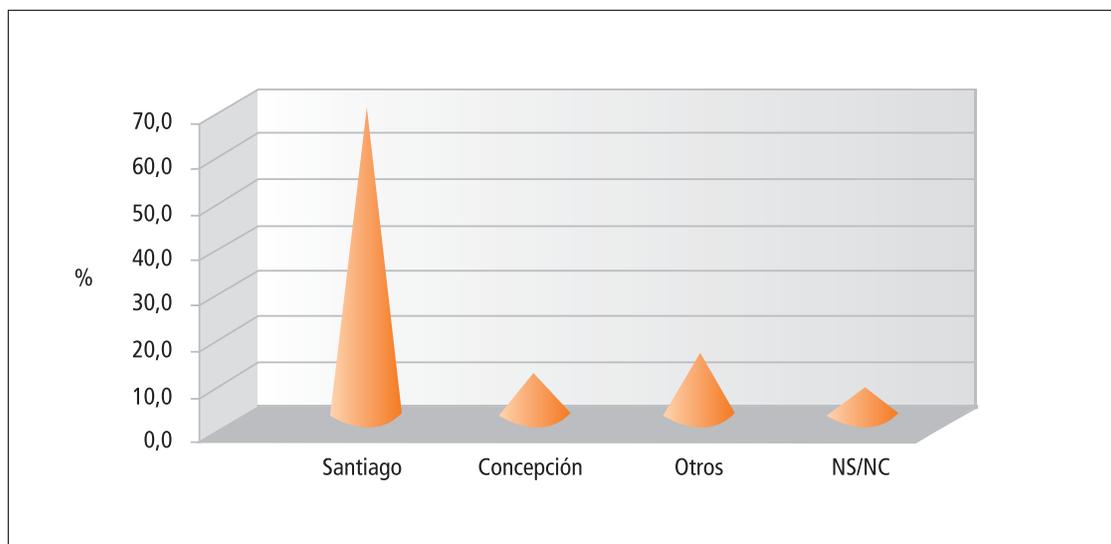
Como se verá en el segmento correspondiente a médicos que retornaron a Ecuador -quienes podían detallar con precisión sus lugares de trabajo - cuando se habla de ciudades como Santiago, los destinos corresponden a comunas y municipios ubicados en zonas periféricas de la ciudad.

CUADRO 24:
LUGAR DE DESTINO DE LOS MÉDICOS ECUATORIANOS A CHILE POR PROVINCIAS.
ECUADOR 2007

PROVINCIAS	LUGAR DE DESTINO EN CHILE				Total
	Santiago	Concepción	Otros	NS/NC	
Guayas	29	2	8	3	42
Azuay	19	0	1	1	21
Manabí	11	7	4	2	24
Total	59	9	13	6	87
Porcentaje	67,8	10,3	14,9	6,9	100

Fuente y elaboración: Fesalud, 2006/2007

GRÁFICO 22:
LUGAR DE DESTINO DE LOS MÉDICOS ECUATORIANOS A CHILE POR PROVINCIAS. ECUADOR 2007



Fuente y elaboración: FESALUD, 2006/2007

2.11 Expectativas salariales

Otro punto que el estudio analizó se refiere a las expectativas salariales con las que viajan los médicos a Chile; al respecto, y más allá de lo potencialmente subjetivo y parcial de las respuestas (30% de los entrevistados desconocían

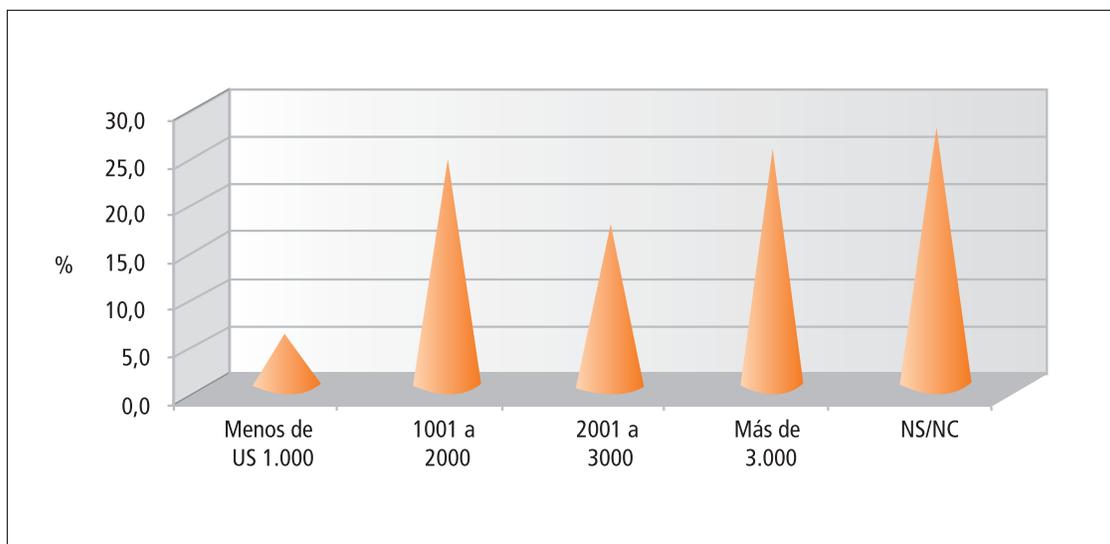
la expectativa salarial), la información obtenida permite cuantificar mayoritariamente rangos en el orden de US 1.000 a 3.000 mensuales (48%), aunque también se registran cifras superiores en el orden del 25%, **en relación a quienes mencionaron valores económicos**, como puede apreciarse en el cuadro 25.

CUADRO 25:
EXPECTATIVA SALARIAL DE LOS MÉDICOS ECUATORIANOS QUE MIGRARON A CHILE POR PROVINCIAS. ECUADOR 2007

PROVINCIAS	EXPECTATIVA SALARIAL				NS/NC	Total
	Menos de US 1.000	1001 a 2000	2001 a 3000	Mas de 3.000		
Guayas	0	6	8	21	7	42
Azuay	1	6	1	1	12	21
Manabí	4	9	4	0	7	24
Total	5	21	13	22	26	87
Porcentaje	5,6	24,1	13,7	25,1	29,8	100

Fuente y elaboración: Fesalud, 2006/2007

GRÁFICO 23:
EXPECTATIVA SALARIAL DE LOS MÉDICOS ECUATORIANOS QUE MIGRARON A CHILE POR PROVINCIAS. ECUADOR 2007



Fuente y elaboración: FESALUD, 2006/2007

2.11 Tiempo sin trabajo en Chile

Según la información obtenida, un considerable porcentaje (63%) obtiene trabajo en un tiempo menor a 3 meses; tiempo corto, tomando en

cuenta que necesariamente habrán debido realizar trámites para formalizar su situación laboral; el período se extiende a 5 y más de 6 meses, para un porcentaje de 18% y 17%, respectivamente (cuadro 26).

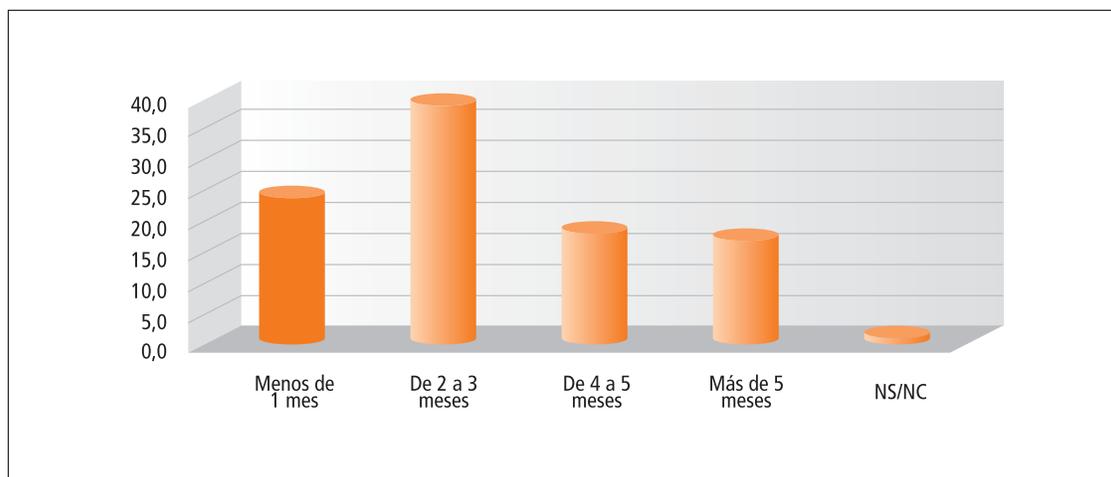
CUADRO 26:
TIEMPO PARA OBTENCIÓN DE TRABAJO EN CHILE DE LOS MÉDICOS ECUATORIANOS QUE MIGRARON A CHILE POR PROVINCIAS. ECUADOR 2007

PROVINCIAS	TIEMPO				NS/NC	Total
	Menos de 1 mes	De 2 a 3 meses	De 4 a 5 meses	Más de 5 meses		
Guayas	15	26	1	0	0	42
Azuay	0	5	5	11	0	21
Manabí	6	3	10	4	1	24
Total	21	34	16	15	1	87
Porcentaje	24,1	39,1	18,4	17,2	1,2	100

Fuente y elaboración: Fesalud, 2006/2007

GRÁFICO 24:

TIEMPO PARA OBTENCIÓN DE TRABAJO EN CHILE DE LOS MÉDICOS ECUATORIANOS QUE MIGRARON A CHILE POR PROVINCIAS. ECUADOR 2007



Fuente y elaboración: FESALUD, 2006/2007

2.13 Aceptación de pacientes

Una vez establecidos, los médicos ecuatorianos, tendrían una amplia aceptación (cuadro 27) en sus sitios de trabajo, según sus familiares que así lo testimoniaron en un 87%, en tanto un 8% reportó

lo contrario; el punto investigado es de interés a propósito de noticias de prensa que durante la realización del estudio dieron cuenta de un lamentable caso de mala práctica médica de un médico ecuatoriano, con resultados fatales, pero que, en todo caso, se trató de una situación aislada.

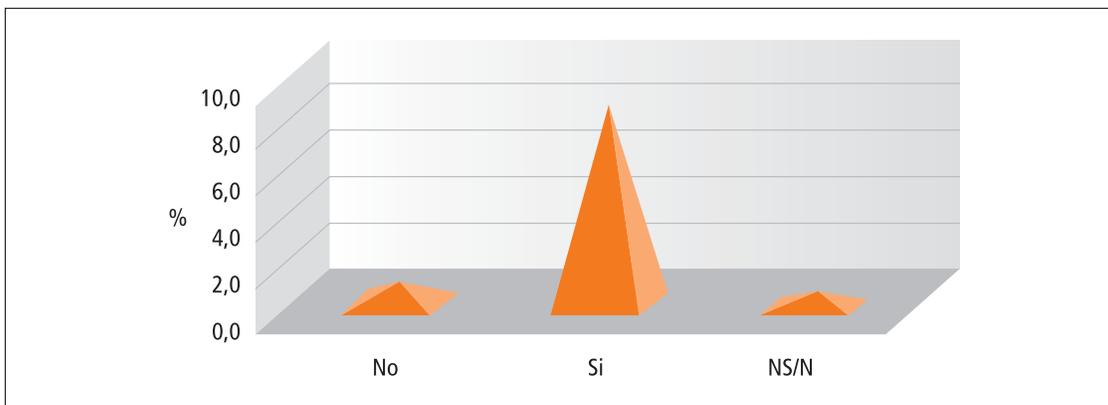
CUADRO 27:

ACEPTACIÓN DE LOS MÉDICOS ECUATORIANOS QUE MIGRARON A CHILE POR PROVINCIAS. ECUADOR 2007

PROVINCIAS	ACEPTACIÓN			Total	Porcentaje
	No	Sí	NS/NC		
Guayas	0	41	1	42	48,3
Azuay	7	12	2	21	24,1
Manabí	0	22	2	24	27,6
Total	7	75	5	87	100
Porcentaje	8,1	86,1	5,8	100	

Fuente y elaboración: FESALUD, 2006/2007

GRÁFICO 25:
ACEPTACIÓN DE LOS MÉDICOS ECUATORIANOS QUE MIGRARON A CHILE POR PROVINCIAS.
 ECUADOR 2007



Fuente y elaboración: FESALUD, 2006/2007

2.14 Adquisición de propiedades en Ecuador o Chile

Procurando indagar las perspectivas de residencia futura, resulta interesante constatar que un 21% de médicos habría efectuado la adquisición de una propiedad en Ecuador, lo que podría interpretarse como voluntad de retornar al país, aunque también representaría una inversión económica; en cualquier caso hablaría de una posible capacidad

de ahorro con base en su trabajo. Un porcentaje pequeño habría comprado una propiedad en Chile, implicando decisión de radicarse en forma definitiva en dicho país. Es difícil interpretar el hecho de que un alto porcentaje no hubiese realizado adquisición alguna, aunque podría aventurarse que esto puede responder a un tiempo limitado para acumular ahorro o simplemente a otro tipo de prioridades (cuadro 28).

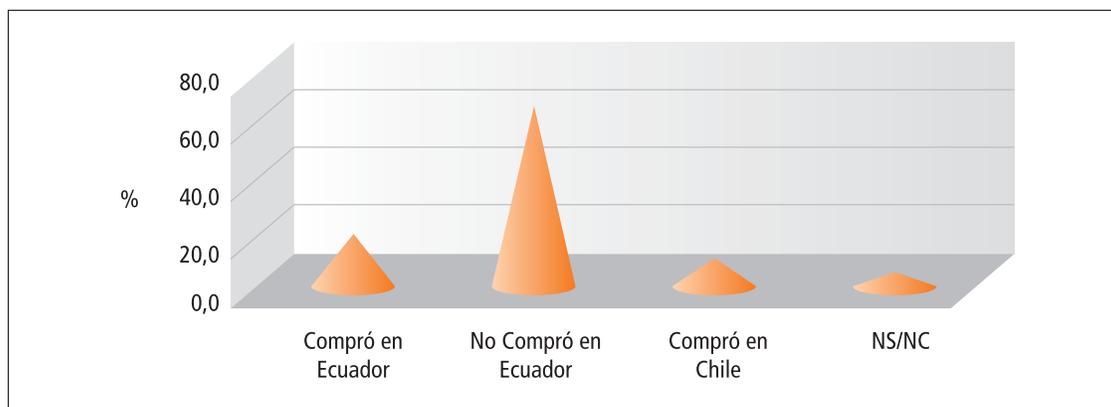
CUADRO 28:
COMPRA DE INMUEBLES Y LUGAR DE COMPRA POR LOS MÉDICOS ECUATORIANOS QUE MIGRARON A CHILE POR PROVINCIAS. ECUADOR 2007

PROVINCIAS	COMPRA DE INMUEBLES Y LUGAR			NS/NC	Total
	Compró en Ecuador	No compró en Ecuador	Compró en Chile		
Guayas	6	34	2	0	42
Azuay	3	13	5	0	21
Manabí	9	11	1	3	24
Total	18	58	8	3	87
Porcentaje	20,7	66,7	9,2	3,5	100

Fuente y elaboración: FESALUD, 2006/2007

GRÁFICO 26:

COMPRA DE INMUEBLES Y LUGAR DE COMPRA POR LOS MÉDICOS ECUATORIANOS QUE MIGRARON A CHILE POR PROVINCIAS. ECUADOR 2007



Fuente y elaboración: FESALUD, 2006/2007

2.15 Decisión de radicarse en Chile

Tratando de profundizar sobre sus perspectivas futuras, los familiares de los médicos emigrantes reportaron (cuadro 29) intenciones de retornar a Ecuador, en 53% de casos de respuestas conocidas, frente a un considerable 47% que posiblemente pensarían radicarse definitivamente en Chile. Este último dato sería consistente con la

oportunidad de trabajo estable en dicho país, asunto que contrasta con la situación en Ecuador; aventurando hipótesis bien podría pensarse que quienes pensarían en retornar al país, podrían planear mantenerse en Chile por un tiempo hasta generar ingresos que les permitan volver con un margen de seguridad. No se descarta razones familiares o de arraigo como opciones de retorno.

