

**MIGRACIÓN INTERNACIONAL Y PROPENSIÓN MIGRATORIA DE
PROFESIONALES DE LA SALUD EN URUGUAY¹**

Julieta Bengochea²

¹ Trabajo presentado en el V Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Montevideo, Uruguay, del 23 al 26 de octubre de 2012”.

² Programa de Población – Facultad de Ciencias Sociales – Universidad de la República:
jbengochea@fcs.edu.uy

RESUMEN

En un contexto internacional de restricción al ingreso de trabajadores inmigrantes en muchos de los países receptores, se mantienen aún políticas que fomentan la recepción de inmigrantes con profesiones y habilidades específicas. Así, la emigración calificada, particularmente el caso del personal de la salud, es crucial en el panorama de la dinámica migratoria actual.

En el caso de Uruguay la emigración se ha constituido en un elemento estructural de la sociedad. Los últimos censos de población han permitido estimar saldos migratorios intercensales negativos. Los emigrantes uruguayos tienen un nivel educativo más alto que el promedio de la población residente en el país y hay una participación alta de profesionales y técnicos entre éstos.

En esta ponencia se presentan los resultados obtenidos de la investigación: “Migraciones de profesionales LA – UE, oportunidades para el desarrollo compartido: Caso de Uruguay”³⁴. El proyecto se realizó entre diciembre de 2009 y diciembre de 2010 y estuvo financiado por la Comunidad Europea (representada por la Comisión Europea) y la Escuela Andaluza de Salud Pública (AESP). La investigación estuvo a cargo del Programa de Población de la UdelaR y tuvo como responsable a la Dra. Adela Pellegrino. El proyecto tuvo como antecedente la investigación realizada en 2007 “Emigración de personal calificado: el caso de los profesionales de la salud formados en Uruguay”⁵ a cargo también del Programa de Población de la UdelaR bajo la

³ Migraciones profesionales LA-UE oportunidades para el desarrollo compartido MIGR/2008/152-804. Comunidad Europea y la Escuela Andaluza de Salud Pública.

⁴ La investigación fue de tipo mixta con una fase cualitativa y otra cuantitativa. La fase cuantitativa consistió en la realización de una encuesta auto administrada por correo electrónico a una muestra representativa de egresados de Medicina y Enfermería en Uruguay entre los años 1999 y 2007. La fase cualitativa consistió en la realización de entrevistas en profundidad a egresados en Medicina y Enfermería así como también a estudiantes próximos a egresar. Se realizó un análisis cualitativo de la propensión migratoria, experiencia migratoria y retorno de egresados y estudiantes próximos a egresar de ambas profesiones; y de la experiencia migratoria de egresados de Medicina uruguayos residentes en España. En este trabajo se presentan los resultados obtenidos a través de la metodología cualitativa.

⁵ En el marco de un convenio realizado con el Ministerio de Salud Pública y el Programa de Población en 2007 se realizó una encuesta autoadministrada (vía correo electrónico) a los profesionales de la salud (Médicos/as, Odontólogos/as y Enfermeros/as) que iniciaron el trámite de homologación del título universitario en el período 2002-2007 con destino a un país extranjero. La muestra no se propuso ser representativa de los profesionales de salud sino que fue realizado entre aquéllos que tenían un propósito de emigrar, aunque finalmente no hayan realizado su proyecto (Koolhaas, Pellegrino y Prieto, 2007).

responsabilidad de la Dra. Adela Pellegrino y los investigadores Martín Koolhaas y Victoria Prieto.

Los resultados nos han permitido comprender sus experiencias migratorias e indagar en la percepción de los encuestados sobre su vida profesional y su propensión a emigrar. Los principales motivos para emigrar se refieren a: bajos salarios, el multiempleo, las jornadas laborales extensas, las jornadas de guardias y el déficit de oferta de especializaciones. La importancia otorgada al plano personal, familia y amigos lleva a que la emigración sea concebida como temporal y con fines concretos de acumulación económica, cultural o académica. Así, la migración de profesionales de la salud presenta la particularidad de su temporalidad y su alto índice y/o intención de retorno.

PRESENTACIÓN

Marco teórico⁶

La migración selectiva de algunas profesiones u oficios determinados es un tema central de las políticas migratorias. A partir de la mitad del siglo XX, la selección de los migrantes se ha convertido en una de las medidas políticas importantes, que ha sido objeto de legislación y de una diversidad de normas en lo relativo a la migración laboral.

Las políticas orientadas al objetivo de poblar, que fueron el *leit motiv* de los países de recepción durante el siglo XIX, se convirtieron progresivamente hacia la búsqueda de trabajadores y profesionales necesarios para la fuerza de trabajo, evitando al mismo tiempo el ingreso de aquellos trabajadores que no tienen esas especializaciones. Es claro que existe una diversidad de situaciones y que el análisis de las políticas requiere estudios caso a caso; por ejemplo, los países que han sido tradicionales receptores de inmigración - EEUU, Canadá, Australia - han mantenido una puerta entreabierta de carácter general. Sin embargo, aún en esos casos, los permisos de ingreso y permanencia han sido progresivamente limitados, orientándose a autorizar la entrada de personas con educación elevada y especializaciones y habilidades precisas.

Con el marco de referencia de la importancia que tiene la disponibilidad de una fuerza de trabajo educada, considerarla como una riqueza básica, la inmigración calificada ha

⁶ Esta sección está basada en el trabajo “Emigración de personal calificado: el caso de los profesionales de la salud formados en Uruguay” (Koolhaas, Pellegrino y Prieto, 2007). Ese documento se enmarcó en el mismo proyecto en que se inscribe esta ponencia.

sido promovida en muchas circunstancias. Durante la década de 1990, algunos países europeos (Francia, Reino Unido, Alemania e Irlanda) estimularon programas de reclutamiento de trabajadores con especializaciones específicas (ejemplos típicos son los programas orientados a reclutar especialistas en informática, médicos, enfermeros y personal de la salud). Más recientemente, con el objetivo definido de paliar las carencias que tienen en su mercado de trabajo y competir en mejores condiciones con los Estados Unidos, los países de la Unión Europea han dispuesto la creación de una tarjeta azul (“blue card”), destinada a autorizar a personal altamente calificado del exterior a trabajar durante un período de dos años en los países de la UE. La “blue card” es análoga a la “green card” que emite el gobierno de los EEUU, aunque esta última no tiene un límite temporal.

En las sociedades de los países desarrollados existen contradicciones y conflictos sustanciales a propósito de la migración internacional. Por razones demográficas y económicas (reducción de la población económicamente activa, envejecimiento de la estructura de edades), la inmigración internacional es para estas sociedades una necesidad. Al mismo tiempo, la conflictividad entre los inmigrantes y las sociedades de acogida, tienen como consecuencia medidas que son cada vez más restrictivas.

En un contexto de crisis económica como la actual, que ha sido considerada global por su alcance universal, las restricciones a la migración internacional han sido prácticamente totales en los países que son receptores, salvo para algunas profesiones consideradas necesarias para el funcionamiento de la sociedad. Dado su situación, estos inmigrantes calificados se han convertido en un grupo privilegiado con respecto al conjunto de los inmigrantes. Su estatus legal, en general, les permite integrarse a la sociedad de recepción sin restricciones y también pueden acogerse a los beneficios que tienen sus ciudadanos en materia de seguridad social y de salud.

La demanda de médicos, enfermeros y en general personal de salud ha hecho que este grupo de profesiones haya sido elegido entre las preferencias en las reglamentaciones inmigratorias de la mayoría de los países desarrollados. En muchos de estos países, la formación de médicos y personal de salud no ha sido suficiente para cubrir las necesidades. Se considera que los cupos determinados por las universidades y escuelas de medicina han sido menores que las demandas de las sociedades actuales. Paralelamente, se están en procesando cambios en la estructura de edades que implican

un crecimiento del número de personas mayores de 65 años, con el consiguiente aumento de ciertas enfermedades crónicas y propias de la tercera edad, fenómenos que tienden a favorecer el incremento de la demanda de personal médico y sanitario (Koolhaas et al., 2007).