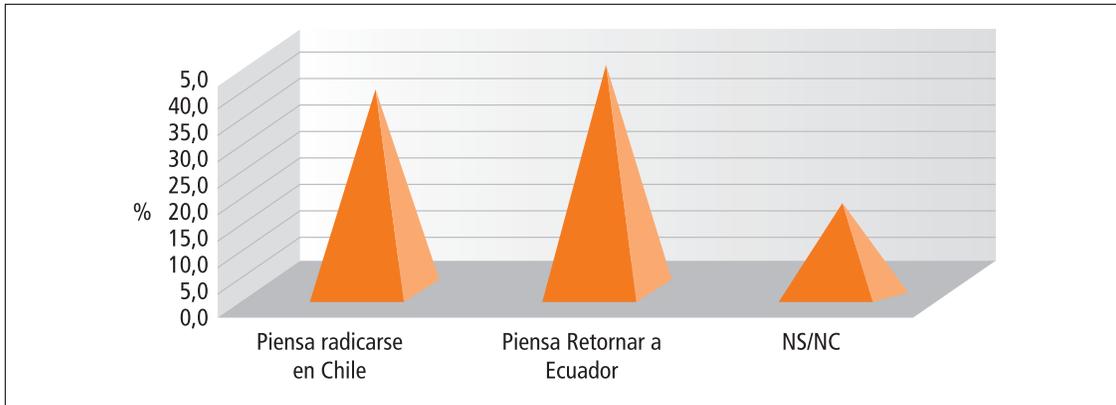
CUADRO 29:

INTENCIÓN DE RADICARSE EN CHILE DE LOS MÉDICOS ECUATORIANOS QUE MIGRARON A CHILE POR PROVINCIAS. ECUADOR 2007

PROVINCIAS	LUGAR DE RESIDENCIA			Total	Porcentaje
	Piensa radicarse en Chile	Piensa retornar a Ecuador	NS/NC		
Guayas	21	13	8	42	48,3
Azuay	5	12	4	21	24,1
Manabí	8	13	3	24	27,6
Total	34	38	15	87	100
Porcentaje	39,1	43,7	17,2	100	

Fuente y elaboración: FESALUD, 2006/2007

GRÁFICO 27:
INTENCIÓN DE RADICARSE EN CHILE DE LOS MÉDICOS ECUATORIANOS QUE MIGRARON A CHILE POR PROVINCIAS. ECUADOR 2007



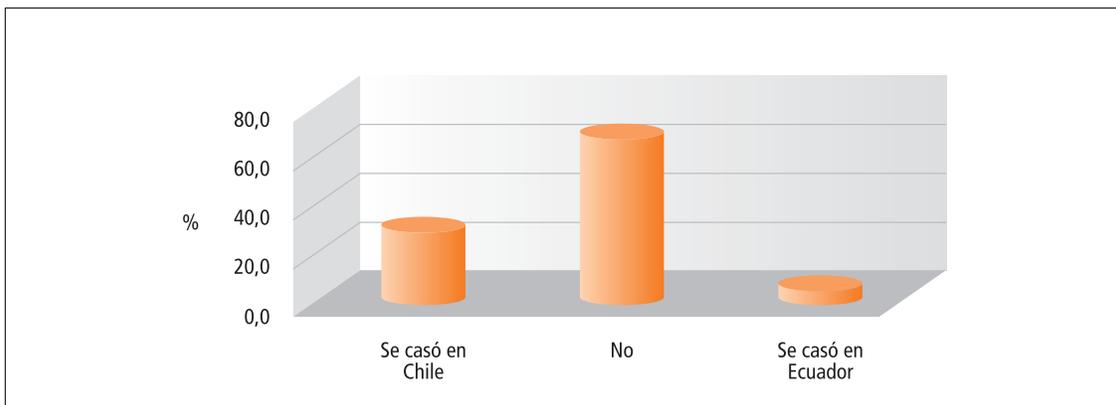
Fuente y elaboración: FESALUD, 2006/2007

CUADRO 30:
MATRIMONIOS DE MÉDICOS ECUATORIANOS QUE MIGRARON A CHILE POR PROVINCIAS ECUADOR 2007

PROVINCIAS	MATRIMONIOS			Total	Porcentaje
	Se Casó en Chile	No	Se casó en Ecuador		
Guayas	3	10	1	14	36,8
Azuay	6	5	1	12	31,6
Manabí	2	10	0	12	31,6
Total	11	25	2	38	100,0
Porcentaje	28,9	65,8	5,3	100	

Fuente y elaboración: FESALUD, 2006/2007

GRÁFICO 28:
MATRIMONIOS DE MÉDICOS ECUATORIANOS QUE MIGRARON A CHILE POR PROVINCIAS. ECUADOR 2007



Fuente y elaboración: FESALUD, 2006/2007

3. INFORMACIÓN DE MÉDICOS EMIGRANTES QUE REGRESARON A ECUADOR

Obtener información representativa de los médicos ecuatorianos que habiendo emigrado a Chile retornaron posteriormente a Ecuador rebasó ampliamente los alcances y posibilidades del estudio, puesto que resultaba muy difícil establecer un método sistemático de información a este respecto. Por dicha razón se debió conformar una muestra propositiva de médicos en tal situación, a quienes se pudo contactar

durante el período de recolección de información, en las 3 provincias estudiadas; Guayas, Manabí y Azuay. Con esta precaución se presentan los siguientes resultados.

3.1 Caracterización general

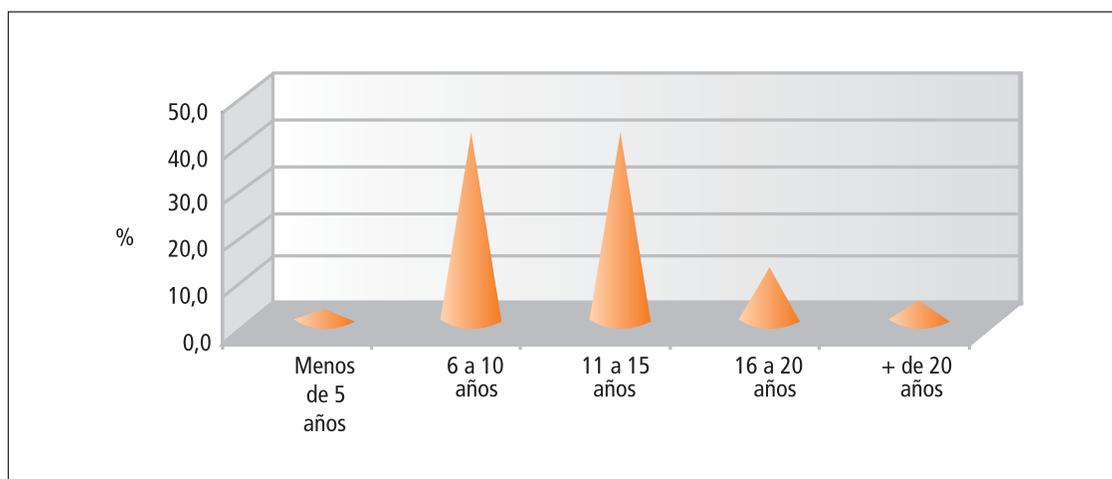
La mayor parte de médicos que ejercieron en Chile y retornaron a Ecuador (cuadro 31) se graduaron en dos períodos; entre 1991 y 1995, y entre 1996 y 2002, con similares porcentajes (41%), en tanto 18% lo hicieron antes del año 1990.

CUADRO 31:
ANTIGÜEDAD DE GRADUACIÓN DE MÉDICOS MIGRANTES QUE RETORNARON ECUADOR 2007

Médicos que retornaron	ANTIGÜEDAD DE GRADUACIÓN					Total
	Menos de 5 años	6 a 10 años	11 a 15 años	16 a 20 años	+ de 20 años	
Número	0	7	7	2	1	17
Porcentaje	0,0	41,2	41,2	11,8	5,9	100

Fuente y elaboración: Fesalud, 2006/2007

GRÁFICO 29:
ANTIGÜEDAD DE GRADUACIÓN DE MÉDICOS MIGRANTES QUE RETORNARON ECUADOR 2007



Fuente y elaboración: FESALUD, 2006/2007

La mayor parte migró hace 6-10 años (cuadro 32), lo que ligado al tiempo de graduación, presupondría que se trataría de una migración con

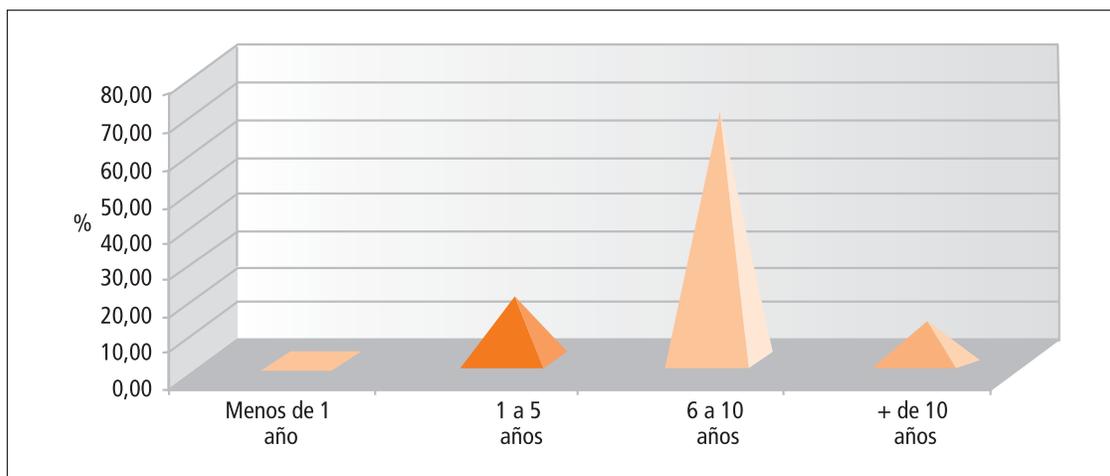
mayor antigüedad, en relación con los médicos que decidieron permanecer en Chile y, al menos por ahora, no tienen intención de volver al país.

CUADRO 32:
TIEMPO DE MIGRACIÓN DE MÉDICOS MIGRANTES QUE RETORNARON
ECUADOR 2007

Médicos que retornaron	TIEMPO DE MIGRACIÓN				Total
	Menos de 1 año	1 a 5 años	6 a 10 años	+ de 10 años	
Número	0	3	12	2	17
Porcentaje	0,0	17,7	70,6	11,8	100

Fuente y elaboración: Fesalud, 2006/2007

GRÁFICO 30:
TIEMPO DE MIGRACIÓN DE MÉDICOS MIGRANTES QUE RETORNARON
ECUADOR 2007



Fuente y elaboración: FESALUD, 2006/2007

Un 82% de los médicos entrevistados trabajaron durante un rango de tiempo de entre 1 a 10 años (cuadro 33), siendo mayoritario (52.9%) el período de 1 a 5 años; por otra parte 41% retornó hace menos de un año y 47% entre 1 a 5 años

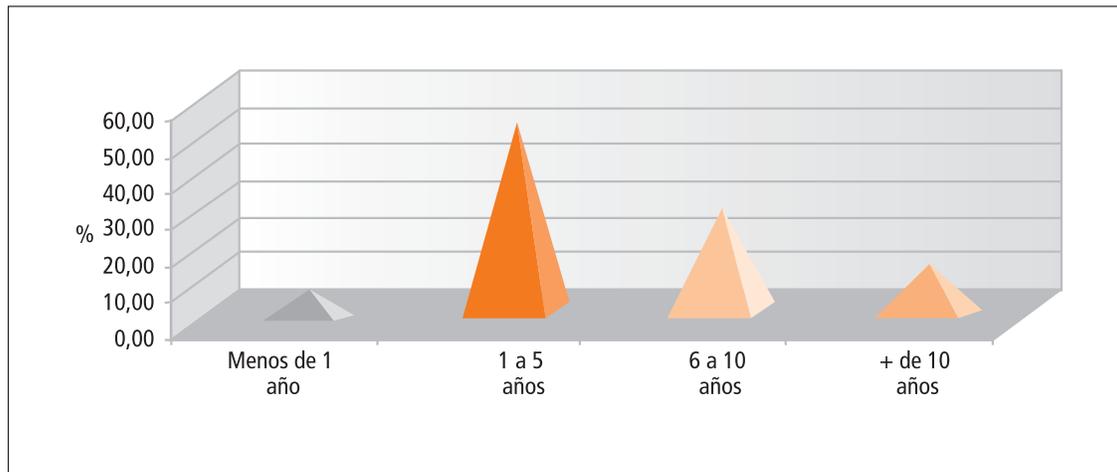
(cuadro 34). Si se recuerda que la mayoría se desplazó hace 6 a 10 años, querría decir que en general permanecieron por un periodo de alrededor de 5 años, tiempo en el que presumiblemente habrían alcanzado sus metas de permanencia.

CUADRO 33:
 TIEMPO DE TRABAJO EN CHILE DE MÉDICOS MIGRANTES QUE RETORNARON
 ECUADOR 2007

Médicos que retornaron	TIEMPO DE TRABAJO				Total
	Menos de 1 año	1 a 5 años	6 a 10 años	+ de 10 años	
Número	1	9	5	2	17
Porcentaje	5,9	52,9	29,4	11,8	100,0

Fuente y elaboración: Fesalud, 2006/2007

GRÁFICO 31:
 TIEMPO DE TRABAJO EN CHILE DE MÉDICOS MIGRANTES QUE RETORNARON
 ECUADOR 2007



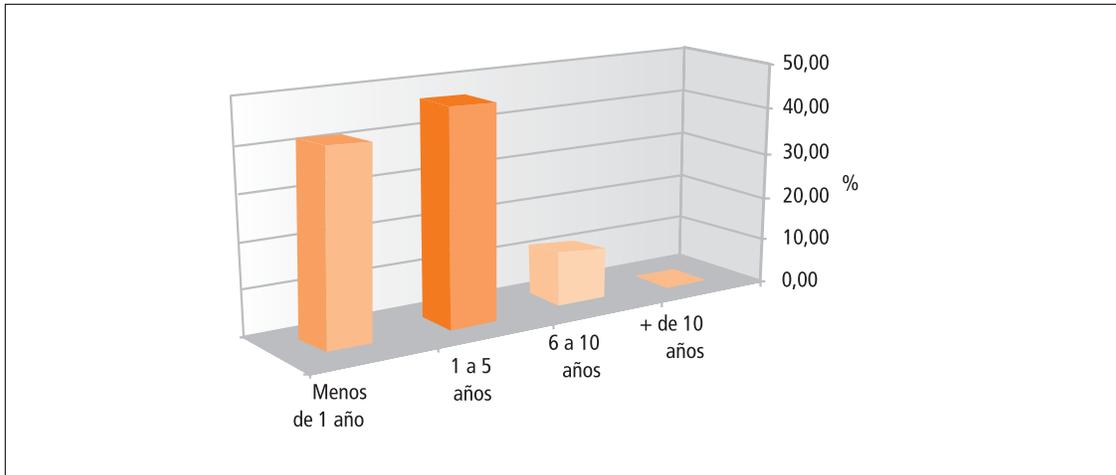
Fuente y elaboración: FESALUD, 2006/2007

CUADRO 34:
 TIEMPO DE RESIDENCIA EN CHILE DE MÉDICOS MIGRANTES QUE RETORNARON
 ECUADOR 2007

Médicos que retornaron	TIEMPO DE RESIDENCIA				Total
	Menos de 1 año	1 a 5 años	6 a 10 años	+ de 10 años	
Número	7	8	2	0	17
Porcentaje	41,2	47,1	11,8	0,0	100,0

Fuente y elaboración: Fesalud, 2006/2007

GRÁFICO 32:
TIEMPO DE RESIDENCIA EN CHILE DE MÉDICOS MIGRANTES QUE RETORNARON ECUADOR 2007



Fuente y elaboración: FESALUD, 2006/2007

3.2 Perfil laboral antes de viajar

El perfil de los médicos entrevistados revela que, a diferencia de los médicos que migraron y se quedaron en Chile, la mayor parte (casi 90%)

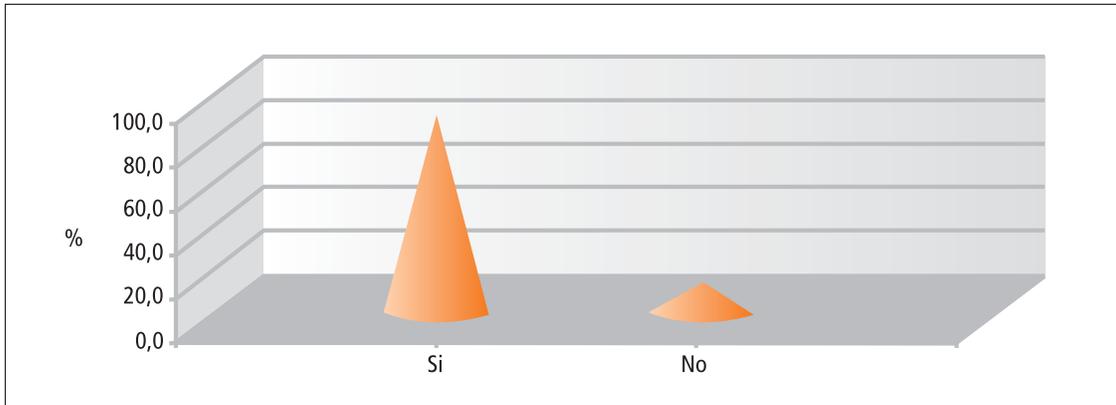
tenía trabajo antes de viajar, en condiciones de estabilidad en un 65% (cuadros 35 y 36). Recuérdese que las cifras para médicos que están en Chile reportaron 64,4% y 43,7%, respectivamente, en estas variables.

CUADRO 35:
CONDICIÓN LABORAL ANTES DE MIGRAR DE MÉDICOS QUE RETORNARON ECUADOR 2007

Médicos que retornaron	TRABAJO		Total
	Si	No	
Número	15	2	17
Porcentaje	88,2	11,8	100,0

Fuente y elaboración: Fesalud, 2006/2007

GRÁFICO 33:
CONDICIÓN LABORAL ANTES DE MIGRAR DE MÉDICOS QUE RETORNARON
ECUADOR 2007



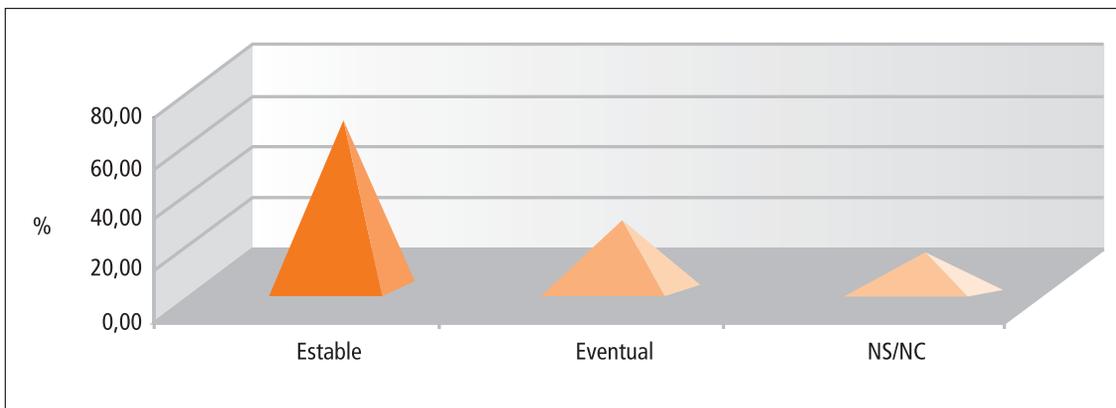
Fuente y elaboración: FESALUD, 2006/2007

CUADRO 36:
ESTABILIDAD LABORAL ANTES DE MIGRAR DE MÉDICOS QUE RETORNARON
ECUADOR 2007

Médicos que retornaron	ESTABILIDAD LABORAL			Total
	Estable	Eventual	NS/NC	
Número	11	4	2	17
Porcentaje	64,7	23,5	11,8	100,0

Fuente y elaboración: Fesalud, 2006/2007

GRÁFICO 34:
ESTABILIDAD LABORAL ANTES DE MIGRAR DE MÉDICOS QUE RETORNARON
ECUADOR 2007



Fuente y elaboración: FESALUD, 2006/2007

3.3 Lugar de trabajo

En lo que tiene que ver con el lugar de trabajo, cerca de un 60% refiere haber estado vinculado al sector privado lucrativo y 35% al sector público, en un patrón que difiere del observado en los médicos que están actualmente en Chile, pues en ellos la ocupación es un poco más alta en el sector público que el privado.