Por otro lado, en los países en desarrollo, las condiciones laborales ofrecidas a estos profesionales son en general poco competitivas con las ofertas realizadas en los países desarrollados, tanto en lo que se refiere a los salarios como a la infraestructura y las condiciones de trabajo.

De acuerdo a las estimaciones de la OCDE sobre la migración calificada, en los países avanzados hay un total de 12,9 millones de inmigrantes altamente calificados, originarios de países en desarrollo (Koolhaas et al., 2007). Docquier, Lohest y Marfouk (2005) evidencian como en los países de la OCDE, el stock de inmigrantes calificados aumento en un 64% entre 1990 y 2000 (en Koolhaas et al., 2007).

Diversos estudios plantean que el volumen de los profesionales de la salud es el más importante entre la migración calificada seguidos por el subgrupo de los profesionales de la información y comunicaciones (Docquier y Bhargava, 2006 en Koolhaas et al., 2007)

Cabe destacar que países como el Reino Unido y Canadá esperan un déficit de enfermeras para 2010 de 10% y 33% mientras que la demanda anual de residentes de especialidades medicas en los Estados Unidos supera ampliamente al total de médicos que egresan de sus universidades (VIII Conferencia Iberoamericana de Ministros y Ministras de Salud, 2006 en Koolhaas et al., 2007)

El contexto migratorio en Uruguay

La emigración de la población ha sido considerada como un fenómeno estructural de la sociedad uruguaya. Habiendo sido un país de inmigración desde la Independencia, aproximadamente desde 1960 comenzó a predominar la emigración de población.

El perfil demográfico y socioeconómico de los emigrantes ha sido diferente, en función de los países de destino y también las causas que predominaron en cada período impulsando a parte de la población a emigrar.

Hasta fines del último siglo predominaba la emigración hacia los países fronterizos, con predominio de Argentina como destino. La ciudad de Buenos Aires y su zona de influencia tuvo una importancia grande como lugar de acogida de uruguayos y los censos nacionales argentinos registraron ese fenómeno.

Con respecto a la emigración hacia los países desarrollados, primero fueron los Estados Unidos de América y Canadá que se convirtieron un lugar de destino alternativo (también Australia, donde se alentaron políticas de reclutamiento desde el gobierno) desde la década de 1960 y primeros años de 1970.

La crisis del sistema político y la instauración de una dictadura represiva tuvieron como consecuencia una dispersión de destinos. Por una parte, hubo emigración hacia países que aceptaron refugiados o asilados políticos, con medidas de apoyo hacia los mismos, como Suecia y Francia. Por otra parte, se debe considerar los países cuya legislación apoyaba la recuperación de la ciudadanía de los descendientes de inmigrantes europeos de generaciones precedentes, como Italia y España. También hubo una nueva emigración regional, sobre todo hacia México y Venezuela.

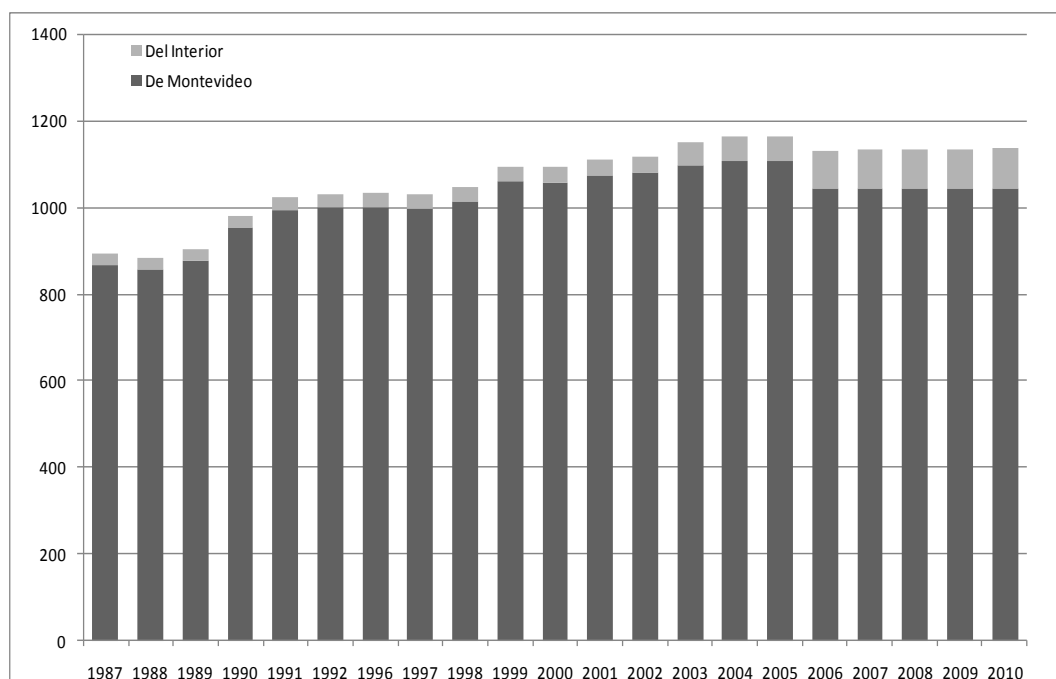
El perfil ocupacional de los emigrantes difiere según sus destinos, aunque en general se puede considerar que su perfil laboral y nivel educativo es superior al de la población residente en Uruguay. Sin embargo en el caso de la emigración uruguaya hacia la Argentina, el perfil educativo y ocupacional es sólo levemente superior al promedio de la población residente en Uruguay. Por el contrario, la emigración insertada en otros países latinoamericanos como Brasil, Venezuela y México así como en Estados Unidos, Canadá y países europeos, es claramente más alto en lo relativo al nivel educativo.

Con respecto a la emigración de personal de salud, tenemos pocos antecedentes de estudios específicos que permitan tener un panorama histórico. Se conocen informaciones que indican que la emigración de enfermeras ha sido importante durante las décadas de 1970 y 1980 hacia Suiza, así como se ha observado la presencia de enfermeras y médicos en los Estados Unidos desde fines de la década de 1960.

El Sindicato Médico del Uruguay (SMU) dispone una serie de datos desde 1985 a 2010 sobre la cantidad de médicos residiendo en el exterior. Dicha información es calculada en base a las estadísticas de ingresos y salidas del padrón médico y representa a casi el 80% de los profesionales médicos que se encuentran registrados en dicho padrón. Como

se observa en el Gráfico 1 el número de egresados de Medicina en el exterior ha aumentado en el periodo 1987 – 2005 y desciende levemente luego de 2005. Para 2010 el total de egresados de Medicina en el exterior es de 1136, de los cuales el 8% son residentes del interior del país y el 92% de la capital.

Gráfico 1. Stock egresados de medicina residentes en el exterior, según área de residencia en Uruguay (1987 – 2010)



Fuente: Datos obtenidos en el SMU

Koolhaas et al. (2007) estimaron que la proporción de médicos uruguayos residiendo en el exterior al año 2006 es de 7,2% (1130 médicos sobre un total de 15700). Esta cifra se asemeja bastante, pero es un poco inferior, a una estimación que señala que el stock de profesionales y técnicos uruguayos emigrados en relación a la población de profesionales y técnicos residentes en Uruguay, es cercano al 10% (Pellegrino, 2006).

Aclaraciones metodológicas

La estrategia del análisis cualitativo consistió en entrevistas en profundidad a egresados y estudiantes próximos a recibirse de medicina y enfermería y egresados de medicina emigrantes en España.

Los objetivos fueron comprender en términos motivacionales la propensión migratoria de egresados y estudiantes próximos a egresar de las carreras de enfermería y medicina en Uruguay a partir de sus propias vivencias.

Se realizaron un total de 19 entrevistas: 10 a egresados de Medicina, 4 a egresados en Enfermería, 1 a Auxiliar de enfermería, 3 a estudiantes de Medicina, 2 a estudiantes de Enfermería y 3 a egresados de Medicina uruguayos residiendo en España.

De este total 9 tienen experiencia migratoria internacional, de los cuales 5 han residido en España entre 5 y 1 año y fue en relación a estudio y especialización. Los 4 restantes son inmigrantes en España y se encuentran trabajando ejerciendo la profesión de Médicos. Del total se identificaron 5 casos con experiencia migratoria interna en el Uruguay.

Si bien se analizaron las entrevistas separadamente según la profesión del entrevistado y su calidad de egresado o estudiante este estudio constató que los ejes centrales donde se vincula la experiencia profesional y la migración son semejantes entre los grupos. En este sentido, el análisis no se presentara por separado aunque se señalizan aspectos particulares para cada caso.

Estructura de análisis

Se identifican tres núcleos centrales a partir del análisis del discurso de los egresados y estudiantes de Medicina y Enfermería.

Estos son:

1. Calidad de vida
2. Desarrollo académico y de estudio
3. Migración
4. Emigrantes: redes e inserción laboral
5. La Medicina y Enfermería en el exterior

El núcleo Calidad de vida se construyó y conceptualizó en relación a la situación actual de los egresados y estudiantes respecto a las condiciones de ejercicio de su profesión. Por otro lado, el núcleo Desarrollo académico y de estudio se refiere a la demanda insatisfecha de estos temas planteada por los egresados y estudiantes, principalmente

aquellos de medicina, presente en Uruguay. Por último, el núcleo Migración vincula los dos anteriores y explica los posibles factores que impulsan la migración de profesionales de Medicina y Enfermería en el país. Estos tres núcleos guían el análisis y la presentación de los resultados.

1. CALIDAD DE VIDA

El tema central de la insatisfacción de los egresados de Medicina y Enfermería del Uruguay con la falta percibida por ellos como Calidad de vida. Este tema aparece en todos los discursos y es a partir del mismo donde se enmarca la migración. Todos los entrevistados comparten la idea de que el egresado de Medicina y Enfermería en el Uruguay poseen una baja calidad de vida.

La percepción de falta de calidad de vida de estos profesionales se va construyendo en los discursos a partir de las siguientes dimensiones: salarios, multi-empleo, jornadas laborales extensas, extensas guardias, y falta de tiempo libre.

Así el concepto calidad de vida es reconstruido a partir de los discursos y es el vínculo entre los entrevistados y la migración.

1.1. Salario

Si bien el salario no es el tema central de insatisfacción éste se encuentra estrechamente relacionado al multiempleo, siendo uno de los puntos centrales de insatisfacción. El poder alcanzar un salario acorde a los requerimientos materiales implica recurrir al multiempleo:

“El tema es la redituabilidad económica, que no se paga lo que se debería pagar. Entonces uno tiene otros trabajos. Si uno tuviera uno y que le paguen bien, sería mejor calidad, del enfermero hacia el paciente, porque psicológicamente no te estresas tanto, que andar corriendo de un lado para el otro”

“... el tema del multi empleo, de que los sueldos son bajos, los médicos tienen multiempleo, laburan en muchísimos lados para poder vivir”

1.2. Multiempleo

El multiempleo es conceptualizado de dos maneras: a) para ganar más o el salario deseado y b) para no perder contactos. Esto fue esbozado tanto por los egresados de Medicina como de Enfermería:

"Soy suplente por todos lados, algunos tengo la titularidad entonces nadie se compromete a darte 50 horas por semana, como nunca sabes cuantas horas te van a dar siempre al llamado tener que tener varios"

"El tema del multiempleo te lleva a un círculo vicioso que, o sea, vivís para trabajar"

"... y yo no lo hacía por la plata tampoco, lo hacía porque como que si te llaman y no estás agarrando, te sentís en falta. Es ese medio de esa inestabilidad que el miedo de que no te vuelvan a llamar y el medio de quedar mal acá o allá"

1.3. Extensas jornadas laborales/ guardias de 24 y más horas

Las consecuencias del multiempleo son dos situaciones concretas: extensas jornadas laborales y extensas guardias. Estas situaciones son planteadas como las más agotadoras y angustiantes.

"... 12 horas y además es re difícil tener un día libre completo... pero 12 horas al cuidado de enfermos no es nada fácil"

"Es horrible. Recién fue este año que empecé a hacer eso, que empiezas a hacer las guardias. Y es como que llegan las 2 de la mañana y que ya ves a un paciente, y ves un paciente que esta infartado y ves un paciente que vino por una celulitis de la mano y como que le das la misma importancia"

Esto influye directamente en la vida personal de los egresados y es un factor de gran insatisfacción.

"... es como un juego agotador que vas agarro un poquito de acá, un poquito allá, otro acá. Eso es agotador. Agotador para tu mente, para todo porque además sentís que no te comprometes con ninguna institución, pero bueno, tampoco puedes..., te dan un poquito de horas de cada

"Me parece que acá la calidad de vida de los médicos, de los médicos jóvenes y de algunas especialidades y nos termina pareciendo normal trabajar en 4 o 5 lugares, nos termina pareciendo normal dormir 3 noches afuera de tu casa. A nosotros lo que nos pasaba con mi marido, cuando tuvimos los hijos, tratábamos de que coincidieran, porque si no eran 4 noches, días tenía el afuera y yo dos o tres. Y cuanto te alejas un poco y lo ves decís "bueno, no, esto no es vida para nadie, nadie puede vivir así, nadie puede criar a sus hijos así"

“No te pagan mucho, tenés demasiada presión por tener tanto, tanta gente a cargo y vos solo. Entonces yo creo que mira, desde mejorar los sueldos, hasta mejorar los horarios de trabajo... Uno el sueldo. Dos, mejorar los horarios. Y mejorar los días de trabajo... Pero, porque no arreglar los horarios de librar dos fines de semana, que te cubra otro compañero y así sucesivamente y pasar un fin de semana con tu familia”

1.4. Otros

Tantos los profesionales de Medicina como de Enfermería plantean que la gerontocracia del sistema de salud es una dificultad para poder ascender y superarse en sus respectivas profesiones. Esto lo plantean tanto egresados como estudiantes, y es entendido como un factor que estanca al profesional.

“A veces el ambiente no es muy lindo, en el sentido de que en Enfermería a veces... no sé si es competencia, por ejemplo nos ha pasado de ir a lugares somos todas jóvenes, yo tengo 21 y me voy a recibir con 21. Llego allá que son todas enfermeras de 50 años y nos ven a nosotros y no quieren que estemos supervisando el trabajo en ese sentido”

“... donde viste acá un jefe de emergencia con 35 años? No existe. Si vos no tenés 60 años nadie te va a nombrar jefe. Y eso esta estudiado, vos rendís cuanto más joven mejor”

Los estudiantes de Medicina entrevistados plantearon la problemática de la conciliación entre el trabajo y el estudio. La extensa carrera en años y horarios complejos dificulta que el estudiante pueda trabajar en tareas no relacionadas a la Medicina. Es recién entre el 7mo y 8vo año de estudio es cuando comienzan las residencias. De 800 cupos para hacer las residencias el MSP sólo le paga a los primeros 300 las horas de residencia.

“Y es una carrea muy larga que vas a empezar a trabajar después de..., entonces mucha gente deja, porque gente que tiene que mantener su casa, no tienen posibilidades de que sus padres les manden plata o lo que sea, no vas a pasar 8 años y medio de tu vida sin trabajar”

Por su parte, los estudiantes y egresados de Enfermería se quejan sobre la falta de conocimiento y reconocimiento de sus tareas y un sistema paternalista en cuanto a la figura del Médicos como un factor de insatisfacción.