Podría pensarse que una vinculación pública de mayor antigüedad concede mayor estabilidad que en años recientes, en los que por cierto casi no se han realizado creaciones de pue-

tos de trabajo en el sector público y de la seguridad social. De otro lado, el hecho de que la mayoría de médicos emigrantes que retornaron al país hubiese trabajado en el sector privado lucrativo antes de viajar, podría también interpretarse como una insatisfacción laboral con tal vinculación, lo que les habría motivado a desplazarse a Chile.

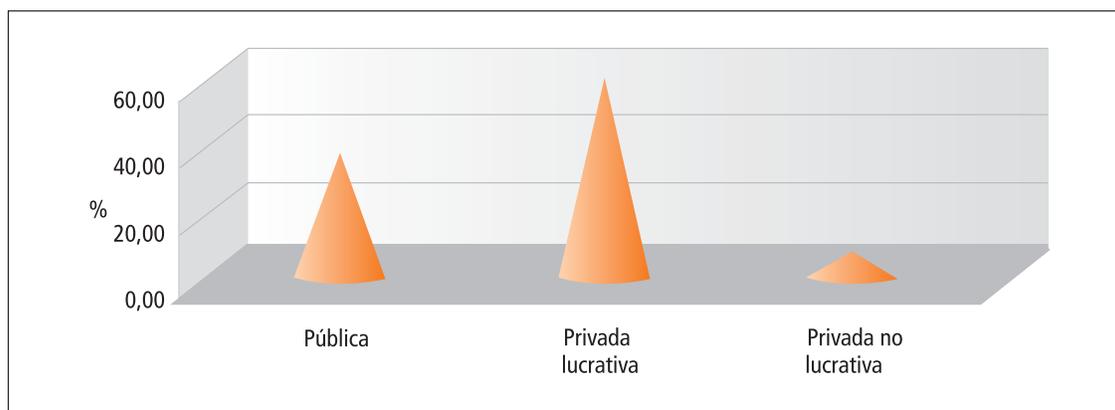
Lo anotado parece ser concordante con el testimonio mayoritario de que "mejorar sus ingresos" fue la causa de su viaje (cuadro 38), aunque aparecen también "razones familiares" seguramente en conexión con el factor económico.

CUADRO 37:
LUGAR DE TRABAJO ANTES DE MIGRAR DE MÉDICOS QUE RETORNARON
ECUADOR 2007

Médicos que retornaron	INSTITUCIONES			Total
	Pública	Priv. Lucrativa	Priv. no lucrativa	
Número	6	10	1	17
Porcentaje	35,3	58,8	5,9	100,0

Fuente y elaboración: Fesalud, 2006/2007

GRÁFICO 35:
LUGAR DE TRABAJO ANTES DE MIGRAR DE MÉDICOS QUE RETORNARON
ECUADOR 2007



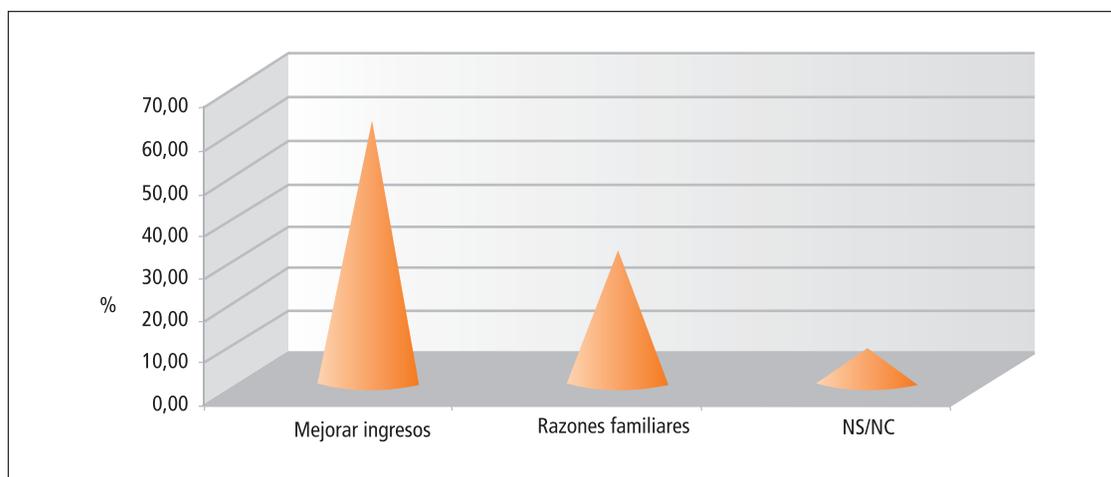
Fuente y elaboración: FESALUD, 2006/2007

CUADRO 38:
CAUSAS DE LA MIGRACIÓN DE MÉDICOS QUE RETORNARON
ECUADOR 2007

Médicos que retornaron	CAUSAS			Total
	Mejorar ingresos	Razones familiares	NS/NC	
Número	12	14	2	28
Porcentaje	64,7	23,5	11,8	100,0

Fuente y elaboración: Fesalud, 2006/2007

GRÁFICO 36:
CAUSAS DE LA MIGRACIÓN DE MÉDICOS QUE RETORNARON
ECUADOR 2007



Fuente y elaboración: FESALUD, 2006/2007

Es pertinente señalar que el total del cuadro 38 no coincide con el del grupo estudiado debido a que se registraron repuestas en los dos sentidos (aspectos familiar y económico).

3.4 Perfil familiar

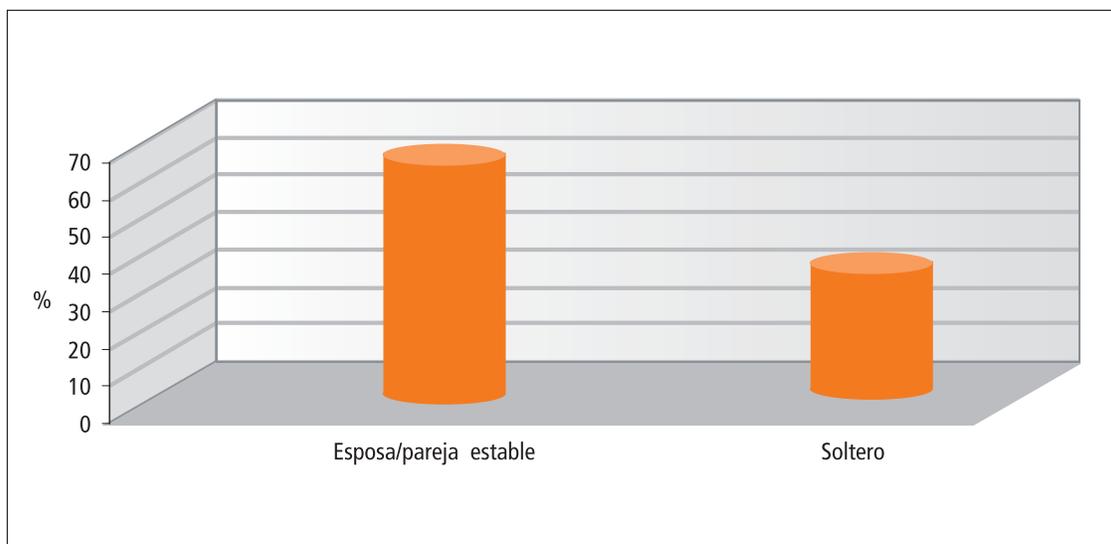
En cuanto a su estado civil (cuadro 39) la mayor parte (65%) eran casados, lo que también marca diferencias con el patrón de médicos que permanecen en Chile, que antes de viajar eran solteros en mayor proporción.

CUADRO 39:
ESTADO CIVIL ANTES DE MIGRAR DE MÉDICOS QUE RETORNARON
ECUADOR 2007

Médicos que retornaron	ESTADO CIVIL		TOTAL
	Esposa/ pareja estable	Soltero	
Número	11	6	17
Porcentaje	64,7	35,3	100,0

Fuente y elaboración: Fesalud, 2006/2007

GRÁFICO 37:
ESTADO CIVIL ANTES DE MIGRAR DE MÉDICOS QUE RETORNARON
ECUADOR 2007



Fuente y elaboración: FESALUD, 2006/2007

3.5 Especialidad médica

El porcentaje de médicos con especialidad en este grupo (cuadro 40) marca una ligera elevación (29,4% vs 17,2%) en relación a los médicos

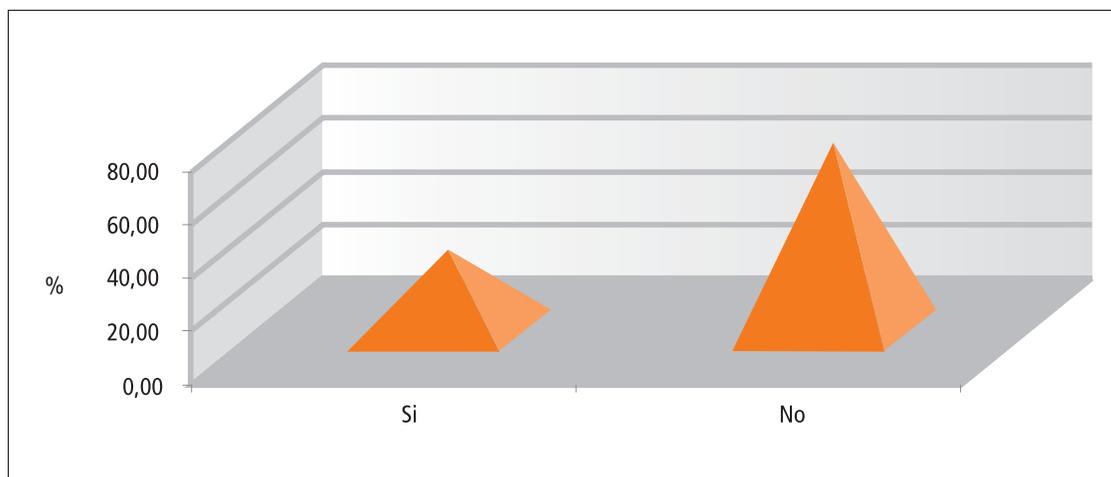
que han permanecido en Chile, lo que reafirmaría la hipótesis de una preferencia por profesionales para Atención Primaria que posiblemente tendrían mejores opciones de estabilizarse en sus cargos y mantenerse en dicho país.

CUADRO 40:
ESPECIALIDAD DE MÉDICOS QUE RETORNARON
ECUADOR 2007

Médicos que retornaron	ESPECIALIDAD		Total
	Si	No	
Número	5	12	17
Porcentaje	29,4	70,6	100,0

Fuente y elaboración: Fesalud, 2006/2007

GRÁFICO 38:
ESPECIALIDAD DE MÉDICOS QUE RETORNARON
ECUADOR 2007



Fuente y elaboración: FESALUD, 2006/2007

3.6 Fuente de información

La información sobre posibilidades de migración la obtuvieron de fuentes semejantes a las reportadas para los médicos que permanecen en Chile, aun-

que se incluyen también respuestas sobre otros medios, como el periódico, sin embargo también las redes informales de información dominan al igual que en el primer grupo estudiado.

CUADRO 41:
FUENTES DE INFORMACIÓN* SOBRE MIGRACIÓN DE MÉDICOS QUE RETORNARON
ECUADOR 2007

Médicos que retornaron	FUENTES DE INFORMACIÓN		
	Profesionales amigos	Internet	Periódico
Número	16	1	3
Porcentaje	94,1	5,9	17,7

*Algunas personas reportaron más de una respuesta, por lo que el total supera el número de entrevistas

Fuente y elaboración: Fesalud, 2006/2007

3.7 Perfil de viaje

Al igual que en el primer grupo, el mayor porcentaje se encuentra en aquellos que les tomó 6 meses o más el viajar. Además, existe mucha

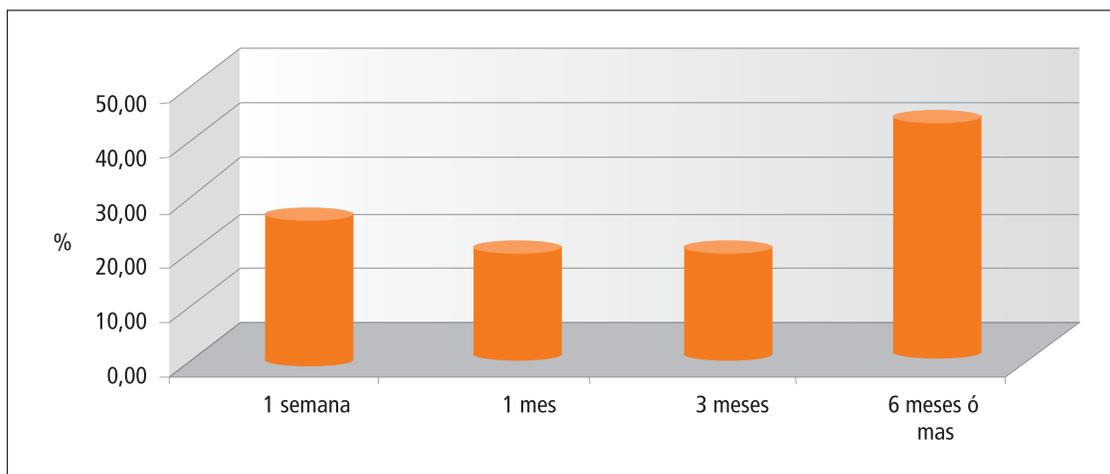
similitud en lo que se refiere a otras características, como inexistencia de contrato en elevada proporción (88%) y viaje en condición de turista (82%), como se puede ver en los cuadros 43 y 44 respectivamente.

CUADRO 42:
TIEMPO HASTA VIAJAR DE MÉDICOS QUE RETORNARON
ECUADOR 2007

Médicos que retornaron	TIEMPO HASTA VIAJAR				Total
	1 semana	1 mes	3 meses	6 meses ó mas	
Número	4	3	3	7	17
Porcentaje	23,5	17,7	17,7	41,1	100,0

Fuente y elaboración: Fesalud, 2006/2007

GRÁFICO 39:
TIEMPO HASTA VIAJAR DE MÉDICOS QUE RETORNARON
ECUADOR 2007



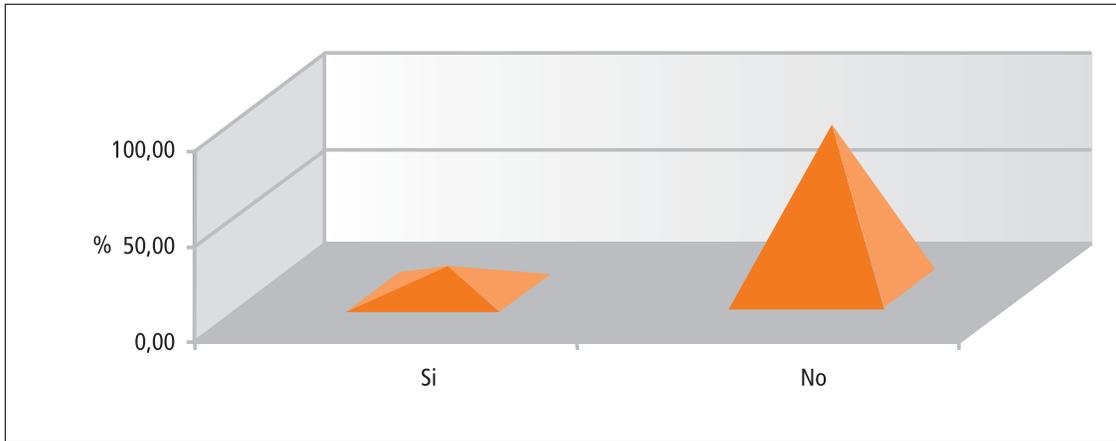
Fuente y elaboración: FESALUD, 2006/2007

CUADRO 43:
CONDICIÓN LABORAL EN QUE VIAJARON LOS MÉDICOS QUE RETORNARON
ECUADOR 2007

Médicos que retornaron	TRABAJO		Total
	Si	No	
Número	2	15	17
Porcentaje	11,8	88,2	100,0

Fuente y elaboración: Fesalud, 2006/2007

GRÁFICO 40:
CONDICIÓN LABORAL EN QUE VIAJARON LOS MÉDICOS QUE RETORNARON
ECUADOR 2007



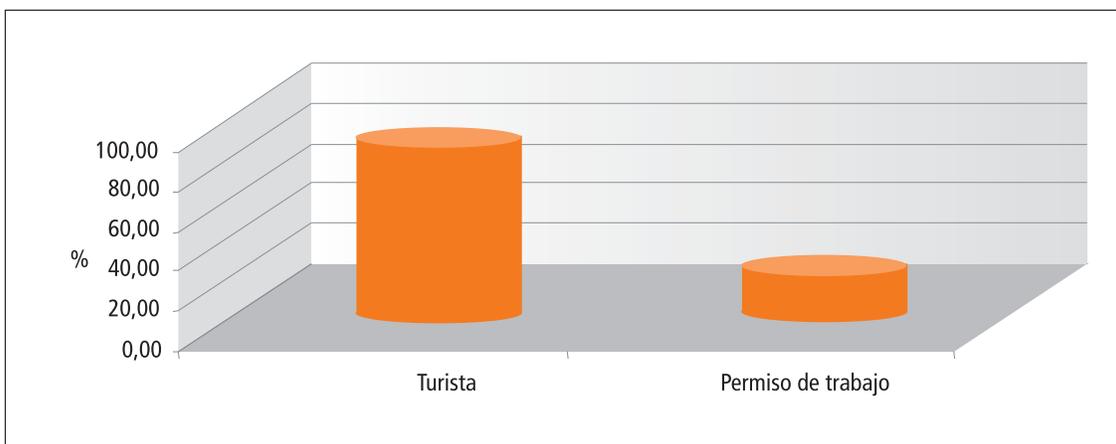
Fuente y elaboración: FESALUD, 2006/2007

CUADRO 44:
CONDICIÓN EN QUE VIAJARON LOS MÉDICOS QUE RETORNARON
ECUADOR 2007

Médicos que retornaron	CONDICIÓN DE VIAJE		Total
	Turista	Permiso de trabajo	
Número	14	3	17
Porcentaje	82,4	17,7	100,0

Fuente y elaboración: Fesalud, 2006/2007

GRÁFICO 41:
CONDICIÓN EN QUE VIAJARON LOS MÉDICOS QUE RETORNARON
ECUADOR 2007



Fuente y elaboración: FESALUD, 2006/2007

Por otro lado, llama la atención que el mayor porcentaje viajó solo a pesar de estar casado como

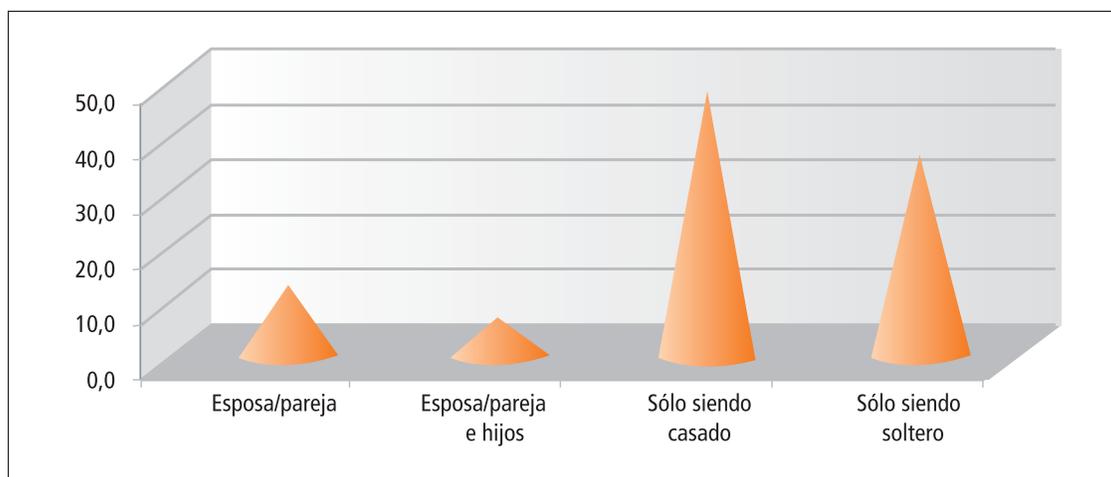
se puede apreciar a continuación:

CUADRO 45:
CONDICIÓN FAMILIAR EN QUE VIAJARON LOS MÉDICOS QUE RETORNARON ECUADOR 2007

Médicos que retornaron	CONDICIÓN FAMILIAR				Total
	Esposa/pareja	Esposa/pareja e hijos	Sólo siendo casado	Sólo siendo soltero	
Número	2	1	8	6	17
Porcentaje	11,8	5,9	47,1	35,3	100,0

Fuente y elaboración: Fesalud, 2006/2007

GRÁFICO 42:
CONDICIÓN FAMILIAR EN QUE VIAJARON LOS MÉDICOS QUE RETORNARON ECUADOR 2007



Fuente y elaboración: FESALUD, 2006/2007

3.8 Lugar y condiciones de trabajo

Un aspecto interesante previamente analizado es el referido al lugar de trabajo. Se confirma a Santiago como el lugar mayoritario de destino laboral, los médicos ecuatorianos trabajan en comunas periféricas, ubicadas en municipios tales como El Monte, Conchalí, San Joaquín, Cerro Nauca y Puente Alto, entre otros, confirmando lo conocido previamente, en el sentido que ocupan plazas de trabajo en el primer nivel de atención que, por lo visto, no resultan atractivas para profesionales chilenos.

Todos llegaron a trabajar, la gran mayoría (82%) en un período corto, menor a 2 meses, tiempo menor al que necesitaron médicos que permanecen en Chile (a decir de sus familiares entrevistados). Por la información obtenida, tal parecería, entonces, que los médicos que retornaron al Ecuador posiblemente viajaron con la decisión tomada de permanecer un tiempo y luego retornar, es decir su retorno no habría obedecido a falta de oportunidades de trabajo.

La intensidad de su trabajo fue elevada pues, el 88% laboraba 8 ó más horas diarias; tal situación

traduciría tanto demandas propias de empleadores, como una posible voluntad de exigirse al máximo en procura de mayores ingresos. Tal presunción podría tener correspondencia con el monto salarial mensual reportado, en el orden preferente de 1.000 a 2.000 dólares, monto mas bien discreto si se toma en cuenta el elevado costo de vida en Chile, pero a la vez susceptible de ahorro (reportado en una proporción del 82%) seguramente con privaciones, pero en todo caso comparativamente mejor a las restrictivas condiciones imperantes en

Ecuador. El hecho de que 53% de los médicos enviase dinero a sus familiares podría ser un dato confirmatorio de la interpretación realizada.

En lo que respecta a problemas de adaptación, las respuestas son coincidentes en relación al primer grupo de estudio, en el sentido de que, no se registraron problemas en la mayoría de casos (cuadro 46) aunque un 29,4% de profesionales mencionaron dificultades "en alguna medida" en la relación con los pacientes.

CUADRO 46:

PROBLEMAS DE ADAPTACIÓN DE LOS MÉDICOS QUE RETORNARON ECUADOR 2007

Médicos que retornaron	PROBLEMAS DE ADAPTACIÓN		Total
	Si	No	
Número	3	14	17
Porcentaje	17,7	82,3	100,0

Fuente y elaboración: Fesalud, 2006/2007

CUADRO 47:

PROBLEMAS DE ACEPTACIÓN DE LOS MÉDICOS QUE RETORNARON ECUADOR 2007

Médicos que retornaron	PROBLEMAS DE ACEPTACIÓN			Total
	Si	En alguna medida	No	
Número	1	5	11	17
Porcentaje	5,9	29,4	64,7	100,0

Fuente y elaboración: Fesalud, 2006/2007

4. RESULTADOS OBTENIDOS EN COHORTES COMPARATIVAS

A continuación se presenta información obtenida de promociones antiguas y recientes de médicos con la intención de comparar aspectos de interés de las promociones en las que se conoció que un número significativo de médicos habían viajado a Chile.

La mayor migración proporcionalmente hablando proviene de Manabí y Azuay por lo que se esco-

gieron promociones de dichas provincias, con la salvedad de que en la primera, donde los egresos son recientes, se seleccionaron promociones iniciales, en que se conoció viajaron pocos médicos. En el caso de promociones "recientes" se seleccionaron cohortes de Manabí y Guayas.

Las preguntas estuvieron referidas, fundamentalmente, al tiempo que demoraron médicos de cohortes antiguas y recientes en obtener empleo estable, sobre la hipótesis de que en

años anteriores tal condición laboral podría haberse obtenido con mayor facilidad que en promociones recientes.

Se indagó también la intencionalidad de ejercer fuera del Ecuador; en tal caso se podría prever que médicos con mayor antigüedad no habrían considerado mayoritariamente tal opción, toda vez que les habría sido más fácil obtener trabajo en el país, a diferencia de médicos de reciente titulación.

Finalmente se buscaba también obtener información sobre conocimiento de colegas que

hubiesen viajado a Chile, como dato referencial informativo.

4.1 Cohortes comparativas antiguas

Como se desprende del cuadro 48, un 63.8% obtuvo trabajo estable en un tiempo menor a 6 meses; de ellos un apreciable 23.2% lo obtuvo en menos de 1 mes, lo que, corroboraría la presunción de mayor acceso a mercado laboral de promociones antiguas, aunque de todas formas también un 17% habría demorado más de 1 año en hacerlo.

CUADRO 48:

TIEMPO PARA OBTENCIÓN DE TRABAJO ESTABLE DE COHORTE COMPARATIVA ANTIGUA DE MÉDICOS ECUADOR 2007

PROVINCIAS	TIEMPO PARA OBTENCIÓN DE TRABAJO ESTABLE						Total
	< de 1 mes	1 a 3 meses	4 a 6 meses	7 meses a < 1 año	> de 1 año	NS/NC	
Azuay	13	8	8	3	10	8	50
Manabí	3	4	8	1	2	1	19
Total	16	12	16	4	12	9	69
Porcentajes	23,2	17,4	23,2	5,8	17,4	13,0	100,0

Fuente y elaboración: Fesalud, 2006/2007

Asimismo conforme a lo previsto, una proporción mayoritaria (70,4%) reportó no haber tenido intenciones (o considerarlo sólo como una posibilidad) de ejercer fuera del país (no necesariamente sólo en Chile). De todos modos el

29,6% restante si tuvo tales intenciones. En este caso, como razones para no haberlo concretado se mencionaron aspectos como: "falta de recursos económicos" y "razones familiares", fundamentalmente.

CUADRO 49:

INTENCIÓN DE EJERCER FUERA DEL PAÍS DE DE COHORTE COMPARATIVA ANTIGUA DE MÉDICOS ECUADOR 2007

PROVINCIAS	Sí seriamente	Como posibilidad solamente	No nunca lo consideró	Total
Azuay	10	6	34	50
Manabí	11	3	7	21
Total	21	9	41	71
Porcentajes	29,6	12,7	57,7	100,0

Fuente y elaboración: Fesalud, 2006/2007

Finalmente resulta interesante anotar que el 100% de médicos encuestados de Manabí confirmó conocer de compañeros que ejercen en el exterior, mientras que una proporción bastante menor (45%) reportó tal hecho en Azuay, donde se contactó con médicos egresados hace más de 20 años.

4.2 Cohortes comparativas recientes

Por razones de eficiencia se estudió una promoción de fácil acceso en Guayas, correspondiente al año 1994, y otra más reciente (2000) en Azuay. Contra lo esperado la mayor parte de médicos reportaron tener trabajo estable, aunque cierta-

mente en el caso de Guayas de todas formas han transcurrido ya 12 años desde su graduación. Puede ser indicativo, sin embargo, la confirmación del "pluriempleo" documentado antes en un estudio previo sobre flexibilización (Fesalud, 2003), con la mezcla público privada incluyendo consultorio propio, que presumiblemente refleje necesidades de redondear ingresos antes que formas estables de empleo, propiamente dichas. Las respuestas sobre intencionalidad de viajar no arrojaron tampoco conclusiones significativas. Puede resultar revelador, en todo caso, el hecho de que todos los médicos de Azuay y el 50% de médicos de Guayas reportaron conocer médicos ejerciendo fuera del país, especialmente en Chile.

CUADRO 50:
TRABAJO DE COHORTE COMPARATIVA RECIENTE DE MÉDICOS
ECUADOR 2007

PROVINCIAS	INSTITUCIONES		Total
	Sí	No	
Guayas	164	10	174
Azuay	19	1	20
Total	183	11	194
Porcentajes	94,3	5,7	100

Fuente y elaboración: FESALUD, 2006/2007

CUADRO 51:
LUGAR DE TRABAJO DE COHORTE COMPARATIVA RECIENTE DE MÉDICOS
ECUADOR 2007

PROVINCIAS	INSTITUCIONES				Total
	Pública	Privada	Privada no lucrativa	Consultorio	
Guayas	67	58	9	120	254
Azuay	6	6	5	4	21
Total	73	64	14	124	275

Fuente y elaboración: Fesalud, 2006/2007

5

**INFORMACIÓN OFICIAL SOBRE
MÉDICOS ECUATORIANOS
EJERCIENDO EN CHILE**

1. INFORMACION OFICIAL DEL MINISTERIO DE SALUD DE CHILE

Con posterioridad a la terminación del estudio sobre Migración de Médicos ecuatorianos a Chile y con ocasión del Primer Encuentro Regional "Migración de Recursos Humanos en Salud" realizado en Montevideo, en Septiembre de 2007 - en el que se presentó el estudio ecuatoriano y de otros países - se obtuvo una valiosa información del Ministerio de Salud de Chile sobre profesionales ecuatorianos(as) ejerciendo en dicho país.

Confirmando lo identificado en el estudio, el cuadro 52, evidencia la mayoría absoluta de médicos ecuatorianos ejerciendo en servicios de Atención Primaria de Salud Municipal, en el orden del 74% en relación al total de profesionales extranjeros y casi 60% del total (no solo de APS, cuadro 53). Siendo mucho menor la proporción de enfermeras, de todos modos también constituye el número más alto, en relación al total de profesionales procedentes de otros países.

CUADRO 52:
RECURSOS HUMANOS EXTRANJEROS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL
CHILE - 2007

NACIONALIDAD	MÉDICOS Y ENFERMERAS EN APS 2006			
	MÉDICOS	ENFERMERAS	TOTAL	PORCENTAJE
ARGENTINA	2	2	4	0,48
BOLIVIANA	20	1	21	2,53
BRASILEÑA	0	1	1	0,12
COLOMBIANA	57	1	58	7,00
CUBANA	58	3	61	7,36
ECUATORIANA	592	23	615	74,19
NICARAGÜENSE	1	0	1	0,12
PERUANA	17	20	37	4,46
SALVADOREÑA	1	0	1	0,12
URUGUAYA	26	1	27	3,26
VENEZOLANA	3	0	3	0,36
TOTAL	777	52	829	100,00
PORCENTAJE	93,7	6,3	100,00	

APS: Atención Primaria en Salud

Fuente y elaboración: Ministerio de Salud de Chile, 2007

El cuadro siguiente incorpora a médicos(as) ejerciendo no sólo en Atención Primaria, sino también

en los Servicios de Salud de las regiones de Chile. Se confirma el predominio total de ecuatorianos.

CUADRO 53:
RECURSOS HUMANOS EXTRANJEROS EN SERVICIOS DE SALUD Y ATENCIÓN PRIMARIA
DE SALUD MUNICIPAL. CHILE - 2007

NACIONALIDAD	PROFESIONALES EN SERVICIOS DE SALUD Y ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD			
	SERVICIOS DE SALUD	APS	TOTAL	PORCENTAJE
ALEMANA	7	2	9	0,6
ARGENTINA	29	4	33	2,3
BOLIVIANA	85	21	106	7,5
BRASILEÑA	5	1	6	0,4
CAMERUNENSE	2	0	2	0,1
CANADIENSE	2	1	3	0,2
CHINA	3	0	3	0,2
COLOMBIANA	44	58	102	7,2
CUBANA	44	61	105	7,4
DOMINICANA	1	0	1	0,1
ECUATORIANA	224	615	839	59,1
ESPAÑOLA	6	3	9	0,6
ESTADOUNIDENSE	4	0	4	0,3
FRANCESA	4	0	4	0,3
NICARAGÜENSE	2	1	3	0,2
PANAMEÑA	1	0	1	0,1
PERUANA	63	37	100	7,0
SALVADOREÑA	0	1	1	0,1
RUSA	4	4	8	0,6
UCRANIANA	3	1	4	0,3
URUGUAYA	37	27	64	4,5
VENEZOLANA	10	3	13	0,9
TOTAL	580	840	1420	100,0

APS: Atención Primaria en Salud

Fuente y elaboración: Ministerio de Salud de Chile, 2007

El cuadro 54, finalmente identifica los principales destinos de trabajo en los Servicios de Salud, confirmándose que las comunas periféricas de

Santiago de Chile, constituyen los principales destinos de trabajo para los médicos extranjeros, en general, y de ecuatorianos, en particular.

CUADRO 54:
DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS HUMANOS EXTRANJEROS POR SERVICIOS DE SALUD. CHILE – 2007

	Servicios de Salud	Prof. Extranjeros Leyes 19664	Porcentaje Total
ARICA	1.036	7	0,68
IQUIQUE	1.244	14	1,13
ANTOFAGASTA	1.971	34	1,62
ATACAMA	1.451	2	0,14
COQUIMBO	2.794	21	0,75
VALPARAÍSO SA	3.535	36	1,02
VIÑA QUILLOTA	4.014	11	0,27
ACONCAGUA	1.811	14	0,77
O'HIGGINS	3342	30	0,90
MAULE	4.508	3	0,07
CONCEPCIÓN	3.939	1	0,03
TALCAHUANO	1.772	0	0,00
ARAUCO	799	2	0,25
ÑUBLE	2.492	10	0,40
BIO BIO	1.903	4	0,21
ARAUCANIA NORTE	1.334	3	0,22
ARAUCANIA SUR	3.494	12	0,34
VALDIVIA	2.196	4	0,18
OSORNO	1.377	0	0,00
LLANCHIPAL	2.401	0	0,00
AYSEN	1.003	4	0,40
MAGALLANES	1.102	0	0,00
M. NORTE	3.887	63	1,62
M. CENTRAL	4.425	40	0,90
M. ORIENTE	4.847	78	1,61
M. OCCIDENTE	4.766	71	1,49
M. SUR	4.390	45	1,03
M. SURORIENTE	3.224	65	2,02
TOTAL	75.057	572	0,76

Nota: Los 8 extranjeros que no figuran en este resumen corresponden a 6 profesionales de la Ley 18834 con desempeño en la subsecretaría de Salud Pública y 2 del CRS Cordillera.