En suma, la demanda planteada, principalmente por los egresados de Medicina, es la regularización por parte del Estado del trabajo de los Médicos. La regularización demandada consiste en horarios y días fijos, contratos estables y seguridad social: estar en caja, tener la asistencia médica cubierta y gozar de licencia establecida.

“En Uruguay, haces una guardia y la facturas, nunca vas a ser empleado de una mutua. Siempre estas pagando vos la caja por un lado y que te contraten por un día y nadie se va a hacer responsable de ti. No hay seguridad social para los médicos”

“Para empezar habría que cambiar la legislación, de que es casi ilegal trabajar 24 horas de corrido. Ni te digo la gente que suma 48 o 52 horas. Yo por experiencia te puedo decir que en una guardia, después de ya 10 horas de que estoy ahí, ya no puedo razonar y tengo que seguir”

La conjunción de estos factores: salario, multiempelo, extensas jornadas laborales y guardias junto con otras más particulares componen el concepto de calidad de vida. Para el caso del ejercicio de las profesiones de Medicina y Enfermería en Uruguay carece de las condiciones de una buena *Calidad de Vida*.

2. DESARROLLO ACADÉMICO Y DE ESTUDIO

La falta de un contexto propicio en el Uruguay para la investigación y publicaciones académicas es un motivo declarado para la migración. Principalmente desde los estudiantes y egresados en Medicina que consideran que en Uruguay es muy difícil y caro investigar y el publicar es un requisito imprescindible de reconocimiento académico. Si bien muchos manifiestan un solo interés asistencial del ejercicio de su profesión otros plantean esto como un debe.

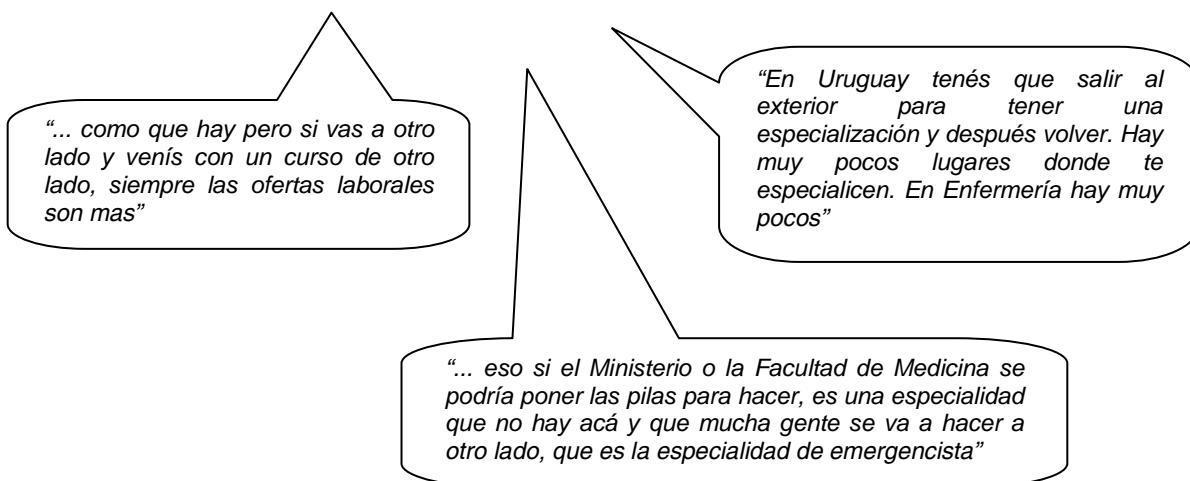
“La investigación en Medicina es re difícil, es algo que no está incluido en la parte curricular, de ninguna residencia, que tendría que ser, para mi opinión, obligatorio”

“... ¿Por qué no tiene publicaciones? Y no es fácil publicar desde Uruguay”

“Y mí servicio, el servicio de neumología, el mío, ellos dicen que es el mejor, uno de los mejores de Europa. Y en mí servicio sí, todos los que están publican como locos. Pero eso sé que en el resto no es así”

“... ahí nosotros almorzando con él y nos empezó a preguntar cuales eran nuestros intereses y si nos interesaba ir a trabajar a su laboratorio... nos dijo: Ustedes mándenme su currículum. Claro, el tema es que nuestro currículum internacionalmente no es nada porque no tenemos ningún paper publicado...”

Por su lado, el déficit en las ofertas de especialización y la limitación en los cupos es un tema planteado tanto por los estudiantes y egresados de Medicina y Enfermería. A esto, se suma la percepción de que un posgrado o especialización en el exterior confiere al egresado un status mayor y una mejor inserción laboral a su retorno.

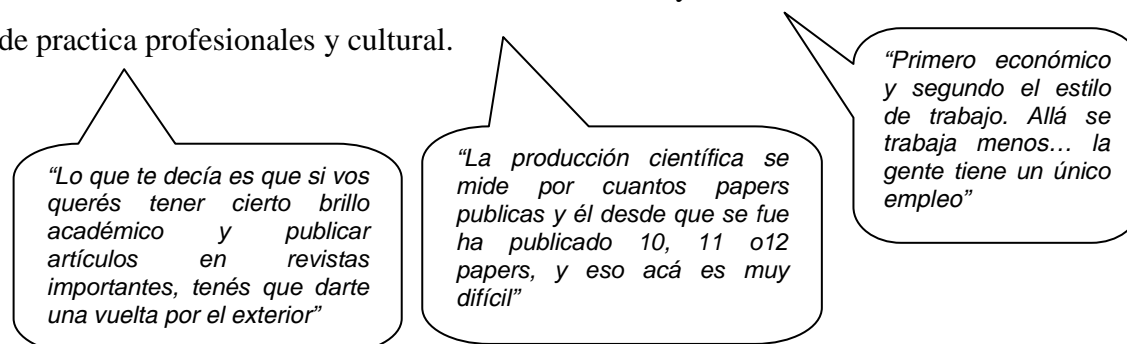


En suma, la percibida falta de *Calidad de Vida*, déficit en el *Desarrollo académico y de estudios* componen los factores que relacionan a los profesionales de Medicina y Enfermería con la migración.

3. MIGRACIÓN

3.1. Motivos

La migración para los estudiantes y egresados de estas profesiones de la salud es entendida principalmente en dos dimensiones. Como una instancia de estudio y especialización y/o como una salida a problemáticas de tipo económicas y de realización personal. Los motivos para migrar planteados por los entrevistados fueron: económicos, calidad de vida, desarrollo académico y conocimiento de otras realidades de practica profesionales y cultural.



El motivo principal para migrar es la falta y/o pérdida de calidad de vida percibida por los entrevistados.

“Creo que es difícil, pero creo que haciendo lo que yo te digo de que trabajen en un solo lugar y ganen bien, que es lo que parece que ahora están buscando, se puede mejorar, mejorando la calidad del trabajo, la gente no se va a querer ir”

3.2. Percepción de los efectos de la migración para el país

Para la amplia mayoría de los entrevistados la migración es percibida como una pérdida negativa para el país. En este sentido, la gratuidad del sistema educativo terciario en el país es entendida como una ganancia que debe recuperar el país. Puntualmente para el caso de los egresados emigrantes la migración es percibida como una pérdida económica. También es percibida como una pérdida de recursos humanos valioso. En este sentido, existe una percepción de que los “mejores” son los que emigraron del Uruguay.

“... lleva a un deterioro de la calidad de profesional acá, porque si gran parte, los que se van generalmente, muchos son muy buenos”

“El Uruguay pierde gente brillante por todos lados”

Igualmente, se encontraron posiciones más positivas en relación a la migración de egresados de Medicina y Enfermería. La circunstancia y motivos de la migración determinan también su carácter positivo o negativo. Así, los motivos de estudio y especialización son visualizados como ampliamente positivos siempre y cuando el emigrante regrese. Se nombra el capital que gana el Uruguay cuando estos profesionales retornan al país.