Fuente y elaboración: Ministerio de Salud de Chile, 2007

La información gentilmente proporcionada por delegados del Ministerio de Salud de Chile que asistieron al evento mencionado, proporciona una base objetiva que confirma la elevada migración de médicos ecuatorianos a dicho país. A la cifra de 839 médicos registrados, en todo caso, debería agregarse un número no cuantificado, de médicos que habiéndose iniciado en servicios de Atención Primaria, realizaron especializaciones en diversas áreas y se incorporaron a unidades especializadas del MINSAL y otras instituciones

y/o a la práctica privada, a través del sistema provisional. No sería entonces, aventurado proponer que una cifra de alrededor de 1.500 médicos ecuatorianos estarían ejerciendo en Chile.

La información sumariamente revisada, entonces, constituye un elemento adicional para documentar de mejor forma el fenómeno, y sus implicaciones en los países de origen y destino, aspecto sobre el que sería de interés profundizar a futuro.

6

PROBABLES EXPLICACIONES

1. EL ÉXODO DE MÉDICOS ECUATORIANOS A CHILE: EN BUSCA DE EXPLICACIONES

Dentro de los objetivos del estudio se contempló analizar posibles causas de la migración de médicos ecuatorianos a Chile que, según estimaciones, alcanzaría cifras de entre 1.500 y 2.000 profesionales; proporción significativa en relación a los 22.167 médicos (INEC, 2004).

Se realizaron diversos análisis relativos tanto a la evolución de la ocupación médica en el país - en el contexto general de la situación de personal de salud, en su conjunto - como a la estimación cuantitativa de personal médico que se inserta o no en el mercado laboral. Se incluye al final una mirada en prospectiva a lo que puede darse con la anunciada incorporación de 4.500 nuevas plazas para el Ministerio de Salud, en el marco del decreto de emergencia sanitaria dispuesta por el gobierno en funciones²⁸.

Para partir de una estimación inicial del número de médicos existentes en el país, se ha tomado la cifra oficial de INEC de 1980, que situaba en 6.342 el número de dichos profesionales; si se agrega una estimación general de 1.000 nuevas incorporaciones de graduados por año (Merino, 2002) querría decir que en la actualidad se estaría bordeando los 30.000 médicos en Ecuador, considerando un aproximado grueso de 3.000 profesionales ejerciendo o estudiando en el exterior.

1.1 PERSPECTIVA DE LA FUERZA DE TRABAJO DE SALUD EN ECUADOR

En este contexto, conviene una visualización global de cómo se ha comportado el mercado laboral en salud en el país, en los últimos 25 años.

El cuadro 55 permite apreciar un incremento sostenido de recursos humanos en salud, pero en mayor grado del personal médico; efectivamente mientras el personal de salud, en conjunto, creció 2.4 veces entre 1980 y 2004; la razón se sitúa en 3.5 veces para los médicos, aclarando que se trataría de recursos humanos que trabajan en el sector (INEC Anuario de recursos y actividades de salud), quedando fuera por tanto una proporción no establecida de grupos sin empleo, entre los que estarán con seguridad profesionales médicos.

Una primera aproximación a la magnitud del desempleo médico podría derivarse del dato oficial (INEC) del número de médicos obtenido en el censo de 1.990, de 15.737 profesionales (Patiño, OPS 2003) y contrastarlo con el dato de médicos ocupados en el mismo año (INEC) de 9.785.

Más allá de las posibles inexactitudes de la información, que podría subestimar, por ejemplo, médicos ejerciendo en el amplio abanico privado, o por el contrario podría dejar de considerar el hecho conocido de que un profesional desempeñe más de una posición, especialmente en el "mix" público-privado, las cifras, que se manifestarán también en otras estimaciones realizadas, parecen confirmar un desempleo creciente de médicos en Ecuador, que condicionaría la decisión de ejercer fuera del país, en este caso en Chile, por las facilidades consignadas anteriormente.

28 Presidencia del Economista Rafael Correa Delgado.

CUADRO 55:
RELACIÓN POBLACIÓN / PERSONAL MÉDICO Y DE SALUD
ECUADOR 1980 – 2004

	AÑOS			
	1980	1990	2000	2004
Total población	8'123.354	10'547.318	12'156.608	13'026.890
Total personal de salud	31.293	48.226	66.743	73.615
Total médicos	6.342 (20.3%)	9.785 (20.3%)	18.335 (27.5%)	22.167 (30.1%)
Tasa médicos por 10.000 hab.	7.8	10.9	15.1	17.0

Hab: habitantes
Fuente: INEC Elaboración: FESALUD

Efectivamente, como se aprecia en el cuadro 56 y aún sin considerar el efecto acumulativo previo de médicos no vinculados al mercado laboral en salud y, por el contrario partiendo de una situación hipotéticamente favorable en 1991, el balance al final de la década de los 90's es claramente deficitario en materia de ocupación médica en Ecuador. La progresión del ejercicio hasta el momento actual, con un comportamiento al menos similar al realizado, ubicaría la situación en términos de mayor gravedad, lo cual ratificaría la premisa de búsqueda de nuevos horizontes frente a la crisis esbozada.

Respecto del número reportado de médicos trabajando a inicios de los 90's conviene recordar que tal etapa coincide con el desarrollo de un programa nacional (Salud Familiar y Comunitaria Integral) que extendió significativamente la cobertura de atención, en un contexto no registrado antes ni reeditado después (estabilidad de un solo Ministro a lo largo de un período de gobierno²⁹) y que ofreció posibilidades de empleo en Atención Primaria de Salud, para un significativo número de médicos y otros profesionales de salud otorgando opciones de trabajo no especializadas para personal en el inicio de su carrera profesional.

Infelizmente la clásica discontinuidad de acciones propia de nuestro subdesarrollo administrativo, como la influencia perniciosa de "políticas"

internacionales de "reducción del tamaño del Estado", habrían de debilitar el programa en años posteriores y condicionarían, como se documentará ampliamente, tanto la especialización médica, como destino manifiesto de los médicos aún en etapas iniciales de ejercicio, como el estancamiento de las oportunidades de empleo en el sector público, especialmente en el Ministerio de Salud y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, a expensas de una desordenada proliferación de oferta privada con casi ninguna regulación estatal.

La observación resulta pertinente si se recuerda que la gran mayoría de médicos ecuatorianos desplazados a Chile, ejercen precisamente en posiciones de atención primaria de salud en zonas rurales y urbano marginales, llenando el vacío dejado por médicos chilenos atraídos por el ejercicio ciudadano/hospitalario y sus ventajas.

La política de salud en dicho país encontró entonces el mecanismo adecuado para asegurar atención universal, eficiente y de calidad en la puerta de entrada a un sistema que colapsaría económicamente, de no existir tal atención. Paradójicamente en Ecuador es justamente la atención de primer nivel la que no se ha desarrollado; nuestros profesionales jóvenes no encuentran opciones para servir a amplios segmentos de población sin atención.

29 Gestión ministerial encabezada por el Dr. Plutarco Naranjo, durante el gobierno del Dr. Rodrigo Borja, de tendencia socialdemócrata.

CUADRO 56:
ESTIMACIÓN DE VINCULACIÓN DE MÉDICOS AL MERCADO LABORAL
ECUADOR 1991 – 2.000

	Médicos incorporados al mercado de trabajo en relación al año precedente	No. estimado de graduados	Vinculación de médicos al mercado laboral
1991	12.205-9.785= 2.420	1.000	1.420 (superávit)
1992	12.853- 12.205=648	1.000	1.068 (superávit)
1993	12.853 – 12.149 = (704)	1.000	636 (déficit)
1994	14.271 – 12.149 = 2.122	1.000	486 (superávit)
1995	15.212 – 14.271 = 941	1.000	545 (déficit)
1996	15.388 – 15.212 = 176	1.000	1.369 (déficit)
1997	15.866 – 15.388 = 478	1.000	1.891 (déficit)
1998	16.588 – 15.866 = 722	1.000	2.169 (déficit)
1999	17.075 – 16.588 = 477	1.000	2.692 (déficit)
2000	18.335 – 17.075 = 1.260	1.000	2.432 (déficit)

Fuentes: INEC; Merino, C. El Talento Humano en los Umbrales del Nuevo Milenio, Ecuador, 2004

Elaboración: FESALUD

(Nota: La estimación se obtuvo a partir de la información oficial publicada en el INEC sobre número de médicos trabajando en diversas instituciones públicas y privadas; partiendo de 1991 (es decir ignorando posibles déficits acumulados de años precedentes) en que se registraron 12.205 médicos en tal situación y restando de los 9.785 médicos que estuvieron ocupados en el año 1990 se obtendría un superávit teórico de 2.420 médicos que se vincularon al mercado; si a tal número se resta el estimado de nuevas incorporaciones de médicos graduados en 1991 se obtendría un saldo favorable de 1.420 posiciones que se agregan a la cifra obtenida mediante proceso semejante en el siguiente año y en los sucesivos para estimar saldos que al final del ejercicio de una década reflejaron un balance negativo de puestos de trabajo. Más allá de lo referencial del ejercicio permitiría una aproximación gruesa, basada en cifras oficiales, de la magnitud del desempleo médico en Ecuador).

1.2 PERFIL DE OCUPACIÓN MÉDICA EN ECUADOR

Como se anticipó y puede observarse en el cuadro 57 el perfil de empleo médico en el país evolucionó del médico general al médico especialista, en relación directa con un modelo de atención predominantemente curativo, centrado en el hospital y/o en la consulta privada, como se reflejará más adelante. La perspectiva, en todo caso, dimensiona un progresivo debilitamiento de la atención en el primer nivel

con las consecuencias derivadas de la falta de oportunidad de empleo especialmente para el médico joven que se ve forzado a buscar tempranamente una especialidad, frente a la inexistencia de opciones y la falta de prestigio y posibilidades de desarrollo en servicios primarios de base pública. Adviértase la tendencia decreciente de empleo de médicos generales y médicos rurales, frente a la notable progresión de empleo de especialidades, y al mantenimiento de residencias hospitalarias, en relación directa con dicho incremento.

CUADRO 57:
PERFIL DE OCUPACIÓN MÉDICA
ECUADOR 1980 – 2004

Año	Total médicos	Médicos generales*	Médicos residentes	Médicos rurales	Especialistas
1980	6.342	1.757(27.7%)	834 (13.2%)	1.025(16.2%)	1.859 (29.3%)
1991	12.205	3.112 (25.5%)	1.908 (15.6%)	1.223 (10.0%)	5.962 (48.8%)
2000	15.766	4.276 (27.1%)	2.329 (14.8%)	1.090 (6.9%)	8.071 (51.2%)
2004	22.167	4.611 (20.8%)	2.624 (11.8%)	1.402 (6.3%)	13.530 (61.0%)

Fuente: INEC

Elaboración: FESALUD

*Hasta el año 1980 el INEC los registraba como médicos generales pero posteriormente lo hizo como médicos especialistas en medicina interna; en la práctica la gran mayoría corresponden a médicos generales.

1.3 PERFIL DE OCUPACIÓN MÉDICA EN PROVINCIAS SELECCIONADAS

Sobre la base de informaciones previas y obtenidas durante el estudio se pudo determinar que existían 2 provincias que estaban nutriendo particularmente la migración médica a Chile, de las que se obtuvo la información de médicos que migraron: la provincia del Azuay, ubicada hacia el sur del país, en la zona austral, y la provincia de Manabí, en la costa norte del país. También se conoció de un importante flujo de la provincia costera del Guayas, provincia con la mayor concentración poblacional en Ecuador. En Azuay y Guayas los médicos provenían mayormente de sus respectivas capitales, Cuenca y Guayaquil. En Manabí provenían de

dos ciudades Portoviejo, su capital; y el puerto de Manta.

En este contexto, se conoce y analiza el comportamiento particular del empleo médico en dichas provincias; como referente para comparación se contempló también a la provincia de Pichincha, donde está ubicada la ciudad de Quito, capital del país (cuadros 58, 59 y 60).

Un primer análisis permite apreciar que el ritmo de crecimiento de médicos es comparativamente mayor en provincias “pequeñas” en relación a Guayas y Pichincha, (5 a 3 aproximadamente) lo cual podría condicionar mayores restricciones a la hora de optar por una posición de trabajo.

CUADRO 58:
EVOLUCIÓN DE PERSONAL MÉDICO EN PROVINCIAS SELECCIONADAS
ECUADOR 1980-2004

Provincia	1980	1990	2000	2004
Azuay	368	748	1.527	1.792
Manabí	339	542	1.206	1.701
Guayas	2.073	2.670	4.756	5.431
Pichincha	1.859	2.850	5.346	6.330

Fuente: INEC
Elaboración: FESALUD

En cuanto al tipo de empleo, por especialidad, la tendencia es similar a la observada a nivel nacional, pero con perfiles más acentuados; efectivamente el decrecimiento de médicos rurales entre 1980 y 2004 es más pronunciado en Azuay y Manabí (de 22 y 27% a 6 y 8%, respectivamente); también decreciente - aunque en menor grado - en lo relacionado a médicos generales y claramente en ascenso en médicos especialistas.

Analizar la situación de la medicina rural, a más de 30 años de su inicio, rebasa ampliamente la naturaleza del estudio; no obstante es claro que se requiere de una transformación radical de su concepción y funcionamiento, debiendo vincularse a un sistema de promoción laboral que posibilite la inserción de profesionales a una carrera sanitaria y rompa con lo que ahora representa: ejercicio y remune-

ración por un año sin opción alguna de futuro desarrollo. Tan cierto es esto que, en no pocos casos, los médicos rurales tratan de cumplir su año lo más cerca posible de centros urbanos para procurar acercarse a una especialidad y/o a una vinculación laboral generalmente en el sector privado.

En el caso de Manabí y Azuay, la ocupación de médicos especialistas ascendió de manera pronunciada (7 y 8 veces, respectivamente) encima de lo advertido en Guayas y Pichincha (alrededor de 4 veces). Para lugares con menor población la explosión de especialistas conducirá seguramente a una previsible saturación de mercado con capacidad adquisitiva. Si, por otro lado, las oportunidades de empleo en el sector público escasean se explicaría así el importante éxodo de médicos a Chile desde tales lugares. En el caso de

Guayas en general y la ciudad de Guayaquil, en particular, un importante condicionante es la existencia de una institución no gubernamental la "Junta de Beneficencia del Guayas" que man-

tiene una importante dotación hospitalaria que determina, a su vez, un menor peso específico del Ministerio de Salud y el IESS, en cuanto a oferta de empleo médico.

CUADRO 59:
PERFIL DE OCUPACIÓN MÉDICA EN PROVINCIAS SELECCIONADAS
ECUADOR 1980

Provincia	Total médicos	Médicos generales	Médicos residentes	Médicos rurales	Especialistas
Azuay	368	90 (24.4%)	35 (9.5%)	81(22.0%)	162 (44.0%)
Manabí	339	103 (30.4%)	34 (10.0%)	91 (26.8%)	111 (32.7%)
Guayas	2.073	536 (25.8%)	310 (14.9%)	96 (4.6%)	1.131 (54.5%)
Pichincha	1.859	496 (26.6%)	314 (16.8%)	113 (6.1%)	936 (50.3%)

Fuente: INEC
Elaboración: FESALUD

CUADRO 60:
PERFIL DE OCUPACIÓN MÉDICA EN PROVINCIAS SELECCIONADAS
ECUADOR 2004

Provincia	Total médicos	Médicos generales	Médicos residentes	Médicos rurales	Especialistas
Azuay	1.792	383 (21.3%)	143 (7.9%)	106 (5.9%)	1.160 (64.7%)
Manabí	1.701	440 (25.8%)	151 (8.8%)	133 (7.8%)	977(57.4%)
Guayas	5.431	1.054(19.4%)	742 (13.7%)	243 (4.5%)	3.392 (62.4%)
Pichincha	6.330	953 (15.1%)	891 (14.1%)	123(1.9%)	4.363 (68.9%)

Fuente: INEC
Elaboración: FESALUD

1.4 OCUPACIÓN DE PERSONAL DE SALUD EN SECTORES E INSTITUCIONES

Como parte del ejercicio explicativo de la migración médica a Chile, el estudio analizó también la tendencia de la oferta de empleo en los sectores público y privado del Ecuador, para establecer posibles relaciones entre dicha evolución y el fenómeno investigado. Una primera aproximación, de orden general, visualiza el comportamiento del empleo de la fuerza de trabajo en salud, en su conjunto, y más adelante, en forma particular del personal médico.

Como puede apreciarse en el cuadro 61 es evidente el crecimiento en el sector privado, a mucha distancia de lo que sucede en el sector público que evidencia un claro estancamiento en la oferta de empleo en salud; si se recuerda por otro lado que las condiciones de inequidad, concentración y exclusión, no han variado en el país, con cifras oficiales (INEC, 2006) de más de 40% de pobreza, es claro que tal debilitamiento estatal perjudica directamente a la numerosa población ecuatoriana en tal situación que queda marginada de la atención, o debe recurrir forzosamente a una oferta privada muy heterogénea, con apreciables diferencias de calidad y sin ninguna regulación seria por parte de la autoridad sanitaria.

El personal de salud, en general, y el médico, en particular, frente a la inexistencia de opciones de empleo productivo en el sector público (el MSP crece en solamente un 20%, mientras el IESS se reduce en un 6% en la pasada década) busca insertarse de cualquier forma al sector privado, donde proliferan mecanismos de flexibilización laboral o precarización (FESALUD, 2004) que, en muchos casos, no representan formas de atracción de empleo estable ni satisfactorio, lo que explicaría también la intención de ejercer en otro medio, en mejores condiciones. Este parece ser el caso de los médicos emigrantes a Chile.

Profundizando la situación de oferta laboral médica (cuadro 61), en el Ministerio de Salud, y como se documentará más adelante, el discreto crecimiento porcentual (20%) se compone de puestos de trabajo provisionales (la denomina-

ción es precisamente “contratos ocasionales”) que no ofrecen tampoco garantías laborales.

Un aspecto de análisis complementario se refiere a la dedicación laboral, obtenida como conquista por parte de la Federación Médica Nacional, que, con discutibles argumentos, obtuvo hace poco, el reconocimiento de 4 horas diarias de trabajo como tiempo completo de los médicos, lo que, lejos de ordenar la caótica situación laboral en salud, contribuyó a la “modelación” de una oferta privada sin garantía de calidad que capitalizó el deterioro público institucional y propició formas de multiempleo en nada contributivas al desarrollo médico profesional, como tampoco a una atención de calidad para la población. Tales condiciones reafirmarían el interés por salir del país y ejercer en otro, en procura de mejores condiciones profesionales y de reconocimiento.

CUADRO 61:
OCUPACIÓN DE PERSONAL DE SALUD SEGÚN SECTOR E INSTITUCIONES SELECCIONADAS
ECUADOR 1990-2000

Año	Total personal salud	Sector público	MSP	IESS	Sector Privado	Lucrativo	No lucrativo
1990	48.266	41.218 (85.4%)	22.887 (47.4%)	10.026 (20.8%)	7.008 (14.5%)	5.872 (12.2%)	1.136 (2.4%)
2000	66.743	48.704 (72.9%)	27.633 (41.4%)	9.391 (14.1%)	18.039 (27.02%)	15.505 (23.2%)	2.534 (3.8%)
Variación porcentual	38.3%	18.2%	20.7%	-6.3%	157.4%	164.0%	123%

MSP: Ministerio de Salud Pública; IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Fuente: INEC

Elaboración: FESALUD

CUADRO 62:
OCUPACIÓN DE PERSONAL MÉDICO SEGÚN SECTOR EN INSTITUCIONES SELECCIONADAS
ECUADOR 1990-2004

Año	Total médicos	Sector público	MSP	IESS	Sector Privado	Lucrativo	No lucrativo
1990	9.785	7.872 (80.4%)	3.866 (39.5%)	2.631 (26.9%)	1.913 (19.6%)	1.606 (16.4%)	307 (3.1%)
2000	18.335	9.733 (53.1%)	4.766 (26%)	2.616 (14.2%)	8.602 (46.9%)	7.738 (42.2%)	864 (4.7%)
2004	22.167	10.861 (48.9%)	5.725 (25.8%)	2.767 (12.5%)	11.306 (51.0%)	9.917 (44.7%)	1.389 (6.3%)
Variación 1990/2004	127%	38%	48%	5.2%	491%	517%	352%

MSP: Ministerio de Salud Pública; IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Fuente: INEC

Elaboración: FESALUD

1.5 LA OFERTA INSTITUCIONAL

En correspondencia con lo observado sobre el avance del empleo de médicos especialistas, limitando el acceso a quienes vienen detrás, por una posible saturación de mercado en el sector privado y por el estancamiento de la

oferta pública, aspectos que provocarían “la expulsión” de médicos en el caso de estudio, a Chile, el mosaico de establecimientos de salud en Ecuador confirma el “viraje” de predominio público a privado, con énfasis hospitalario (cuadro 63) y menor participación porcentual del MSP y el IESS.

CUADRO 63:
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SEGÚN SECTOR E INSTITUCIONES SELECCIONADAS
ECUADOR 1980-2004

Año	E. sin internación	MSP	IESS	Privados	E con internación	MSP	IESS	Privados
1980	1.494	853 (57.0%)	344 (23.0%)	88 (5.9%)	272	108 (39.7%)	15 (5.5%)	128 (47%)
1990	2.488	1.260 (50.6%)	894 (35.9%)	124 (5.0%)	404	120 (29.7%)	17 (4.2%)	235 (58.2%)
1995	2.988	1.537 (51.4%)	1.035 (34.6%)	155 (5.2%)	474	124 (26.2%)	18 (3.8%)	297 (62.7%)
2004	3.090	1.606 (51.9%)	968 (31.3%)	192 (6.2%)	700	126 (18%)	19 (2.7%)	512 (73.1%)

E.: Establecimientos

Fuente: INEC
Elaboración: FESALUD

La oferta institucional de empleo médico

En relación directa, con lo señalado, el comportamiento del empleo médico por sectores e instituciones de salud, entre 1990 y 2004, reitera el patrón identificado: ascenso sostenido de empleo

en clínicas particulares, invirtiendo la tendencia de predominio público, observada hace 15 años, y débil crecimiento absoluto, con decremento porcentual del MSP en la oferta pública en establecimientos sin internación, otrora su bastión institucional.

CUADRO 64
OCUPACIÓN DE PERSONAL MÉDICO POR TIPO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
ECUADOR 1990-2004

Años	Total	Con internación Públicos	Clínicas particulares	Sin internación MSP	Sin internación resto
1990	9.785	4.529 (46.3%)	1.519 (15.5%)	1.560 (15.9%)	2.177 (22.2%)
2000	18.335	6.263 (34.2%)	7.317 (39.9%)	2.050 (11.2%)	2.705 (14.8%)
2004	22.167	7.275 (32.8%)	9.441 (42.5%)	2.467 (11.1%)	2.984 (13.5%)

Fuente: INEC
Elaboración: FESALUD

1.6 LAS PERSPECTIVAS DE CAMBIO EN EL SECTOR SALUD EN EL ECUADOR CONTEMPORÁNEO

El advenimiento de un nuevo gobierno, a inicios de 2007, presidido por el economista Rafael Correa, trajo consigo inequívocas intenciones de emprender en profundas transformaciones políticas, económicas y de reordenamiento del estado, con una clara voluntad política por atender los temas sociales, particularmente educación y salud.

Efectivamente, una de las primeras medidas que, en el orden político, el Gobierno impulsó con decisión fue el llamado -contra viento y marea e imponiéndose a sectores políticos tradicionales - a una consulta popular³⁰ que dé paso a una Asamblea Constituyente "de plenos poderes" en la que pueda viabilizarse una Constitución "originaria" al servicio de los intereses mayoritarios del país, revertiendo la tendencia de normativas hasta ahora destinadas a perennizar la dominación política económica de minorías detentadoras de poder.

En lo social un amplio conjunto de medidas de impacto social se tomaron en la temprana fase de gobierno que decurre; se duplicó el bono de solidaridad a favor de personas pobres y discapacitadas, se elevaron las pensiones jubilares, se incre-

mentó el bono para construcción dentro de un ambicioso plan de vivienda popular y se decretaron situaciones de emergencia en salud y educación, para facilitar inversiones en el corto plazo.

En salud, uno de los elementos de mayor expectativa (junto con medidas tales como disponer la eliminación de cobros por consulta externa en los servicios de salud del MSP) ha sido el anuncio de la creación de 4.500 plazas para personal de salud, anhelo largamente acariciado en el sector. La medida se inscribe dentro de una revalorización de la acción pública, medida dotada de plena racionalidad, que enfrenta la tendencia de estancamiento del empleo público. Naturalmente tal acertada decisión deberá enmarcarse dentro de medidas que apunten a mejorar la productividad del recurso humano en salud, ubicando al usuario, a la población, al paciente en el centro de la atención, aspecto que hoy por hoy deja mucho que desear en la práctica cotidiana de muchas instituciones del sector.

Así pues, en este esperanzador marco, se revisará por un lado la situación actual de dotación médica en el MSP (cuadro 65) y luego las proyecciones de requerimiento y dotación de personal, con miras a la mencionada asignación de 4.500 nuevos puestos de trabajo (cuadro 66).

CUADRO 65:
PERSONAL MÉDICO SEGÚN VINCULACIÓN LABORAL* EN EL MINISTERIO DE SALUD
ECUADOR 2007

	Médicos con nombramiento	Médicos con contrato	Total
Ecuador	3.617	443	4.060
Azuay	134	12	146
Manabí	423	4	427
Guayas	663	53	716
Pichincha	848	101	949

*No se incluyen contrataciones con fondos propios de unidades de salud ni modalidades de "riesgo compartido".

Fuente: Departamento RRHH MSP

Elaboración: FESALUD

30 Al cierre de este reporte se produjo una nítida victoria del "sí" en la consulta popular.

CUADRO 66:REQUERIMIENTO DE PERSONAL DE SALUD POR PROVINCIAS, MINISTERIO DE SALUD
ECUADOR 2007

Año	Total nuevos ingresos	Ingresos médicos	Médicos especialistas	Médicos generales	Médicos residentes
Ecuador	4.500	1.602 (35.6%)	626 (13.9%)	714 (15.9%)	262 (5.8%)
Azuay	337 (7.5%)	164 (48.7%)	58 (17.2%)	96 (28.5%)	10 (3.0%)
Manabí	645 (14.3%)	155 (24%)	57 (8.8%)	40 (6.2%)	58 (9.0%)
Guayas	518 (11.5%)	182 (35.1%)	74 (14.3%)	84 (16.2%)	24 (4.6%)
Pichincha	726 (16.1%)	249 (34.3%)	127 (17.5%)	88 (12.1%)	34 (4.7%)

Fuente: Departamento RRHH MSP

Elaboración: FESALUD

En relación con los ingresos proyectados de personal médico al Ministerio de Salud, se destaca su participación porcentual mayoritaria (35.6% del total), seguida de cerca por la asignación de enfermeras (necesidad documentada en numerosos estudios) en el orden del 23%. La asignación es significativa para las provincias de donde proceden numerosos médicos que migran a Chile, aunque nos parece aún inadecuada la relación médicos generales/especialistas con una diferencia mas bien pequeña a favor de los primeros. En todo caso, la asignación comienza a hacer justicia al sector público deliberadamente empequeñecido en los últimos años, esperándo-

se que, superada la etapa de emergencia, se relacione de manera clara la dotación de personal con indicadores de cobertura y protección social que sienten las bases de universalidad de la atención a través de asignación de recursos según territorio y población cubierta solidificando así cimientos firmes de un real Sistema Nacional de Salud que se proyecte a todo la población en plazos debidamente sustentados. Si eso se cumple se multiplicarán las oportunidades de empleo para médicos ecuatorianos, especialmente jóvenes quienes aquilatarán sus opciones de trabajo y servicio en nuestro propio país en bien de nuestra población.

CONCLUSIONES

1. CONCLUSIONES GENERALES

- 1.1 La migración en el Ecuador, es un fenómeno innegable y el personal de salud, en este caso médicos y enfermeras no están al margen. Esto implica una importante pérdida del país pues se comienza a sentir una escasez de este personal en los servicios de salud especialmente en las zonas rurales y urbanas depauperadas. Por otro lado, el país invierte en su formación y no recibe los réditos correspondientes.
- 1.2 Existen problemas de información, pues no se tiene organismos oficiales que den cuenta exacta de la migración de profesionales de la salud, tampoco se tiene un registro nacional de número exacto de profesionales de la salud que trabajan en el país, ni su ubicación laboral, ni otros detalles importantes para una planificación eficiente y eficaz.
- 1.3 Este documento es un avance fundamentalmente cuantitativo de la problemática de la migración del personal de salud, sería interesante seguir investigando y profundizando en el análisis para beneficio del país en general y de los profesionales de la salud en particular, pues las investigaciones que sirvieron de base son de carácter inicial y exploratorio.

2. CONCLUSIONES ESPECÍFICAS

- 2.1 Del estudio denominado "Migración de médicos y enfermeras recién graduados en ciudades seleccionadas" se desprende las siguientes conclusiones:
 - La salida del país de los profesionales jóvenes es evidente pues se tiene que casi 10 de cada 100 profesionales que se graduaron en el 2001 en las Universidades estudiadas en 3 años, ya han salido del país. Por otro lado, son los médicos los que abandonan el país en porcentajes mucho más elevados que las enfermeras, así también son más los hombres que mujeres.
 - La salida del país es más frecuente entre los profesionales que se gradúan en las Universidades privadas y de éstas, los de la Universidad Católica de Cuenca.
 - Una ciudad que se presenta como potencial "exportadora" de población es Cuenca y cuando se analiza la salida de personal de salud se ve que el porcentaje es casi el doble que el de Quito.
 - El año de mayor migración fue el 2003, pero en el primer trimestre del 2004 ya se cuentan 6 personas que han salido lo que hace suponer que al finalizar el año se tenga un número mucho más elevado, pues a esto hay que sumar el importante porcentaje de profesionales que tienen ya decidido viajar o están buscando la manera de hacerlo.
 - El país que más profesionales jóvenes ha recibido hasta marzo del 2003, es Estados Unidos, seguido por México y Chile. La causa fundamental de salida del país expresada por los familiares son realizar estudios de postgrado, seguido por la búsqueda de trabajo y mejores posibilidades de remuneración.

- Un trabajo estable y bien remunerado es lo que más detiene a los profesionales jóvenes en el país, además de las oportunidades de capacitación.
- La mayoría de profesionales graduados en el 2001 que trabajan lo hacen en hospitales y clínicas en calidad de médicos residentes o enfermeras registradas y todavía son pocos los que trabajan fuera del área (Hay que recordar que esta investigación terminó en Abril de 2004).

2.2 Del estudio de "Migración de médicos ecuatorianos a Chile" se obtienen las siguientes conclusiones:

- Sobre el perfil de médicos migrantes ecuatorianos a Chile se visualiza un período que comprende los últimos 10 años en el que se ha intensificado el fenómeno; la procedencia de profesionales incluye Manabí, en un primer momento, con egresados de universidades de dicha provincia, cuyos procesos formativos datan también de alrededor de una década, así como de la Universidad de Guayaquil, y de la provincia de Azuay en períodos más recientes. Por las indagaciones realizadas parece que el fenómeno no es significativo para la provincia de Pichincha.
- La demanda de empleo médico foráneo en Chile está estrechamente relacionada con la atención básica de salud en establecimientos de primer nivel, el perfil de médico(a) migrante es de un(a) profesional joven, con pocos años de egresamiento, sin especialidad, soltero(a) o en estadio inicial de conformación familiar. El mecanismo de obtención de información sobre la posibilidad de migrar se obtiene a través de redes de amistad y el viaje se realiza en períodos cortos, en condición de turista, para legalizar después su situación en Chile.
- Un aspecto que ha favorecido el desplazamiento de profesionales a Chile es la existencia de un convenio de reconocimiento de títulos profesionales expedido en Ecuador, lo que facilita notablemente el traslado.
- Una alta proporción de médicos que viajan no retornan al país. La situación parece explicarse por las favorables condiciones de estabilidad, salario y reconocimiento en su trabajo en Chile, claramente beneficiosas en relación con lo que podrían tener en Ecuador, donde es alta la probabilidad de desempleo o subempleo, con formas de precarización o trabajo en negro que han caracterizado a una desregulada oferta privada que se ha disparado en los últimos 15 años en el país.
- El estudio documentó la tendencia del empleo médico en Ecuador, desde 1980, habiéndose encontrado un estancamiento evidente del empleo público, de mano con concepciones dominantes de reducción del tamaño del Estado, impulsadas por organismos financieros internacionales. Se registró también el mantenimiento de un enfoque hospitalario, que limita grandemente las posibilidades de empleo médico, con limitada inversión en atención primaria de salud, salvo un período de inusual estabilidad ministerial, entre 1988-1992, cuando se impulsó fuertemente un modelo de salud familiar y comunitaria integral que posteriormente se discontinuó.
- Existe una tendencia creciente sostenida hacia una desordenada y no planificada especialización y subespecialización médica - con costos e incertidumbres asociadas - frente a las cuales resultaba atractiva la opción de ejercer profesionalmente en Chile.

RECOMENDACIONES

En el marco del documentado fenómeno de escasez de profesionales de salud en países desarrollados y la consiguiente absorción de recursos de países de menor desarrollo, es altamente recomendable que se creen fuentes sistemáticas de registro de migraciones profesionales a otros países. El caso de enfermeras, es particularmente necesario, por lo crítico.

La migración de médicos y otros profesionales de salud debe conducir también a un análisis "a lo interno" del país, tanto para tomar cursos de acción que aprovechen en Ecuador el calificado recurso que se ve obligado a viajar, como para procurar posibles acuerdos de compensación con países de destino, en este caso Chile, (por ejemplo a través de acciones de formación, educación, transferencia tecnológica, acuerdos de investigación científica, etc.) beneficiados por la inversión nacional en formación de recursos.

Naturalmente es determinante la necesidad de que se otorguen opciones de trabajo para Atención Primaria de Salud en Ecuador, necesidad inaplazable si se recuerda el muy escaso avance de cobertura con este tipo de servicios y el inalterable elevado porcentaje de personas y familias sin atención.

Resulta expectante, en este contexto, el nuevo rumbo político adoptado por el Gobierno que inició funciones en Enero de 2007, con una clara decisión política de incrementar la inversión social y fortalecer la presencia de lo público institucional. La reciente decisión de crear 4.500 puestos de trabajo en el Ministerio de Salud (primero a través de contratos temporales y luego de posiciones estables) ofrece una preciosa oportunidad para universalizar en períodos más bien cortos la atención primaria de salud como parte del anhelado proceso de universalización de atención de salud.

Tal anhelo, no obstante, solo será posible si se visualiza y adopta de una vez por todas, un real Sistema Nacional de Salud y se emprende en un decidido proceso de fortalecimiento institucional de salud, severamente deteriorado en los últimos años. El reforzamiento de lo público ha de ser comprendido como una profunda transformación de su accionar que coloque inequívocamente el servicio a la población en el centro de su quehacer.