“Y ya veías que la situación estaba bastante jodida. No tanto quizás en conseguir un trabajo, pero si en la calidad de vida que llevaban todos. Eran todos multiempleados, todos tenían 3 o 4 trabajos de guardia, estrés y toda la historia para sobrevivir... Mi hermano al día de hoy tiene 44 años y no tiene un día libre... y aparte por la experiencia de estar en otro sitio, porque tampoco había salido muy lejos de Uruguay”

“... pero no sé si tiene más pérdida o ganancia. Yo hablando de Uruguay, yo creo que va a tener ganancia, que nos vamos a volver...Una cosa es la migración política y otra cosa es esta migración que tuvimos después del año 2000”

3.3. Migración positiva

Académicamente la migración permite al egresado de Medicina y Enfermería adquirir conocimiento y capacidades altamente valoradas a su regreso. A su vez, la migración es percibida también como una instancia de aprendizaje personal y de observación sobre otras realidades y prácticas. En cuanto a lo económico, la migración está estrechamente asociada a retribuciones económicas altamente positivas.

“Sí, pero dentro de la medicina es importante salir y volver, bueno, creo que dentro de la medicina y de todas las profesiones, salir afuera te da otra proyección y te da otras posibilidades también. Pero eso tiene que ver con lo especialidad que cada uno elija. Hay algunas especialidades que son más fuertes afuera.”

“Y además hay gente que, más allá de la parte económica, hay gente que por la parte científica, y ese capital es un capital, no sé si es mas valioso, pero es bastante valioso...”

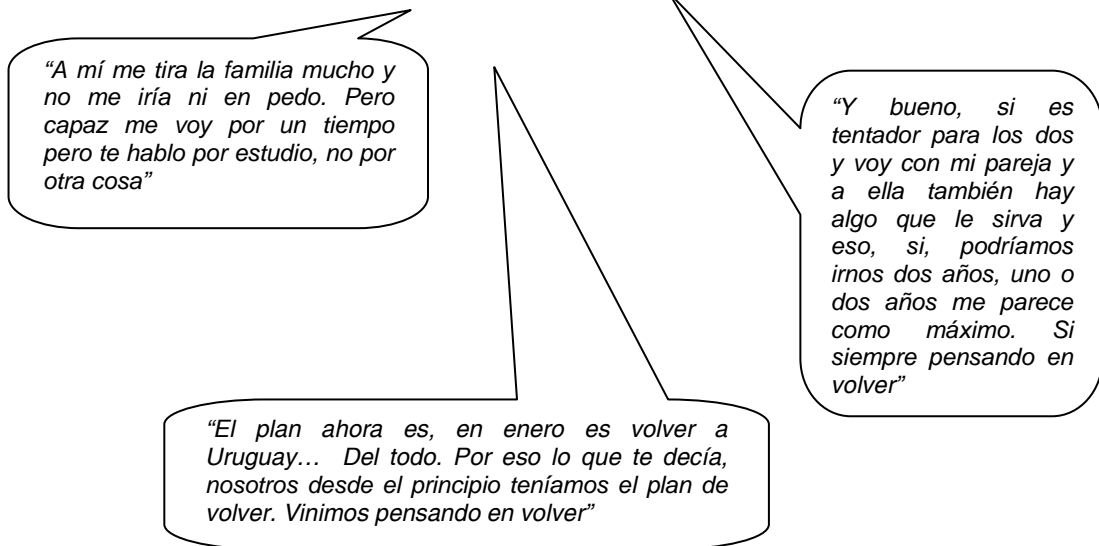
Los aspectos negativos de la migración están fuertemente percibidos y relacionados con las pérdidas de lazos familiares y de amistad, es decir con las pérdidas de tipo personal. La migración para todos los entrevistados tiene un alto costo personal y un costo profesional en cuanto a la pérdida de contactos laborales.

“Y claro, allá tiene un nivel de vida que es de loco. Pero es al pedo, me entiendes, porque lo único que tiene es nivel de vida, porque no tiene amigos, porque trabaja en un hospital que la gente es mayor que el... los españoles no son como los uruguayos, no son de juntarse a tomar mate en la casa de un amigo o mirar una película o comer asado”

“Yo te decía que mi pareja con la que vivo, tienen muchos familiares que viven en el exterior y vienen y me cuentan eso: te vas a llenar de plata... Es un costo de vida más caro pero me dicen es acorde a los sueldos... Ellos viven en Estados Unidos, en Canadá y en Chile y me dicen, hasta en Chile acá nomas, no estamos muy lejos... Yo no me quiero ir del país, es mi paisito, me encanta la rambla, tomar mate y pasear por el prado como todo el mundo”

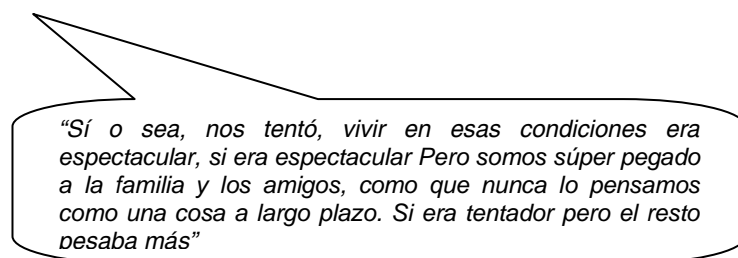
3.5. Modalidad migratoria

Los entrevistados manifiestan interés por las migraciones cortas cuando el objetivo es la especialización y/o estudio. Así, cuando se les pregunta la intención de migrar todos manifiestan intención de volver bajo la consigna “ir y volver”.



3.6. Retorno

Los egresados de Medicina que han tenido experiencia migratoria están dispuestos a volver a migrar por estudio y/o especialización, es decir por períodos cortos de tiempo. En su amplia mayoría han tenido oferentes de trabajo en el país receptor y aún así han vuelto. Uno de los principales motivos de esto es el alto costo personal que tiene la inmigración. Además ninguno de los entrevistados retornantes ha tenido dificultades de reinserción laboral -no obviando que el tiempo de residencia en el exterior no ha sido superior a 1 año.



Los egresados de Medicina residentes en España declaran intención de retorno y cuestionamientos sobre su reinserción laboral y sobre la posibilidad de continuar la línea de especialización adquirida en el exterior.

“Me da la impresión que hay veces que es más fácil. Que hay especialidades que es más fácil. O sea, si yo hiciera medicina de familia acá, como la medicina de familia ahora está muy en boga y se está desarrollando mucho y faltan médicos de familia para la estructura que quiere hacer el gobierno, para la medicina familiar del primer nivel de asistencia, yo creo que sería más fácil. Ahora, como cirujano plástico, estoy seguro que no me la revalidan ni de pedo. ¿Por qué? Tengo que dar una prueba frente a ellos mismos, es como un círculo muy cerrado, son como guetos digo yo, porque vos tenes al señor otorrino y después viene el hijo otorrino, es como familias de. Y como que está todo muy así”

“Porque si. Digo, no porque si, pero nos gusta la investigación básica a los dos y sabíamos que en algún momento había que salir para volver. Poder hacer un doctorado o lo que fuera y después poder volver. Pero eso siempre lo tuvimos claro nosotros, el volver. La idea de volver siempre estuvo en el proyecto de venir”

“Me da un poco de miedo, pero voy a volverme igual. Voy a ver cómo se hará y, yo tengo mucha fe. Tengo miedo, pero al mismo tiempo digo que no, que lo que estoy aprendiendo”

En este sentido, la migración de los profesionales y los estudiantes de Medicina y Enfermería se encuentra relacionada con el logro de una mejor calidad de vida y una oportunidad de estudio y especialización. Las ideas que tienen sobre la situación de los profesionales de estas disciplinas en el exterior motivan el desarrollo de proyectos migratorios. En el caso de los retornantes y emigrantes estas ideas son confirmadas.