Finalmente, en la necesidad de documentar con mayor detalle el proceso migratorio a Chile, es altamente recomendable y seguramente mucho más factible, completar la fase de este estudio en el país de destino, donde podrá establecerse con mayor precisión la dinámica cuantitativa y cualitativa del proceso estudiado, las repercusiones institucionales, así como las posibilidades de lograr acuerdos beneficiosos bilaterales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Delanyo, D. y Nyonator, F. Migration by Graduates of the University of Ghana Medical School: A Preliminary Rapad Appraisal.
2. El Comercio. Sección D, Vida Diaria.
3. INEC, Instituto Nacional de Estadística y Censos: VI Censo Nacional de Población y V de Vivienda.
4. INEC, Instituto Nacional de Estadística y Censos: Censo Nacional de Población y Vivienda. Manual del Empadronador para capacitación. Ecuador 2001.
5. INEC, Instituto Nacional de Estadística y Censos: Encuesta Anual de Recursos y Actividades de Salud. Año 1980. Ediciones INEC Quito - Ecuador.
6. INEC, Instituto Nacional de Estadística y Censos: Encuesta Anual de Recursos y Actividades de Salud. Año 1990. Ediciones INEC Quito - Ecuador.
7. INEC, Instituto Nacional de Estadística y Censos: Encuesta Anual de Recursos y Actividades de Salud. Año 2000. Ediciones INEC Quito - Ecuador.
8. INEC Instituto Nacional de Estadística y Censos: Encuesta Anual de Recursos y Actividades de Salud. Año 2004. Ediciones INEC Quito - Ecuador.
9. Kapur 2001; Bhagwati, y Partington 1976. EN: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Sobre Desarrollo Humano 2001. Impuesto a las especialidades perdidas. Recuadro 4.7. Ediciones Mundi-Prensa 2001, México 2001.
10. LACHSR, CONARHUS, CONASA, OPS/OMS, FESALUD: Estabilidad y Remuneraciones: el personal de salud del Ecuador a inicio del siglo XXI. AH Editorial. Marzo 2004. Quito, Ecuador.
11. CEPAR: ENDEMAIN 2004, Informe preliminar. Ediciones CEPAR. Enero 2005 Quito, Ecuador.
12. CONASA, CONARHUS, ORHUS-E, OPS/OMS, Merino, C. El Talento Humano en los Umbrales del Nuevo Milenio. Datos básicos de formación y distribución de personal de salud. Ecuador 1981-2001. 1ra. Edición. Junio 2004.
13. CONASA, Consejo Nacional de Salud: Comunicar - Revista Ecuatoriana de Salud. Plan Decenal de Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud del Ecuador 2006-2015. Imprenta Avilés. Octubre 2006 Quito - Ecuador.
14. Ministerios del Frente Social, Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador. Versión 3.5, Ecuador, 2002.
15. Ministerio de Salud Pública: Sistema Regionalizado de Servicios de Salud. Cuarta Edición. Comunicarte, Agosto 1999. Quito, Ecuador.
16. Ministerio de Salud Pública. Proceso de Gestión de Recursos Humanos: Estadísticas del Personal de Salud de la Ley Orgánica de Servicio Civil y Carrera Administrativa. Marzo 2006. Quito, Ecuador.

17. Ministerio de Salud Pública: Requerimiento de Recurso Humano para el Ministerio de Salud Distribuido por Provincias. Marzo 2006 Quito, Ecuador.
18. OPS, Organización Panamericana de la Salud, Ecuador: Recursos Humanos en Salud en el Ecuador. Ediciones OPS. Septiembre 1993. Quito, Ecuador.

ANEXO 1

ASPECTOS METODOLÓGICOS

**MIGRACIÓN DE MÉDICOS Y ENFERMERAS RECIÉN GRADUADOS
EN CIUDADES SELECCIONADAS DEL ECUADOR**

Los principales objetivos, la metodología y el instrumento de recolección que se utilizó en el trabajo sobre “Migración de médicos y enfermeras recién graduados en ciudades seleccionadas”, se presenta a continuación.

OBJETIVO GENERAL

Lograr una aproximación cuantitativa a la problemática de la migración del talento humano en salud, médicos y enfermeras, que recién han obtenido su título profesional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer los porcentajes de migración al exterior de los profesionales médicos y enfermeras recién graduados y ver sus diferencias tanto por universidad pública o privada en la que se formaron como por las ciudades donde realizaron sus estudios.
2. Averiguar si existen diferencias en el comportamiento considerando el sexo de los profesionales que han migrado al exterior.
3. Saber cual es el destino más frecuente de los profesionales de la salud, médicos y enfermeras recién graduados que han migrado y las razones de su viaje.

4. Conocer las probabilidades de migración de los profesionales médicos y enfermeras recién graduados que permanecen en el país.
5. Comprender las razones que los profesionales médicos y enfermeras recién graduados tienen para quedarse en el país.
6. Indagar las razones por las cuales quisieran migrar los profesionales médicos y enfermeras recién graduados que aún permanecen en el país.

METODOLOGÍA

La unidad de observación para esta investigación son los médicos y enfermeras recién graduados de las universidades del país.

Para la selección se consideró la universidad de la que proceden de ahí que en primer lugar se tomó al total de establecimientos que tienen ya graduados en medicina y enfermería, pues se conoce la creación de más universidades que tienen estas carreras desde el año 2001 por lo que aún no tienen profesionales graduados.

En el siguiente cuadro se puede apreciar la distribución de universidades que forman a médicos y enfermeras, por regiones y sectores público y privado:

CUADRO 1:

NÚMERO DE UNIVERSIDADES SEGÚN CARRERAS EN SALUD QUE BRINDAN POR REGIÓN Y SECTOR. ECUADOR 2.001

REGIÓN CARRERAS / SECTOR	SIERRA			COSTA			TOTAL
	Público	Privado	Total	Público	Privado	Total	Total
MEDICINA	3	3	6	3	1	4	10
ENFERMERÍA	7	2	9	5	1	6	15
TOTAL	10	5	15	8	2	10	25

Fuente: CONASA, CONARHUS, ORHUS-E, Merino, C. El Talento Humano en los Umbrales del Nuevo Milenio.
Elaboración: Merino, C.

En la **sierra**: las tres universidades del sector **público** que forman médicos son: Universidad Central de Ecuador, Universidad de Cuenca y Universidad Nacional de Loja y las del sector privado son la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Universidad San Francisco de Quito y Universidad Católica de Cuenca. En el caso de las universidades del sector público que forman enfermeras son las mismas que las que lo hacen para los médicos más la Universidad Estatal de Bolívar, Universidad Técnica del Norte, Universidad Técnica de Ambato, Universidad Nacional de Chimborazo y las del sector privado son las mismas que forman médicos excepto la Universidad San Francisco de Quito que no ofrece esta carrera.

En la **costa** las tres universidades que forman médicos y enfermeras del sector público son la Universidad Estatal de Guayaquil, Universidad Técnica de Manabí y la Universidad Laica Eloy Alfaro, a estas se suman la Universidad Técnica de Babahoyo y la Técnica de Machala solo en el caso de las enfermeras. Por otra parte, la única del sector privado que forma este personal es la Universidad Católica de Guayaquil.

Para el año 2001, se tuvo un total de 929 médicos y de 455 enfermeras graduados(as) (total 1.384) a nivel nacional. La distribución por Universidad consta en el siguiente cuadro:

CUADRO 2:
NÚMERO DE MÉDICOS Y ENFERMERAS GRADUADOS EN EL 2001 EN TODAS LAS UNIVERSIDADES DEL PAÍS, DISTRIBUIDOS POR SEXO

UNIVERSIDAD	MÉDICOS			ENFERMERAS		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
CENTRAL DEL ECUADOR	138	128	266	4	136	140
SAN FRANCISCO DE QUITO	5	2	7			
P.U.CATÓLICA DEL ECUADOR	18	23	41	0	3	3
ESTATAL DE GUAYAQUIL	151	106	264*	0	39	39
CATÓLICA S. DE GUAYAQUIL	57	59	116	2	20	22
DE CUENCA	64	46	110	1	27	28
CATÓLICA DE CUENCA	10	5	15	0	4	4
NACIONAL DE LOJA	30	52	82	2	92	94
TÉCNICA DE MANABÍ	13	15	28	1	17	18
LAICA ELOY ALFARO**	0	0	0	0	0	0
ESTATAL DE BOLÍVAR				2	33	35
TÉCNICA DE BABAHOYO				0	12	12
TÉCNICA DE AMBATO				0	0	0
NACIONAL DE CHIMBORAZO				0	37	37
TÉCNICA DEL NORTE				1	22	23
MACHALA				0	0	0

*El total no es igual a la suma de los dos datos anteriores pues hay 7 personas que a través del nombre no se pudo determinar el sexo.

** En el momento en que se realizó la investigación anterior las promociones de médicos y enfermeras aún no se habían graduado.

Fuente: CONASA, CONARHUS, ORHUS-E, Merino, C. El Talento Humano en los Umbrales del Nuevo Milenio.

A fin de tener casos representativos por sector y ubicación geográfica y teniendo en cuenta los recursos y la disponibilidad de tiempo para este trabajo se selecciona las siguientes ciudades y universidades:

Quito: Universidad Central del Ecuador y Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Ciudad metropolitana que podría tener características similares a Guayaquil en este aspecto.

Cuenca: Universidad de Cuenca y Universidad Católica de Cuenca. Ciudad intermedia de la Sierra, con altos niveles migratorios a nivel general. Podría tener características similares a Loja.

Manta: Universidad Laica Eloy Alfaro, ciudad intermedia de la Costa. Tendría características similares a Portoviejo (la Universidad de Manta no envió el dato de graduados) y podría representar a Machala.

Ibarra: Técnica del Norte, ciudad intermedia de la Sierra, que podría representar a lo que ocurre en Guaranda, Riobamba y Ambato.

Babahoyo quedaría como un caso aparte y que por lo pronto no será considerado en este estudio.

De las tres primeras ciudades se trabajaría con el total de graduados de medicina y enfermería y de la última solo de enfermería.

Se considera para la investigación a los graduados de la promoción 2000-2001, de tal manera de que hayan cumplido con su año rural y estén buscando trabajo o ya estén empleados o hayan migrado inmediatamente de graduados. Son más de 600 profesionales¹ de los cuales el 30% son enfermeras y el porcentaje restante médicos.

Para la recolección de la información se diseñó el instrumento que consta en adjunto. La forma de aplicación del instrumento fue vía telefónica. Para ello se solicitó a las Universidades seleccio-

nadas los listados de los profesionales graduados en el 2001 y sus números telefónicos.

Las Facultades de Medicina y Enfermería de la Universidad Central del Ecuador y las de la Pontificia Universidad Católica entregaron sin mayor dificultad la información solicitada. La Universidad de Cuenca y la Universidad Católica de Cuenca tardaron algo más pero enviaron vía fax las listas de médicos y enfermeras.

Los problemas se dieron la con la Universidad Técnica del Norte que a pesar de la comunicación oficial y de una respuesta positiva del Señor Decano y del Dr. Realpe nunca llegaron las listas y de la Universidad Laica Eloy Alfaro que envió dos listas con las que definitivamente no se pudo trabajar, la primera de la Escuela de Medicina en la que constaban los nombres de los integrantes de los grupos de tesis con el respectivo tema y la segunda de las licenciadas graduados exclusivamente con el número de la cédula de identidad. Se insistió incluso personalmente, a través del Dr. Marco Guerrero Director Ejecutivo del CONASA, para obtener los números telefónicos y a pesar del ofrecimiento del Dr. Andrés Jácome, Decano de la Facultad, hasta el día Viernes 19 de Marzo, los listados no llegaron.

Por tanto, se trabajó con lo obtenido de Quito y Cuenca y por las limitaciones del tiempo se cerró el proceso de recolección de la información. Se realizaron las respectivas llamadas telefónicas y se siguió el siguiente procedimiento:

1. Cuando el profesional estaba en el país se insistía hasta hablar directamente con él incluso llamándole en varias ocasiones y a otros números telefónicos que indicaban las personas que contestaban las llamadas iniciales.
2. Cuando el profesional había salido del país se entrevistaba a la persona que contestaba la llamada si se trataba de un familiar cercano (padres o hermanos) o se pedía hablar con éstos.

¹ No se tiene el número exacto porque la Universidad Laica Eloy Alfaro, en la fecha en que se realizó la investigación, los alumnos de esa promoción aún no se habían graduado.

3. Cuando no contestaba el número telefónico que constaba en la lista se insistía hasta por cuatro ocasiones en horas distintas (mañana, tarde, noche y al día siguiente).
 4. En el caso de números equivocados, se trató de obtener el nuevo número, pero generalmente fue imposible.
 5. Finalmente cuando no se logró hablar con el profesional pero la familia insistía que estaba en el país, se le consideró como residente pero no se llenaron el resto de preguntas.
- El Universo del estudio lo constituyeron 604 profesionales recién graduados. En el siguiente cuadro consta el detalle por universidad y sexo.

CUADRO 3:
NÚMERO TOTAL DE PROFESIONALES CONSIDERADOS EN EL ESTUDIO SEGÚN UNIVERSIDAD, PROFESIÓN Y SEXO
QUITO – CUENCA 2004

UNIVERSIDAD	PROFESION	SEXO	NÚMERO
CENTRAL DEL ECUADOR	MÉDICOS	Hombres	135
		Mujeres	132
	ENFERMERAS	Hombres	4
		Mujeres	134
PONTIFICIA U. CATÓLICA DEL ECUADOR	MÉDICOS	Hombres	15
		Mujeres	17
	ENFERMERAS	Hombres	0
		Mujeres	14
U. DE CUENCA	MÉDICOS	Hombres	65
		Mujeres	46
	ENFERMERAS	Hombres	1
		Mujeres	22
U. CATÓLICA DE CUENCA	MÉDICOS	Hombres	10
		Mujeres	5
	ENFERMERAS	Hombres	0
		Mujeres	4

Fuentes: Listados proporcionados por los respectivos centros universitarios

Elaboración: Merino, C

CONSEJO NACIONAL DE SALUD (CONASA)
COMISIÓN NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD (CONARHUS)
PROYECTO DE MODERNIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (MODERSA)

"OBSERVATORIO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD-ECUADOR"

1. Nombre: _____ 2. Sexo H ()1 M ()2
3. Profesión: Médico ()1 Enfermera ()2
4. Universidad donde se graduó: UCE ()1 PUCE()2 U. Cuenca ()3
UC. Cuenca ()4 U.Laica E.A ()5 U.T Ibarra ()6
5. El profesional reside en el Ecuador Si ()1 No ()2

SI EL (LA) PROFESIONAL VIAJÓ SE PREGUNTA:

6. ¿Cuál fue la fecha aproximada del viaje (mes y año)? _____
7. ¿A dónde viajó? _____
8. ¿Por qué viajó? _____

9. ¿Está trabajando? Si ()1 No ()2 No sabe ()3

10. ¿Si la respuesta es SI, ¿En qué trabaja? _____

MÉDICOS:

- Médico en institución ()1
Médico consultorio particular ()2
Enfermero ()3
Cuidado a domicilio ()4
Otro (especifique) _____ ()5

ENFERMERAS:

- Enfermera registrada ()1
Enfermera práctica ()2
Auxiliar de Enfermería ()3
Cuidado a domicilio ()4
Otro (especifique) _____ ()5

11. Dirección e-mail: _____

SI EL (LA) PROFESIONAL NO VIAJÓ SE PREGUNTA

12. ¿Tiene Usted planes de salir del país en un futuro próximo? Si ()1 No ()2

13. Si la respuesta es Si, ¿Por qué? _____

14. Si la respuesta es No, ¿Por qué? _____

15. ¿Actualmente se encuentra trabajando? Si ()1 No ()2

16. ¿En donde trabaja Usted?

MÉDICOS:

- Médico residente ()1
Médico reemplazos ()2
Médico consultorio particular ()3
Enfermero ()4
Cuidando pacientes a domicilio ()5
Otro (especifique) _____ ()6

ENFERMERAS:

- Enfermera registrada ()1
Enfermera práctica ()2
Auxiliar de Enfermería ()3
Cuidado a domicilio ()4
Otro (especifique) _____ ()5

17. Dirección e-mail: _____

ANEXO 2

ASPECTOS METODOLÓGICOS ESTUDIO DE MIGRACIÓN DE MÉDICOS ECUATORIANOS A CHILE

Los principales aspectos metodológicos que guiaron la investigación sobre la Migración de médicos ecuatorianos a Chile fueron los siguientes:

1. OBJETIVOS

El estudio de migración de médicos ecuatorianos a Chile, comprende dos espacios interrelacionados de investigación, en los países de origen y destino respectivamente.

El estudio en Ecuador se plantea como objetivo general caracterizar, en el país de origen, el perfil y características de médicos migrantes a Chile, sus determinantes y potencial impacto sobre la atención de salud.

Productos esperados

- Marco contextual de Ecuador y del fenómeno general de migración, en las últimas 2 décadas, como antecedentes de la migración médica a Chile.
- Acuerdos jurídicos entre Chile y Ecuador que sustentan la migración profesional médica entre los dos países.
- Matriz de variables de investigación sobre la migración que incluya, al menos, las siguientes:
 - * Estimación del número de médicos ecuatorianos que han intentado migrar y efectivamente han migrado a Chile.
 - * Perfil de médicos que intentaron migrar y efectivamente migraron: edad, origen, centros de formación, tiempo de egresamien-

to, antecedentes de empleo.

* Mecanismos de conocimiento de las posibilidades, requisitos y formas de acceder al trabajo en Chile.

* Razones de "expulsión" de profesionales en Ecuador.

* Razones de atracción de trabajo médico en Chile, expectativas y proyecciones.

* Razones por las que no se concretaron los intentos de migración.

* Impacto actual y proyecciones de impacto de la migración de médicos ecuatorianos a Chile sobre el ejercicio médico en Ecuador y sus repercusiones sobre la atención de salud en el país.

2. METODOLOGÍA

La información para el estudio se obtuvo de fuente primaria, a través de entrevistas realizadas a médicos y/o familiares o informantes calificados cercanos a médicos que migraron o intentaron migrar a Chile. Las fuentes secundarias comprendieron registros de formación de médicos en universidades y colegios médicos provinciales seleccionados del país, así como estadísticas nacionales y/o provinciales sobre recursos humanos de salud. Se incluyeron organizaciones que de manera pública ofertan servicios de intermediación para la obtención de trabajo médico en Chile. El estudio comprendió 2 cohortes; una correspondiente a la década de los años 80 y otra a la década de los 2000.

El siguiente cuadro esquematiza la metodología utilizada para la recolección de información¹:

1 Por las consideraciones realizadas no fue posible, dentro del estudio, realizar una estimación debidamente fundamentada del número de médicos migrantes a Chile, variable originalmente considerada en la investigación.