“La verdad se trabaja muy distinto. Y sobre todo lo que marca el trabajo muy distinto, es que acá la gente que trabaja en el hospital clínico, por lo menos te hablo de lo que conozco, ahora conozco otras cosas, pero la gente que trabaja ahí, trabaja en un solo lugar. En el clínica. Trabaja ahí desde las 8 de la mañana hasta las 5 de la tarde y está todo el día ahí. Puede estudiar ahí, puede trabajar ahí, puede hacer sus investigaciones ahí, puede hacer todo ahí. Y tiene un sueldo que con eso es suficiente. No tiene que trabajar en otros lados y estar de un lado para el otro. Como pasa en Uruguay. Creo que ahora, por lo que me dicen, está cambiando, pero que en su momento era una cosa que marcaba mucho la diferencia”

“La diferencia es que ellos tienen una vida mucho más ordenada para lo que es médico. Trabajan mucho menos en horas de los que trabajamos nosotros acá y tiene otra calidad de vida, por ese trabajo... Es una vida que acá es impensable para nosotros”

4. EMIGRANTES: REDES E INSERCIÓN LABORAL

Los tres egresados de Medicina uruguayos residentes en España se encuentran trabajando y valoran su inserción laboral como altamente positiva. Ya sea por el nivel de ingreso como la calidad de vida y la posibilidad de estudiar e investigar. Estos declaran que al momento de llegar no tuvieron problemas para la inserción laboral

“Si, porque yo vine en diciembre, y vine y traje el título. Antes de ir a México, antes de todo el año ese, cuando vine a visitar a mi hermana, me traje el título para homologarlo. No sé porqué, gracias a Dios. Y acá en Barcelona, lo presenté en la casa de ella y lo mandé por correo a Madrid y fui. Presenté todo y ya está. Yo vine y justo tenía la homologación pronta, “mirá te llegó este papelito” y fuimos a buscar a Madrid el título y ya está. Entonces llegué, pero yo estaba embarazada y yo tenía, miedo de que, acostumbrada a que embarazada no entrás a ningún lado, yo estaba de 4 meses, no, empecé con el embarazo chiquito a trabajar, dos meses.”

En cuanto a las redes migratorias que pueden haberles facilitado la adaptación a la cultura española e ingreso al sistema laboral, dos tenían contactos concretos y uno no.

“La verdad que la decisión fue, él tenía una propuesta en Alemania y después, lo que a él más le interesaba, que era farmacogenética, era o aquí o en San Pablo. Y al final, en un congreso en Córdoba vio al jefe de aquí y fue el que arregló todo para venir... Lo conoció en un congreso”

Es importante destacar que estos emigrantes han tenido el apoyo de uruguayos emigrantes en España al momento de llegar. A su vez ellos han recibido y facilitado la llegada España a otros.

“Mirá de mi generación que yo conozca acá, a lo poco te puedo contar 10 que vinieron o un año antes, o un año después que yo, pero más o menos 10 que andamos por acá”

Los tres manifiestan intención de retorno y en un caso el retorno es concreto. Los motivos del retorno están relacionados a motivos familiares, personales y de extrañar la cultura de Uruguay.

“De cara al futuro, también tengo claro que no quiero vivir en Barcelona toda la vida. (No se entiende) Volver a Uruguay es una opción, a mi me encanta Uruguay. (No se entiende) no sé ni con quien voy a estar y depende de muchas cosas. Si vos me preguntas si tengo la motivación por ir a Uruquav. sí.”

“Ahora estoy pasándola bien, o sea, no estoy todo el día quejándome diciendo “hay que horrible (no se entiende)”. Pero no es mi lugar este. Yo siento que mi casa es Uruguay. Yo veo que mucha gente, acá hay muchos inmigrantes y uno se da con mucha gente en el hospital, gente de todos lados, y cuando vuelven de sus países “ay, llegué a casa”, yo no siento al llegar aquí que llegué a mi casa. (no se entiende) Como cuando salís de vacaciones. Yo, es llegar a Uruguay y siento que estoy en mi casa. Ese es mi lugar, no es acá”

4.1. Migración interna

La oferta de educación terciaria se encuentra centralizada en la capital del país. Esto implica que los jóvenes que tienen la posibilidad de continuar sus estudios deben migrar a Montevideo.

"Para estudiar tenés que venirte a Montevideo... pretendo quedarme en Montevideo o sino en algún lugar cerca de Montevideo. Porque es como que volvés a Artigas y te estancas en tu carrera. Si querés hacer algún grafo 2, o especializarte mas"

Asimismo, es en la capital donde se encuentra la mayor parte de la oferta de hospitales y sanatorios, de centro de especializaciones y de operaciones. Esto implica la radicación definitiva en Montevideo de gran parte de los estudiantes de Medicina y Enfermería luego de finalizados sus estudios.

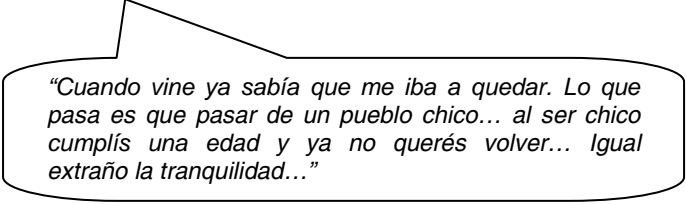
Entre los aspectos negativos para el ejercicio profesional en el interior, los entrevistados con experiencia migratoria interna, destacaron una escasa oferta laboral con su correlato en una mayor competencia. Se menciona esta competencia con egresados mayores.

Por otro lado, la falta de contacto en el interior del país con la UdelaR es entendida como la desvinculación de ámbitos académicos importantes lo cual no permite competir por grados docentes. Esto lleva a que los egresados residentes en el interior del país son denominados como de categoría "B".

"Igual nosotros tenemos gente que vive en el Interior, pero hace un esfuerzo que es inhumano, no hay derecho que venga dos veces por semana..., siempre son médicos categoría B en formación, aunque no quieran"

"Y lo otro es perder contacto con los hospitales universitarios, que es lo que a uno lo mantiene actualizado. Entonces también, me parece que sería sacar la universidad para afuera y redistribuir los puestos de trabajo de Salud Pública"

El aspecto positivo en cuanto a residir en el interior del país es una mejor calidad de vida para los egresados de Medicina y Enfermería.



“Cuando vine ya sabía que me iba a quedar. Lo que pasa es que pasar de un pueblo chico... al ser chico cumplís una edad y ya no querés volver... Igual extraño la tranquilidad...”

5. LA MEDICINA Y ENFERMERÍA EN EL EXTERIOR

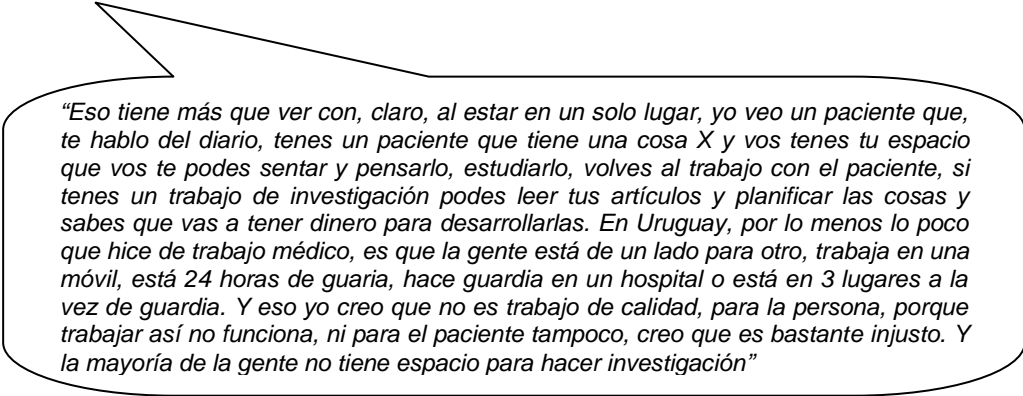
5.1. La experiencia de los retornantes, emigrantes e ideas de los no migrantes

Las ideas sobre la realidad del ejercicio de las disciplinas en el exterior, particularmente en España y Chile, coinciden entre aquellos que si han tenido una experiencia migratoria y aquellos que no. Así, el análisis no distingue entre estas dos poblaciones ya que las ideas y percepciones manejadas son similares.

La calidad de vida de los egresados de Medicina y Enfermería en el exterior es percibida y valorada como opuesta a la de los uruguayos y son Chile y España los destinos que mejor reflejan esto según los entrevistados.

En términos salariales los egresados tienen un ingreso alto que les permite tener un solo empleo. Además los sistemas laborales se encuentran regulados por lo que los horarios de trabajo son fijos y no superan las 8 horas. Las guardias nunca superan las 12 horas y se encuentran igualmente reguladas. Los profesionales tienen tiempo libre el cual pueden dedicar al estudio e investigación sin tener que sacrificar horas laborales. Este contexto de desempeño laboral les brinda a los profesionales médicos y enfermeros tiempo libre y una alta calidad de vida. Chile, es percibido como un país que permite altos estándares de vida a los egresados médicos y enfermeros.

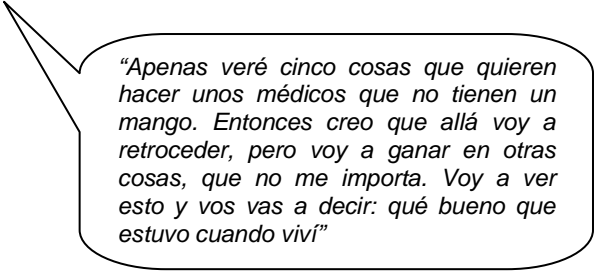
Este contexto laboral es rectificado por los egresados de Medicina que han tenido experiencia laboral en España. Todos manifiestan esto como lo positivo del trabajo como médico en España y por su contraparte lo peor del sistema laboral uruguayo. En cuanto a la dimensión académica y no netamente asistencial, el sistema laboral y académico español otorga a sus egresados la oportunidad de investigación y especialización.



“Eso tiene más que ver con, claro, al estar en un solo lugar, yo veo un paciente que, te hablo del diario, tienes un paciente que tiene una cosa X y vos tenes tu espacio que vos te podes sentar y pensarlo, estudiarlo, volves al trabajo con el paciente, si tenes un trabajo de investigación podes leer tus artículos y planificar las cosas y sabes que vas a tener dinero para desarrollarlas. En Uruguay, por lo menos lo poco que hice de trabajo médico, es que la gente está de un lado para otro, trabaja en una móvil, está 24 horas de guardia, hace guardia en un hospital o está en 3 lugares a la vez de guardia. Y eso yo creo que no es trabajo de calidad, para la persona, porque trabajar así no funciona, ni para el paciente tampoco, creo que es bastante injusto. Y la mayoría de la gente no tiene espacio para hacer investigación”

En suma, estas dos situaciones son los dos pilares principales de atracción de España y Chile de los egresados de Medicina y Enfermería en Uruguay.

Igualmente, estos atributos altamente valorados como positivos para los egresados uruguayos parecen no ser condición suficiente para emigrar definitivamente.



“Apenas veré cinco cosas que quieren hacer unos médicos que no tienen un mango. Entonces creo que allá voy a retroceder, pero voy a ganar en otras cosas, que no me importa. Voy a ver esto y vos vas a decir: qué bueno que estuvo cuando viví”

Estos altos niveles de calidad de vida y desarrollo académico tienen en contrapartida un alto costo: la pérdida de lazos personales familiares y de amistad. Todos los entrevistados mencionan a la familia, las amistades y la idiosincrasia uruguaya como los factores que les han hecho retornar, no aceptar ofertas laborales en el exterior o estar planeando el regreso.

6. CONCLUSIONES

Los principales motivos para emigrar se refieren a: a) bajos salarios, b) multiempleo, c) largas jornadas laborales, d) extensas jornadas de guardias y e) déficit en la oferta para realizar especializaciones y los cupos limitados.

Estos factores de insatisfacción son percibidos como causantes de una baja calidad de vida. En este sentido, en la emigración se encuentra la intención de cambiar esto.

El proyecto migratorio es concebido como temporal principalmente cuando se refiere a motivos de estudio y/o especialización.

Igualmente, el poder acceder a un estilo de vida más ordenado con una mayor calidad de vida parece no ser motivo suficiente para residir en el exterior. La importancia otorgada

al plano personal, familia y amigos, por aporte de los egresados Uruguayos lleva a que la migración sea concebida como temporal y con fines concretos de acumulación de capital económico, cultural, académico y retorno. Así, la migración de profesionales de Medicina y Enfermería presenta la particularidad de su temporalidad y su alto índice y/o intención de retorno.

Chile, se está convirtiendo en un país atractor importante para los egresados de Medicina y Enfermería uruguayos. Éste presenta dos atributos altamente valorados: niveles de desarrollo laboral de primer mundo, entendidos como altos salarios y horarios laborales regulados; y cercanía geográfica con Uruguay. Estos son entendidos por los egresados uruguayos y son a considerar desde las perspectivas que buscan la retención de profesionales.

"... tengo muchos profesores que se han ido a Chile, España a hacer posgrados. Algunos vienen, nos dan los teóricos y se vuelven. Y nos cuentan como es allá, lo que se gana, como se trabaja que es mucho mejor. El sistema de salud es mucho mejor"

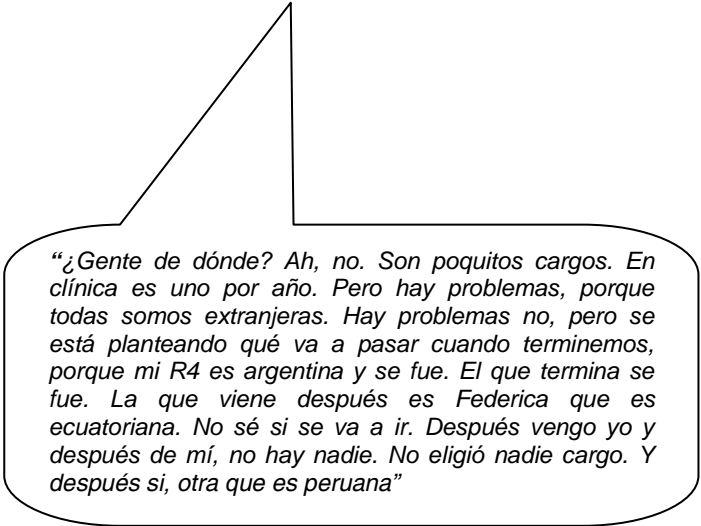
"Que no hay trabajo en Uruguay. Eso es una. Pero ese no está acá, no está en Europa, está en Chile. Que no hay trabajo, más que nada eso, para poder mantenerse solo. Hay gente que vino por formación, también he escuchado que han venido a crecer, por formación, buscando. No escuché muchos más motivos"

"Tenía compañeros del CASMU, que hay un par que están en Chile. Pero a otro país que no sea ese no conozco. Sé que alguno dio la prueba para entrar a Estados Unidos y no entró"

Para el Uruguay la migración de sus profesionales de Medicina y Enfermería es una ganancia con el retorno de los mismos y una clara pérdida cuando el egresado emigrante no retorna al país. Para España, el retorno de los profesionales que se han formado allí es una pérdida y un desafío a futuro.