Fundación Ecuatoriana para la Salud y el Desarrollo / OPS Estudio de Migración de médicos ecuatorianos a Chile. Ecuador 2006 Metodología para la recolección de información según variables				
Variable	Unidad Investigación	Tipo Muestreo	Tamaño estimado Muestra	Técnica recolección
<i>Estimación de número y porcentaje</i>	Departamentos de registro de formación de médicos y Colegios Médicos Provinciales seleccionados. Embajada Chile		3 Facultades de Medicina del país. 2 Colegios Médicos provinciales Embajada y/o consulado de Chile	Entrevista informantes calificados. Revisión de información secundaria
<i>Perfil de migrantes</i>	Médicos, familiares o informantes calificados	Por saturación	A determinar	Aplicación de encuestas o entrevistas
<i>Mecanismos conocimiento sobre migración</i>	Médicos, familiares o informantes calificados Organizaciones de intermediación	Por saturación	A determinar	Aplicación de entrevistas
<i>Razones para migración</i>	Médicos, familiares o informantes calificados	Por saturación	A determinar	Aplicación de entrevistas
<i>Razones no concreción de migración</i>	Médicos que no migraron	Por saturación	A determinar	Aplicación de entrevistas
<i>Impacto sobre ejercicio médico y mercado de trabajo</i>	Registros nacionales de RHUS Federación Médica y Colegios Médicos seleccionados, CONARHUS.		Federación Médica y 2 colegios médicos provinciales	Consultas de registros y entrevistas a informantes calificados
<i>Impacto sobre la atención de salud a nivel local/regional/nacional</i>	Colegios Médicos y Direcciones regionales IESS provinciales de MSP seleccionados		Colegios médicos, direcciones regionales/ Provinciales IESS-MSP de 2 provincias del país con las tasas más altas de migración médica	Consultas de registros, proyecciones, entrevistas a informantes calificados
Elaboración: FESALUD				

Nota ampliatoria a la metodología utilizada

Obtener información sistematizada en Ecuador, de médicos que han migrado a Chile resultó una tarea extremadamente difícil, a la que el estudio procuró aproximarse a través del siguiente proceso metodológico.

1. Selección de universidades formadoras de médicos en provincias en las que se conocía - de manera referencial - se habían pro-

ducido migraciones médicas en proporción considerable. En función de tal criterio se escogieron las Universidades de Cuenca, de la provincia de Azuay; de Manta y Portoviejo, de la Provincia de Manabí y de Guayaquil, de la provincia de Guayas.

2. Identificación de promociones en las que, por investigaciones testimoniales previas, se habían registrado desplazamientos a Chile, con intenciones de ejercicio profesional.

3. Abordaje telefónico de médicos pertenecientes a las promociones seleccionadas, con el fin de conocer los nombres de compañeros(as) que conocían habían migrado a Chile y, a partir de dicha información, contactar a través de la técnica de “bola de nieve” al mayor número posible de familiares de médicos que viajaron y aplicarles la encuesta correspondiente (Formulario 01FM adjunto).
4. El estudio incluyó también una muestra propositiva de médicos que se logró establecer habían migrado a Chile y retornado a Ecuador y aplicarles el formulario 02 MM adjunto. Es pertinente señalar que obtener tal información de manera sistemática es tarea extremadamente difícil, peor aún con las restrictivas condiciones económicas y de tiempo² de la investigación.
5. Finalmente, con fines comparativos, el estudio contactó médicos de promociones de años anteriores, bajo el supuesto que marcarían distancias con promociones recientes, en las que habría un mayor número de migrantes. Se utilizaron los formularios 01-00 y 01-80 también adjuntos.

2 Aún prolongando el tiempo originalmente previsto, atenta la necesidad de obtener información para el estudio.

OPS – FESALUD
ESTUDIO DE MIGRACIÓN DE PROFESIONALES MÉDICOS A CHILE
FORMULARIO PARA FAMILIARES
Formulario 01FM

Nombre del Encuestador: _____ Fecha: _____

1.- Datos de identificación:
Encuesta Número:
1.1.- Nombre y apellido de la persona encuestada:
1.2.- Provincia: _____ Ciudad: _____
1.3.- Relación con el profesional que migró: Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano / a <input type="checkbox"/> Esposo / a: <input type="checkbox"/> Otro ¿Quien? _____
2.- Tiempo de la migración:
2.1.- ¿Sabe usted hace cuánto tiempo migró su familiar (profesional médico)?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es positiva: hace: 1 año <input type="checkbox"/> 1 a 5 años <input type="checkbox"/> 6 a 10 años <input type="checkbox"/> + de 10 años <input type="checkbox"/>
3.- Características antes de la migración:
3.1.- ¿Antes de migrar su familiar (Profesional médico), el tenía trabajo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3.2.- ¿Dónde trabajaba su familiar antes de irse?:
3.3.- ¿Era un trabajo: Estable <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/>
3.4.- ¿Trabajaba en: Institución pública <input type="checkbox"/> Institución privada lucrativa <input type="checkbox"/> Institución privada no lucrativa <input type="checkbox"/> Otra? ¿Cuál? :.....
3.5.- ¿Por qué razón cree usted que su familiar (profesional médico) migró? Por mejorar sus ingresos económicos <input type="checkbox"/> Por mejorar sus perspectivas profesionales <input type="checkbox"/> Por razones familiares <input type="checkbox"/> Otras? ¿Cuáles? :
3.6.- El pariente suyo (profesional médico) que emigró: Tenía esposa /o, o pareja estable: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tenía hijos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuántos: Era soltero / a: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3.7.- ¿El pariente suyo (profesional médico) que migró, tenía especialidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cual?
4.- Características de la migración:
4.1.- ¿Cómo se enteró su familiar de la posibilidad de trabajo en Chile?: Por profesionales amigos <input type="checkbox"/> Por Internet <input type="checkbox"/> Por el periódico <input type="checkbox"/> Por otra forma cual?:
4.2.- ¿Cuánto tiempo demoró desde que se enteró hasta la fecha de viaje?: 1 semana <input type="checkbox"/> 1 mes <input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> 6 meses o más <input type="checkbox"/>
4.3.- ¿Sabe usted si cuándo su familiar migró (profesional médico), el o ella tenían contrato?: Si tenía contrato <input type="checkbox"/> No tenía contrato <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>

4.4.- ¿Sabe usted a qué ciudad de Chile fue a trabajar?:
 Si No
 Ciudad:

4.5.- ¿Sabe cuánto dinero le ofrecieron pagar mensualmente a el o ella (Profesionales médicos):
 Menos de 1.000 USD de 1001 a 2000 USD
 de 2001 a 3000 USD Más de 3.000 USD

5.- Características luego de la migración:

5.1.- ¿El pariente suyo (profesional médico), migró con ?
 Esposa / o, o pareja estable Si No
 Esposa/pareja e hijos Si No
 Viajó sólo(a) siendo casado(a) o en unión estable Si No
 Viajó solo(a) siendo soltero Si No
 No sabe, no contesta:

5.2.- ¿Si no viajó con la familia su pariente (profesional médico)?
 El o ella envían dinero: Si Cuanto aproximadamente?: No
 No sabe, no contesta:

5.3.- ¿Sabe usted si su pariente (profesional médico) viajó:
 Como turista Si No
 Con permiso de trabajo Si No
 No sabe, no contesta

5.4.- ¿Sabe usted cuánto tiempo estuvo su pariente sin trabajo en Chile?
 Menos de un mes 1 a 2 meses 3 a 4 meses + de cinco meses

5.5.- ¿Sabe usted si su pariente (profesional médico) tuvo problemas de aceptación de los pacientes?
 Si tuvo problemas
 No tuvo problemas
 No sabe, no contesta

5.6.- ¿Conoce usted si su familiar ha comprado algún bien inmueble en el Ecuador con ahorros obtenidos de su trabajo en Chile?:
 Si compró
 No compró
 No sabe, no contesta

5.7.- ¿Sabe usted si su pariente (profesional médico) ha decidido residir definitivamente en Chile ?
 Si; piensa quedarse en Chile
 No; piensa retornar a Ecuador
 No sabe, no contesta

5.8.- ¿Si su pariente era soltero cuando viajó, sabe usted:
 Se casó en Chile ? Si No

OPS – FESALUD
ESTUDIO DE MIGRACIÓN DE MÉDICOS ECUATORIANOS A CHILE
FORMULARIO PARA PROFESIONALES QUE RETORNARON
Formulario 02 MM

Nombre del Encuestador: _____ Fecha: _____

1.- Datos de identificación:	
Encuesta Número:	
1.1.- Nombre y apellido de la persona encuestada:	
1.2.- Provincia:.....	Cantón:.....
Parroquia:.....	Ciudad:.....
Dirección:	
1.3.- Hace cuanto tiempo se graduó de médico / a: Promoción año:	
Se graduó hace: Menos de 5 años <input type="checkbox"/>	de 5 a 10 años <input type="checkbox"/>
De 16 a 20 años <input type="checkbox"/>	Mas de 20 años <input type="checkbox"/>
de 11 a 15 años <input type="checkbox"/>	
2.- Tiempo de la migración:	
2-1.- ¿Hace cuanto tiempo usted migró a trabajar en Chile?: Hace: 1 año <input type="checkbox"/> 1 a 5 años <input type="checkbox"/> 6 a 10 años <input type="checkbox"/> + de 10 años <input type="checkbox"/>	
2-2.- ¿Cuánto tiempo trabajó en Chile? 1 año <input type="checkbox"/> 1 a 5 años <input type="checkbox"/> 6 a 10 años <input type="checkbox"/> + de 10 años <input type="checkbox"/> Finalmente no logró trabajar en Chile <input type="checkbox"/>	
2.3.- ¿Cuántos años está nuevamente en Ecuador? 1 año <input type="checkbox"/> 1 a 5 años <input type="checkbox"/> 6 a 10 años <input type="checkbox"/> + de 10 años <input type="checkbox"/>	
3.- Características antes de la migración:	
3.1.- ¿Antes de migrar usted tenía trabajo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
3.2.- ¿Dónde trabajaba antes de irse?:	
3.3.- Era un trabajo: Estable <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/>	
3.4.- Trabajaba en: Institución pública <input type="checkbox"/> Institución privada lucrativa <input type="checkbox"/> Institución privada no lucrativa <input type="checkbox"/>	
3.5.- ¿Por qué razón migró? Por mejorar sus ingresos económicos <input type="checkbox"/> Por mejorar sus perspectivas profesionales <input type="checkbox"/> Por razones familiares <input type="checkbox"/> Otras: ¿Cuáles? :	
3.6.- Cuándo migró: Tenía esposa /o, o pareja estable: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tenía hijos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuántos:	
Era soltero / a Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
3.7.- ¿Cuando migró tenía especialidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cual?	

4.- Características de la migración:	
4.1.- ¿Como se enteró de la posibilidad de trabajo en Chile?: Por profesionales amigos <input type="checkbox"/> Por Internet <input type="checkbox"/> Por el periódico <input type="checkbox"/> Por otra forma cual?:	
4.2.- ¿Cuanto tiempo demoró desde que se enteró hasta la fecha de viaje?: 1 semana <input type="checkbox"/> 1 mes <input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> 6 meses o mas <input type="checkbox"/>	
4.3.- ¿Tenía usted contrato firmado cuando salió del Ecuador?: Si tenia contrato <input type="checkbox"/> No tenia contrato <input type="checkbox"/> No sabe, no contesta: <input type="checkbox"/>	
4.4.- ¿Usted migró con ? Esposa / o, o pareja estable Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Esposa/pareja e hijos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Viajó sólo(a) siendo casado(a) o en unión estable Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Viajó solo(a) siendo soltero Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>	
Usted viajó: Como turista? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Con permiso de trabajo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
5.- Características luego de la migración:	
5.1.- Llegó a usted a trabajar en Chile ? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (Si la respuesta es afirmativa pase a la siguiente pregunta, caso contrario pase a la pregunta 5.13).	
5.2.- Cuánto tiempo pasó en Chile antes que consiguiera trabajo? Menos de un mes <input type="checkbox"/> 1 a 2 meses <input type="checkbox"/> 3 a 4 meses <input type="checkbox"/> + de cinco meses <input type="checkbox"/>	
5.3.-Cuál fue la denominación del trabajo que consiguió?	
5.4.- En qué lugar trabajó? Ciudad..... Comuna..... Municipio..... Región.....	
5.5.- Cuántas horas diarias trabajaba?. Menos de 4 horas <input type="checkbox"/> 4 horas <input type="checkbox"/> 6 horas <input type="checkbox"/> 8 horas <input type="checkbox"/> Más de 8 horas <input type="checkbox"/>	
5.6.- ¿Cuánto le pagaban mensualmente?: Menos de 1.000 USD <input type="checkbox"/> de 1001 a 2000 USD <input type="checkbox"/> de 2001 a 3000 USD <input type="checkbox"/> De 3001 a 4.000 <input type="checkbox"/> Más de 4.000 <input type="checkbox"/>	
5.7.- Tenía capacidad de ahorro ? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>	
5.8.- ¿Mientras estuvo en Chile, enviaba dinero a su familia en Ecuador ?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuánto mensual aproximadamente?: No sabe, No contesta <input type="checkbox"/>	

<p>5.9.- ¿Tuvo problemas de adaptación en Chile ? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe, no contesta: <input type="checkbox"/></p> <p>En caso afirmativo por favor defina el principal problema</p> <p>..... </p>
<p>5.10.- ¿Tuvo problemas de aceptación de los pacientes ? Si <input type="checkbox"/> En alguna medida <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>En caso afirmativo por favor defina el principal problema</p> <p>..... </p>
<p>5.11.- ¿Adquirió usted algún bien inmueble en el Ecuador con ahorros obtenidos de su trabajo en Chile?: Si compró <input type="checkbox"/> No compró <input type="checkbox"/> No sabe, no contesta: <input type="checkbox"/></p>
<p>5.12.- ¿Por qué decidió volver a Ecuador? </p>
<p>5.13.- ¿Cuánto tiempo intentó obtener trabajo como médico(a) en Chile ? Menos de un mes <input type="checkbox"/> 1a 2 meses <input type="checkbox"/> 3 a 4 meses <input type="checkbox"/> + de cinco meses <input type="checkbox"/></p>
<p>5.14.- ¿Por qué cree usted que no le fue posible obtener trabajo como médico (a) ? </p>

OPS - FESALUD
ESTUDIO DE MIGRACION DE PROFESIONALES MEDICOS A CHILE
Formulario 01-00

El formulario 01-00 será aplicado a médicos egresados en la década del 2000 de las Facultades de Medicina de la Universidad de Guayaquil, Cuenca, Manta y Portoviejo.

Una vez definido el listado y número telefónico de los médicos de la promoción, siguiendo las instrucciones del instructivo correspondiente se aplicará la encuesta, con los siguientes contenidos:

Saludo, identificación del (la) investigador(a) y explicación del motivo de la llamada, anticipando que no tomará mas de 3 minutos.

Nombre y apellidos _____

Año de graduación _____

1. *Al momento tiene empleo médico ?*

Si No En caso afirmativo:

2. *Dónde trabaja y cuál es la denominación del puesto ?*

-
- Institución pública Institución privada lucrativa
 ONG o similar Consultorio propio

3. *Ha pensado en ejercer fuera del país?*

- Si, lo estoy considerando seriamente Talvez, como una posibilidad
 No, no la considero como opción No sabe, no contesta

3.1 *En caso afirmativo; ha iniciado alguna gestión en tal sentido ?*

- Si,Cuál? _____
 No, todavía pero pienso hacerla. Posible país de destino? _____
 No sabe, no contesta

4. *Conoce si algún compañero de su promoción ejerce en el exterior?*

Si No En caso afirmativo:

Nombre: _____

No. telefónico o datos para localización: _____

País en el que ejerce: _____

Agradecer y despedirse

OPS - FESALUD
ESTUDIO DE MIGRACION DE PROFESIONALES MEDICOS A CHILE
Formulario 01-80

El formulario 01-80 será aplicado a médicos egresados en la década de los 80's de las Facultades de Medicina de la Universidad de Guayaquil, Cuenca. En las Universidades de Manta y Portoviejo se tomarán las primeras promociones.

Una vez definido el listado y número telefónico de los médicos de la promoción, siguiendo las instrucciones del instructivo correspondiente se aplicará la encuesta, con los siguientes contenidos:

Saludo, identificación del (la) investigador(a) y explicación del motivo de la llamada, anticipando que no tomará mas de 5 minutos.

Nombre y apellidos _____

Año de graduación _____

1. *Qué tiempo le tomó obtener un empleo estable luego de realizar su año de salud rural?*

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de 1 mes | <input type="checkbox"/> Entre 1 y 3 meses | <input type="checkbox"/> Entre 4 y 6 meses |
| <input type="checkbox"/> Entre 7 meses y un año | <input type="checkbox"/> Más de 1 año | <input type="checkbox"/> No sabe, no contesta |

2. *Qué tiempo le tomó instalar su consultorio luego de realizar su año de salud rural? (si aplica)*

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de 1 mes | <input type="checkbox"/> Entre 1 y 3 meses | <input type="checkbox"/> Entre 4 y 6 meses |
| <input type="checkbox"/> Entre 7 meses y un año | <input type="checkbox"/> Más de 1 año | <input type="checkbox"/> No sabe, no contesta |

3. *Pensó alguna vez en ejercer fuera del país?*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Si, lo consideró seriamente | <input type="checkbox"/> Si, pero como una posibilidad solamente |
| <input type="checkbox"/> No, nunca lo consideró | <input type="checkbox"/> No sabe, no contesta |

4. *Si lo considero seriamente, por qué no se concretó tal posibilidad?*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Por falta de recursos económicos | <input type="checkbox"/> Por razones familiares |
| <input type="checkbox"/> Por inconveniencia de la oferta de empleo | <input type="checkbox"/> Otra,Cuál ? _____ |

5. *Conoce si algún compañero de su promoción ejerce en el exterior?*

Si No En caso afirmativo:

Nombre: _____

País en el que ejerce: _____

Agradecer y despedirse



QUITO, NOVIEMBRE 2007