"A mí me gusta, estoy entre pediatría y dermatología, entonces, si hago dermatología, quiero hacer dermatología cosmética, que acá no hay"

"Lo que pasa que elegí una especialización que no hay en Uruguay. Por eso la elegí también. Recién este año hay residencia para esto. En Uruguay hay farmacología básica, pero no hay farmacología clínica"

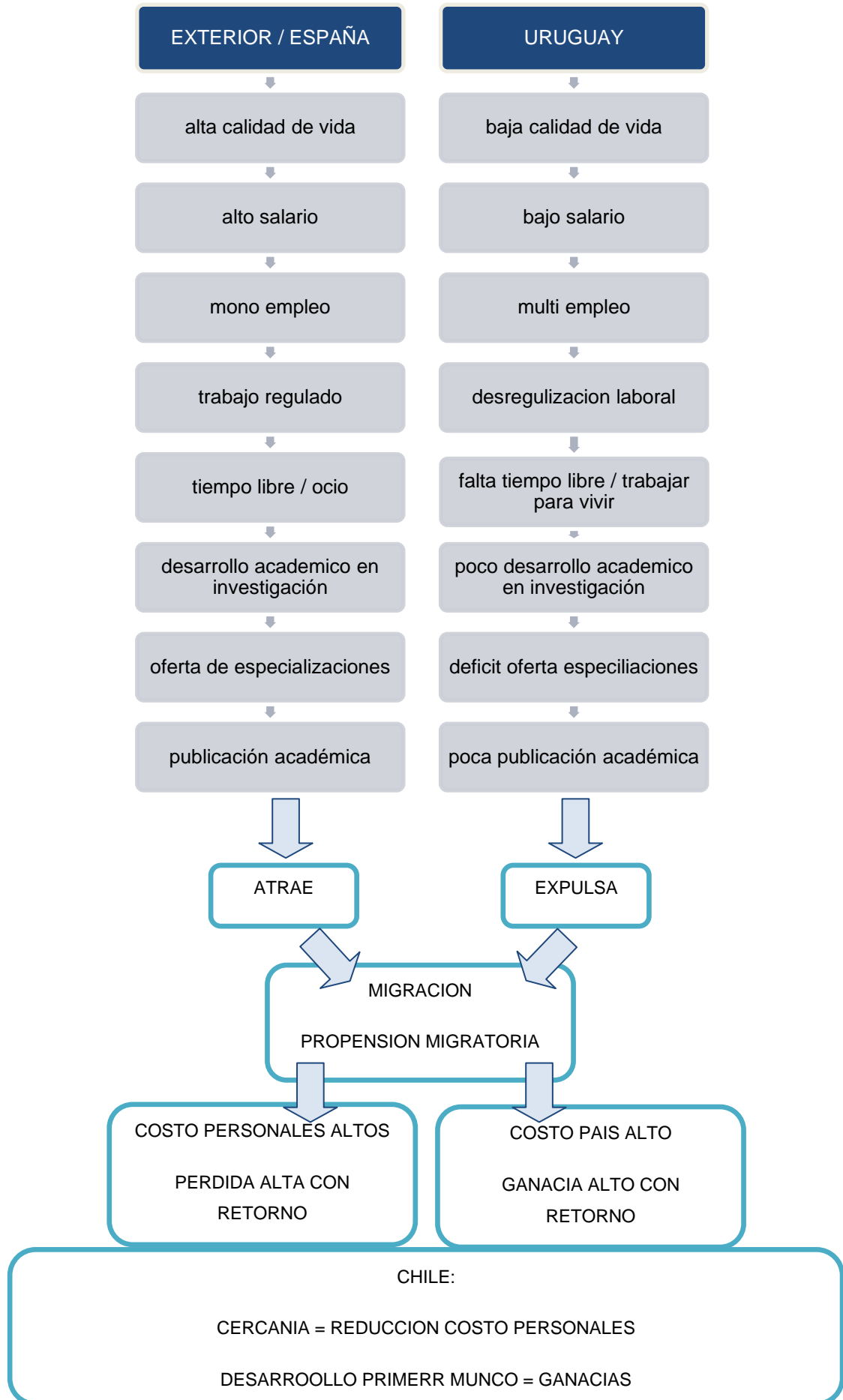


“¿Gente de dónde? Ah, no. Son poquitos cargos. En clínica es uno por año. Pero hay problemas, porque todas somos extranjeras. Hay problemas no, pero se está planteando qué va a pasar cuando terminemos, porque mi R4 es argentina y se fue. El que termina se fue. La que viene después es Federica que es ecuatoriana. No sé si se va a ir. Después vengo yo y después de mí, no hay nadie. No eligió nadie cargo. Y después sí, otra que es peruana”

Pellegrino, Prieto y Koolhaas (2007) analizaron las solicitudes de reválidas para egresados de Medicina, Odontología, auxiliares en Enfermería y licenciadas en Enfermería. Observaron una concentración de las solicitudes para España (51%) y Chile (20%). Cabe decir además que España es uno de los destinos principales de la emigración uruguaya actual y Chile es un país atractor para el caso de los profesionales de la salud. En tal sentido, estos dos destinos fueron nombrados en las entrevistas en profundidad. Del total de los entrevistados con experiencia migratoria la mayoría la han tenido en España. Por su parte, Chile es identificado como un país de recepción de egresados de profesionales de la salud. En el informe “*Migraciones internacionales del personal sanitario*” (FMED – UdelaR, 2007) se menciona un convenio entre el Ministerio de Salud Chileno y la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina para formar especialistas chilenos en el país. En este sentido, podemos pensar en que se están implementado políticas recíprocas migratorias en torno a los profesiones de la salud entre Uruguay y Chile. Por otro lado, en el III Encuentro Iberoamericano de Migración de Profesionales de la Salud (Montevideo, 2010) se mencionó el caso particular de la gran magnitud migración de personal de la salud ecuatoriano a Chile, lo que evidencia que se podría estar frente a un nuevo polo atractor en la región. Sería conveniente contar con estudios específicos sobre las políticas de reclutamiento y convenios que tiene Chile con los países latinoamericanos y sobre sus ofertas laborales para poder analizar en profundidad esta nueva tendencia.

También otros estudios hacen referencia a esta corriente migratoria regional. En el informe realizado por los Drs. Acuña, Rodríguez y Soto (Acuña *et al.*, s/d) sugieren que Argentina, Chile y Brasil son los destinos con mejores niveles salariales y oportunidades de desarrollo profesional para los egresados de la salud uruguayos. Asimismo, plantean como factores *push/pull* para la emigración de profesionales de la

salud la falta de oferta de pos graduación en relación a una amplia oferta en otros países (Acuña *et al.*, s/d: 194).



BIBLIOGRAFÍA

Acuña, R; Rodríguez, A. & Soto, E. (s/d). Migración de profesionales de la Salud. Montevideo. (Disponible en: www.smu.org.uy).

Carrington, W. Detragiache, Enrica. (1999) "How Extensive is the Brain drain". Finance and Development, June, Vol 36 N° 2

Docquier, Lohest y Marfouk (2005) "Union européenne et migrations internationales. L'ue 15 contribue-t-elle à l'exode des travailleurs qualifiés ?" *Revue économique, Presses de Sciences-Po*, vol. 56(6), pg. 1301-1330.

Docquier y Bhargava (2006). "Medical brain drain - A New Panel Data Set on Physicians'. Emigration Rates (1991-2004), Report, World Bank, Washington DC.

Koolhaas, M.; Pellegrino, A. & Prieto, V. (2007). *Emigración del personal calificado: el caso de los profesionales de la salud formados en Uruguay*. FCS – UdelaR. Montevideo.

Pellegrino, Adela. (2006). La migración calificada en América Latina. Secretaría General Iberoamericana. Encuentro Iberoamericano sobre Migración y Desarrollo. Madrid. pp 125-135.

----- (2009). *Uruguay: País de migrantes internos y externos*. Material de divulgación complementario del Informe mundial sobre Desarrollo Humano 2009. PNUD.